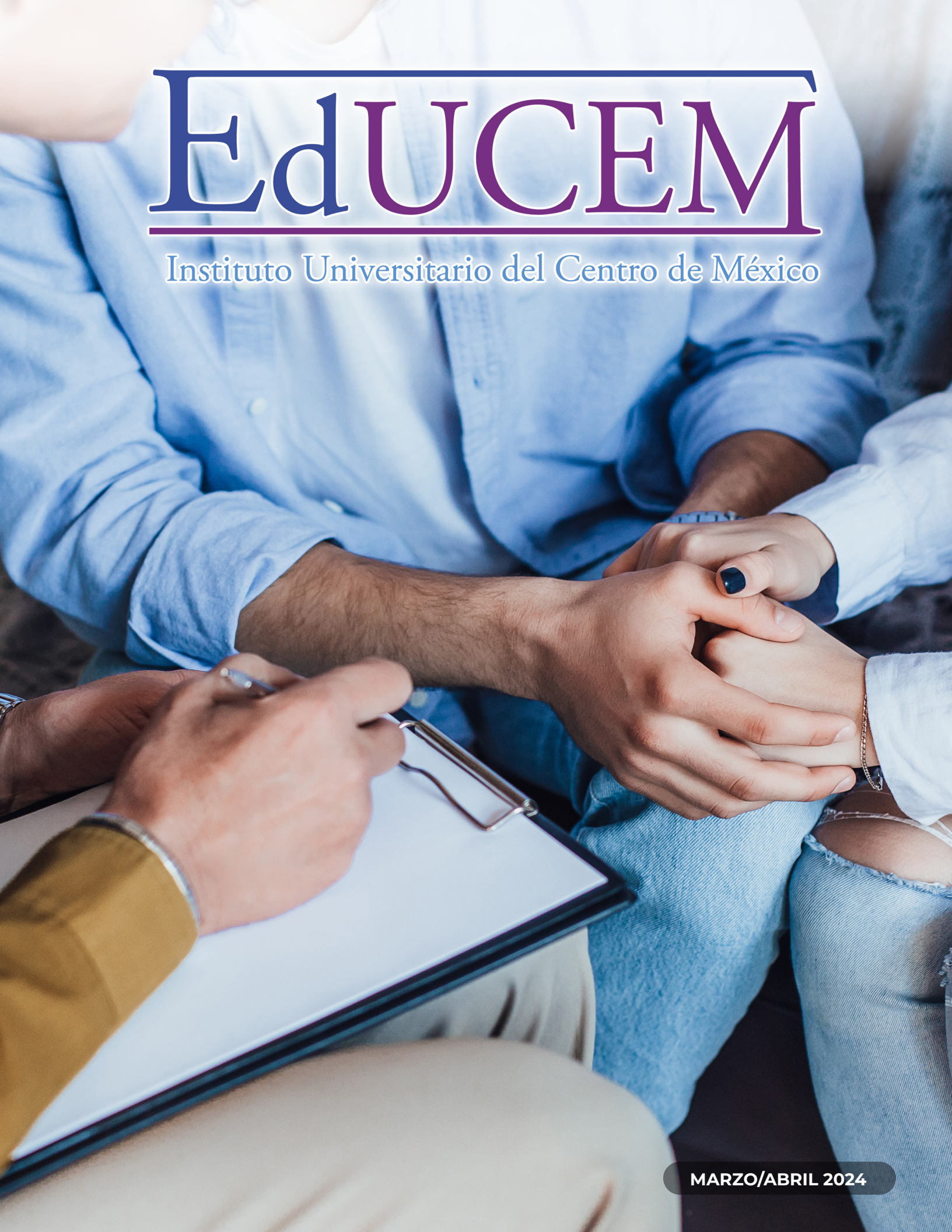
EdUCEM

Instituto Universitario del Centro de México



MARZO/ABRIL 2024

Año 9 Edición 49
Marzo / Abril

CARTA EDITORIAL

Queridos lectores,

En esta edición 49° de nuestra revista, abordamos temas de gran relevancia para la psicología y la educación, disciplinas que se interconectan para promover el desarrollo integral de las personas, especialmente en un contexto social en constante transformación.

Comenzando con el primer tema, dirigido por Irene Casares nos adentramos en el cómo influyen los cuidados familiares en los jóvenes alumnos del Instituto Educativo con Autismo para alcanzar su autonomía personal. Descubrimos cómo el apoyo emocional, las estrategias proporcionadas y el ambiente de comprensión dentro del hogar desempeñan un papel crucial en el desarrollo de la independencia y la autodeterminación en estos jóvenes.

En el segundo tema, Ma. Antonieta Mendoza Arce nos invita a que exploremos la terapia familiar modelo TBCS y la escala de acontecimientos vitales estresantes como herramientas para identificar factores de riesgo percibidos como vulnerabilidad psicosocial en los consultantes. Este enfoque nos permite comprender mejor las experiencias individuales y los contextos de vida de quienes buscan ayuda terapéutica, facilitando así una intervención más efectiva y personalizada.

No obstante, en el tercer tema nos encontramos con un Análisis de las barreras existentes en un proceso de terapia familiar que

CARTA EDITORIAL

impide su efectividad en un caso práctico en León, Guanajuato donde Patricia Guadalupe Ortiz Romo hace que examinemos las dificultades que pueden surgir en este proceso, desde problemas de comunicación hasta conflictos interpersonales, y cómo estos obstáculos pueden superarse para lograr resultados positivos.

La influencia del confinamiento por la pandemia del COVID-19 y los factores sociofamiliares en los trastornos de ansiedad, depresión e ideación suicida de las y los adolescentes aterrizado por Paulina del Carmen Morales Ibarra constituye otro tema central en nuestra edición. Nos sumergimos en la complejidad de este fenómeno, explorando cómo la combinación de la crisis sanitaria y los desafíos familiares puede afectar profundamente la salud mental de esta población vulnerable.

Por último, evaluamos el Estado de Difusión de la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, conocida como Ley Olimpia, entre adolescentes de una Telesecundaria en León, Guanajuato. Sandra Erika Hernández Calvillo nos proporciona una visión clara de la conciencia y comprensión que tienen los jóvenes sobre la importancia de erradicar la violencia de género y promover relaciones equitativas en la sociedad.

En resumen, esta edición de nuestra revista nos invita a reflexionar sobre la intersección entre la psicología y la educación, así como sobre los desafíos y oportunidades que enfrentamos en un mundo en constante cambio. Esperamos que estos artículos inspiren conversaciones significativas y acciones concretas para promover el bienestar y la igualdad en nuestras comunidades.

Cordialmente

Ing. Patricia Mena Hernández

Rectora

Directorio

Comisión Permanente:

RECTORÍA
Ing. Patricia Mena Hernández

GERENCIA ADMINISTRATIVA
Lic. Mercedes Mena Hernández

DIRECCIÓN ACADÉMICA
Eloisa Gonzalez Ramirez

DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN SUPERIOR
Lic. Susana López Castelán

DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR
Ing. Arturo Mena Hernández

DIRECCIÓN DE IMAGEN Y COMUNICACIÓN
Lic. Eduardo Guerrero Rodríguez

DIRECCIÓN DE EXTENSIÓN UNIVERSITARIA
Lic. Juan Santiago Silva Grimaldo

Comisión Editorial:

CUERPO EVALUADOR

EDICIÓN Y CORRECCIÓN DE ESTILO
Dirección académica

DISEÑADOR EDITORIAL
Lic. Manuel Martínez Carabes

DISEÑADOR GRÁFICO
Lic. Manuel Martínez Carabes

ÍNDICE

Como influyen los cuidados familiares en los jóvenes alumnos del Instituto Educativo con autismo para alcanzar su autonomía personal. Irene Cázares José y Eli Josué Fernández Enríquez 05

Terapia familiar modelo TBCS y escala de acontecimientos vitales estresantes como instrumentos que influyen en identificar factores de riesgos percibidos como vulnerabilidad psicosocial en los consultantes. Ma. Antonieta Mendoza Arce y Eli Josué Fernández Enríquez 20

Análisis de las barreras existentes en un proceso de terapia familiar que impiden su efectividad en un caso practico en León Guanajuato. Patricia Guadalupe Ortiz Romo y Eli Josué Fernández Enríquez 62

"Influencia del confinamiento por la pandemia del covid-19 y los factores sociofamiliares en los transtornos de ansiedad, depresión e ideación suicida de las y los adolescentes". Paulina del Carmen Morales Ibarra y Eli Josué Fernández Enríquez 98

"Estado de difusión de la ley de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia, conocida como ley olimpia, entre adolescentes de una telesecundaria en león, guanajuato.". Sandra Erika Hernandez Calvillo y Eli Josué Fernández Enríquez 117

EDUCEM, INSTITUTO UNIVERSITARIO DEL CENTRO DE MÉXICO, Año IX, No.XLIX, es una publicación bimestral, del 1 de Marzo 2024 al 30 de Abril de 2024, editada por el Instituto Preuniversitario Motolinia de León A.C. Domicilio Blvd. Adolfo Lopez Mateos 303, Centro, León Guanajuato, C.P. 37000, teléfono (01800) 890- 8236 Exts. 155 y 121, página web http://educem.digital y http://www.sistemaucem.edu.mx, Editor Responsable: Lic. Karla Patricia Barrios Mena, rectoría@sistemaucem. edu.mx. Reservas de Derechos al Uso Exclusivo No. 04-2016-012013502600-102, ISSN No. 2448-6477, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Responsable de la última actualización de este número, Rectoría, Ing. Patricia Mena Hernandez, Blvd. Adolfo Lopez Mateos 303, Centro, León Guanajuato, C.P. 37000, fecha de última modificación, 1 de marzo de 2024. Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación.
Queda estrictamente prohibida la reproducción total o parcial de los contenidos e imágenes de la publicación sin previa autorización del Instituto Universitario del Centro de México o su representante legal.

Como influyen los cuidados familiares en los jóvenes alumnos del Instituto Educativo **con autismo para alcanzar su autonomía personal**

Irene Cázares José, Eli Josué Fernández Enríquez

RESUMEN

La investigación tiene por objetivo observar cómo influyen los cuidados familiares en el desarrollo de los jóvenes alumnos del Instituto Educativo con autismo para alcanzar su autonomía personal. Este trabajo consiste en realizar una revisión de los principales cuidados con la finalidad de delimitar las líneas de trabajo, sobre todo desde los factores familiares que recaen de modo directo al conjunto de condiciones que se deben de dar ante esos cuidados.

Es cierto, que esta investigación prioriza la influencia de los cuidados familiares. Por ello, las investigaciones realizadas evalúan los efectos positivos o negativos de las mismas en función de su desarrollo. Aunque en la mayor parte de los casos el afrontamiento parece funcionar como un amortiguador ante los niveles óptimos que se deben cubrir. Es aquí donde la familia pasa a ser el principal y más permanente apoyo para el individuo, de su actuación van a depender muchas de las expectativas, posibilidades y bienestar de la persona. Desde hace algún tiempo se destaca el trabajo con las familias con la intención de reconocer la importancia del papel educativo y socializador de los padres, madres, hermanas, abuelos... Se realizó un estudio de tipo descriptivo con mediciones en escala Likert a una población estuvo conformada por 5 alumnos y 5 matrimonios, cumpliendo con los criterios de selección. Los datos fueron compilados por medio de una encuesta, y los instrumentos que se usaron fueron: Cuestionario a los padres de familia, Cuestionario de los Cuidados Especiales. Los resultados que arrojó fueron muy esclarecedores ante la premisa. Dentro de la tabla de autonomía el nivel de mayoría es el Medio-Alto, cabe destacar que no sólo los padres incursionan para cultivar esa autonomía. Tenemos el porcentaje del percentil de Perfil de vida 100% dentro de la edad de 15 años, esto resulta que la cooperación familiar implica colaboración y vinculación para la educación eficaz de sus hijos y muchos de los medios proporcionados no llegan a concluir criterios de Vida. Conclusiones: Por ello, si llegamos a la conclusión que son importantes los cuidados a lo que respondemos a la primera Hipótesis que tenemos. Además, que es necesario involucrarse para que dentro de sus procesos crezcan o se desarrollen hacia su autonomía personal.

Palabras clave: Autismo, Centro Educativo, Familia, Cuidados Familiares, Jovenes

ABSTRACT

The objective of the research is to observe how family care influences the development of young students of the Educational Institute with autism to achieve their personal autonomy. This work consists of carrying out a review of the main care in order to delimit the lines of work, especially from the family factors that fall directly to the set of conditions that must be met for this care.

It is true that this research prioritizes the influence of family care. Therefore, the research carried out evaluates their positive or negative effects depending on their development. Although in most cases coping seems to function as a buffer against the optimal levels that must be covered. This is where the family becomes the main and most permanent support for the individual; many of the person's expectations, possibilities and well-being will depend on its actions. For some time now, work with families has been highligh-

ted with the intention of recognizing the importance of the educational and socializing role of fathers, mothers, sisters, grandparents... A descriptive study was carried out with Likert scale measurements on a population It was made up of 5 students and 5 couples, meeting the selection criteria. The data was compiled through a survey, and the instruments used were: Parent Questionnaire, Special Care Questionnaire. The results it yielded were very illuminating regarding the premise. Within the autonomy table, the majority level is Medium-High; it should be noted that not only parents venture to cultivate that autonomy. We have the percentage of the Life Profile percentile of 100% within the age of 15, this means that family cooperation implies collaboration and bonding for the effective education of their children and many of the means provided do not reach the conclusion of Life criteria.

Conclusions: Therefore, if we come to the conclusion that care is important, we respond to the first Hypothesis we have. Furthermore, it is necessary to get involved so that within their processes they grow or develop towards their personal autonomy.

INTRODUCCIÓN

El autismo es una alteración del desarrollo que afecta la calidad de vida de quienes lo padecen y de sus familias. Dificulta las relaciones sociales y el aprendizaje, lo que hace incierto el futuro en términos de independencia, autocuidado y productividad. A pesar de los esfuerzos en comprenderlo y desarrollar técnicas terapéuticas, solo se ha logrado una respuesta parcial en la mejora de algunos síntomas. En la última década, la investigación sobre esta condición ha aumentado significativamente, pero aún queda mucho por descubrir.

En la actualidad, las personas y familias que enfrentan esta devastadora alteración del desarrollo siguen esperando respuestas sobre sus causas, diagnóstico confiable y tratamiento adecuado. Los niños con autismo pueden enfrentar discapacidades graves de por vida. Por lo tanto, esta investigación tiene como objetivo proporcionar información útil para las familias. Los padres, que pasan la mayor parte del tiempo con sus hijos, deben enfrentar momentos difíciles y posibles desajustes familiares. Además, se convierten en una fuente de apoyo emocional y cuidado durante los años de crecimiento de sus hijos, evitando el agotamiento debido a las múltiples responsabilidades. El objetivo es lograr un óptimo desarrollo físico y verbal del niño, mejorando así su calidad de vida "Con el tiempo me he dado cuenta que los mejores enfoques del autismo son los que se centran en la familia. Los padres casi siempre conocen a sus hijos mejor que nadie. Y sobre la base de innumerables experiencias compartidas durante tantos años, cada familia desarrolla su propio lenguaje: sus propias frases familiares, sus propios términos, sus abreviaturas. En otras palabras, cada familia desarrolla su propia cultura que le permite comunicarse, comprenderse y apoyarse.

Cada familia tiene su propia cultura inherente y los desconocidos a menudo son ajenos a esa cultura. Así que en lugar de que los padres dependan de personas ajenas, como los profesionales, para darle sentido a las cosas, los profesionales necesitan confiar más en las personas implicadas: los padres, sus hijos y otros miembros de la familia" (Prizant, 2015)

El autismo es un trastorno del desarrollo que afecta a muchas personas en todo el mundo. Las personas con autismo a menudo enfrentan desafíos en áreas como la comunicación, la interacción social y la comprensión emocional. En este contexto, los cuidados familiares desempeñan un papel fundamental en la vida de los pacientes con autismo, ya que pueden proporcionar un ambiente seguro y de apoyo que contribuye a su bienestar y desarrollo personal. En este estudio veremos cómo los cuidados familiares influyen en los alumnos con Trastorno del Espectro Autista, destacando la importancia de la terapia familiar, aprendizaje y enseñanza, implicación familiar, potenciar las aptitudes de la vida diaria, apoyo emocional, potenciar lo social y cotidiano, y el apoyo en la toma de decisiones (Giné, 2002):

- Terapia familiar: incluir a la familia en los cuidados, ya que esta es imprescindible para realizar una asistencia eficaz y apropiada. Organizar el ambiente físico, emocional y terapéutico, para fomentar su independencia en las actividades diarias.

- Aprendizaje y enseñanza: para que pueda intervenir la familia, conociendo el autismo y sus manifestaciones, desde ahí, empezar a tener o llevar estrategias para el afrontamiento adecuado y eficaz.

- Fomentar la implicación familiar: hacer hinca-

pié en la importancia de la participación de todos en el tratamiento y en los cuidados.
• Potenciar las aptitudes para la vida diaria: mediante el uso de conjunto de estrategias adaptadas para cada caso, se buscará alcanzar la máxima autonomía del niño/a, enseñando también al niño nuevas habilidades.

• Apoyo emocional: el área de intervención con la familia es amplia, ya que debe ofrecer acompañamiento a los padres en el diagnóstico de su hijo, dando apoyo psicológico, y en la dinámica del equipo multidisciplinar que va a intervenir con la familia.

• Potenciar la socialización: Usar nexos con la sociedad y orientar a la socialización, esto fomentará las relaciones ya establecidas, así como las actividades sociales y comunitarias.

Apoyar en la toma de decisiones es crucial para los cuidadores de personas con autismo. A menudo, surgen conflictos al tomar decisiones, y plantear preguntas reflexivas y esclarecedoras puede ayudar al cuidador a pensar con mayor claridad y facilitar la toma de decisiones. Además, estas preguntas pueden incentivar la expresión de sentimientos, emociones y miedos.
El factor económico también desempeña un papel importante. Uno de los progenitores a menudo debe reducir su jornada laboral o incluso dejar de trabajar para dedicar más tiempo al cuidado de sus hijos con autismo. Los gastos en terapias y psicoeducación también pueden ser significativos. La carga económica es uno de los factores más estresantes para estas familias.

Además, los padres enfrentan otros desafíos, como la cronicidad de la patología, la aceptación del comportamiento autista por parte de la sociedad y la familia, los bajos niveles de apoyo y las preocupaciones por el futuro de su hijo. Tener un hijo con autismo afecta varios aspectos de la vida familiar, incluyendo la limpieza, las finanzas, la salud emocional y mental de los padres, las relaciones matrimoniales y la salud física de los miembros de la familia. Esto puede limitar la capacidad de atender las necesidades de otros niños dentro de la familia y afectar las relaciones entre hermanos, familiares, amigos y vecinos. En resumen, los déficits sociales y de comunicación impactan a todos los miembros de la familia, tanto emocional como financieramente se agotan.

ANTECEDENTES

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) comprende una serie de alteraciones graves que afectan a la interacción social, el comportamiento y la comunicación desde los primeros años de la infancia y permanece a lo largo de su vida. Es de carácter generalizado y afecta al desarrollo en su conjunto, acompañando a la persona durante todo su ciclo vital (Frith, 2003). "La etiqueta de Trastorno del Espectro Autista parece remitir a un conjunto enormemente heterogéneo de individualidades, cuyos niveles evolutivos, necesidades educativas y terapéuticas, y perspectivas vitales son enormemente diferentes…" (Rivière, 2000). Este trastorno afecta al sistema nervioso y funcionamiento cerebral comprometiendo dos áreas: la comunicación (flexibilidad del pensamiento) y la interacción social (conducta).

El DSM5 recoge estas consideraciones en su Manual de Diagnóstico e incorpora el de Trastorno del Espectro Autista como general para referirse a una serie de trastornos con una sintomatología común como la dificultad de comunicación o su comportamiento poco adaptativo en general. Nos referirnos a un grupo de personas que viven y forman parte del sistema social, comunitario, familiar, escolar. Si nos referimos a las familias y el entorno familiar se estará señalando las funciones que el grupo familiar tiene para con las personas que conviven en él: cuidar y velar por su supervivencia, educarlas y formarlas para vivir en la comunidad.

El Trastorno del Espectro Autista fue descubierto en el año 1908, como un trastorno desintegrador infantil, conocido como síndrome de Heller. Su reconocimiento oficial fue posterior a la fecha de su descubrimiento. La palabra "autismo" apareció por primera vez en una monografía de 1911 escrita por Eugen Bleuler. Dicho autor, supone que la persona envuelve su vida mental sobre sí mismo, creando un mundo cerrado e independiente de la realidad externa, siendo muy complicada la comunicación con los demás. A finales de la Segunda Guerra Mundial, Leo Kánner, dio la primera teoría sobre el autismo. (Vasconcellos, 2003).

Cabe destacar que son poco habituales pero su impacto es elevado, ya que son síndromes que afectan de forma brusca a la calidad de vida del niño y de la familia, suponiendo en ocasiones una sobrecarga para esta, ya que el tiempo que hay que invertir en estos niños es siempre superior al de otros. Además, las facetas económicas, sociales, y psicológicas también se ven comprometidas directamente. Por ello, es fundamental que el profesional sanitario responda a estas necesidades, entendiendo y ayudando a la familia a afrontar el problema y a solventar las situaciones que se les presentan, así como tratar al niño de forma eficaz a través de habilidades y estrategias.

Estos apoyos son definidos por Luckasson como los recursos y estrategias destinados a mejorar el desarrollo, la educación, los intereses y el bienestar personal de una persona y que permiten su funcionamiento individual. Los apoyos son empleados para cumplir con diferentes funciones, pudiéndose emplear para aumentar las capacidades de una persona o para modificar los contextos para que potencien el funcionamiento del individuo. La idea de fondo que moviliza este énfasis en los apoyos es que cualquier persona con el apoyo adecuado y el tiempo suficiente mejorara, (Luckasson, Mental retardation: Definition, classification, and systems of supports. A Retrospective, 1992).

Los apoyos pueden servir también para disminuir la discrepancia entre las capacidades de las personas y las demandas de los entornos vivenciales. Estos entornos deben promover el bienestar de la persona, satisfacer sus necesidades y promover un sentimiento de estabilidad (Luckasson, Mental retardation: Definition, classification, and systems of supports. A Retrospective, 1992).

En los últimos años, la prevalencia del Trastorno del Espectro Autista ha sido de un caso por cada cien nacimientos en Europa. En Estados Unidos, los estudios revelan cifras de uno por cada cincuenta y nueve nacidos. Según la OMS, se estima que uno de cada 160 niños en el mundo tiene Trastorno del Espectro Autista.

El impacto en la familia al descubrir la discapacidad en un niño es significativo. Sin embargo, lo más relevante es cómo la familia enfrenta esta situación. A lo largo de este proceso, la familia atraviesa varias etapas:

Negación: Manteniendo la esperanza de un error en el diagnóstico.

Agresión: A veces, culpan a uno de los progenitores.

Negociación: Aunque no asumen completamente la discapacidad del niño, están abiertos al diálogo y negocian con médicos y el propio niño.

Depresión: Al comentar la enfermedad del hijo, puede surgir agotamiento físico y mental.

Aceptación: Puede ser total o parcial, pero se mantiene estable con el tiempo.

Un buen diagnóstico y seguir pautas para potenciar los puntos fuertes del individuo son esenciales. La familia desempeña un papel fundamental en este proceso, transmitiendo un mensaje no verbal tanto a la persona afectada como al resto de la familia. La aceptación y comprensión son clave para lograr que la discapacidad no sea vista como algo negativo, sino como una característica personal.

Etiología del autismo

En la mayoría de los casos, la causa del autismo sigue siendo desconocida. Sin embargo, podemos distinguir dos tipos principales:

Autismo primario: En este caso, el origen del trastorno es desconocido, aunque se cree que existe una carga genética. Los síntomas suelen aparecer desde el nacimiento y pueden variar en gravedad. Dentro de este grupo se incluyen condiciones como el Síndrome de Asperger o el autismo clásico o infantil.

Autismo secundario: Aquí, los síntomas están asociados a otra patología cuyo origen también es desconocido. El inicio de los síntomas no necesariamente ocurre desde el nacimiento. Las causas pueden ser diversas, como infecciones, trastornos genéticos o problemas metabólicos.

El autismo es una enfermedad cuya etiología afecta a varios genes y resulta de varios factores, entre ellos, los medioambientales. Según una hipótesis de un estudio realizado sobre el genoma completo defiende que cada uno de los genes que influyen en la aparición de Trastorno del Espectro Autista aporta riesgo para padecer el trastorno, favoreciendo la comorbilidad de otras patologías. Cabe resaltar que el Trastorno del Espectro Autista son uno de los desórdenes neurológicos con más influencia genética.

El autismo ha sido estudiado desde diversas ramas de la Psicología y la neurología, dando origen a varias líneas de investigación, respecto al posible origen de esta condición, cómo entenderla, si existe un fundamento biológico, etc. En 1979, Lorna Wing y Judith Gould definieron la triada del autismo, que incluyó déficit en la capacidad para la interacción social recíproca, déficit en la comunicación y déficit en la imaginación; además estas autoras dieron paso al concepto de espectro, puesto que evidenciaron que la triada podía presentarse en personas con autismo, pero también en personas con otros trastornos del desarrollo (Wing & Gould, 1979).

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) es un trastorno del neurodesarrollo, lo que indica que se hace presente desde la infancia y continúa por el resto de la vida, con la heterogeneidad que trae su definición de espectro. Es por esto que no habrá dos personas iguales; por ejemplo, en el Trastorno del Espectro Autista se pueden encontrar personas con limitaciones intelectuales y otras que no las tienen. De acuerdo con la Clínica Universitaria de Navarra en el 2002, toma al Trastorno del Espectro Autista tiene como base neurológica, el conocimiento limitado de este ha provocado que dicho diagnóstico dependa netamente de la observación de la conducta.

Síntomas

Algunos de los síntomas más comunes que se deben tener en cuenta son: Falta de contacto con el entorno, movimientos corporales estereotipados, anomalías en la emisión, forma y contenido del lenguaje, marcada anormalidad en la comunicación no verbal, insistencia irracional en el seguimiento de rutinas.

Diagnóstico

El Trastorno del Espectro Autista por lo regular, se descubre, en los primeros años de vida, rondando los 3 años; sin embargo, suelen sospecharse con anterioridad, en torno al primer y segundo año de vida. Las evaluaciones a los 12 meses, 2 años y 4-5 años de edad son importantes para confirmar el diagnóstico del trastorno del espectro autista. Sin embargo, suele encontrarse más tarde por dos motivos: la naturaleza de la enfermedad y el desconocimiento del especialista. El lugar donde los signos y síntomas son más visibles es la escuela. La escuela es el lugar donde un niño interactúa con otros niños de su edad, y evalúa y adopta conductas apropiadas e inapropiadas. No existe una prueba específica para diagnosticar el autismo, sino que se basa en observar el comportamiento y la personalidad del niño. Las familias deben conocer los parámetros normales del desarrollo en cada edad, saber identificar los signos y signos de alerta y utilizarlos para valorar si se sospecha de un trastorno del espectro autista. Por supuesto, existe la escala "Lista de verificación modificada para el autismo infantil (M-CHAT)", que es una de las escalas más populares utilizadas para detectar trastornos del espectro autista hasta los 30 meses de edad. Contiene 23 preguntas y si cometes 3 errores el resultado se considerará cambiado. La sensibilidad y especificidad de esta escala son del 97% y 95%, respectivamente. Una vez confirmado el diagnóstico, se inicia un programa de intervención para ayudar al niño y a la familia a comenzar el tratamiento. Los programas deben adaptarse a las circunstancias de cada niño y planificarse para cada situación. Una vez detectada la patología, es necesario apoyar a las familias con información sobre la enfermedad, apoyar a las enfermeras y apoyar psicológicamente la intervención principal. Es necesario crear una relación de confianza con el niño para mejorar la calidad del proceso de tratamiento. Esto es difícil debido a los problemas de lenguaje y comunicación de los niños.

El lenguaje corporal, el tono de voz y el tono de voz afectan las relaciones. Porque hay muchas historias sobre personas. Relaciones de apoyo familiar y búsqueda de independencia entre personas con trastorno del espectro autista: el futuro hoy. Esta tendencia es evidente y nadie discute la importancia de incidir e involucrar a las familias en la educación humana, especialmente cuando las familias son diferentes (Mulas, 2010).

Cuando los niños están presentes e integrados en su familia, la información y la educación adecuadas pueden reducir el estrés y la ansiedad y mejorar el aprendizaje. Las familias no necesitan criterio clínico, sino información, educación, apoyo profesional y solidaridad y comprensión social para saber trabajar con sus hijos. Apoyo social El apoyo social se define como el conjunto de amistades o relaciones que proporcionan a una persona ayuda o una conexión tangible con una persona o grupo que se percibe como amoroso (Hobfoll y Stokes, 1988).

En estudios realizados con familias de niños/as con diferentes tipos de discapacidad, destacan que el efecto negativo del estrés se ve aminorado por el apoyo social (informativo, material, psicológico y relacional) ya que incrementa el bienestar, promueve un mejor funcionamiento familiar, mejora la interacción entre los miembros de la familia y puede tener un efecto positivo en el comportamiento y el desarrollo del niño/a con discapacidad. Las familias con hijos afectados por un Trastorno del Espectro Autista necesitan contar con tres tipos de apoyo para su ajuste social para su desarrollo y autonomía:

a) Apoyo Social informal: se refiere a los recursos disponibles para la familia que derivan de sus interacciones con otros familiares, amigos íntimos, conocidos y vecinos que les prestan apoyo emocional y tiempos de respiro. También es muy importante contar con el apoyo de la pareja, ya que es fundamental para reorganizar la familia y de los abuelos que pueden ayudar en el cuidado de los niños/as, adolescentes y jóvenes.

b) Apoyo Social Formal: es aquel que proviene de profesionales y organizaciones que utiliza la familia. Es una forma eficaz de apoyo a los padres, ya que éstos necesitan servicios y apoyos frente a las necesidades que van surgiendo. Ambos apoyos son necesarios para el éxito de la adaptación familiar (Bristol, 1984).

c) Apoyo Socioemocional: es concibe un proceso multidimensional, lo cual involucra la expresión de las emociones, la alteración del ánimo y la interpretación subjetiva. Según Cano, este proceso emocional tiene tres tipos de repuesta: el experiencial, que son las emociones que siente el sujeto como pueden ser tristeza, ira, alegría, enfado... el observacional-motor, como son las expresiones ante el pánico o sorpresa, y el fisiológico o corporal, en el que el individuo aprecia cambios como el aumento de la sudoración o la aceleración del ritmo cardíaco. Estos tres sistemas de respuesta en el proceso emocional se designan como: cognitivo, fisiológico y motor (Reyna, 2011).

Desde que se iniciaron los primeros estudios sobre el impacto del autismo en la familia, se ha tratado de analizar la influencia en el estrés familiar (DeMyer & DeMyer, 1981). Los datos muestran de manera indiscutible que muchas familias con hijos con Trastorno del Espectro Autista presentan niveles de estrés crónico, significativamente superiores a los que presentan familias con hijos con otros trastornos. La presencia de estrés crónico en los padres se deriva, entre otros factores, de la aceptación del diagnóstico y de las dificultades que supone la convivencia diaria con una persona con Trastorno del Espectro Autista. Cada familia vivirá este cambio de forma diferente por sus propias características y por otros factores que afectan directamente al proceso. A las afectaciones del Trastorno del Espectro Autista en sus hijos o hijas, en las capacidades funcionales básicas, suelen unirse problemas de conducta, trastornos del sueño, alimentación e hipersensibilidad, y según las características de los padres tales como la formación académica, salud física, valores culturales, creencias, cohesión, comunicación, etc. influirán en el nivel de estrés que sufra la familia.

Por todo ello, y en definitiva, lo que se pretende es ayudar a una persona con Trastorno del Espectro Autista a desarrollarse, a que alcance, él y su familia, la calidad de vida que todos merecemos y para ello es importante tener en cuenta, en palabras de Tamarit (1996) que para que las personas con Trastorno del Espectro Autista tengan conductas más flexibles, las personas que interactúen con ellos tienen que, también, mostrarles flexibilidad, es decir, darles posibilidad y diferencias para aprender de ellas y contrastar los comportamientos y actitudes de las diferentes personas y entornos que los forman. Generalmente, la interacción con personas con autismo sigue el siguiente esquema: el adulto comienza la interacción y el niño o la niña (o adolescente o adulto) responde; este esquema no responde a la realidad de los sistemas comunicativos e interactivos por lo que deben procurarse los modelos más eficaces para que las personas los entrenen y observen o viceversa.

Muy a menudo las acciones del adulto se convierten órdenes para el niño, adolescente y joven (p.ej.: 'siéntate', 'vamos al baño', 'a comer'...) por lo que deben considerarse su análisis y mejora. En este sentido, sería necesario crear entornos naturales y funcionales donde el esquema de interacción responda a realizar actividades y comunicaciones conjuntas donde prevalezca el desenvolvimiento desde la persona para su desarrollo. En este sentido, la participación, la creencia en la persona, la sensación transmitida en su capacidad debe responder a empoderarla para que se sienta capaz y partícipe de su aprendizaje y de las situaciones que lo median.

Para ello, la familia constituye el fin primero de la convivencia y del trabajo, su constitución como persona está moldeada por las relaciones que establece en el seno familiar, especialmente la forma de satisfacer sus necesidades básicas (Brazelton y Greenspan, 2005).). . Este proceso de formación de identidad se da en el marco de expectativas y necesidades acordes con el carácter y estructura social de cada familia. De manera "buena", el padre como primer maestro establece una relación, buena, y un propósito que le permite interpretar las necesidades de atención y cuidado del niño en cada momento. Son los primeros en asumir la responsabilidad de crear los canales y métodos que ayuden a crear la identidad del proyecto.

Cuidados Especiales

De aquí, se puede desprender los canales de la familia dentro de los cuidados específicos:

Inclusión Social. - está asociada con la inserción social de una persona dentro del entorno social. Se trata de considerar a cada ser humano en condiciones de igualdad, sin prejuicios de ningún tipo.

Autodeterminación. - capacidad para tomar decisiones sobre la identidad y el futuro, definir quiénes somos o quiénes deseamos ser, sin el control de personas o fuerzas externas.

Bienestar Emocional. - es la habilidad de poder disfrutar la vida y a la vez de afrontar los problemas diarios que van surgiendo, ya sea tomando decisiones, lidiando y adaptándose de situaciones difíciles o dialogando esas necesidades y deseos.

Bienestar Físico. - tiene que ver con hacer lo que puedas para fortalecer y cuidar tu cuerpo.

Bienestar Material. - tener una vivienda y lugar adecuado para desenvolverse y seguir con los procesos solventando las necesidades personales.

Derechos. - es lo que se concede o reconoce a un sujeto de derecho (independientemente de que haya sido exonerado o no por él).

Desarrollo Personal. – es un conjunto de actividades que mejoran la conciencia personal y el conocimiento de la identidad con el objetivo de impulsar y potenciar el desarrollo de habilidades personales que tenemos y que creemos que no existen.

Relaciones Interpersonales. - son las interacciones recíprocas entre dos o más personas. En las relaciones interpersonales el proceso de comunicación es clave y fundamental y estas relaciones se regulan por las leyes e instituciones de la interacción social.

Perfil de Calidad de Vida. – es el bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción con áreas que son importantes para él o ella. Define en términos de satisfacción de necesidades en las esferas física, psicológica, social, de actividades, material y estructural.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Cómo influyen los cuidados familiares en los alumnos del Instituto Educativo con autismo para alcanzar su autonomía personal.

JUSTIFICACIÓN

En México en los últimos 20 años, acorde a encuestas realizadas por instituciones, ser observa un incremento en el diagnóstico o propensión al autismo, lo cual ha provocado problemas sociales y de costos en los cuidados o individuos que lo padecen, es necesario que exista una correlación o una red de apoyo que permita que los individuos puedan desarrollar habilidades y criterios basados en su autonomía y aprendizaje práctico para poder enfrentar las dificultades de la vida cotidiana y mejorar su calidad de vida.

En consideración del antecedente dentro del marco teórico con la propuesta que se ha investigado la pertinente información referente de las teorías de investigación, conectando y concordando de acuerdo la relación conjunta de conocimiento vivido como experiencia de acuerdo el involucramiento que han experimentado y generando la relación sus familiares en atención al miembro con autismo.

Por lo tanto, desde mi perspectiva es importante este tema de investigación para seguir conociendo las situaciones que presentan los individuos que tienen autismo y que factores ayudan para su desenvolvimiento y autonomía personal.

Por otra parte, se pretende llevar a cabo en la institución para experimentar y seguir indagando esos factores de cambio del Instituto Educativo de León Guanajuato.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Conocer los cuidados familiares, en los alumnos del Instituto Educativo con autismo la influencia para alcanzar su autonomía personal de León Guanajuato.

Objetivo particular

1. Evaluar cómo influye los cuidados familiares de los alumnos con autismo del Instituto Educativo para el desarrollo de su autonomía de León Guanajuato.

2. Aplicar instrumento cualitativo para indagar y conocer los cuidados familiares en los alumnos del Instituto Educativo con autismo el proceso de su autonomía en León Guanajuato.

HIPÓTESIS

H1: Los cuidados familiares, influyen la atención de los alumnos del Instituto Educativo con autismo para alcanzar su autonomía personal.

H2: La falta o la negligencia de los cuidados familiares alumnos del Instituto Educativo con autismo influyen para alcanzar su autonomía personal.

Hipótesis nula.
H:0 Los cuidados familiares, para atención de los alumnos del Instituto Educativo con autismo no influye para alcanzar su autonomía personal.

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO
Mixto, de campo, exploratorio, Observacional, prospectivo, trasversal, descriptivo.

POBLACIÓN
Alumnos que padezcan autismo (TEA), en el centro educativo.

MUESTRA
Son 5 integrantes con autismo y 5 matrimonios que incluye mamá y papá en atención de los cuidados familiares de los alumnos con autismo del Instituto Educativo de León Guanajuato para su autonomía personal.

INSTRUMENTOS

Se aplicará un cuestionario con preguntas con la escala numeral considerando un total para contar los niveles, es una escala de calificación que se utiliza para cuestionar a una persona sobre su nivel de acuerdo o desacuerdo con una situación. Con esto, conoceremos la forma de la opinión familiar ante la autonomía personal de los alumnos, ya que habrá preguntas sobre habilidades, comportamientos y decisiones, con la forma de comparativo.

El cuestionario de los Padres de Familia
Este instrumento tiene una forma para ser evaluado y la suma de los puntos obtenidos indicará el puntaje obtenido, la situación en la que se encuentra y se da a conocer. La suma total de los puntos obtenidos en el instrumento nos indicará en qué nivel se encuentra nuestra clase:

• 40-50 puntos - NIVEL (A) CLASE MUY AUTÓNOMA
Este grupo-clase ya es suficientemente autónomo y podría afrontar con éxito propuestas más complejas de aprendizaje basadas en las metodologías activas.
• 30-39 puntos - NIVEL (B) CLASE MEDIA-ALTA
Este grupo es bastante autónomo. Con un poco de trabajo más estará en condiciones de abordar propuestas metodológicas más complejas.
• 20-29 puntos - NIVEL (C) CLASE MEDIA-BAJA
Este grupo está en el nivel más habitual. Es recomendable iniciar procesos para fomentar la autonomía en los estudiantes ya que presentan valores medios bajos.
• 10-19 puntos - NIVEL (D) CLASE MUY DEPENDIENTE
Este grupo presenta niveles muy bajos. Urge aplicar estrategias para desarrollar la autonomía de los estudiantes.

Cuestionario de las Cuidados Especiales

Este instrumento toma en cuenta una escala Likter nominal y cada ítem cuenta con un valor como lo vemos en la parte de abajo, esto nos arrojará un total para poder discriminar el nivel o la etapa que contiene cada Cuidado Especial del cual referemimos que debe tener el muchacho en su circunstancia.

El resultado de cada una de las dimensiones que se manejan dentro de los Cuidados Especiales, nos dará un resumen de puntuaciones, el cual, lo tenemos en la parte de abajo. Esta tabla nos dará los datos que necesitamos para saber la puntuación estándar, el índice de la calidad de vida, que se refiere a la edad debe tener el muchacho para hacerle esos cuidaddos y el Porcentil de su calidad de vida, que se refiere a la edad psicológica en que se encuentra ahora el muchcacho dentro de esos cuidados.

Concluyendo las operaciones de las dimensiones y ver sus totales nos toparemos con su perfil adecuado del muchacho en su edad y madurez psicológica y saber cómo ayudarlo desde esa perspectiva para reajustar los cuidados que se le deben dar y así poder aprovechar bien este instrumento y que las familias sepan los cuidados correctos para sus hijos, porque ellos los requieren de ese modo.

Evaluación Bimestral de Habilidades-Aprendizajes
Este instrumento recoge los avances en los aprendizajes de los muchachos por bimestre, la escala por medio de colores tiene una escala numeral donde los el color rojo tiene un valor de 0, el color naranja 1, el color amarillo 2 y el color verde 3.

PROCEDIMIENTO

La recolección de datos se solicitó el permiso del Instituto Educativo para llevar a cabo la investigación, a los padres se les dio una carta de consentimiento, de la cual, se obtuvo la autorización. Los instrumentos utilizados fueron: "Cuestionario a padres de familia" (anexo 1) y "Evaluaciones bimestrales" (anexo 2).

El primer instrumento utilizado fue el "Cuestionario a padres de familia" elaborado para el conocimiento de la autonomía sus hijos; cuenta con 17 preguntas, cada una con cinco alternativas, correspondiéndole un valor ascendente. Se evalúa lo que se puede entender por autonomía. El segundo instrumento fue diseñado para tener un conocimiento sobre las habilidades que debe tener el alumno en su desarrollo y se llevará por rangos cabe resaltar, que esa evaluación se basa en su desarrollo desde su interés hasta su comportamiento.

Una vez aprobado el proyecto por el Comité de Ética se coordinó con las autoridades respectivas del Instituto Educativo, se le entregó la solicitud de permiso a la directora. Después de ser aprobada la solicitud, se coordinó el cronograma de ejecución del proyecto de acuerdo a su disponibilidad de la institución.

Primera etapa: Se realizó una reunión con los padres para solicitar su participación en el estudio, informándole el propósito y los principios éticos a considerar en el estudio; solicitando su participación voluntaria y la firma del consentimiento informado.

Segunda etapa: Se planificó 2 sesiones para en las siguientes fechas: 18 de julio y 19 de agosto. Las 2 sesiones educativas constarán de un momento aproximadamente 10 minutos, ya que se contestarán los instrumentos. Y ante los instrumentos los padres pueden presentar: Una preocupación por el presente y el futuro del hijo/a. Que decidir tratamientos médicos, elección de profesionales y opciones educativas. Aumento de dedicación: cuidados, tiempo de interacción, juego y estudio compartido, estimulación temprana, actividades de ocio y refuerzo de la escolarización. Gastos extraordinarios. Un futuro lleno de interrogantes e incertidumbre.

ANÁLISIS

El Paradigma de Apoyos se refiere a las posibilidades, estímulos y habilidades necesarias para que las personas con Trastorno del Espectro Autista (TEA) puedan vivir en comunidad y relacionarse con los demás. Si consideramos las dificultades que enfrentan, es crucial aprender a abordar estas necesidades en su contexto específico.

Los apoyos abarcan desde la red natural de la persona (familia, amigos) hasta los profesionales de los servicios. Estas ayudas tienen como objetivo permitir que las personas con TEA lleven la vida que desean y puedan mantenerla. El cambio de enfoque consiste en ver a estas personas no solo por sus dificultades, sino por sus capacidades y posibilidades. Esto implica adaptar el apoyo según las necesidades y demandas individuales.

En resumen, todos pueden lograr mucho si se les brinda el entorno adecuado y el apoyo necesario. Los apoyos, según Luckasson (2002), son recursos y estrategias destinados a mejorar el desarrollo, la educación, los intereses y el bienestar personal de cada individuo, permitiendo su funcionamiento individual.
Los apoyos son empleados para cumplir con diferentes funciones, pudiéndose emplear para aumentar las capacidades de una persona o para modificar los contextos para que potencien el funcionamiento del individuo. La idea de fondo que moviliza este énfasis en los apoyos es que cualquier persona con el apoyo adecuado y el tiempo suficiente mejorará (Luckasson, Mental retardation: Definition, classification, and systems of supports, 2002).

Los apoyos desempeñan diversas funciones, como aumentar las capacidades de una persona o modificar los contextos para mejorar su funcionamiento. La premisa subyacente es que cualquier individuo, con el apoyo adecuado y el tiempo necesario, puede mejorar.

Estos apoyos también ayudan a reducir la discrepancia entre las habilidades de las personas y las demandas del entorno. Es fundamental que los entornos promuevan el bienestar, satisfagan las necesidades y generen estabilidad emocional.

En la evaluación y provisión de servicios, es crucial centrarse en los apoyos que la persona desea y necesita. Estos deben fomentar la participación activa en la comunidad, promover la elección, desarrollar competencias y basarse en el respeto.

La evaluación de los Cuidados Especiales son aspectos nucleares del sistema propuesto para el apoyo a una persona y cómo debe desarrollarse de modo deseable, las prácticas relacionadas de la planificación centrada en la persona, el crecimiento personal y oportunidades de desarrollar, la inclusión en la comunidad, la autodeterminación y la habilitación. Segundo, la implementación de apoyos individualizados lleva a esperar resultados personales mejorados, que generalmente se relacionan con las dimensiones básicas e indicadores de la calidad de vida (Tamarit, 1996).

Por todo ello y en definitiva, lo que se pretende es ayudar a una persona con Trastorno del Espectro Autista (TEA) a desarrollarse, a que alcance, él y su familia, la calidad de vida que todos merecemos y para ello es importante tener en cuenta, en palabras de Tamarit (1996) que para que las personas con Trastorno del Espectro Autista (TEA) tengan conductas más flexibles, las personas que interactúen con ellos tienen que, también, mostrarles flexibilidad, es decir, darles posibilidad y diferencias para aprender de ellas y contrastar los comportamientos y actitudes de las diferentes personas y entornos que los forman (Tamarit, 1996). Generalmente, la interacción con personas con autismo sigue el siguiente esquema: el adulto comienza la interacción y el adolescente o joven responde; este esquema no responde a la realidad de los sistemas comunicativos e interactivos por lo que deben procurarse los modelos más eficaces para que las personas los entrenen y observen o viceversa.

RESULTADOS

Tras haber realizado la propuesta de intervención en el Instituto Educativo y trabajar durante cuatro semanas se han obtenido una serie de resultados, que presentamos a continuación a partir de los instrumentos de evaluación utilizados y especificados anteriormente. Se recogen los resultados y los ítems que se han valorado para llegar a una serie de totales. Para tener una mejor observación de los mismos. Se eligió por dividir las muestras en tres grupos: Evaluación Bimestral de Habilidades-Aprendizajes, Tabla Comparativa de Autonomía y Perfil de Vida con el fin de realizar el análisis más sencillo de modo visual para una mejor comprensión de la población encuestada.

En este primer grupo Evaluación Bimestral de Habilidades-Aprendizajes, dentro de la población total, tenemos el manejo de porcentajes dentro del índice que se atendió. Y tenemos unos porcentajes medios-bajos. Se refiere al rendimiento académico y habilidades motrices relativas a la función del desenvolvimiento escolar y disposición para relacionarse con el centro, lo que significa que aún con las dificultades personales y de aprendizaje de los muchachos existe trabajo dentro de la institución que estimula, apoya y orientan a desarrollar esas habilidades y aprendizajes en ellos y por eso se encuentran en proceso de adquisición de las mismas. Debemos tener en claro que el de la población lleva un 60% proceso en desarrollo y un 40% que si requiere apoyo.

Por parte de tabla comparativa de autonomía, se refleja la situación de los jóvenes que se encuentran dentro del Instituto Educativo y se comprueba que la población va en aumento con el nivel B (Clase Media-Alta). Cabe destacar que no sólo los padres incursionan para cultivar esa autonomía y esa frecuencia cambia con la convivencia con los profesores o profesionales a cargo de los jóvenes, lo cual, los efectos se van modulando y esclareciendo poco a poco. Reforzando los trabajos y colaboraciones de los involucrados a través de la comunicación.

En de Perfil de Calidad Vida, se refiere a los cuidados y atenciones que necesitan los jóvenes dentro de sus circunstancias, es aquí donde la perspectiva cambia, por el hecho de exponer las condiciones óptimas que se requieren según su edad y su desarrollo. Y la población encuestada nos da un total del 100% dentro de la edad de 15 años, esto resulta que la cooperación familiar implica colaboración y vinculación para la educación eficaz de sus hijos y muchos de los medios proporcionados no llegan a concluir criterios o unificar estrategias para la ayuda de su desarrollo para conseguir buenos resultados, pero existen contradicciones donde repercuten significativamente en el rendimiento de los jóvenes.

DISCUSIÓN

En este estudio ahondamos desde una perspectiva del apoyo a las familias con jóvenes con Trastorno del Espectro Autista (TEA), hay que destacar que al tratarse de ese trastorno existe un alto impacto en la vida de las familias, y esto, genera ciertas controversias, ya que no se han cubierto realmente todas las necesidades. Si tal vez algunas atenciones, pero la preocupación va hacia lo significativo dentro de la responsabilidad que tiene cada participante (padres, tutores, docentes y profesionales) en la intervención de ese proceso educativo y de la adquisición básica de las habilidades hacia la autonomía.

Durante la investigación los partícipes de los instrumentos acusan un descuido por parte de ellos o de sus responsables y que terminan llevándolos a estancarse sin dejar fluir su desarrollo. Los docentes y los padres de familia son especialmente críticos con las responsabilidades que les competen a sus predecesores o antecesores en la escala educativa y por eso, pierden interés en lo que los jóvenes o hijos piden o necesitan. Claro, esto genera un clima adverso o inapropiado en el cual se presentan los problemas y esto propicia que los jóvenes no desarrollen su autonomía por miedo a encontrarse una afrenta o dificultad por parte de la familia, y se pierde el entorno beneficioso para ellos.

Otra dolencia dentro del contexto, los docentes consideran que el poco compromiso de los padres con la institución sería también una causa para que los jóvenes estén en esa encrucijada. Plantean dentro del traspaso de las responsabilidades los padres dejan la mayor parte de sus responsabilidades al centro educativo y lo único que sucede es retener o implantarlos dentro de un sistema.

De esta forma, tanto docentes como los padres plantean que la responsabilidad va sujeta de responsabilidad, hasta el punto de poder explicar si influye esto dentro de la situación planteada y que viene asociada a la cotidianidad de los jóvenes del Centro Educativo. Si bien, esta investigación es exploratoria, pero permite establecer futuras líneas de investigación sobre la compleja relación que existe entre su entorno familiar y su desarrollo socioemocional. En este sentido se podría profundizar en los aspectos detectados en este estudio, explorar si existen elementos que pueden tener una mayor incidencia en el proceso de adquisición de su autonomía.

CONCLUSIONES

Una vez efectuado la recopilación de información y análisis de la misma se puede observar que durante la estancia de los jóvenes en el Instituto Educativo si identifican que existe algo de avance, aunque no como ellos quisieran o milagrosamente dieran un paso agigantado en la adquisición de habilidades y aprendizajes. Por ello, si llegamos a la conclusión que son importantes los cuidados a lo que respondemos a la primera Hipótesis que tenemos. Además, que es necesario involucrarse para que dentro de sus procesos crezcan o se desarrollen hacia su autonomía personal.

El conocimiento de las diferentes técnicas y la puesta en práctica de las mismas les brindará a los padres una mejor comprensión de la situación en la que penden sus hijos y de este modo puedan integrarse más a los progresos de sus hijos como parte de la interacción social y convivencia que deben de llevar para que sus hijos vean que ese apoyo y ayuda presente, para que puedan desenvolverse de un modo más libre y llevadero hacia su autonomía personal.

A través del cumplimiento de los objetivos planteados, es posible identificar como las características sociodemográficas de la familia (percepción de apoyo social, capacitación para cuidar y percepción del propio estado de salud), son capaces influir en los cuidados especiales, ahí es donde aprobamos la hipótesis uno de la investigación y dejamos en claro que si influye mucho los cuidados que se propicien según las características de los adolescentes y jóvenes con Trastorno del Espectro Autista (TEA), además, se rechaza la hipótesis cero de la investigación.

El apoyo y orientación de profesionales también son primordiales para que los padres puedan aprender a comprender y aceptar a su hijo/a. Una vez que logran mirar el mundo a través de los ojos del o/la joven con TEA, se puede enfocar mejor hacia un mejor resultado en el futuro, ya que se establece una especie de empatía y desarrollar una relación especial y respetar las funciones de cada uno para poder apoyar al o/a joven los padres tienen que enseñar a los maestros, educadores, y profesionales…, el modo de interpretar la mente de su hijo, de este modo se posibilita la

comprensión y se puede hacer que la incorporación a los distintos recursos existentes (centro educativo, centro de día, vivienda…) sea más positiva. A su vez los distintos profesionales (educación, sanidad, servicios sociales) deben ser sensibles y receptivos a estas enseñanzas, dispuestos a cambiar su percepción de la persona con autismo y entregados a mejorar su calidad de vida.

REFERENCIAS

(2016). En A. P. Ayesa, IMPACTO DE LA DISCAPACIDAD EN EL NÚCLEO FAMILIAR (págs. 13-14). UNIVERSIDAD PÚBLICA DE NAVARRA.

(2018). En V. G. David Echavarría Lopera, Experiencia del cuidado a personas en situación de discapacidad desde la perspectiva de cuidadoras primarias en el municipio de Yarumal, 2018 (págs. 17,19-26). Universidad de Antioquia.

Aierbe, A. (2005). Intervención psicopedagógica en los trastornos del desarrollo. Málaga: Aljibe.

Ana M. Gómez-Galindo, O. L.-F.-E. (2015). Caracterización y condiciones de los cuidadores de personas con discapacidad severa en Bogotá. Scielo, 1-11.

Brazelton, B., & Greenspan, S. (2005). Las necesidades básicas de la infancialo que cada niño o niña precisa para vivir, crecer y aprender . España: Red de Bibliotecas Universitarias (REBIUN).

Bristol, M. M. (1984). Family Resources and Successful Adaptation to Autistic Children. New York: Scribner's: Journal of Autism.

Cunningham, C., & Davis, H. (1988). Trabajar con los padres. Marcos de colaboración. Madrid: Siglo XXI y Ministerio de Educación y Ciencia. .

DeMyer, M. K., & DeMyer, M. K. (1981). Parents and Children in Autism. Detroit: Wayne State University Press.

EVALUACION BIMESTRAL. (28 de agosto de septiembre - agosto de 2023). Leòn, Guanajuato.

Familia y discapacidad: la importancia de la familia en menores con discapacidad. (16 de 12 de 2020). Recuperado el 17 de 12 de 2022, de https://www.unir.net/educacion/revista/familia-y-discapacidad/

Frith, U. (2003). Autism and Asperger Syndrome. Cambridge: Cambridge University Press.

Giné, C. (2002). Familia e intervención precoz. Orientaciones para la intervención del psicopedagogo. Barcelona: Ariel.

Hobfoll, S., & Stokes, J. (1988). The Process and Mechanics of Social Support. New York: Open Journal.

Kanner, L. (1943). Autistic Disturbances of Affective Contact. New York: Neurodiversity.

Luckasson. (1992). Mental retardation: Definition, classification, and systems of supports. A Retrospective. New York: American Association on Mental Retardation: Collection.

Luckasson. (2002). Mental retardation: Definition, classification, and systems of supports. Washington (DC): American Association on Mental Retardation.

Luckasson, R. A. (1992). Asociación Americana sobre Retraso Mental (AAMR Definition of Mental Retardation: A Retrospective). New York: journal JSTOR Collection.

María Merino Martínez, M. Á. (1998). Estrés y familias de personas con autismo. Federación Autismo Castilla y León: Isbn.

Molina, S. (1999). Deficiencia mental. Aspectos evolutivos y educativos. Málaga: Aljibe.

Mulas, F. (2010). Modelos de intervención en niños con autismo. Alicante: APADIS (M.G. Millá).

Paniagua, G. (1999). Familias con niños con necesidades educativas especiales. En A. Marchesi, C. Coll e J. Palacios, Desarrolo psicológico y educación 3. Trastornos del desarrollo y necesidades educativas especiales. Madrid: Alianza.

Prizant, B. M. (2015). Uniquely Human: A Different Way of Seeing Autism. Chicago: Simon & Schuster.

Rivière, Á. (2000). ¿Cómo aparece el atismo? Diagnóstico temprano e indicadores precoces del trastorno autista. Madrid: APNA.

Tamarit. (1996). Acerca de la insistencia en la igualdad: Análisis y propuestas para la intervención. Congress AUTISME-EUROPE. Barcelona: Narcea S.A. de Ediciones.

tesis. (2018). En A. A. TORRE BLANCA MONZÓN, ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL. CARITAS, AREQUIPA - 2017 (págs. 2-3, 5-7). Perù.

Vasconcellos, E. (2003). El autismo de etiología desconocida. Buenos Aires: Revista digital de Neurología.

Wing, L., & Gould, J. (1979). Severe Impairments of Social Interaction and Associated Abnormalities in Children: Epidemiology and Classification. New York: Journal of Autism and Developmental Disorders.

www.uv.mx/file. (12 de 2017). Recuperado el 09 de diciembre de 2022, de https://www.uv.mx/psicologia/files/2017/12/la_carta_del_consentimiento_informado.pdf

Terapia familiar modelo **TBCS** y escala de acontecimientos vitales estresantes como instrumentos **que influyen en identificar factores de riesgos percibidos como vulnerabilidad psicosocial en los consultantes**

Ma. Antonieta Mendoza Arce, Eli Josué Fernández Enríquez

RESUMEN

En este estudio, se aplicó la Terapia Familiar y la Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes (AVE) para identificar los factores de riesgos percibidos como Vulnerabilidad Psicosocial en consultantes mayores de 18 años en León, Guanajuato. La muestra consistió en 10 consultantes seleccionados de manera probabilística.

El modelo utilizado fue el de Terapia Breve Centrada en Soluciones (TBCS), que consta de siete módulos presentados en forma de cuestionario (entrevista-encuesta). Se utilizó la Escala AVE para analizar la correlación de Pearson y realizar pruebas de t. Los resultados mostraron que la escala AVE no identificó de manera significativa la vulnerabilidad psicosocial, pero sí reflejó un alto riesgo de enfermedad psicosomática en los consultantes, lo cual se relaciona con la influencia de múltiples factores etiológicos en las patologías.

Además, se observó una tendencia de correlación positiva en la aplicación de la Terapia Familiar, lo que indica que esta intervención tuvo un impacto positivo en la identificación consciente de los factores de riesgos percibidos como Vulnerabilidad Psicosocial en los aspectos físicos, mentales y sociales. La Terapia Familiar TBCS se caracteriza por su enfoque proyectado hacia el futuro y el establecimiento de metas deseadas. Se utilizó la técnica de la "pregunta del milagro" para inducir un estado de bienestar y establecer objetivos que ayuden a reducir la Vulnerabilidad Psicosocial.
En conclusión, este estudio busca aplicar la Terapia Familiar y la Escala AVE para identificar factores de riesgos percibidos como Vulnerabilidad Psicosocial. Se resalta la importancia de cambiar los enfoques terapéuticos centrados únicamente en el individuo y considerar también el sistema familiar, utilizando el modelo TBCS como una herramienta valiosa en el campo de la salud mental.

PALABRAS CLAVES: Terapia familiar, terapia breve centrada en soluciones, enfermedad psicosomática, vulnerabilidad psicosocial, acontecimientos vitales estresantes.

ABSTRACT
In this study, Family Therapy and the Life Events Stress Scale (AVE) were applied to identify perceived risk factors as Psychosocial Vulnerability in consultees over 18 years old in León, Guanajuato. The sample consisted of 10 consultees selected probabilistically. The utilized model was Brief Solution-Focused Therapy (TBCS), consisting of seven modules presented in the form of a questionnaire (interview-survey). The AVE Scale was used to analyze Pearson correlation and conduct t-tests. The results showed that the AVE scale did not significantly identify psychosocial vulnerability but did reflect a high risk of psychosomatic illness in consultees, which is related to the influence of multiple etiological factors in pathologies. Furthermore, a positive correlation trend was observed in the application of Family Therapy, indicating a positive impact on the conscious identification of perceived risk factors as Psychosocial Vulnerability in the physical, mental, and social aspects. TBCS Family Therapy is characterized by a future-oriented approach and goal setting. The "miracle question" technique was used to induce well-being and establish objectives that contribute to reducing Psychosocial Vulnerability. In conclusion, this study aims to apply Family Therapy and the AVE Scale to identify perceived risk factors as Psychosocial Vulnerability. The importance of shifting therapeutic approaches focused solely on the individual and considering the family system is emphasized, utilizing the TBCS model as a valuable tool in the field of mental health.

KEYWORDS: Family therapy, brief solution-focused therapy, psychosomatic illness, psychosocial vulnerability, life events stress.

INTRODUCCIÓN

La vulnerabilidad psicosocial, producto de circunstancias multifactoriales, ha adquirido una relevancia creciente en la actualidad debido a los daños colaterales que experimenta el individuo al no contar con medios accesibles para atender su salud mental y social. En su transitar cotidiano, cada persona interactúa con múltiples entornos y se integra en diversos sistemas a los que se adapta constantemente. Sin embargo, es evidente la aparición de deterioros físicos, mentales y sociales que se manifiestan como consecuencia de la vulnerabilidad, percibida como amenaza o sufrimiento, y son considerados riesgos psicosociales.

Los riesgos psicosociales asociados a la vulnerabilidad presentan una conexión estrecha con la aparición de enfermedades psicosomáticas, las cuales se ven potenciadas por frecuentes acontecimientos vitales estresantes. El abordaje de esta problemática se torna cada vez más limitado, generando la necesidad de encontrar estrategias efectivas que permitan recuperar la funcionalidad y el bienestar integral del individuo y su entorno.

En este contexto, la Terapia Breve Centrada en Soluciones (TBCS), como enfoque terapéutico familiar, y la utilización de la Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes (AVE), surgen como propuestas fundamentales para identificar la vulnerabilidad percibida como riesgos psicosociales en los ámbitos físico, mental y social. Estos enfoques se centran en la búsqueda consciente de soluciones, analizando las excepciones en los intentos de encontrar soluciones previas, identificando los recursos disponibles, como habilidades y competencias desarrolladas, y las redes de apoyo. Además, se emplea la técnica de la "pregunta milagro", que invita al consultante a imaginar cómo se sentiría si la situación que genera su vulnerabilidad no existiera.

Identificando primordialmente la vulnerabilidad psicosocial en los ámbitos físico, mental y social, despierta un interés en el consultante para la creación de propuestas de solución con objetivos y metas claras que permitan atender la salud integral. Asimismo, se busca motivar la aceptación de un acompañamiento profesional psicoterapéutico tanto en la atención a la salud mental como social, De esta manera, se persigue restablecer la funcionalidad y el bienestar integral a nivel psicosocial, siendo esta la expectativa principal del consultante.

Al identificar los riesgos percibidos de la vulnerabilidad en los ámbitos físico, mental y social mediante la utilización de la terapia familiar modelo TBCS, se generará un análisis global de los recursos disponibles, las redes de apoyo, las técnicas, las habilidades, las fortalezas, los tratamientos y otras líneas de acción efectivas, eficientes y emergentes para gestionar los factores de protección en la salud psicosocial. Además, se pretende crear una nueva cultura que cambie el paradigma de que la atención a la salud mental se limite al ámbito individual, reconociendo la importancia de abordarla también de manera grupal y en todo tipo de sistemas.

Terapia Familiar

La terapia familiar se ha convertido en un proceso de atención para la salud mental, centrándose en el individuo dentro de su contexto social y como parte de su entorno. Se basa en el análisis psicodinámico y existencial, con un enfoque en el presente y en la interacción familiar o sistémica dentro de un contexto social y psicológico. Según Ortega y Gasset (1914), la famosa cita "Soy yo y mi circunstancia, y si no la salvo a ella, no me salvo a mí mismo" resalta la influencia directa del contexto en los procesos internos de la mente.

Minuchin (2003) sostiene que la información, las actitudes y las formas de percepción son asimiladas y almacenadas, dando en que la persona se acerca a su entorno habitual y se relaciona con él. La observación e identificación de lo que ocurre en el individuo que busca atención terapéutica, así como en sus interacciones, permiten comprender y abordar la sensopercepción de la vulnerabilidad percibida durante el tratamiento.

La terapia estructural de familia explicada por Salvador Minuchin (2003), indica que la familia constituye un factor como grupo social natural, que determina las respuestas de sus miembros a través de estímulos desde el interior y desde el exterior. "Su organización y estructura tamizan y califican la experiencia de los miembros de la familia. En muchos casos, se la puede considerar como la parte extra cerebral de la mente" (Minuchin 2003)

De acuerdo con Minuchin (2003), la terapia estructural de familia examina el impacto de la familia, como un grupo social natural, en las respuestas de sus miembros ante estímulos tanto internos como externos. La manera en que la familia se organiza y estructura actúa como un filtro que configura la experiencia de los integrantes de la familia. En algunos casos, se plantea la posibilidad de considerarla como una extensión de la mente, trascendiendo los límites del cerebro (Minuchin, 2003)

El filtro que configura las experiencias de la familia genera acciones de atención en el sistema que se ca-

racterizan por enfocarse en la observación del presente en lugar de analizar exclusivamente el pasado. Se reconoce que existen elementos de referencia que ejercen influencia en la formación, organización y funcionamiento actual del sistema. Estos elementos son relevantes para llevar a cabo intervenciones terapéuticas objetivas que promuevan la funcionalidad del sistema en el presente. Un aspecto importante consiste en modificar las experiencias subjetivas al alterar la posición de los miembros dentro del sistema (Minuchin 2003).

Terapia de familia estructural

La aplicación terapéutica de un enfoque basado en el sistema se enfrenta a varias complejidades, una de las cuales es la resistencia por parte de los psicoanalistas a trabajar con familias. Freud (1912, 1915 citado en Oblitas, 2008) mantuvo firmemente la creencia de que el trabajo clínico con los familiares de los pacientes resultaba contraproducente, por lo tanto, nunca llevó a cabo terapia familiar y evitaba involucrarse en terapia de parejas.

En el ámbito de la terapia familiar, se originó un movimiento organizado en 1950, con un enfoque centrado en la atención a la terapia familiar. Diversos pioneros destacaron en este campo, entre ellos Bell (1967), Ackerman (1950), Midelfort (1957), Bowen (1976), Wynne (1961) y Whitaker (1958). Sin embargo, un reconocimiento especial se atribuye al Grupo de Palo Alto en California, donde se congregaron destacadas personalidades como Gregory Bateson, Jay Haley, John Weakland, Don D. Jackson y Virginia Satir. Este grupo desempeñó un papel fundamental al fusionar diferentes posturas y enfoques vanguardistas, como la teoría del "doble nudo" (double-bind) propuesta por Bateson. Esta teoría planteaba que la esquizofrenia tenía su origen y mantenimiento en la comunicación contradictoria y confusa entre los cuidadores y los pacientes esquizofrénicos (Bateson, Jackson, Haley y Weakland, 1956). Estos elementos sentaron las bases para el establecimiento de la primera revista de terapia familiar, conocida como Family Process, en la década de 1960, así como la publicación de diversos libros de texto que enfatizaban la importancia fundamental de la familia en la comprensión y abordaje de situaciones clínicas (Oblitas, 2008).

El enfoque estructural de la terapia familiar se caracteriza por contar con destacados exponentes como Minuchin (1974, 1993), Aponte (1974) y Montalvo (1973). Estos teóricos sostienen supuestos fundamentales que postulan que la diversidad de psicopatologías y problemas familiares emergen como manifestaciones disfuncionales y desadaptativas del sistema familiar (Oblitas, 2008).

Según Oblitas (2008), es esencial para los clínicos familiares de enfoque estructural comprender cuatro categorías de funcionamiento familiar, ya que estas brindan la clave para comprender el origen de la disfunción. La primera categoría, denominada problemas de estructura jerárquica, se refiere a la forma en que se negocian las decisiones dentro de la familia y quién o quiénes tienen la autoridad para tomarlas. En familias saludables, el poder jerárquico recae en el subsistema de los padres, quienes son responsables de cuidar a sus hijos. Sin embargo, en familias disfuncionales, puede ocurrir que una hija adolescente y su madre tomen las decisiones principales, excluyendo al padre. Según el enfoque estructural, esta distribución de poder es incorrecta y genera consecuencias sistémicas negativas. Los terapeutas sistémicos argumentan que estos desequilibrios de poder son comunes en familias con un niño o adolescente con dificultades físicas o mentales, ya que en muchas ocasiones los padres les han otorgado un nivel inapropiado de poder y toma de decisiones (Oblitas, 2008).

En relación con las disfunciones familiares como sistema, se identifica un segundo factor común relacionado con las particularidades en las fronteras que existen entre los subsistemas. Estas fronteras se refieren a las divisiones o límites entre los individuos que conforman la familia como una unidad social. Su función es regular el grado de permeabilidad entre los distintos subsistemas familiares. Según las investigaciones llevadas a cabo por Minuchin y sus colaboradores, es crucial establecer límites claros entre el subsistema de los padres y el subsistema de los hijos. Son estas fronteras entre subsistemas las que finalmente determinan quiénes participan en el funcionamiento familiar (Oblitas, 2008).

En el estudio de las familias o sistemas y su disfuncionalidad, un tercer factor esencial es lo que se conoce como alianzas o coaliciones. Se destacan dos tipos de alianzas disfuncionales: a) la desviación del conflicto mediante un 'chivo expiatorio' y b) las coaliciones transgeneracionales. En el primer tipo, se observa a la madre y al padre uniendo fuerzas en contra de uno o

varios de sus hijos, lo que tiende a desviar el conflicto de la pareja, pero genera un alto nivel de estrés en los hijos. En el segundo tipo, suele formarse una coalición entre uno de los padres y uno de los hijos, creando un frente de oposición hacia el otro progenitor. Esto conlleva al distanciamiento del padre excluido y a la unión transgeneracional entre uno de los padres y uno de los hijos. Desde el enfoque sistémico, esta configuración tiende a ser considerada como patológica (Oblitas, 2008).

Un cuarto factor en la identificación de un sistema familiar patológico se relaciona con los triángulos presentes en la dinámica familiar. En este tipo de configuración, dos miembros de la familia se unen en contra de un tercero. Minuchin (1974) y Umbarger (1983) han identificado diversos tipos de triangulaciones en este contexto. Entre las más frecuentes se encuentran: a) aquella en la cual una madre establece una alianza o coalición con su hija, excluyendo al padre del sistema familiar; b) la triangulación en la que un padre y una madre, para evitar enfrentar sus propios conflictos, excluyen a uno de sus hijos y lo convierten en el 'chivo expiatorio' o el 'enfermo' de la familia (Oblitas, 2008).

Terapia de familia estratégica

Esta modalidad terapéutica está asociada principalmente a autores como Jay Haley (1976) y Cloe Madanes (1981). La premisa fundamental de esta terapia familiar de enfoque sistémico consiste en ver un síntoma como una forma de comunicación familiar o de un sistema como una secuencia de comportamientos que mantienen la homeostasis. El objetivo del terapeuta estratégico es interrumpir y desequilibrar la homeostasis patológica previa presente en el sistema, lo que permitiría a la familia desarrollar y practicar nuevas formas de comunicación. En este enfoque sistémico, no se busca que los miembros se involucren en los patrones disfuncionales anteriores; en cambio, se utiliza el síntoma del paciente como una herramienta para generar un nuevo sistema o una nueva estructura. Sin embargo, a diferencia de la escuela estructuralista, no se da importancia ni se estudia la estructura familiar en sí misma; las familias son libres de reorganizarse según su preferencia (Oblitas, 2008).

De acuerdo con Oblitas (2008), en la modalidad estratégica, el terapeuta adopta un papel activo al iniciar o dirigir intervenciones estratégicas para abordar cada problema. Se enfoca en establecer metas claras que enfaticen la necesidad de resolver el problema o síntoma actual, priorizando los detalles de los síntomas por encima del crecimiento o reestructuración sistemática de la familia. Un aspecto destacado de los terapeutas estratégicos es su enfoque en contrarrestar la resistencia que surge de la homeostasis patológica familiar. Para abordar esta resistencia, el terapeuta puede prescribir síntomas o utilizar técnicas paradójicas, adoptando una posición en la que no importa lo que suceda, evitando perder el control. Además, al igual que otras corrientes sistémicas, los terapeutas familiares estratégicos ven a la familia como un sistema interpersonal similar a otros sistemas cibernéticos. En este sentido, la familia funciona a través de procesos circulares en los que se activan mecanismos complejos que se influencian interdependientemente, repitiéndose en secuencias habituales entre tres o más personas (Oblitas, 2008).

Según Oblitas (2008), se presenta el siguiente ciclo de interacción circular de Haley (1976): a) el padre experimenta tristeza y se retira, b) el niño se comporta de manera inadecuada, c) la madre tiene dificultades para manejar al niño, d) el padre interviene en la dinámica entre el niño y la madre, e) esto resulta en que el niño modifique su comportamiento, f) la

madre se vuelve más efectiva y espera más del padre, g) el padre vuelve a experimentar tristeza y se retira nuevamente, lo cual reinicia el ciclo de interacción.
Este ciclo se repite de forma continua entre tres o más personas. Según Haley (1976), el terapeuta estratégico no busca identificar "causas" lineales que expliquen los síntomas presentados por una familia en terapia. En cambio, se centra en percibir a las familias como participantes en un juego que tiene como objetivo mantener la homeostasis del sistema (Oblitas, 2008).

Sistema Familiar

De acuerdo con Minuchin (2003), se considera que todo ser humano es una unidad indivisible en constante interacción con otras unidades. Se reconoce que influye en el comportamiento de otros individuos y es influenciado por ellos. Esta interacción se basa en el apoyo, la regulación, la alimentación y la socialización de los miembros dentro del sistema familiar (Minuchin, 2003).

La interacción genera distintas responsabilidades, funciones y roles dentro del sistema familiar, los cuales tienen un impacto en la forma en que se desarrolla su dinámica. Estos aspectos están influenciados por elementos como la cultura, los sistemas de creencias, los rituales y los acuerdos de convivencia. Estos elementos contribuyen a dar forma a la realidad de la familia, que puede ser vista como una representación que refleja las causas sociales vulnerables, como menciona Guareschi (2003, citado en Rivas, 2013).

Teoría General de los Sistemas

Según Bertalanffy (1986, citado en Rivas, 2013), el análisis del sistema familiar se realiza desde diversos enfoques, como la cibernética, la biología y la teoría de la información. Estas perspectivas establecen principios fundamentales como la totalidad, la interacción dinámica, la equifinalidad, la entropía negativa y la regulación. Estos principios se basan en las funciones y reglas estructurales observadas en cualquier tipo de estructura.

El isomorfismo

Según Simón (1988, citado en Rivas, 2013), dentro del marco teórico de la teoría general de sistemas, se utiliza el concepto de isomorfismo, cuyo origen se encuentra en el vocablo matemático "isos" (igual) y "morpho" (forma, configuración). Los teóricos sistémicos adoptan este concepto y lo aplican cuando se puede proyectar una estructura compleja sobre otra de manera que cada parte tenga una contraparte equivalente en la otra estructura. En este contexto, la noción de "equivalente" indica que ambas partes desempeñan funciones similares en sus respectivas estructuras.

Garibay (2013) explicó que el isomorfismo se emplea en el ámbito de las relaciones entre el paciente, el terapeuta, la familia de origen y la familia nuclear para identificar las pautas o configuraciones que se replican. Estas formas características son desarrolladas, aprendidas y repetidas por las personas o las familias, y desempeñan un papel fundamental en la formulación de una intervención estratégica apropiada para cada caso. Mediante el reconocimiento y la evaluación de la funcionalidad de estas pautas, es posible determinar el tipo de intervención estratégica más adecuada para abordar la situación (Rivas, 2013).

En el enfoque terapéutico familiar, se prioriza el análisis de las interacciones entre los miembros de la familia y se busca comprender tanto las causas individuales de los problemas como las características de dichas interacciones, las cuales influyen en el funcionamiento tanto de los individuos como del sistema familiar en su conjunto. A diferencia de un enfoque centrado únicamente en la conducta y experiencia de un individuo, los terapeutas familiares consideran a la familia como una entidad completa y dirigen los esfuerzos de cambio hacia las interacciones entre sus miembros. En este marco, se reconoce la importancia de abordar a la familia como un sistema integral en el proceso terapéutico (Rivas, 2013).

Protección psicosocial familiar

Según Minuchin (citado en Rivas, 2013), una de las principales responsabilidades de la familia es garantizar la protección psicosocial de sus miembros, lo cual implica brindar apoyo para el desarrollo óptimo de cada individuo. Es deber de la familia proporcionar el cuidado necesario, asegurar un nivel adecuado de bienestar y promover el desarrollo psicosocial de todos sus miembros. En este sentido, la protección y el apoyo mutuo desempeñan un papel fundamental en el funcionamiento familiar (Rivas, 2013).

Hablando del funcionamiento familiar en relación a la teoría general de sistemas y su enfoque en la protección psicosocial, se busca alcanzar un equilibrio justo que proporcione tanto apoyo material como emo-

cional, atención, protección, ayuda y todo lo necesario. Los principales responsables de esta tarea son los adultos, quienes deben brindar una vigilancia y supervisión cuidadosa a los niños, mostrando disponibilidad y preocupación de manera constante y alternada. En el caso de varias personas adultas en la familia, se prefiere que compartan esta responsabilidad en función de sus roles fundamentales, ya que es una tarea agotadora para la pareja parental (Rivas, 2013).

Las personas en proceso de desarrollo pueden afrontar, superar y adaptarse a las crisis y desafíos que surgen durante los períodos de transición habituales, así como a las tensiones, pruebas y dificultades cotidianas que todos enfrentamos en la vida. Estas situaciones pueden dar lugar a crisis en algunas ocasiones. El objetivo es que todos los miembros de la familia logren alcanzar la felicidad deseada. Además de recibir apoyo dentro de la familia, es crucial desarrollar la capacidad para establecer relaciones sólidas con el entorno, lo cual proporciona un capital social que brinda apoyo no solo de familiares, sino también de amigos, compañeros de trabajo o estudio, vecinos, conocidos e instituciones. Este enfoque se basa en las funciones y reglas estructurales observadas en cualquier tipo de estructura, según sea necesario, y contribuye a la protección psicosocial de la familia o sistema en su conjunto (Rivas, 2013).

Entropía y neguentropía

Dentro de los sistemas, la entropía se refiere a la desinformación que conduce al caos, mientras que la neguentropía se considera sinónimo de información y promueve la tendencia al orden. La entropía se percibe como un factor desorganizador, mientras que la neguentropía se ve como un factor organizador. Uno se utiliza para el cambio y el otro para mantener la estabilidad (Rivas, 2013).

El orden se considera esencial en la organización y representa un desafío fundamental en el campo de la biología. Según Rivas (2013), Boltzmann, citado por Bertalanffy (1986), establece que el segundo principio de la termodinámica indica que los eventos físicos tienden a evolucionar hacia estados de máxima probabilidad, lo cual implica que las leyes físicas son, en su mayoría, "leyes del desorden" basadas en eventos aleatorios y estadísticos. Sin embargo, esta premisa no se aplica a los organismos vivos, ya que estos tienen la capacidad de importar moléculas complejas con alta energía libre. De esta manera, los sistemas vivos logran mantener un estado uniforme y evitan el aumento de la entropía, incluso pueden desarrollarse hacia estados de orden y organización. Esta aparente paradoja se explica mediante la capacidad de los sistemas vivos para importar energía y captar neguentropía, lo cual les permite mantener un estado estable altamente improbable en términos de organización e incluso alcanzar niveles superiores de organización e improbabilidad (Rivas, 2013).

Homeostasis

Morfostasis se refiere a la capacidad de los sistemas para autorregularse y mantener su estructura constante en un entorno en constante cambio. Según Rivas (2013), esta autorregulación se logra a través de la retroalimentación y la circularidad. Los sistemas requieren una estructura y organización específicas para sobrevivir y funcionar correctamente, y es mediante la retroalimentación que controlan y mantienen los parámetros o valores necesarios para un funcionamiento óptimo. Cuando se producen fluctuaciones tanto en el entorno externo como en el sistema interno, el sistema busca protegerse y mantener los valores que le permiten funcionar adecuadamente (Rivas, 2013).

Funcionamiento óptimo a través de la homeostasis presentado en una persona que corre como forma de ejercicio, su cuerpo comienza a calentarse después de algunos minutos. Como respuesta a la elevación de la temperatura, el cuerpo activa un mecanismo homeostático de corrección, en este caso la sudoración, para enfriarse y evitar que la temperatura supere un nivel determinado, ya que una exposición prolongada a temperaturas extremas puede ser peligrosa. La activación de este mecanismo de enfriamiento a través de la sudoración perturba el equilibrio de líquidos en el organismo, lo que genera una señal de desequilibrio o descompensación y desencadena la sensación de sed. En consecuencia, la persona buscará beber agua u otro líquido para restablecer el equilibrio del cuerpo. Si se consume agua en exceso, se generará la necesidad de orinar. Este pequeño ejemplo ilustra varios principios del funcionamiento de los sistemas. Si estos mecanismos no detectaran las variaciones o no activaran los mecanismos correctivos, el organismo estaría en peligro de morir. Precisamente, los mecanismos de información sobre el estado del organismo y las correcciones que se realizan se conocen como retroalimentación (Rivas, 2013).

La retroalimentación negativa se encarga de mantener el control de los parámetros o valores relevantes para el sistema. Los sensores, ya sean hormonales o neurológicos, transmiten información sobre el estado del organismo para tomar las medidas necesarias. En este ejemplo, también se puede observar la circularidad, ya que, al correr, la temperatura aumenta, y esta información influye en la activación de la sudoración. La actividad física eleva la temperatura corporal, lo que a su vez afecta el rendimiento de la actividad. Del mismo modo, la sensación de sed, la sudoración y la necesidad de orinar afectan a otros elementos, que a su vez influyen de manera compleja en ellos. Este ejemplo ilustra cómo los sistemas disponen de mecanismos para autorregularse (Rivas, 2013).

Cibernética

La autorregulación es un concepto fundamental en la teoría de la cibernética, que ha tenido una gran influencia tanto en la terapia familiar como en la teoría del conocimiento. Norbert Wiener, en su obra "Cibernética" publicada en 1948, exploró el control y la comunicación en animales y máquinas, sentando las bases de esta área de investigación interdisciplinaria. La cibernética se ocupa de la automatización de sistemas, los procesos autocorrectivos, la computación y la inteligencia artificial. En este contexto, las comunicaciones y el control de las máquinas se consideran dentro de la misma categoría, sin importar si la señal se dirige a una persona o a una máquina. La relación con la señal y la teoría de los mensajes están estrechamente relacionadas en esta área del conocimiento (Rivas, 2013).

Modelo de sistema que recibe información del entorno, la procesa internamente y emite una respuesta al medio ambiente. Según Wiener (2013), la información sobre los resultados de este proceso vuelve a ingresar al sistema a través de un circuito de retroalimentación, lo que permite que el sistema modifique su comportamiento comparando su programa inicial con su propia respuesta y la información recibida del entorno. Wiener establece una conexión entre la cibernética y la preocupación por la entropía, que es la tendencia del universo a pasar de estados menos probables a estados más probables, de organización a caos. Sin embargo, señala que hay puntos dentro del universo donde esta tendencia entrópica parece revertirse temporalmente, ya que se observa un aumento en la organización y la diferenciación. Es en esta conexión con la entropía donde Wiener encuentra la relación entre la comunicación y el control (Rivas, 2013).

Según Rivas (2013), Norbert Wiener desarrolló la cibernética como un campo interdisciplinario que se enfoca en la organización, el control y la transmisión de información. Este campo ha experimentado un crecimiento significativo y ha dado origen a dos conceptos fundamentales: la primera cibernética propuesta por Wiener y la segunda cibernética propuesta por Maruyama.

La primera cibernética se enfocó inicialmente en los procesos circulares, especialmente aquellos relacionados con la autorregulación, la retroalimentación negativa y el control para mantener la estructura. En contraste, la segunda cibernética, desarrollada por Maruyama, se centra en los procesos morfogenéticos como la retroalimentación positiva y el crecimiento. Estas dos corrientes difieren en términos de sus enfoques y alcances.

Según Rivas (2013), posteriormente surgió la cibernética de segundo orden, que fue introducida inicialmente por Von Foster. Esta corriente adopta una perspectiva epistemológica y se centra en el estudio de la autoorganización, la autonomía, la autorreferencia, la observación y el observador, con el objetivo de comprender la verdad y la realidad.

En la primera cibernética propuesta por Wiener, se analizan conceptos clave como la circularidad, la causalidad circular, la información, la retroalimentación, la homeostasis, la autorregulación, la regulación y la autorregulación, entre otros aspectos relevantes (Rivas, 2013).

Sinergia

según Rivas (2013), los sistemas funcionan de manera sinérgica, lo que implica que sus componentes operan de forma conjunta y coordinada. La sinergia, como campo de estudio, se dedica a examinar la interacción entre las partes de un sistema y cómo evolucionan y se organizan. Mediante su estudio, se pueden identificar los principios generales que gobiernan los procesos organizativos de influencia mutua. Los sistemas operan de manera isomórfica, lo que significa que se pueden superponer estructuras y reconocer formas equivalentes. Esto se debe a que los sistemas realizan funciones prácticamente idénticas. Dentro de un sistema, cada elemento desempeña una función y se

encuentra interrelacionado de tal manera que afecta a los demás (Rivas, 201).

Se compone principalmente de elementos u objetos, así como de flujos de entrada y salida, que involucran tanto entropía como neguentropía, además de subsistemas. Las funciones de un sistema pueden ser clasificadas en cinco categorías. La función de producción implica la transformación de la energía que ingresa al sistema, lo cual puede entenderse como el procesamiento de información. La función de apoyo tiene como objetivo satisfacer las necesidades del sistema. La función de mantenimiento se encarga de preservar la organización y la permanencia de los elementos dentro del sistema. La función de adaptación se ocupa de realizar los cambios necesarios para garantizar la supervivencia del sistema en un entorno en constante cambio. Por último, la función de dirección coordina los elementos y las actividades del sistema para tomar decisiones y elegir la dirección que debe seguir el sistema (Rivas, 2013).

La teoría general de los sistemas se basa en una serie de principios que incorpora diversas teorías. Estas teorías incluyen la cibernética, la teoría de la información (que, a su vez, se ve influenciada por la termodinámica), la teoría de los juegos y la teoría de los tipos lógicos (Rivas, 2013).

Estructura familiar

Según Minuchin (1990 citado en Rivas 2013), la estructura familiar se define como el conjunto de demandas funcionales que determinan la forma en que los miembros de una familia interactúan entre sí. El autor también describe a la familia como un sistema que se rige por pautas transaccionales.

La estructura familiar implica al menos tres aspectos fundamentales. En primer lugar, se refiere al grado de claridad o difusión de los límites familiares. En segundo lugar, abarca el nivel de jerarquía presente en la familia. Por último, se considera el grado de diferenciación existente entre los miembros familiares (Rivas, 2013).

La estructura familiar, se puede concebir como un conjunto total de relaciones y demandas funcionales, es decir, expectativas, entre los miembros de la familia o sistema (Rivas, 2013).

De acuerdo con Rivas (2013), la familia es considerada un sistema socioeconómico abierto que está constantemente en proceso de conservación y transformación. Este sistema muestra un desarrollo que progresa a través de diversas etapas, lo que requiere una reestructuración, también conocida como ciclo vital de la familia. La reestructuración permite realizar ajustes y adaptaciones en respuesta a las circunstancias cambiantes, al mismo tiempo que mantiene la coherencia, identidad y estructura de la familia dentro de los límites que le permiten seguir existiendo. Además, esta reestructuración asegura la continuidad de la familia a lo largo del tiempo y el espacio (Rivas, 2013).

La estructura familiar desempeña un papel fundamental en el desarrollo psicosocial de cada miembro de la familia, al tiempo que cumple funciones específicas tanto para la familia en su conjunto como para cada individuo en particular. Según Rivas (2013), es posible enumerar los componentes de la estructura familiar, que incluyen a los miembros de la familia, como los padres e hijos, y aunque se hace referencia específica a la familia nuclear, también puede involucrar a abuelos o tíos que vivan o convivan de manera significativa con ellos (Rivas, 2013).

Las demandas funcionales

Las demandas funcionales dentro de la estructura familiar se refieren a las expectativas que los miembros de la familia tienen entre sí, ya sean explícitas o implícitas. Según Rivas (2013), estas expectativas abarcan las diferentes expectativas que cada miembro tiene hacia los demás. Por ejemplo, el padre puede tener expectativas en relación a la esposa, el matrimonio y los hijos, mientras que la madre puede tener expectativas hacia el esposo, el matrimonio y los hijos. De manera similar, los hijos también tienen sus propias expectativas hacia la familia, los hermanos y los padres (Rivas, 2013).

Las pautas

De acuerdo con Rivas (2013), las pautas en el contexto familiar se refieren a los patrones repetitivos de interacción entre los miembros. Estas pautas determinan la manera en que se relacionan, cuándo lo hacen y con quiénes interactúan, y sirven como base fundamental para el funcionamiento del sistema familiar. Además, las pautas de interacción son reguladoras de la conducta de los miembros de la familia y se mantienen a través de dos sistemas o formas de coacción (Rivas, 2013).

Reglas universales

En el contexto familiar existen reglas universales que rigen su organización. Un ejemplo de estas reglas es la necesidad de establecer una jerarquía de poder entre padres e hijos, donde cada uno posee niveles de autoridad diferentes. Asimismo, es importante que haya una complementariedad en las funciones, donde el esposo y la esposa acepten la independencia y operen como un equipo (Rivas, 2013).

Coacción

El funcionamiento familiar es idiosincrásico y está basado en las expectativas mutuas de sus miembros. Estas expectativas mantienen el sistema familiar y resisten al cambio más allá de ciertos niveles, además de conservar las pautas preferidas durante el mayor tiempo posible. Minuchin (1990 citado en Rivas 2013), sostiene que estas pautas se mantienen a lo largo del tiempo y son identificadas como pautas familiares o interaccionales cuando logran repetirse de manera constante (Rivas, 2013).

De acuerdo a Haley, mencionado por Rivas (2013), señala que los miembros de una familia no se tratan de la misma manera que a otras personas. A través de mucha de respuestas emitidas y recibidas, se van formando las pautas familiares con el paso del tiempo. Solo aquellas pautas que se repiten una y otra vez pueden ser identificadas como pautas familiares o interaccionales, y estas persisten durante muchos años en una familia, influyendo en las expectativas de sus miembros. Además, se destaca que los hijos no son meros receptores pasivos de las acciones de sus padres, sino que son co-creadores activos de las pautas familiares (Rivas, 2013).

Las reglas

Regulan las conductas y las interacciones, y, en consecuencia, favorecen el desarrollo tanto de las pautas como de la estructura familiar. Según Jackson (1977, citado por Rivas 2013), las reglas son acuerdos de relación que prescriben y limitan las conductas de los individuos en diversas áreas, organizando su interacción en un sistema relativamente estable. Dado que las familias interactúan de manera repetitiva, las reglas resaltan la redundancia de las configuraciones familiares. Jackson afirmaba que "la familia es un sistema regido por reglas, en el que los miembros se comportan entre sí de manera repetida y organizada, y esta configuración de conductas puede considerarse como un principio que rige la vida familiar" (Rivas, 2013).

Los límites

Según Minuchin (1990 citado por Rivas (2013), los límites de un sistema familiar están definidos por reglas que determinan quiénes participan en el sistema y de qué manera lo hacen. Estos límites tienen la función de proteger la diferenciación del sistema, estableciendo tanto las fronteras que individualizan al grupo frente al entorno como los espacios de intercambio de comunicación, afecto, apoyo, entre otros, tanto entre sistemas como entre subsistemas familiares (Rivas 2013).

Las funciones.

Según Minuchin, la familia es una unidad social que enfrenta una serie de tareas que varían según los parámetros culturales, pero que tienen raíces universales. Las funciones de la familia cumplen dos objetivos: uno interno, que es la protección psicosocial de sus miembros, y otro externo, que es la adaptación a la cultura para asegurar cierta continuidad con ella. La familia promueve en sus miembros un sentimiento de identidad independiente, que incluye un sentido de pertenencia y un sentido de separación e indi-

viduación. Cada subsistema familiar tiene funciones específicas y demandas particulares para sus miembros. Es importante proteger estos subsistemas de interferencias externas, como las líneas de autoridad y responsabilidad. Por ejemplo, cuando hay diferencias o conflictos entre hermanos y los padres intervienen constantemente, puede interferir en el desarrollo de las habilidades de negociación entre pares necesarias para su propio crecimiento. Lo mismo ocurre cuando los padres no establecen límites en cuanto al tiempo y espacio exclusivos para la pareja, lo que puede afectar a largo plazo al subsistema conyugal. Además, los roles también desempeñan un papel importante en la integración familiar (Rivas, 2013).

Los roles

Los roles en el contexto familiar se refieren a las expectativas y normas totales que un grupo tiene en relación con la posición y conducta de un individuo en ese grupo. Estos roles están estrechamente relacionados con el lugar que una persona ocupa en la familia y con el desempeño de ciertas funciones. Por ejemplo, los padres tienen roles y expectativas específicas asignadas a su papel de ser padres, al igual que se espera que los hijos cumplan ciertas conductas en relación con la familia, la sociedad y ellos mismos. Estos roles y expectativas son parte fundamental del funcionamiento familiar (Rivas, 2013).

Las alianzas y coaliciones

Dentro de las interacciones familiares, se encuentran algunos tipos de pautas como la alianza y la coalición. La alianza se produce cuando dos o más miembros de la familia se unen para llevar a cabo una actividad o empresa en la que excluyen a un tercero, sin tener en cuenta su participación. Por ejemplo, el padre y el hijo pueden formar una alianza para ir juntos a un partido de fútbol, sin considerar a la madre u otros miembros de la familia. En este caso, la alianza se establece cuando dos personas comparten un interés que excluye a otra persona. La coalición implica una acción conjunta contra un tercero. Se trata de dos personas que se unen para enfrentar, excluir o competir con otra persona, a quien se le debería permitir participar en la toma de decisiones según la jerarquía familiar. Por ejemplo, una abuela puede coaligarse con su nieto para minar la autoridad del padre o la madre, o para obtener beneficios para uno de ellos que en realidad son beneficios para ambos (abuela-nieto). Estas "coaliciones" y "alineamientos" generan perturbaciones en la jerarquía familiar y pueden provocar disfunciones, como triadas rígidas o triángulos perversos. (Rivas, 2013).

Haley (1990) señala que, en situaciones de competencia entre los cónyuges para determinar quién está más enfermo, la intervención de un tercero es necesaria para prevenir un colapso total. Si los cónyuges se comunican a través de un tercero, la unidad familiar deja de ser una "pareja" casada y se convierte en una triada. Estas dinámicas de alianza y coalición influyen en la estructura y funcionamiento familiar, pudiendo generar tensiones y desequilibrios en las relaciones (Rivas, 2013).

La triangulación

La formación de triángulos en la dinámica familiar se refiere al intento de resolver conflictos interpersonales entre dos individuos mediante la inclusión de una tercera persona. En este caso, la atención se centra en las características y problemas de la tercera persona que participa en las interacciones. En una organización familiar con un funcionamiento defectuoso de sus jerarquías, pueden formarse triángulos de tres niveles con ciertas particularidades. Estas son: Los tres individuos que interactúan pertenecen a tres generaciones diferentes. Un miembro de una generación forma una coalición transgeneracional con otro individuo. El problema se agrava cuando la coalición transgeneracional se niega u oculta.

Las triadas equilibradas se producen cuando todas las relaciones entre las tres posibles parejas son positivas, existiendo afinidad, similitud y gusto entre ellas. Por el contrario, las triadas desequilibradas se presentan cuando dos de las partes mantienen una relación positiva, pero tienen una actitud negativa hacia la tercera persona, manifestando hostilidad, oposición y distancia. También se considera una triada desequilibrada cuando existen dos relaciones positivas y una negativa, o si las tres relaciones son negativas. Estas dinámicas de triángulos en la familia pueden influir en la calidad de las relaciones y generar tensiones y conflictos adicionales (Rivas, 2013).

Coalición

El concepto de "triángulo perverso", propuesto por Haley, se refiere a una estructura tríadica en la cual se presentan tensiones y manifestaciones indeseables en un sistema social, como violencia, comportamiento sintomático o incluso la disolución del sistema. Este tipo de triángulo se caracteriza por lo siguiente:

Participan dos personas que ocupan el mismo nivel jerárquico dentro del sistema, y una tercera persona que se encuentra en un nivel jerárquico diferente (por ejemplo, dos miembros de una misma generación y otro de otra generación). Se establece una coalición entre las dos personas que se encuentran en distintos niveles jerárquicos, uniendo fuerzas en contra de la tercera persona. La existencia de esta coalición contra la tercera persona se mantiene oculta. En un nivel de comunicación meta comunicativa, se niega el comportamiento que indica la existencia de tal coalición.
Un ejemplo de un triángulo perverso es cuando se forma una coalición entre el padre y el hijo, lo cual no solo altera la autoridad del otro progenitor, sino que también hace que la autoridad del padre dependa del apoyo que reciba del hijo, generando un favoritismo. Esto aumenta el poder de un miembro del sistema mientras socava la autoridad legítima del otro. Estos triángulos perversos pueden tener efectos perjudiciales en la dinámica familiar y afectar la estabilidad y el bienestar de sus miembros (Rivas, 2013).

Principio de totalidad

De acuerdo con Rivas (2013), la conducta de un sistema familiar va más allá de la simple suma de las conductas individuales de sus miembros. Se trata de algo cualitativamente diferente que implica las relaciones existentes entre ellos. El sistema familiar adquiere un nivel de organización superior con propiedades distintas a las de sus partes y su suma. Esta idea se refleja en el poema "Te amo" de Mario Benedetti, donde se expresa: "y en la calle codo a codo, somos mucho más que dos". El conjunto de un sistema familiar y sus relaciones se entrelazan y crean una realidad única y compleja.

Principio de circularidad

Según Rivas (2013), reconoce las relaciones familiares como interacciones recíprocas, estructuradas y repetitivas, lo que implica la existencia de secuencias de conductas. En un sistema familiar, las conductas de sus miembros se influyen mutuamente, de modo que en una secuencia simplificada de conductas se puede observar que la respuesta de un miembro (a) a la conducta del miembro (b) se convierte a su vez en un estímulo para que (b) responda de alguna manera, y esta respuesta se convierte nuevamente en un estímulo para que (a) reaccione nuevamente. Las familias regulan su funcionamiento al incorporar secuencias de interacción que se repiten de manera estructurada, lo que facilita la vida cotidiana de sus miembros.

Principio de equifinalidad

Según Rivas (2013), la concepción teleológica de los sistemas implica que todos los sistemas tienen una tendencia hacia algún tipo de orden o telos, ya sea para asegurar su propia continuidad o para buscar el crecimiento y el cambio. Esta tendencia se logra a través de la búsqueda de un equilibrio dinámico entre las tendencias homeostáticas o morfogenéticas. Para sobrevivir, los sistemas deben adaptarse a las diversas exigencias externas e internas que enfrentan a lo largo de diferentes etapas.

La noción de equifinalidad se refiere al hecho de que un sistema puede llegar al mismo estado final a partir de condiciones iniciales distintas. Este término sugiere la importancia de no enfocarse en buscar una única causa en los problemas, rompiendo con la tradición del pensamiento lineal, donde cada causa tiene un efecto específico. Además, esta noción implica que los sistemas se regulan mediante metas o propósitos, como la supervivencia, la adaptación, la realización de tareas y el crecimiento. La equifinalidad demuestra la capacidad de los sistemas para alcanzar un mismo objetivo desde puntos iniciales diferentes, como mantener un estado de equilibrio fluido. Esto se puede representar con el proverbio "todos los caminos conducen a Roma".

Principio de equicausalidad

Según el protocolo de investigación de Rivas (2013), se plantea que una misma condición inicial puede generar estados distintos en los sistemas abiertos. A diferencia de los fenómenos físicos, donde las mismas causas siempre producen las mismas consecuencias, en los sistemas abiertos esto no se aplica. Por ejemplo, un mismo evento puede afectar de diferentes maneras a diferentes personas, lo que indica que no siempre existe una causalidad lineal (Rivas, 2013).

he puede observar en un ejemplo climático que, incluso cuando se forman dos ciclones en el mismo lugar, no siguen el mismo recorrido. A partir de estos ejemplos, se propone abordar el enfoque de la familia sin enfocarse en la búsqueda "infructuosa" de las causas originarias del síntoma, sino más bien centrarse en el momento presente, el "aquí y el ahora". Esto implica que lo que originó un problema no siempre es lo mismo que lo mantiene presente. Actualmente, existen dos tendencias entre los terapeutas sistémicos con respecto a estos principios mencionados anteriormente: una se enfoca principalmente en el presente,

en el aquí y ahora, mientras que la otra sigue dando importancia a la historia y al pasado de la familia.

En el enfoque sistémico, se reconoce la presencia de jerarquías en todas las organizaciones. Esto implica que ciertas personas tienen más poder y responsabilidad que otras para tomar decisiones. La noción de jerarquía no solo abarca los niveles de poder que cada miembro de la familia posee, así como las responsabilidades que asumen y las decisiones que toman, sino también se refiere al acto de brindar ayuda, protección, consuelo y cuidado a los demás. Por lo tanto, el poder en el contexto del enfoque sistémico no se limita solo al control o la toma de decisiones, sino también al poder de ofrecer ayuda (Rivas, 2013).

Teleología

Sistemas siguen un modelo de comportamiento orientado hacia objetivos, metas o estados finales. Estos pueden implicar el mantenimiento de un equilibrio o la tendencia al crecimiento. En el contexto familiar, el proceso de continuidad y cambio se lleva a cabo a través de un equilibrio dinámico entre dos funciones complementarias: la morfostasis y la morfogénesis.

La morfostasis se refiere a la tendencia del sistema familiar a mantener su unidad, identidad y equilibrio frente al entorno. Esto implica conceptos como neguentropía, retroalimentación negativa y autorregulación. Por otro lado, la morfogénesis se refiere a la tendencia del sistema a cambiar y crecer. Esto incluye la percepción del cambio, el desarrollo de nuevas habilidades o funciones para enfrentar los procesos cambiantes, y la negociación de una redistribución de roles entre los miembros familiares. Estos conceptos están asociados con la entropía, el ciclo vital y la retroalimentación positiva (Rivas, 2013).

Regulación

Según Minuchin y Fishman (1989), la familia se encuentra en un proceso constante de cambio en conjunto con sus contextos sociales, lo cual implica que deben realizar cambios y ajustes en el presente, incluso si algunos de ellos solo adquieren relevancia a largo plazo (Rivas, 2013).

modo en que la familia mantiene su equilibrio de interacciones a través de reglas, límites y retroalimentación. Se establece una secuencia de conductas mediante pautas de interacción para mantener dicho equilibrio. Por otro lado, el ciclo vital de la familia implica diversas fases en su evolución natural, donde surgen nuevos subsistemas y se deben negociar límites diferentes. En este proceso, es inevitable que surjan conflictos, los cuales deben ser resueltos mediante negociaciones y transacciones para que la familia pueda adaptarse de manera exitosa. Estos conflictos ofrecen una oportunidad de crecimiento para todos los miembros de la familia, pero si no se resuelven, pueden generar dificultades aún mayores.

De acuerdo a Rivas (2003). Las familias se enfrentan de manera constante a demandas de cambio tanto internas como externas. Simultáneamente, tienen la tendencia a conservarse y evolucionar al intercambiar información y energía con el mundo exterior. El desarrollo de la familia progresa a través de etapas que siguen una secuencia de creciente complejidad. Durante estas etapas, existen periodos de equilibrio y adaptación, en los cuales se dominan las tareas y habilidades pertinentes. Sin embargo, también se presentan periodos de desequilibrio, ya sea originados por factores individuales o contextuales. Estos periodos de desequilibrio conducen a un salto hacia una nueva etapa más compleja, en la cual se desarrollan nuevas tareas y habilidades.

La psicoterapia con familiares significativos

Según Liotti y La Rosa (1991), la terapia individual sistémica tiene como objetivo principal facilitar el desarrollo de la consciencia reflexiva sobre las reglas que guían el comportamiento propio y el de las personas con las que se tienen relaciones significativas. La relación terapéutica en este enfoque tiene fines indispensables, los cuales son aumentar el conocimiento de uno mismo y de los demás, así como mejorar la capacidad para regular las emociones dolorosas que parecen ser parte inherente de la existencia humana (Canevaro, 2012).

Según Canevaro (2012), la convocatoria de los familiares significativos, establecida sobre la base de una sólida alianza terapéutica, resulta altamente efectiva para contrarrestar el factor de distorsión y prolongación del tiempo en las psicoterapias individuales basadas en un "autismo de a dos". En el caso de pacientes que, durante las sesiones individuales, muestran únicamente rasgos de depresión, fragilidad, incapacidad y dependencia hacia sus familiares, cuando son vistos en presencia de estos últimos, revelan una faceta de su personalidad muy distinta. Pueden llegar a agredirlos

sin motivo aparente, adoptar una actitud prepotente o intentar dominarlos mediante pretextos absurdos (Canevaro, 2012).

Según Canevaro (2012, citado por Canevaro, 2012), una sesión de terapia individual ampliada con la participación de los familiares abre al terapeuta un nuevo y crucial campo de trabajo. Una de las potencialidades esenciales de esta ampliación consiste en comparar la descripción que el paciente brinda sobre sus familiares con la observación directa del terapeuta (y, en ocasiones, de su equipo).

En la terapia familiar, la postura del terapeuta debe adoptar la perspectiva de "parcialidad multidireccional" (Boszormenyi-Nagy, 1976). Esto implica que el terapeuta debe ser un "aliado de todos y cómplice de ninguno". En el enfoque individual sistémico, la centralidad del paciente y la alianza con él son fundamentales y no están sujetas a debate. Los familiares acuden a la terapia para ayudar al paciente, y si en el futuro alguno de ellos requiere una sesión individual, el terapeuta podrá llevarla a cabo solo en presencia del paciente como "coterapeuta". En esta situación, el terapeuta deberá ayudar al paciente a brindar apoyo emocional y comprensión a su familiar en su rol de hijo adulto hacia sus padres, en lugar de asumir el papel de paciente. Esta dinámica evita la posibilidad de manipulación por parte del familiar, quien podría solicitar una sesión para discutir aspectos oscuros o desconocidos del paciente. En caso de que sea necesaria una psicoterapia para un familiar, el terapeuta deberá derivarlo a otro colega y nunca llevar a cabo la terapia personalmente, ya que esto podría ser percibido por el paciente como una traición, incluso si aparentemente lo solicita (Canevaro, 2012).

Ciclo Vital Familiar

Según Minuchin y Fishman (1989, citados en Minuchin, 2003), la familia experimenta un proceso constante de cambio en conjunto con sus contextos sociales, lo que implica que debe adaptarse y realizar ajustes en el presente, incluso si algunos de estos cambios adquieren relevancia a largo plazo. Las familias están constantemente expuestas a demandas de cambio tanto internas como externas, y tienen la capacidad de conservar su estructura y evolucionar al intercambiar información y energía con el mundo exterior (Minuchin, 2003).

La Familia

Señala Inda (2014), la familia se concibe como un sistema vivo de tipo "abierto", tal como fue descrito por Bertalanffy en 1968. Esta perspectiva nos permite entender que la familia está interconectada y en constante comunicación con otros sistemas, como el biológico, el psicológico, el social y el ecológico. Además, la familia experimenta un ciclo en el cual despliega sus funciones fundamentales: nacer, crecer, reproducirse y morir. Estas funciones pueden desarrollarse en un marco de salud y normalidad, pero también pueden adquirir características de enfermedad o patología (Inda, 2014).

Etapas

Según Inda (2014), la familia como unidad experimenta un ciclo vital compuesto por distintas etapas. Estas etapas son las siguientes: a) Desprendimiento b) Encuentro, c) Los hijos, d) La adolescencia, e) El reencuentro, f) Soledad y muerte.

Cada una de estas etapas representa momentos significativos en el desarrollo y evolución de la familia. A través de estas etapas, la familia experimenta cambios, desafíos y oportunidades para crecer y adaptarse a las demandas y transiciones de la vida (Inda, 2014).

De acuerdo a Inda (2014), el ciclo vital de la familia comprende varias etapas que marcan su desarrollo a lo largo del tiempo. Estas etapas son las siguientes:

1. Etapa de formación o nacimiento de la pareja: En esta etapa, la pareja se une y establece una relación íntima, negociando roles y responsabilidades.
2. Etapa de expansión de la familia: Durante esta etapa, la pareja decide tener hijos y se convierte en padres. La llegada de los hijos implica cambios en la dinámica familiar y la redefinición de roles.
3. Etapa de consolidación familiar: En esta etapa, los hijos han crecido y se han independizado, y la pareja se encuentra en una etapa de mayor estabilidad y consolidación. Se enfocan en proyectos conjuntos y disfrutan de la vida en común.
4. Etapa de lanzamiento de los hijos: En esta etapa, los hijos abandonan el hogar familiar para establecer su propia independencia. Los padres experimentan cambios en su rol y deben adaptarse a la nueva dinámica familiar.

5. Etapa de vejez o retiro: En esta última etapa, los padres entran en la etapa de vejez o retiro. Pueden enfrentar desafíos relacionados con la salud y adaptarse a un estilo de vida diferente. También reflexionan sobre el legado familiar y se preparan para la eventualidad de la muerte.

Estas etapas reflejan los diferentes momentos y transiciones que experimenta una familia a lo largo de su ciclo vital, y cada una de ellas presenta retos y oportunidades para el desarrollo y crecimiento familiar (Inda, 2014).

Modelo de Terapia Centrada en Soluciones TBCS

El origen de la terapia breve se encuentra en la integración de diferentes enfoques terapéuticos. Según Hewitt Ramírez y Gantiva Díaz (2009), se puede identificar la influencia de la psicoterapia psicodinámica en la búsqueda del insight como objetivo principal, la terapia conductual en el enfoque en el presente y la terapia centrada en el cliente en el establecimiento de una relación terapéutica empática.

Existen diversos modelos de terapia breve que han sido desarrollados y utilizados en la práctica clínica. Algunos de estos modelos incluyen la terapia interaccional estratégica breve, que se aplica en pacientes alcohólicos como parte de un paquete de tratamiento más amplio; la terapia psicodinámica breve, que incorpora elementos como el contrato terapéutico, tareas entre sesiones y establecimiento de límites; y otros enfoques que combinan técnicas de diferentes corrientes terapéuticas (Epstein & Brown, 2002; Berg & Miller, 1992; Berg, 1995; Garske & Molteni, 1985; Rodríguez-Naranjo, 2000).

Según Hewitt Ramírez y Gantiva Díaz (2009), los enfoques de terapia breve se caracterizan por su enfoque en intervenciones focalizadas y de duración limitada, con el objetivo de obtener resultados terapéuticos en un período más corto de tiempo en comparación con terapias más tradicionales. Estos enfoques incluyen la psicoterapia expresiva de apoyo (Luborsky, 1984), que es un enfoque de terapia psicodinámica adaptada al abuso de sustancias. Además, se utilizan la terapia breve de familia, que se ha utilizado desde enfoques diversos, y la terapia breve de grupo, que ha mostrado resultados efectivos (Kristen, 1999; Epstein & Brown, 2002; Lowinson, Ruiz & Millman, 1997).

Además, se emplean terapias cuyo método se centra en la solución de problemas, la realización de tareas y aproximaciones cognitivo-comportamentales, así como la intervención en crisis (Dulmus & Wodarski, 2002). Estas terapias ofrecen una alternativa efectiva de intervención psicológica en la que se busca abordar de manera focalizada y eficiente diversas problemáticas psicológicas en un período de tiempo limitado (Hewitt Ramírez & Gantiva Díaz, 2009).

Terapia breve estructura

En relación a la terapia breve, se destaca que es una intervención centrada en la persona, donde se busca promover la toma de conciencia y facilitar la toma de decisiones del cliente para generar cambios en su actitud y comportamiento, con el fin de mejorar su calidad de vida (Pérez, Valderrama, Cervera & Rubio, 2006; Stiles, Leiman, Shapiro, Hardy, Barkham, Detert & Llewelyn, 2006). En este tipo de terapia, el terapeuta debe colaborar con el cliente en el desarrollo de procesos y pasos que permitan alcanzar los objetivos de las intervenciones breves (Hewitt Ramírez & Gantiva Díaz, 2009).

En este sentido, Miller y Sánchez (1994) proponen una estructura básica de intervención breve denominada FRAMES (por sus siglas en inglés: Feedback, Responsibility, Advise, Menu, Empathetic, Selfeffi cacy), que consiste en:

1. Proporcionar retroalimentación sobre los posibles riesgos personales y sociales del comportamiento de la persona.
2. Enfatizar en la responsabilidad de la persona en su proceso de cambio.
3. Asesorar al consultante sobre su cambio de comportamiento.
4. Proveer al consultante una amplia gama de opciones de cambio
5. Desarrollar una relación empática.

Hewitt Ramírez & Gantiva Díaz (2009). La terapia breve: una alternativa de intervención psicológica efectiva. Avances en Psicología Latinoamericana, 27(1), 165-176.

Mediadores del cambio en la terapia breve

En el contexto de la terapia breve, es crucial que el consultante desarrolle dos condiciones mínimas para tomar la decisión de cambiar y llevar a cabo dicho cambio: expectativa de resultado y expectativa de eficacia. Esto implica que el consultante debe percibir que cambiar su comportamiento resultará en mayores beneficios que mantenerlo, y que tiene la capacidad de lograr ese cambio. Para lograr estas condiciones, el terapeuta que emplea un enfoque de terapia breve debe ayudar al consultante a ser consciente de que su comportamiento es problemático debido a las consecuencias negativas que genera para él y su entorno social, y a identificar las habilidades necesarias para lograr un cambio efectivo en su comportamiento. Estos objetivos se pueden lograr mediante el uso de estrategias motivacionales, para lo cual el terapeuta debe poseer habilidades comunicativas clínicas especializadas, formación en el modelo de los estadios de cambio (Modelo Transteórico) y la entrevista motivacional (Hewitt Ramírez & Gantiva Díaz, 2009).

En el enfoque de terapia breve, se reconoce que el proceso de cambio de una persona es cíclico y está influenciado por barreras motivacionales. Por lo tanto, es responsabilidad del terapeuta ayudar al consultante a identificar los elementos que dificultan su progreso a través de las diferentes etapas del cambio. La estrategia clínica de entrevista motivacional establece los principales objetivos que el terapeuta debe alcanzar en cada una de las etapas del proceso de cambio del consultante. Es crucial que el terapeuta evalúe inicialmente la etapa motivacional en la que se encuentra el consultante, ya que el uso de intervenciones incoherentes con esa etapa puede generar resistencia al cambio en el consultante (Hewitt Ramírez & Gantiva Díaz, 2009).

Enfoque integrativo.

El enfoque de la terapia orientada a la solución no fue una decisión premeditada, sino algo que surgió a partir de la experimentación de mi equipo y yo. Después de familiarizarnos con este enfoque a fines de los años 80, comenzamos a probar diferentes enfoques y técnicas que no parecían encajar completamente con el modelo original de terapia orientada a la solución. Al principio, lo vimos como una debilidad o un desvío del modelo, pero tras reflexionar y discutir sobre ello, decidimos que este "desvío" podía ser considerado no como un problema, sino como una solución al agregarlo a nuestra práctica clínica (Hewitt Ramírez & Gantiva Díaz, 2009).

Después de experimentar con diferentes enfoques y técnicas que no se ajustaban completamente al modelo de terapia orientada a la solución, decidimos denominar a esta práctica ecléctica como "integración" y comenzamos a explorarla en el contexto más amplio de la literatura sobre integración en psicoterapia. Para clarificar nuestras ideas, empezamos a escribir sobre este enfoque (Beyebach y Rodríguez Morejón, 1999).

Durante el proceso de reflexión, llegamos a la conclusión de que apartarnos del enfoque puramente centrado en la solución implicaba tomar ciertas direcciones terapéuticas en situaciones y casos específicos. Esto nos llevó a asumir la responsabilidad de reducir las opciones y tomar atajos en circunstancias particulares, lo cual resultaba incómodo y parecía entrar en conflicto con la posición tradicional de ser un "no experto" que se espera de un terapeuta centrado en soluciones. Además, nos dimos cuenta de que la "integración" se enfocaba más en los aspectos problemáticos de las quejas de nuestros clientes. Incluso empeorando la situación, a veces resultaba más difícil para el terapeuta brindar consejos, ser más directivo o asumir el papel de "experto". Estos aspectos también nos generaron ciertas preocupaciones (Hewitt Ramírez & Gantiva Díaz, 2009).

Nuestro uso de técnicas no orientadas a las soluciones se daba principalmente en dos situaciones. En primer lugar, cuando las técnicas centradas en las soluciones no estaban produciendo cambios suficientes o rápidos, o cuando parecían no estar alineadas con las preferencias y deseos de nuestros clientes. En segundo lugar, a veces optábamos por seguir cursos alternativos de acción, incluso cuando el enfoque orientado a la solución parecía ser adecuado y podría haber funcionado. En estas situaciones, elegíamos seguir nuestros propios mapas y juicios clínicos, lo cual generaba cierta tensión con las premisas del enfoque orientado a la solución, ya que estábamos tomando decisiones basadas en nuestras perspectivas en lugar de las de nuestros clientes.

Para abordar estas inquietudes y la incertidumbre,

comenzamos a desarrollar guías que nos ayudaran a clarificar nuestra práctica clínica, así como proyectos de formación e investigación. Nuestro objetivo era movernos desde el eclecticismo hacia la integración, adoptando un enfoque más sistemático y detallado. Este capítulo es uno de los resultados de ese esfuerzo continuo, pero es importante tener en cuenta que sigue siendo provisional y tentativo, ya que seguimos en el proceso de desarrollo y refinamiento (Hewitt Ramírez & Gantiva Díaz, 2009).

ste proceso de reflexión y exploración los llevó a considerar la integración como un enfoque que les permitía abordar diferentes situaciones clínicas de manera más efectiva y satisfactoria. Como resultado, comenzaron a desarrollar una práctica más sistemática y detallada, y este capítulo es un producto de ese esfuerzo continuo. Es importante tener en cuenta que este enfoque sigue siendo provisional y sujeto a refinamientos, ya que siguen en el proceso de aprender y adaptarse a medida que avanzan en su práctica clínica (Hewitt Ramírez & Gantiva Díaz, 2009).

Según Hewitt Ramírez y Gantiva Díaz (2009), el siguiente paso consistió en denominar los desvíos y la práctica ecléctica como "integración", con el propósito de considerarla dentro del amplio marco de la literatura sobre integración en psicoterapia. Asimismo, los autores comenzaron a escribir sobre este enfoque para organizar sus ideas (Beyebach y Rodríguez Morejón, 1999).

Durante este proceso de reflexión, los autores descubrieron que apartarse del enfoque orientado a la solución "puro" implicaba una mayor probabilidad de adoptar ciertas direcciones terapéuticas en situaciones y casos específicos. Esto implica que como terapeutas asumen la responsabilidad de tomar atajos y reducir las alternativas en circunstancias particulares, lo cual resulta algo incómodo y puede parecer en contradicción con la posición tradicional de "no experto" que se espera de un terapeuta centrado en soluciones. Además, notaron que la "integración" parecía enfocarse más en los aspectos problemáticos de las quejas de sus clientes. Incluso peor, en ocasiones resultaba más difícil para los terapeutas dar consejos, ser directivos o incluso asumir el rol de "expertos". Estos aspectos también generaron ciertas preocupaciones (Hewitt Ramírez & Gantiva Díaz, 2009).

n relación a cuándo era más probable utilizar técnicas no orientadas a las soluciones, se observó que esto ocurría cuando las técnicas centradas en las soluciones no estaban generando cambios suficientes o rápidos, o cuando parecían no alinearse con la posición o los deseos de los clientes (Hewitt Ramírez & Gantiva Díaz, 2009). También se reconoció que, en algunos casos, a pesar de que el enfoque orientado a la solución parecía ser apropiado y podría haber sido efectivo, se optó por seguir cursos alternativos de acción que mostraban una promesa de éxito significativa en ciertos contextos clínicos (Hewitt Ramírez & Gantiva Díaz, 2009).

Esta tercera razón para la integración planteaba un conflicto con los supuestos del enfoque orientado a la solución, ya que implicaba que los terapeutas seguían sus propias perspectivas en lugar de las de sus clientes (Hewitt Ramírez & Gantiva Díaz, 2009). Ante esta situación, se reconoció que la sistematización y la teorización eran enfoques útiles para abordar las preocupaciones y la incertidumbre, lo que llevó al desarrollo de guías que ayudarían a aclarar la práctica clínica, así como los proyectos de formación e investigación (Hewitt Ramírez & Gantiva Díaz, 2009).

La Terapia Breve Centrada en las Soluciones (TCS), conocida como Brief Solution-Focused Therapy en el ámbito anglosajón, se originó en la terapia familiar y ha evolucionado para ser aplicada en terapia individual y grupal (De Shazer, 1985, 1988, 1992, 1994; De Shazer et al., 1986). La TCS combina técnicas de Milton Erickson y Haley, con énfasis en los aspectos cognitivos de la terapia y en la consecución de metas conductuales (Erickson, 1980; Haley, 1976; Beck et al., 1979; Turner, Calhoun y Adams, 1981).

Por un lado, la TCS se caracteriza por su enfoque práctico y sencillo en cuanto a las técnicas utilizadas. Por otro lado, desafía los axiomas y creencias del pensamiento terapéutico tradicional y de la psicología aplicada, incorporando ideas y teorías que tienen aplicaciones más amplias en campos como la gestión, la supervisión y la enseñanza (Rhodes y Ajmal, 1995) (Hewitt Ramírez & Gantiva Díaz, 2009).

De acuerdo con De Shazer (1992), en la Terapia Breve Centrada en las Soluciones (TCS) se reconoce que cada individuo construye su propia realidad y que la percepción de un mismo hecho puede variar entre personas. El significado que se atribuye a las experiencias se refleja en los relatos que se comparten. En

la TCS, se busca generar diferentes relatos acerca del problema para abrir nuevas alternativas y lograr una visión distinta de la situación.

Además, en el enfoque de la TCS se parte del punto de vista centrado en soluciones. Se reconoce que todos los clientes poseen recursos personales en los cuales se debe confiar y que pueden ser aprovechados en el proceso terapéutico. El trabajo del terapeuta se centra en identificar, movilizar y resaltar el papel de estos recursos en la vida de los clientes. Esta premisa se complementa con la idea de no imponer normas o modelos preestablecidos de cómo debería ser una persona, sino más bien respetar las diferencias individuales (De Shazer, 1992).

Queja

Señala De Shazer (1992), en la Terapia Breve Centrada en las Soluciones (TCS), se utiliza la técnica de "Charlar sin problemas" como una estrategia terapéutica. Esta técnica implica tener una conversación bidireccional con el paciente sobre diversos temas, como el trabajo, la familia, los amigos, los intereses o el tiempo libre. Durante esta conversación, los terapeutas también pueden compartir información sobre sí mismos relacionada con el tema de la charla.

La finalidad de esta técnica es establecer una conexión con el paciente al inicio de la sesión, así como centrarse en las áreas de la vida del paciente que funcionan bien. Mediante esta conversación sin problemas, se busca ilustrar que el paciente aún posee un grado significativo de competencia en ciertos aspectos de su vida (De Shazer, 1992).

Comunicación dialógica

Según Aristóteles, en su obra Política, se destaca que el ser humano es el único animal capaz de comunicarse mediante el lenguaje, lo que le permite expresar lo conveniente y lo perjudicial, así como lo justo y lo injusto. Esta capacidad de comunicación es fundamental y constituye la base de la participación comunitaria, tanto en la familia como en la ciudad (Aristóteles, Política, I, 1253a).

En el pensamiento contemporáneo, la importancia de la comunicación se reafirma y adquiere un valor central. Karl Jaspers, destacado psiquiatra y filósofo alemán, sostiene que es a través de la comunicación que se alcanza el fin último de todos los fines: la interiorización del ser, la claridad del amor y la plenitud del reposo (Jaspers, 1989: 30). Por su parte, Alfonso López Quintás, filósofo español, afirma de manera contundente que vivir en diálogo implica ajustarse a la condición humana y que la grandeza del ser humano se gesta en el diálogo. (Abellán, 2011).

En este sentido, la teoría dialógica de la comunicación propone que el diálogo interpersonal debe ser considerado como la inspiración fundamental para toda comunicación humana. Esta perspectiva busca devolver al "hombre-con-el-hombre" al centro de la investigación y entender que el diálogo es el elemento esencial que nos permite descubrir nuestra identidad y comprender nuestro propósito en la vida (Abellán, 2011).

En el ámbito de la comunicación, se reconoce que las máquinas y los animales carecen de atributos humanos como la capacidad de equivocarse, mentir, ser creativos, novedosos y libres. Los modelos de comunicación basados en estas entidades no pueden abordar completamente lo que caracteriza a lo humano, lo cual explica por qué las teorías de comunicación más famosas y estudiadas no incluyen conceptos como libertad, verdad, mentira, manipulación, intencionalidad o desarrollo personal y comunitario. Incluso las formas de comunicación social y de masas, que algunos consideran obsoletas, ya no pueden servir como modelos adecuados. Es crucial tener en cuenta que estas formas de comunicación, al igual que cualquier técnica o tecnología, son extensiones de las facultades humanas y pueden ampliar o limitar las formas de comunicación naturales. Sin embargo, es importante destacar que la técnica en sí no es inherentemente inhumana o antinatural. Para que la técnica tenga un efecto humanizador, su enfoque no debe estar en sí misma, sino en el bienestar humano y en el camino que ofrece a las personas para alcanzar una vida plena (Abellán, 2011).

Abellan (2011) menciona en este sentido, consideramos que cualquier teoría de la comunicación que aspire a ser verdaderamente humana y humanizadora debe tomar como modelo fundamental la comunicación interpersonal, es decir, el diálogo. Diversos autores, como Sócrates, Platón, Aristóteles, Agustín de Hipona, Tomás de Aquino, Buber, Jaspers, Mounier, López Quintás, entre otros, han propuesto de manera explícita o han demostrado a través de sus vidas que el diálogo auténtico es lo que nos hace más humanos y mejores personas. Por lo tanto, una teoría de

la comunicación que adopte el diálogo como modelo no solo será más humana, sino que también promete inspirar una comprensión más profunda y un uso más significativo de los medios de comunicación, contribuyendo a una especie de "renacimiento" (Mounier, 2002: 31)

La comunicación se entiende como una interacción que involucra a dos o más realidades. Esta interacción implica varias características fundamentales: a) establece un vínculo entre las diferentes realidades participantes; b) implica una actividad y receptividad mutua entre las realidades involucradas, es decir, existe cierta reciprocidad en la interacción en lugar de ser una acción unilateral de una realidad sobre otra; c) las realidades que interactúan se enriquecen mutuamente como resultado de esta interacción; d) la interacción da lugar a algo nuevo, algo que surge como producto de esta dinámica; e) en contraposición, no se consideran interactivas las relaciones basadas en dominio, posesión, destrucción o meras relaciones superficiales o temporales. (Abellán, 2011).

Aquellas personas que buscan una comunicación auténtica van adquiriendo una serie de virtudes y hábitos relacionados con las exigencias de la comunicación. Además, a medida que se comunican, incrementan su capacidad de comprensión, entendimiento y colaboración, lo que a su vez potencia su creatividad. En resumen, experimentan un crecimiento en su madurez personal y en su comprensión de su propia identidad y vocación. Estos mismos aspectos también se aplican a las comunidades y grupos humanos en los cuales se da una comunicación auténtica. El primer resultado novedoso que emerge de la interacción comunicativa, en contraste con lo planteado por otras teorías sobre los procesos de comunicación, es el vínculo comunicativo o, en otras palabras, la comunicación en acción (Abellán, 2011).

Excepciones

Según De Shazer en su obra "Claves en psicoterapia breve: Una teoría de la solución", las "excepciones" se definen como aquellas ocasiones en las que el problema no se presenta o en las que se produce un progreso hacia la consecución de los objetivos. Para iniciar la discusión, se puede plantear una pregunta como: "¿Existen momentos en los que el problema no ocurre o ocurre con menos frecuencia?". A veces es necesario ser más específico y preguntar, por ejemplo: "¿Has notado ocasiones en las que tu hija te escucha?" o "¿Te has dado cuenta de cuándo Juan es capaz de jugar con otros niños sin pelear?". Es importante utilizar un lenguaje positivo, como preguntar "Explícame las cosas que funcionan" en lugar de "¿Existen ocasiones en las que esto funciona?". Si se sugiere una excepción, se pueden realizar preguntas específicas sobre esa situación, como: "¿Qué es diferente cuando esto ocurre?", "¿Qué hace que sea diferente?", "¿Quién más ha notado estas diferencias?", "¿Cómo crees que podrías lograr que esto ocurra más a menudo?" o "¿Cómo explicarías estas diferencias?". Algunos ejemplos de excepciones podrían ser "las noches en las que la cama está seca", "las ocasiones en las que la hija aceptó un 'no' de su madre" o "las veces en que el hijo jugó tranquilamente". (De Shazer 1992)

Pregunta Milagro

Según De Shazer (1992), la técnica más característica de la Terapia Centrada en Soluciones (TCS) y la que se utiliza con mayor frecuencia debido a sus resultados positivos es la proyección al futuro, la cual se inspira en la metodología de la "bola de cristal" de Milton Erickson. Esta técnica puede adaptarse según las características individuales del cliente.

La premisa fundamental de la TCS, como señala De Shazer (1988), es que en ocasiones los pacientes y sus familias carecen de una visión de una vida sin el problema. Por lo tanto, resulta esencial en este enfoque identificar la meta a la que el paciente desea llegar. Para lograr esto, se utiliza la "pregunta del milagro" propuesta por De Shazer (1992).

La Terapia Centrada en Soluciones (TCS) se destaca por su técnica principal, que implica proyectarse hacia el futuro con el objetivo de visualizar una vida sin el problema. Esta técnica se basa en la metodología de la "bola de cristal" de Milton Erickson y se adapta según las necesidades individuales del cliente (De Shazer, 1992).

De acuerdo con De Shazer (1988), la TCS reconoce que en ocasiones los pacientes y sus familias carecen de una visión de una vida sin el problema. Por lo tanto, es fundamental en este enfoque identificar la meta deseada por el paciente. Para lograr esto, se utiliza la conocida como "pregunta del milagro"). (De Shazer 1992)

En conclusión, la TCS se caracteriza por su técnica de

proyección al futuro, inspirada en la metodología de la "bola de cristal" de Erickson, que se adapta a cada cliente. Según De Shazer (1992), la falta de visión de una vida sin el problema es reconocida en la TCS, por lo que la identificación de la meta deseada es esencial. Para ello, se utiliza la "pregunta del milagro" (De Shazer 1992)

Objetivos y Metas

La Terapia Centrada en Soluciones (TCS) se destaca por su técnica principal, que implica proyectarse hacia el futuro con el objetivo de visualizar una vida sin el problema. Esta técnica se basa en la metodología de la "bola de cristal" de Milton Erickson y se adapta según las necesidades individuales del cliente (De Shazer, 1992).

De acuerdo con De Shazer (1988), la TCS reconoce que en ocasiones los pacientes y sus familias carecen de una visión de una vida sin el problema. Por lo tanto, es fundamental en este enfoque identificar la meta deseada por el paciente. Para lograr esto, se utiliza la conocida como "pregunta del milagro" (De Shazer, (De Shazer, 1992).

la TCS se caracteriza por su técnica de proyección al futuro, inspirada en la metodología de la "bola de cristal" de Erickson, que se adapta a cada cliente. Según De Shazer (1992), la falta de visión de una vida sin el problema es reconocida en la TCS, por lo que la identificación de la meta deseada es esencial. Para ello, se utiliza la "pregunta del milagro"

Escala de 1 al 10

En la etapa de trabajo con escalas en la terapia centrada en soluciones, se le indica al paciente que imagine el día del milagro y se asigne una puntuación de 10 a ese escenario. Luego se le pregunta qué puntuación se asignaría el día en que decidió buscar ayuda. Posteriormente, se indaga sobre la puntuación actual, utilizando la pregunta "¿Y hoy?". Según se ha encontrado, resulta útil preguntar cuál sería un nivel aceptable en la escala, ya que no todos desean llegar al 10 y podrían estar satisfechos con un 7, por ejemplo. (De Shazer, 1992).

Se comienzan a identificar detalles concretos sobre las diferencias entre las puntuaciones, por ejemplo, entre un 4 y un 5. También se ha observado que es beneficioso preguntar al paciente sobre la probabilidad de mantener un comportamiento en determinada puntuación, seguido de la pregunta acerca de qué incrementaría su confianza. (De Shazer, 1992).

Además, las escalas se pueden emplear para medir el grado de confianza de una persona o familia en el tratamiento. Se les consulta sobre su nivel de confianza, en una escala del 1 al 10, donde 1 significa ninguna confianza y 10 representa una fe ciega, en su capacidad para llevar a cabo lo que se les ha pedido probar. Asimismo, se les pregunta qué les ayudaría a sentirse más confiados en la posibilidad de avanzar al siguiente punto de la escala. (De Shazer, 1992).

Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes AVE

La investigación sobre el estrés asociado a los sucesos vitales tiene sus raíces en los trabajos pioneros realizados por Thomas H. Holmes (1967). Sin embargo, es importante destacar que estas investigaciones contaron con contribuciones previas de autores como Wolff (1950) desde el campo de la Medicina Psicosomática (Martinez-Correa & Reyes del Paso, 2003).

El estrés agudo mantenido es un problema mundial de salud mental que ha sido relacionado con la aparición y gravedad de buena parte de las enfermedades crónicas, con la reducción de la productividad, el incremento del gasto en salud y, por ende, con el mantenimiento de la pobreza, la inseguridad y la violencia (Alarcón, 2003; Banco Mundial, 2015; Lazarus & Folkman, 1986; Organización Mundial de la Salud, 2014; Suárez. 2010).

El estrés aparece en relación con un grupo de acontecimientos universalmente capaces de provocarlo, en mayor o menor magnitud, en casi cualquier persona, independientemente de su género, procedencia o condición social (Barret & Turner, 2005; Bodgan, Nikolova, & Pizzagalli, 2013; Mazure, 1998; Oliva, Jiménez, Parra, & Sánchez- Queija, 2008). Su impacto psicológico o dimensión de daño dependen de la reactividad individual (Acuña, Botto, & Jiménez, 2009; Barcelata, Durán, & Gómez-Maqueo, 2012; Castro et al., 2011; Ordaz & Luna, 2012; Sandín, 2003; Solís & Vidal, 2006). A este grupo de situaciones se les ha denominado Eventos Vitales Estresantes (AVE) (Folkman, 2001; Lazarus & Folkman, 1986).

En 1967, Holmes y Rahe realizaron un estudio en el que identificaron una lista de 43 eventos estresantes

transculturales que pueden ser causantes de enfermedades. Estos eventos fueron asignados con una puntuación, y la suma total de las respuestas se interpreta utilizando una escala. Según esta escala, puntajes inferiores a 150 indican un riesgo bajo, es decir, un 30% de probabilidad de desarrollar enfermedades psicosomáticas. Por otro lado, puntajes entre 150 y 300 indican un riesgo medio, es decir, un 50% de probabilidad, mientras que puntajes superiores a 300 indican un riesgo alto, es decir, un 80% de probabilidad de desarrollar enfermedades psicosomáticas (Suárez, 2010).

Esta escala ha sido utilizada para evaluar la presencia de factores ambientales generadores de estrés y la intensidad de su impacto. Además, fue adaptada al idioma español por Oliva, Jiménez, Parra y Sánchez-Queijá (2008). Se trata de una herramienta empleada en la medición de variables en las áreas de Ciencias Sociales y de la Salud (Abad, Olea, Ponsoda, & García, 2011).

Los autores originales de la escala señalan que algunos de los eventos vitales estresantes (AVES) pueden afectar a las personas de manera diferente según su edad. Por esta razón, se han propuesto listas específicas para adultos, adolescentes y niños. Estas listas se presentan como escalas que incluyen eventos económicos, escolares, laborales, familiares, del grupo de referencia, de la pareja y circunstancias estresantes de índole personal, como eventos de salud o pérdidas materiales (González de Rivera, Revuelta y Morera Fumero, 1983; Holmes y Rahe, 1967).

Además, se considera la emoción como un antecedente inmediato del afrontamiento. Desde esta perspectiva, incluso las medidas orientadas al problema, como la resolución de problemas, se ven como respuestas sistémicas directas dirigidas a la regulación emocional. En este sentido, resulta más útil distinguir entre estrategias que impulsan al individuo a abordar las condiciones relacionadas con el estrés (afrontamiento) y los intentos que lo alejan de ellas (evitación). Esta distinción teóricamente tiene la ventaja de otorgar un papel central a los efectos de las emociones negativas, en línea con enfoques más recientes (Folkman y Moskowitz, 2004).

El análisis del estilo de afrontamiento personal es especialmente relevante durante la adolescencia. Estudios con muestras normativas han indicado que la mayoría de los adolescentes son competentes y capaces de afrontar diversos estresores normativos (Seiffge-Krenke, 1995; 2011). Sin embargo, esto no es válido cuando se enfrentan a situaciones que se salen de lo habitual, ya que generalmente carecen de estrategias eficaces en estas edades (Patterson y McCubbin, 1987) (Estévez Campos, Oliva Delgado y Parra Jiménez, 2012).

Según diversos estudios, se ha observado que la magnitud de los puntajes de Eventos Vitales Estresantes (LCE) varía en función de las características sociodemográficas de las personas. Específicamente, se ha encontrado que las mujeres, las personas menores de 50 años y aquellas de clase social baja tienden a evaluar ciertos eventos como más severos en comparación con otros grupos. Estos eventos están relacionados con aspectos emocionales e interpersonales, aspectos económicos y situaciones sociales y personales (Acuña et al., 2012; Bruner et al., 1994; Miller y Rahe, 1997; Tolor, Murphy, Wilson y Clayton, 1983).

El estudio realizado por Holmes y Rahe en 1967 ha sido ampliamente reconocido en el campo de la psicología como uno de los más influyentes para cuantificar el estrés psicológico experimentado por adultos durante un determinado período de tiempo. A partir de este estudio, se desarrolló la Escala de Reajuste Social (SRRS), la cual ha sido ampliamente utilizada para investigar la relación entre el estrés psicológico y la enfermedad.

Por otro lado, la Escala de Estimación del Reajuste Social se centra en la evaluación individual que cada sujeto realiza respecto a la naturaleza estresante de un evento y su impacto emocional o efecto negativo. A diferencia del método de ponderación objetiva, la estimación del estrés mayor a través de la ponderación subjetiva se basa en la percepción o interpretación que cada individuo tiene de los eventos enumerados en el cuestionario. En resumen, el estrés mayor experimentado se calcula sumando las valoraciones individuales de la intensidad del estrés para cada uno de los eventos ocurridos dentro de un período de tiempo especificado. Por ejemplo, se le solicita al sujeto que indique cuáles de los eventos de la lista le han ocurrido en el último año y que, además, evalúe en una escala del 0 al 100 el grado de estrés que le produjo cada uno de ellos por separado. Posteriormente, se suman estos valores para obtener el resultado final (Martínez-Correa y Reyes del Paso, 2003).

Los problemas de carácter emocional o internalizante se refieren a las dificultades emocionales, estados de ánimo alterados, así como quejas somáticas y aislamiento, entre otros aspectos. Por otro lado, los problemas de comportamiento o externalizantes implican la presencia de conductas agresivas y antisociales (Grant et al., 2003).

a escala AVE (Eventos Vitales Estresantes) se utiliza para evaluar una lista de eventos estresantes comunes que pueden ocurrir en la vida de una persona, como la pérdida de un ser querido, el divorcio, cambios en el trabajo o problemas financieros. Cada evento está valorado en función de su impacto percibido en la vida de la persona (Cooper y Dewe, 2007; Scully, Tosi y Banning, 2000).

En diversos estudios, se ha demostrado que la acumulación de estrés vital se relaciona con la susceptibilidad de las personas a adquirir o agravar enfermedades (Chung et al., 2010a, 2010b; Franko et al., 2004; Lynch et al., 2005; Welsh, 2009; Woods et al., 2010). En este sentido, la Escala de Reajuste Social de Holmes y Rahe ha sido ampliamente utilizada para medir el estrés vital y su relación con la enfermedad (Acuña, González García y Bruner, 2012).

Algunos investigadores han planteado la pregunta de si el ordenamiento de los eventos estresantes en la escala se ha modificado a lo largo del tiempo y debido a cambios culturales, como el aumento de divorcios o del número de mujeres económicamente activas (Scully et al., 2000). Sin embargo, se ha encontrado que al emplear la SRRS u otras escalas que incluyen eventos de naturaleza negativa, la relación entre el estrés vital y la enfermedad se mantiene similar (Clarke y Singh, 2005; Ngai, Chan e Ip, 2010; Samuels-Dennis, 2007; Trouillet et al., 2009; Vaaler et al., 2010).

El enfoque de los sucesos vitales ha sido ampliamente aceptado como un factor etiológico tanto en enfermedades mentales como somáticas, en comparación con otros estresores. Esto ha sido respaldado por estudios como el de Kanner, Coyne, Schaefer y Lazarus (1981). Sin embargo, en años recientes, ha surgido una tendencia hacia la consideración del estrés diario como un factor relevante (Sandín, 1999).

Para calcular la puntuación en la escala AVE, cada evento se valora en términos de su nivel de estrés. La persona evalúa si ha experimentado ese evento en un período de tiempo determinado y le asigna un valor numérico en función de su impacto percibido. Posteriormente, se suman las puntuaciones de todos los eventos experimentados para obtener una medida general de los acontecimientos vitales estresantes. Para determinar el grado de reajuste requerido por cada evento, Holmes y Rahe utilizaron una variante del método de estimación de la magnitud, que involucra la percepción y valoración individual del sujeto (Acuña, González García y Bruner, 2012).

Se ha encontrado que mayores puntuaciones en la escala AVE (Acontecimientos Vitales Estresantes) están asociadas con un mayor riesgo de problemas de salud física y mental. La acumulación de eventos estresantes puede contribuir al desarrollo de enfermedades y trastornos, como enfermedades cardiovasculares, depresión, ansiedad y trastornos del sueño.

Sin embargo, es importante tener en cuenta las limitaciones de la escala AVE. No todos los eventos estresantes afectan a las personas de la misma manera, ya que la interpretación y el impacto de los eventos pueden variar según factores individuales y contextuales. Además, la escala no considera el efecto acumulativo de los eventos estresantes a lo largo del tiempo, lo cual puede tener un impacto significativo en la salud de una persona. (Acuña, González García y Bruner, 2012).

Enfermedad psicosomática

Las enfermedades psicosomáticas son trastornos médicos en los que los factores psicológicos y emocionales desempeñan un papel significativo en el desarrollo, manifestación y curso de la enfermedad. Estas enfermedades se originan debido a la compleja interacción entre la mente y el cuerpo, donde el estrés, las emociones negativas y los conflictos internos pueden tener un impacto directo en la salud física (Garciandia Imaz & Ibarra Medina, 2012).

Se reconoce que todas las patologías son multicausales, lo que implica que la implicación de los factores etiológicos y su importancia en el origen, mantenimiento y desenlace de la enfermedad varía considerablemente según el tipo de afección. Es común encontrar una combinación de factores genéticos, familiares, raciales, de sexo, culturales, ambientales, nutricionales, geográficos, socioeconómicos, educativos, fisiológicos, químicos y psicológicos, entre otros (Garciandia Imaz & Ibarra Medina, 2012).

A pesar de esta diversidad de factores, algunos factores, como los psicológicos y los familiares, tienen un mayor poder de influencia en las patologías. La relación mente-cuerpo ha sido objeto de preocupación

en la medicina desde hace mucho tiempo, aunque la información en este campo sigue siendo escasa. La Asociación Psicosomática Americana, en 1944, describió cómo la aparición, el curso y la superación de las enfermedades físicas están determinados por procesos biológicos, psicológicos y sociales. Por lo tanto, es relevante explorar y observar las relaciones que puedan existir entre una enfermedad con un fuerte componente psicosomático en su expresión, como el asma bronquial, y las circunstancias del contexto familiar, así como los aspectos comportamentales, emocionales y simbólicos relacionados con la historia de esta patología (Garciandia Imaz & Ibarra Medina, 2012).

A lo largo de la historia, se han realizado importantes contribuciones al campo de la medicina psicosomática. En 1939, surgió la revista Psycosomatic Medicine, que amplió el ámbito de divulgación en este campo (Garciandia Imaz & Ibarra Medina, 2012). Posteriormente, el endocrinólogo Selye desarrolló el concepto de "síndrome general de adaptación al estrés" (Garciandia Imaz & Ibarra Medina, 2012).

En 1949, el médico español Rof Carballo publicó un tratado extenso titulado "Patología psicosomática" (Garciandia Imaz & Ibarra Medina, 2012, p. 111). En marzo de 2003, la Junta Americana de Especialidades Médicas aprobó por unanimidad la creación de una séptima subespecialidad en psiquiatría, denominada medicina psicosomática (Garciandia Imaz & Ibarra Medina, 2012).

En el estudio de las enfermedades psicosomáticas, se ha observado que existe una sensibilidad excesiva por parte del paciente hacia un órgano específico, que se combina con una constelación psicológica característica y con los acontecimientos de su vida. Esta combinación puede desencadenar el conflicto central fijo y debilitar las defensas primarias del individuo. Es importante destacar que estos factores no son necesariamente independientes, ya que la predisposición constitucional puede influir tanto en la vulnerabilidad del órgano como en los conflictos psicológicos característicos. Además, la aparición de la enfermedad puede estar relacionada con predisposiciones inconscientes que activamente buscan situaciones vitales específicas (Garciandia Imaz & Ibarra Medina, 2012).
En las ediciones más recientes del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV) y de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), los trastornos psicosomáticos han sido eliminados de las listas oficiales de trastornos psiquiátricos. Esto ha generado falta de consenso en cuanto a su definición y clasificación, lo que dificulta la obtención de datos precisos sobre su prevalencia. Sin embargo, los trastornos somatomorfos son los que más se asemejan a la definición de enfermedades psicosomáticas, ya que están relacionados con el estrés cultural y demuestran una variabilidad considerable en su prevalencia según el país, lo cual indica que adoptan patrones diferentes que no excluyen la influencia cultural (Garciandia Imaz & Ibarra Medina, 2012).

El estrés se considera un factor de vulnerabilidad o riesgo para diversas patologías, lo que diluye la especificidad de un rasgo como exclusivo de pacientes psicosomáticos. Algunos pacientes pueden experimentar dificultad en la expresión de afectos solo durante períodos de alto estrés. El modelo biopsicosocial se ha propuesto como marco conceptual para el estudio de los trastornos mentales y psicosomáticos, reconociendo que la mente es una vía crucial a través de la cual las influencias sociales pueden afectar la fisiología y causar enfermedad. La mente puede ejercer su influencia a través de efectos en los comportamientos relacionados con la salud (Uribe Restrepo, 2006).

Debido a la complejidad inherente del campo de la medicina psicosomática, no es posible abordarlo desde una única perspectiva. El enfoque integral del trabajo con el paciente enfrenta las dificultades propias de los modelos múltiples en este campo (Rivero Rodríguez & Cruz Flores, 2008).

Algunos aspectos clave relacionados con las enfermedades psicosomáticas son los mecanismos de respuesta al estrés, las enfermedades específicas relacionadas y la influencia de los factores psicológicos.

Los mecanismos de respuesta al estrés desempeñan un papel importante en las enfermedades psicosomáticas, ya que el estrés crónico y la exposición prolongada a situaciones estresantes pueden desencadenar respuestas fisiológicas y emocionales. Estos mecanismos incluyen cambios en el sistema inmunológico, endocrino y cardiovascular, así como la liberación de hormonas del estrés como el cortisol.

Existen diversas enfermedades psicosomáticas que pueden afectar diferentes sistemas y órganos del

cuerpo. Ejemplos comunes de estas enfermedades incluyen el síndrome del intestino irritable, la migraña, la hipertensión arterial, el asma, la dermatitis atópica y el síndrome de colon irritable. Si bien estas enfermedades tienen una base fisiológica, también se ven influenciadas por factores psicológicos.

Los factores psicológicos tienen un impacto significativo en las enfermedades psicosomáticas. El estrés, la ansiedad, la depresión, los conflictos emocionales y las dificultades en el manejo del estrés son ejemplos de factores psicológicos que pueden aumentar la susceptibilidad a estas enfermedades. La forma en que una persona interpreta y responde a los eventos estresantes puede influir en el desarrollo y la gravedad de la enfermedad (Rivero Rodríguez & Cruz Flores, 2008, p. 73-86).

a falta de equilibrio entre la salud física y mental, así como entre los diferentes aspectos de la vida personal, familiar y social, puede dar lugar a manifestaciones de malestar y daño tanto psicológico como psicosomático. Algunas acciones y condiciones laborales, como el exceso de trabajo, permanecer de pie por largos periodos, escribir en exceso, elevar la voz o realizar tareas fuera del horario laboral, pueden contribuir al desarrollo de trastornos como la ansiedad, los trastornos musculoesqueléticos, las lumbalgias, la hipertensión, el estrés laboral, la depresión y otras manifestaciones en el organismo.

Sin embargo, no solo las exigencias laborales afectan la salud, sino también la falta o reducción de elementos humanizantes, como la creatividad, la integración del pensamiento y la acción, el control sobre el trabajo y el desarrollo de las potencialidades físicas y mentales, entre otros aspectos (Martínez-Otero, 2003).
La incapacidad para satisfacer todas las tareas y demandas puede generar sufrimiento, insatisfacción y frustración en las personas. En respuesta a esto, algunas personas intensifican su tiempo y energía para intentar cumplir con todos los requerimientos impuestos sobre ellas. Esto puede llevar a un aumento del estrés y agotamiento.

Además, existen individuos que se encuentran en una etapa difícil de búsqueda de su identidad personal, influenciados tanto por su entorno familiar como por la sociedad en general. Estas personas pueden carecer de habilidades sociales y disciplinarias necesarias para establecer relaciones armoniosas y equilibradas. Como resultado, cada vez más personas experimentan efectos negativos en su salud, manifestados en forma de enfermedades psicosomáticas. (Martínez-Otero, 2003).

El abordaje terapéutico de las enfermedades psicosomáticas se basa en una aproximación integral que considera tanto los aspectos físicos como los psicológicos del individuo. Para ello, se emplean diversas estrategias terapéuticas que buscan promover la salud y el bienestar.

La terapia cognitivo-conductual es una de las modalidades utilizadas en el tratamiento de las enfermedades psicosomáticas. Se centra en identificar y modificar los patrones de pensamiento y comportamiento negativos o disfuncionales que pueden contribuir a la aparición y mantenimiento de los síntomas físicos. A través de técnicas como la reestructuración cognitiva, se ayuda al paciente a desarrollar pensamientos más realistas y adaptativos.

Además, se emplean técnicas de relajación para reducir la tensión muscular y promover la relajación física y mental. Estas técnicas incluyen ejercicios de respiración, relajación muscular progresiva y meditación, entre otros. El objetivo es reducir el estrés y la ansiedad, que pueden desencadenar o empeorar los síntomas físicos.

Las intervenciones para manejar el estrés y mejorar las habilidades de afrontamiento también forman parte del abordaje terapéutico. Esto puede incluir el aprendizaje de técnicas de manejo del estrés, establecimiento de límites y prioridades, y desarrollo de estrategias para afrontar situaciones estresantes de manera saludable. (Garciandia Imaz & Ibarra Medina, 2012).

Adicionalmente, se brinda apoyo psicosocial al paciente, tanto a nivel individual como en grupo. Esto puede involucrar el apoyo emocional, la educación sobre la enfermedad, la promoción de cambios en el estilo de vida y la implementación de estrategias de autocuidado.

En resumen, el tratamiento de las enfermedades psicosomáticas se basa en un enfoque integral que aborda tanto los aspectos físicos como los psicológicos. Mediante la utilización de diferentes estrategias terapéuticas, se busca promover la salud, mejorar el

bienestar y reducir los síntomas físicos asociados a estas enfermedades. (Garciandia Imaz & Ibarra Medina, 2012).

Vulnerabilidad psicosocial

La vulnerabilidad psicosocial se define como la susceptibilidad de una persona o grupo a experimentar dificultades emocionales, sociales o psicológicas debido a una combinación de factores individuales, sociales y ambientales (García del Castillo, 2015). Esta noción reconoce que la vulnerabilidad no se limita a factores internos, sino que también está influenciada por el entorno en el que se desenvuelve el individuo. A lo largo de su evolución, el concepto de vulnerabilidad psicosocial ha sido adaptado y utilizado en diversos campos científicos, incluso desde perspectivas disciplinarias muy diferentes, como la antropología y la ingeniería (García del Castillo, 2015). Disciplinas como la sociología, la medicina y la psicología también han incorporado este concepto en sus estudios (Alwang, Siegel y Jorgensen, 2001; Heitzmann, Canagarajah y Siegel, 2002, citados en García del Castillo, 2015).

La vulnerabilidad psicosocial está intrínsecamente relacionada con otras variables que deben ser consideradas en su construcción psicosocial, ya que su comprensión sería difícil sin tener en cuenta esta interrelación. Como señaló Ruiz (2011), la vulnerabilidad siempre está vinculada a alguna forma de amenaza (García del Castillo, 2015).

Según Nichiata, Bertolozzi, Ferreira y Fracolli (2008), la vulnerabilidad psicosocial en el ámbito de la salud se refiere al grado de susceptibilidad que una persona tiene hacia los problemas relacionados con la salud. Por otro lado, Lamas y Murrugarra (2011) la definen como una condición que afecta la probabilidad de sufrir enfermedades, accidentes o lesiones autoinfligidas (García del Castillo, 2015).

La sociología y el trabajo social utilizan el concepto de vulnerabilidad para estudiar a los grupos vulnerables en diferentes contextos sociales y de exclusión social. La vulnerabilidad se entrelaza o complementa con otros términos como el riesgo, el afrontamiento, la resiliencia, el estrés, la adaptación y la susceptibilidad (Ruiz, 2011) en el ámbito de la salud y las adicciones (García del Castillo, 2015).

Algunos factores de vulnerabilidad psicosocial incluyen características individuales, como predisposición genética a enfermedades mentales, falta de habilidades de afrontamiento, baja autoestima y trastornos emocionales previos. Además, los factores sociales, como la pobreza, discriminación, aislamiento social, violencia y falta de acceso a recursos y servicios básicos, también contribuyen a la vulnerabilidad psicosocial. Por último, los factores ambientales, como desastres naturales, conflictos armados, cambios sociales rápidos y falta de seguridad, pueden generar estrés y aumentar la vulnerabilidad psicosocial. Es importante destacar que la vulnerabilidad psicosocial es dinámica y puede cambiar con el tiempo, y que las personas pueden mostrar diferentes niveles de vulnerabilidad en diferentes áreas de sus vidas.

De acuerdo con Ruiz (2011), la vulnerabilidad se define en relación con algún tipo de amenaza, ya sea de origen físico como desastres naturales o enfermedades, o de origen antropogénico como contaminación, accidentes, hambrunas o pérdida del empleo. Sin embargo, es importante tener en cuenta que esta definición es globalizadora y abarca una amplia gama de variables, con un enfoque más colectivo. No se debe utilizar el concepto de vulnerabilidad en su máxima extensión como un término genérico, sino que se debe especificar a qué se es vulnerable y quién lo es. Es decir, la vulnerabilidad puede ser individualizada y cada persona puede tener diferentes vulnerabilidades frente a distintas situaciones (Graz, 2003).

La vulnerabilidad percibida se refiere a la sensación de estar especialmente vulnerable frente a eventos vitales, aunque no haya una base real que respalde esta percepción. Esto puede deberse a que la persona se siente más débil para enfrentar los riesgos, está pasando por un período de mayor estrés y ansiedad, experimenta desapego o está atravesando un proceso de enfermedad, entre otros motivos difíciles de clasificar de manera específica. Tanto la vulnerabilidad real como la percibida pueden ser previsibles o imprevisibles. En este sentido, las vulnerabilidades percibidas que son imprevisibles pueden ser predictivas de futuras vulnerabilidades, según señalan Alwang et al. (2001) (García del Castillo, 2015).

La vulnerabilidad real se relaciona más estrechamente con la existencia de una amenaza real y un riesgo real. En casos de previsión de catástrofes o epidemias, existe una predisposición a asumir un mayor grado de vulnerabilidad de manera previsible. Por otro lado, la

vulnerabilidad percibida está asociada a la percepción de amenaza y riesgo. En situaciones específicas, una persona puede sentirse más vulnerable ante amenazas percibidas en su entorno (García del Castillo, 2015).

Amenaza

Una amenaza se refiere a una situación o evento que representa un peligro o riesgo para la integridad, seguridad o bienestar de una persona, grupo o sistema. Esta amenaza puede tener diferentes dimensiones, ya sea física, psicológica, social o ambiental, y puede surgir tanto de fuentes internas como externas. La forma en que se manifiesta la amenaza puede variar ampliamente.

El estudio de la amenaza como fenómeno social ha sido abordado desde diversas disciplinas de las ciencias sociales y humanas. Estas disciplinas han permitido comprender las experiencias subjetivas que surgen en relación con la amenaza, así como los contextos en los que se producen. Una de estas experiencias es el miedo, el cual se utiliza a través de la amenaza con el objetivo de condicionar y moldear las conductas de los individuos, al apoderarse de su voluntad y obtener sumisión (Lira y Castillo, 1991, 1994; Marina, 2006; Robin, 2009; Rodríguez, 2004) (Bedoya-Dorado, 2018).

El miedo es un instrumento ampliamente utilizado en diversos ámbitos, que van desde lo político hasta lo religioso (Marina, 2006; Robin, 2009; Rodríguez, 2004). Según Vásconez (2005), el miedo generado a través de la amenaza juega un papel crucial en las relaciones entre individuos, y puede provocar cambios en las reglas y formas de interactuar. Según esta autora, el miedo permite el dominio sobre el cuerpo y la mente, convirtiendo a los individuos en seres pasivos sin libertad para tomar decisiones propias o emprender acciones (Bedoya-Dorado, 2018).

En la literatura de la psicología social, las amenazas han sido abordadas de manera fugaz y principalmente como una variable independiente medida y observada en la investigación empírica, lo que ha dificultado comprender su naturaleza (Hepburn y Potter, 2011) (Bedoya-Dorado, 2018). Sin embargo, se reconoce que la amenaza opera a través del discurso y se despliega en el entramado de relaciones sociales, donde se ejerce el poder (Foucault, 2009) (Bedoya-Dorado, 2018). Según la definición del Diccionario de la Real Academia Española, la amenaza se refiere a la acción de amenazar, que implica dar a entender mediante actos o palabras la intención de causar daño a alguien (Real Academia Española, 2014) (Bedoya-Dorado, 2018). Por lo tanto, se puede inferir que la amenaza como acción puede manifestarse tanto a través de comportamientos como de discursos, tiene un propósito o intención de causar daño, y está dirigida hacia un sujeto específico (Bedoya-Dorado, 2018).

La práctica de amenazar implica un ejercicio de subordinación y control, en el que se busca orientar y someter a otro individuo a la voluntad del amenazador. Además de las palabras utilizadas, otros elementos como el tono de voz y los gestos también desempeñan un papel importante al reafirmar la amenaza y transmitirla al receptor (Bedoya-Dorado, 2018). Esta perspectiva teórica ofrece una nueva forma de comprender el fenómeno de la amenaza en el contexto laboral y organizacional, donde la investigación se ha centrado principalmente en experiencias de violencia, dejando de lado otras experiencias subjetivas de los trabajadores en relación con las dinámicas laborales. Es relevante reconocer que los enfoques de gestión, las prácticas administrativas y otras interacciones sociales en el trabajo pueden ser considerados como factores que generan amenazas (Bedoya-Dorado, 2018).

aspectos clave relacionados con la amenaza abarcan diferentes dimensiones que pueden afectar la integridad y el bienestar de las personas. Estos aspectos incluyen:

1. Amenaza física: Se refiere a los peligros o riesgos tangibles que pueden causar daño físico directo, como accidentes, enfermedades, desastres naturales o violencia física.
2. Amenaza psicológica: Implica situaciones o experiencias que afectan la salud mental y emocional de una persona, como el trauma, el abuso, el acoso, la intimidación, la discriminación o la violencia verbal. Estas amenazas pueden generar estrés, ansiedad, depresión u otros problemas de salud mental.
3. Amenaza social: Está relacionada con las condiciones sociales que pueden afectar el bienestar de una persona o grupo. Esto puede incluir la exclusión social, la discriminación, la estigmatización, la desigualdad de oportunidades o la falta de acceso a recursos y servicios básicos necesarios para una vida digna.
4. Amenaza ambiental: Hace referencia a los peligros

o riesgos derivados del entorno físico en el que se encuentra una persona. Esto puede incluir la contaminación ambiental, el cambio climático, la degradación del medio ambiente o la falta de acceso a alimentos saludables y vivienda adecuada.

Es importante destacar que la percepción de amenaza puede variar entre individuos y grupos, ya que está influenciada por factores socioculturales y experiencias personales. Además, la respuesta a la amenaza puede variar, desde el miedo y la evitación hasta la búsqueda de estrategias de afrontamiento y resiliencia.

Riesgo

como la probabilidad de que ocurra un evento no deseado y las consecuencias negativas asociadas a ese evento (García del Castillo, 2015). Este enfoque permite relacionar el riesgo con diversas áreas, como la salud, el medio ambiente, la seguridad y la economía (García del Castillo, 2015).

Tradicionalmente, se ha utilizado el riesgo como sinónimo de vulnerabilidad en numerosos estudios, especialmente desde la perspectiva epidemiológica (Nichiata et al., 2008). No obstante, se reconoce que estos conceptos no son idénticos, ya que la vulnerabilidad abarca variables adicionales que lo configuran de manera más amplia (García del Castillo, 2015).

Desde el ámbito de la salud, se puede abordar la vulnerabilidad desde una perspectiva real o subjetiva, así como desde una dimensión individual y colectiva (García del Castillo, 2012; García del Castillo, García del Castillo-López y López-Sánchez, 2014; García del Castillo, García del Castillo-López, Dias, López-Sánchez, Gázquez, Lloret y Segura, 2015). Se refiere a la posibilidad o evidencia de que el comportamiento esté expuesto a eventos que puedan tener consecuencias negativas para la salud (García del Castillo, 2015).

Según Lazarus (1966), el planteamiento conceptual de la vulnerabilidad psicosocial se refiere a un proceso que se activa cuando se presenta una amenaza, ya sea percibida o real. El objetivo de este proceso es reducir o eliminar los conflictos emocionales asociados y mitigar la amenaza. Este enfoque conceptual de la vulnerabilidad psicosocial puede ser una herramienta útil en la prevención de problemas de salud, enfermedades y el consumo de sustancias y otras adicciones (García del Castillo, 2015).

A partir de este desarrollo teórico, es posible trabajar en la creación de instrumentos de medición que permitan cuantificar de manera objetiva el nivel de vulnerabilidad psicosocial (García del Castillo, 2015). Esto facilitaría la evaluación y comprensión de la vulnerabilidad en diversos contextos, lo que a su vez contribuiría a la implementación de estrategias de prevención más efectivas. lgunos aspectos clave relacionados con el riesgo incluyen:

En el marco teórico del protocolo de investigación en formato APA 7, se destaca la importancia de la evaluación de riesgos, que consiste en identificar y analizar los posibles eventos adversos y las probabilidades de que ocurran, así como evaluar las posibles consecuencias negativas asociadas a dichos eventos. Este proceso proporciona información para la toma de decisiones informadas y la implementación de medidas preventivas o de mitigación (García del Castillo, 2015).

Asimismo, se aborda la noción de factores de riesgo, los cuales son características, condiciones o circunstancias que aumentan la probabilidad de que ocurra un evento no deseado. Estos factores pueden ser de diversa naturaleza, como física, social, económica o psicológica. Por ejemplo, en el ámbito de la salud, se mencionan el tabaquismo, la obesidad, la falta de actividad física y la exposición a sustancias tóxicas como factores de riesgo relevantes (García del Castillo, 2015).

En relación a la gestión de riesgos, se hace referencia a las estrategias y acciones diseñadas para prevenir, reducir o controlar los riesgos identificados. Esto implica la implementación de medidas de prevención, preparación, respuesta y recuperación, así como el establecimiento de políticas y regulaciones para minimizar los impactos negativos (García del Castillo, 2015).

Por último, se menciona la comunicación de riesgos como un proceso fundamental, que consiste en transmitir información sobre los riesgos a las partes interesadas y al público en general de manera clara, precisa y comprensible. Esto incluye proporcionar información sobre los posibles peligros, las consecuencias asociadas y las medidas de protección recomendadas (García del Castillo, 2015).

Estrés postraumático

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) es un trastorno psiquiátrico que puede surgir después de haber experimentado o presenciado un evento traumático que representa una amenaza real o percibida para la vida o la integridad física. Este trastorno se caracteriza por la persistencia de síntomas que afectan significativamente el funcionamiento diario de una persona (Carvajal et al., 2006).

Entre las posibles lesiones físicas asociadas a eventos traumáticos, destaca el traumatismo encéfalo craneano (TEC), el cual puede provocar diversas repercusiones psicológicas, como el trastorno por estrés postraumático (TEPT). El TEC es una condición frecuente en la población general y conlleva una alta morbimortalidad, además de importantes secuelas, como déficits cognitivos y alteraciones de concentración y memoria. Estas secuelas pueden incluso progresar hacia la demencia post TEC y generar incapacidad laboral, llegando a ser permanente y resultando en una pensión de invalidez. Las secuelas cognitivas y psicológicas pueden tener un impacto considerable en la adaptación social y laboral, superando en ocasiones las secuelas físicas (Carvajal et al., 2006).

El trastorno por estrés postraumático (TEPT) se desarrolla como consecuencia de una situación traumática, donde el trauma actúa como el factor principal en la aparición del trastorno. Además del trauma, otros factores que contribuyen a la aparición del TEPT incluyen aspectos neurobiológicos, características de personalidad y el contexto psicosocial en el que se encuentra el individuo. Los síntomas del TEPT pueden manifestarse de manera inmediata tras la experiencia traumática o surgir de forma retardada meses o incluso años después del evento traumático. Estos síntomas incluyen la reviviscencia de imágenes, pensamientos, sensaciones o pesadillas relacionadas con el trauma, la insensibilidad emocional, la hiperalerta y las conductas de evitación de lugares, conversaciones o estímulos relacionados con el evento traumático (Carvajal et al., 2006).

El diagnóstico del trastorno por estrés postraumático (TEPT) se basa en los criterios establecidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5). Estos criterios incluyen la exposición a un evento traumático, la presencia de síntomas intrusivos, evitación de estímulos relacionados con el trauma, alteraciones cognitivas y del estado de ánimo, y cambios en la reactividad fisiológica y conductual (Latorre Rojas, 2009).

El diagnóstico del trastorno por estrés postraumático (TEPT) se basa en los criterios establecidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5). Estos criterios incluyen la exposición a un evento traumático, la presencia de síntomas intrusivos, evitación de estímulos relacionados con el trauma, alteraciones cognitivas y del estado de ánimo, y cambios en la reactividad fisiológica y conductual (Latorre Rojas, 2009).

Los síntomas del TEPT pueden variar entre individuos, pero generalmente incluyen la reexperimentación del trauma a través de recuerdos intrusivos, pesadillas o flashbacks, la evitación de lugares o situaciones relacionadas con el trauma, cambios en el estado de ánimo y en las cogniciones negativas sobre uno mismo o el mundo, hiperactividad fisiológica, problemas de sueño y dificultades en las relaciones interpersonales (Latorre Rojas, 2009).

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) puede desarrollarse en personas que han experimentado o presenciado eventos que involucran una amenaza de muerte, daño grave o peligro para la integridad física propia o de otros cercanos. Este trastorno se caracteriza por una sintomatología compleja que incluye sentimientos de temor, desesperanza o horror, síntomas persistentes de reexperimentación del evento traumático, evitación de estímulos relacionados con el trauma y síntomas persistentes de activación. Para ser diagnosticado, el TEPT debe tener una duración de más de un mes y provocar un deterioro en las áreas funcionales de la vida del individuo (Latorre Rojas, 2009).

Según Aguado et al. (2004), existen tres tipos de factores que influyen en el desarrollo del trastorno de estrés postraumático (TEPT) y que ayudan a comprender su complejidad. Estos factores se clasifican como factores previos al evento y pueden variar en duración y naturaleza. Según Gerrity y Flymm (2000), se pueden categorizar en las siguientes dimensiones: psicosociológicas, de comportamiento, emocionales y cognitivas.

Los factores previos al evento pueden manifestarse de diversas formas. A nivel psicofisiológico, se pueden experimentar síntomas como fatiga, náuseas, temblores,

sudoración profusa, escalofríos, mareos y trastornos gastrointestinales. En términos de comportamiento, pueden ocurrir cambios en el sueño y el apetito, abuso de sustancias, estado de hiperalerta, cambios en el comportamiento y mayor susceptibilidad al llanto. A nivel emocional, pueden surgir sentimientos de ansiedad, angustia, depresión e irritabilidad. En cuanto a las dimensiones cognitivas, pueden presentarse dificultades en la toma de decisiones, confusión, falta de concentración y reducción en el tiempo de atención (Latorre Rojas, 2009).

Existen diversos factores de riesgo que pueden aumentar la vulnerabilidad de una persona para desarrollar trastorno de estrés postraumático (TEPT). Estos factores incluyen la gravedad del evento traumático, la falta de apoyo social, antecedentes de trauma previo, predisposición genética y características individuales como la personalidad y los estilos de afrontamiento (Latorre Rojas, 2009).

En cuanto al tratamiento y manejo del TEPT, es importante destacar que esta condición es tratable. Se emplean diferentes enfoques terapéuticos, entre ellos la terapia cognitivo-conductual, la terapia de exposición, la terapia de reestructuración cognitiva y, en algunos casos, el uso de medicación. El objetivo principal del tratamiento es reducir los síntomas del TEPT y mejorar la calidad de vida de la persona afectada (Latorre Rojas, 2009).

MARCO NORMATIVO Y CONTEXTUAL

Ley de Asistencia Social

En México, la Ley de Asistencia Social (L.A.S.) se encarga de amparar la protección y atención de núcleos y sistemas en entornos sociales que tienen influencia en el desarrollo de la variable independiente de esta investigación, la cual se refiere a la vulnerabilidad psicosocial física, mental y social, así como al análisis de redes de apoyo. Esta ley establece objetivos específicos y se mencionan artículos relevantes que se encuentran detallados en los numerales correspondientes del capítulo (Ley de Asistencia Social, Reformada, Diario Oficial de la Federación, 6 de enero de 2023, México).

Disposiciones Generales

l artículo 1 de la Ley de Asistencia Social (L.A.S.) establece que esta ley se fundamenta en las disposiciones de la Ley General de Salud y tiene como objetivo garantizar la concurrencia y colaboración de la Federación, las Entidades Federativas, el Distrito Federal y los sectores social y privado en el cumplimiento de la misma (Ley de Asistencia Social, Reformada, Diario Oficial de la Federación, 6 de enero de 2023, México). Por otro lado, el artículo 2 de la ley establece que las disposiciones contenidas en ella son de orden público e interés general, y su objetivo principal es sentar las bases para la promoción de un Sistema Nacional de Asistencia Social. Este sistema tiene como finalidad fomentar y coordinar la prestación de servicios de asistencia social tanto pública como privada, además de impulsar la participación de la sociedad en esta materia (Ley de Asistencia Social, Reformada, Diario Oficial de la Federación, 6 de enero de 2023, México).

Sujetos de la Asistencia Social

Según el artículo 4 de la Ley de Asistencia Social (L.A.S.), tienen derecho a recibir asistencia social aquellos individuos y familias que, debido a sus condiciones físicas, mentales, jurídicas o sociales, necesiten servicios especializados para su protección y plena integración al bienestar (Ley de Asistencia Social, Reformada, Diario Oficial de la Federación, 6 de enero de 2023, México).

El artículo 7 establece que los servicios de salud en materia de asistencia social prestados por la Federación, los Estados, los Municipios y los sectores social y privado forman parte del Sistema Nacional de Salud, a través del Sistema Nacional de Asistencia Social

Pública y Privada. Los servicios prestados en los Estados por los gobiernos locales y los sectores social y privado formarán parte de los sistemas estatales de salud en lo que respecta a su régimen local. De acuerdo con la Ley General de Salud, corresponde a los gobiernos de las entidades federativas, como autoridades locales dentro de sus respectivas jurisdicciones territoriales, organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios de salud en materia de asistencia social, basándose en las Normas Oficiales Mexicanas emitidas por la Secretaría de Salud o el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (Ley de Asistencia Social, Reformada, Diario Oficial de la Federación, 6 de enero de 2023, México).

Servicios de la Asistencia Social

Según la Ley de Asistencia Social (L.A.S.) en su Artículo 12, se establecen los servicios básicos de salud en el ámbito de la asistencia social, los cuales se mencionan en el Artículo 168 de la Ley General de Salud. Estos servicios incluyen:

a) La atención a personas que, debido a sus carencias socioeconómicas o condiciones de discapacidad, se encuentran impedidas para satisfacer sus requerimientos básicos de subsistencia y desarrollo. (Inciso reformado DOF 01-06-2011) b) La atención en establecimientos especializados a menores, adultos mayores en situación de abandono o desamparo, y personas con discapacidad que carecen de recursos. (Inciso reformado DOF 01-06-2011) c) La promoción del bienestar del adulto mayor y el desarrollo de acciones para prepararlos ante la senectud. d) El ejercicio de la tutela de los menores de acuerdo con las disposiciones legales aplicables. e) La prestación de servicios de asistencia jurídica y orientación social, especialmente dirigidos a menores, adultos mayores y personas con discapacidad sin recursos. (Inciso reformado DOF 01-06-2011) f) La realización de investigaciones sobre las causas y efectos de los problemas prioritarios de asistencia social. g) La promoción de la participación consciente y organizada de la población con carencias en las acciones de promoción, asistencia y desarrollo social que beneficien a dicha población. h) El apoyo a la educación y capacitación laboral de personas con limitaciones socioeconómicas. i) La prestación de servicios funerarios. (Ley de Asistencia Social, Reformada, Diario Oficial de la Federación, 6 de enero de 2023, México).

Sistema Nacional de Asistencia Social Pública y Privada

Según el Artículo 22 de la Ley de Asistencia Social, el Sistema Nacional de Asistencia Social Pública y Privada está conformado por los siguientes miembros: la Secretaría de Salud, la Secretaría de Desarrollo Social, la Secretaría de Educación Pública, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, los Sistemas Estatales y del Distrito Federal para el Desarrollo Integral de la Familia, los Sistemas Municipales para el Desarrollo Integral de la Familia, las instituciones privadas de asistencia social legalmente constituidas, las Juntas de Asistencia Privada, el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, el Instituto Nacional Indigenista, el Instituto Mexicano de la Juventud, el Instituto Nacional de las Mujeres, los Centros de Integración Juvenil, el Consejo Nacional contra las Adicciones, el Consejo Nacional de Fomento Educativo, el Consejo Nacional para la Educación y la Vida, la Lotería Nacional para la Asistencia Pública, Pronósticos para la Asistencia Pública, la Beneficencia Pública, así como otras entidades y dependencias federales, estatales y municipales, y los órganos desconcentrados que realicen actividades relacionadas con la asistencia social.

El objetivo del Sistema Nacional de Asistencia Social Pública y Privada, conocido como "El Sistema", según el Artículo 23 de la Ley de Asistencia Social, es promover y respaldar, mediante la participación de los sectores público, privado y las comunidades, las acciones en beneficio de las personas y familias mencionadas en dicha ley. (Ley de Asistencia Social, Reformada, Diario Oficial de la Federación, 6 de enero de 2023, México).

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

Según la Ley de Asistencia Social (2023), se establece que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) es un Organismo Público Descentralizado con patrimonio y personalidad jurídica propia, tal como se menciona en el Artículo 172 de la Ley General de Salud. En ese sentido, el DIF se encarga de coordinar el Sistema, como se señala en el Artículo 28 de la misma ley.

De la Coordinación, Concertación y Participación Ciudadana

De acuerdo con la Ley de Asistencia Social (L.A.S., 2023), las instituciones privadas de asistencia social

tienen ciertas obligaciones que deben cumplir. En primer lugar, deben constituirse de acuerdo con las leyes aplicables (Artículo 52, inciso a). Además, es necesario que se inscriban en el Directorio Nacional de Instituciones de Asistencia Social (Artículo 52, inciso b). Asimismo, estas instituciones deben cumplir con las Normas Oficiales Mexicanas establecidas para regular los servicios de asistencia social y colaborar con las tareas de supervisión llevadas a cabo por el Organismo (Artículo 52, inciso c). Por último, es fundamental que garanticen en todo momento el respeto a la dignidad y los derechos humanos de las personas, familias o comunidades que reciben sus servicios de asistencia social (Artículo 52, inciso d).

Directorio Nacional de las Instituciones de Asistencia Social

Según la Ley de Asistencia Social (L.A.S., 2023), se establece la creación del Directorio Nacional de Instituciones de Asistencia Social con el propósito de divulgar los servicios y apoyos asistenciales proporcionados por las instituciones públicas y privadas, así como su ubicación en el territorio nacional (Artículo 56). Este Directorio estará a cargo del Organismo mencionado. Para formar parte de este Directorio, las instituciones de asistencia social deben seguir los siguientes procedimientos: a) presentar la solicitud a través de los Sistemas para el Desarrollo Integral de la Familia Estatales o del Distrito Federal; b) tramitarla mediante las Juntas de Asistencia Privada u organismos similares, y c) presentar directamente la solicitud ante el propio Directorio (Artículo 57). (Ley de Asistencia Social, Reformada, Diario Oficial de la Federación, 6 de enero de 2023, México).

NOM-035-STPS-2018, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo-Identificación, análisis y prevención

Vulnerabilidad percibida por los consultantes en términos de riesgos físicos, mentales y sociales que afectan su bienestar integral en contextos socio-laborales y familiares, se relaciona con la Norma Oficial Mexicana de Factores de riesgo psicosocial en el trabajo-Identificación, análisis y prevención (NOM-035-STPS-2018). Esta norma fue publicada en el Diario Oficial de la Federación el 23 de octubre de 2018 y se aplica en México a partir de dicho año.

Definiciones

Según la Norma Oficial Mexicana de Factores de riesgo psicosocial en el trabajo-Identificación, análisis y prevención (NOM-035-STPS-2018), publicada en el Diario Oficial de la Federación el 23 de octubre de 2018, se presentan las siguientes definiciones:

Para el término "acontecimiento traumático severo" se establece lo siguiente: "Se refiere a un evento experimentado durante o relacionado con el trabajo que implica la muerte o un peligro real para la integridad física de una o varias personas, y puede resultar en trastorno de estrés postraumático para quienes lo experimentan o presencian" (NOM-035-STPS-2018).

En relación al "apoyo social", se define como "acciones que promueven la colaboración en la solución de problemas laborales entre los trabajadores, sus superiores y/o subordinados, con el objetivo de mejorar las relaciones sociales en el entorno de trabajo" (NOM-035-STPS-2018).

Algunas medidas específicas para brindar un apoyo social práctico y oportuno incluyen fortalecer las relaciones entre supervisores y trabajadores, fomentar la ayuda mutua entre los trabajadores, promover actividades culturales y deportivas, y brindar asistencia directa cuando sea necesario.

Los "Factores de Riesgo Psicosocial" son aquellos que pueden provocar trastornos de ansiedad, alteraciones no orgánicas del sueño, estrés grave y dificultades de adaptación. Estos factores se derivan de la naturaleza del puesto de trabajo, el tipo de jornada laboral y la exposición a acontecimientos traumáticos severos o actos de violencia laboral. Incluyen condiciones peligrosas e inseguras en el ambiente laboral, sobrecarga de trabajo, falta de control sobre el trabajo, jornadas laborales prolongadas o rotación de turnos, interferencia en la relación trabajo-familia, liderazgo negativo y relaciones negativas en el trabajo (NOM-035-STPS-2018).

La "violencia laboral" se refiere a actos de hostigamiento, acoso o maltrato dirigidos al trabajador, que pueden poner en riesgo su integridad o salud (NOM-035-STPS-2018).

Obligaciones del patrón

Las obligaciones del patrón en relación a los riesgos psicosociales, según la Norma Oficial Mexicana de Factores de riesgo psicosocial en el trabajo-Identificación, análisis y prevención (NOM-035-STPS-2018), se describen de la siguiente manera:

"Establecer por escrito, implementar, mantener y difundir en el centro de trabajo una política de prevención de riesgos psicosociales que incluya la prevención de los factores de riesgo psicosocial, la prevención de la violencia laboral y la promoción de un entorno organizacional favorable" (NOM-035-STPS-2018).

"Identificar y analizar los factores de riesgo psicosocial y evaluar el entorno organizacional en los centros de trabajo que tengan más de 50 trabajadores, de acuerdo con lo establecido en los numerales 7.1, inciso b), 7.2 y 7.3 de la norma" (NOM-035-STPS-2018).

"Adoptar medidas para prevenir y controlar los factores de riesgo psicosocial, promover un entorno organizacional favorable y atender las prácticas opuestas a un entorno organizacional favorable y los actos de violencia laboral, según lo dispuesto en el Capítulo 8 de la norma" (NOM-035-STPS-2018}).

"Identificar a los trabajadores que hayan sido sujetos de acontecimientos traumáticos severos durante o con motivo del trabajo y canalizarlos para su atención a la institución de seguridad social o privada, o al médico del centro de trabajo o de la empresa" (NOM-035-STPS-2018).

"Realizar exámenes médicos y evaluaciones psicológicas a los trabajadores expuestos a violencia laboral y/o factores de riesgo psicosocial, cuando existan signos o síntomas que indiquen alguna alteración en su salud y cuando el resultado de la identificación y análisis de los factores de riesgo psicosocial así lo sugiera, o cuando haya quejas de violencia laboral según los mecanismos establecidos en el numeral 8.1, inciso b) de la norma" (NOM-035-STPS-2018).

Es importante destacar que los exámenes médicos y evaluaciones psicológicas deben seguir las normas oficiales mexicanas emitidas por la Secretaría de Salud y/o la Secretaría del Trabajo y Previsión Social. En ausencia de normas específicas, se deben seguir las indicaciones de la institución de seguridad social o privada, o del médico del centro de trabajo que brinde el servicio médico (NOM-035-STPS-2018).

Obligaciones de los trabajadores

Las obligaciones de los trabajadores en relación a los riesgos psicosociales, de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana de Factores de riesgo psicosocial en el trabajo-Identificación, análisis y prevención (NOM-035-STPS-2018), son las siguientes:

"Observar las medidas de prevención y, en su caso, de control que dispone esta Norma, así como las que establezca el patrón para controlar los factores de riesgo psicosocial, colaborar para contar con un entorno organizacional favorable y prevenir actos de violencia laboral" (NOM-035-STPS-2018).

"Abstenerse de realizar prácticas contrarias al entorno organizacional favorable y actos de violencia laboral" (NOM-035-STPS-2018).

"Participar en la identificación de los factores de riesgo psicosocial y, en su caso, en la evaluación del entorno organizacional" (NOM-035-STPS-2018).

"Informar sobre prácticas opuestas al entorno organizacional favorable y denunciar actos de violencia laboral, utilizando los mecanismos que establezca el patrón para tal efecto y/o a través de la comisión de seguridad e higiene" (NOM-035-STPS-2018).

"Informar por escrito al patrón directamente, a través de los servicios preventivos de seguridad y salud en el trabajo o de la comisión de seguridad e higiene, haber presenciado o sufrido un acontecimiento traumático severo. El escrito deberá contener al menos: la fecha de elaboración; el nombre del trabajador que elabora el escrito; en su caso, el nombre de los trabajadores involucrados; la fecha de ocurrencia, y la descripción del(los) acontecimiento(s)" (NOM-035-STPS-2018).

"Participar en los eventos de información que proporcione el patrón" (NOM-035-STPS-2018).

"Someterse a los exámenes médicos y evaluaciones psicológicas que determinan la presente Norma y/o las normas oficiales mexicanas que al respecto emitan la Secretaría de Salud y/o la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, y a falta de éstas, los que indique la institución de seguridad social o privada, o el médico o psicólogo o psiquiatra del centro de trabajo o de la empresa" (NOM-035-STPS-2018).

Identificación y análisis de los factores de riesgo psicosocial, y evaluación del entorno organizacional

Según la Norma Oficial Mexicana de Factores de riesgo psicosocial en el trabajo-Identificación, análisis y prevención (NOM-035-STPS-2018), se realiza la identificación y análisis de los factores de riesgo psicosocial y la evaluación del entorno organizacional. En relación a esto, se describen los siguientes aspectos que deben ser considerados:

a) Condiciones en el ambiente de trabajo: Se refieren a las condiciones peligrosas, inseguras, deficientes o insalubres presentes en el lugar de trabajo, las cuales pueden requerir un mayor esfuerzo de adaptación por parte del trabajador (NOM-035-STPS-2018).

b) Cargas de trabajo: Hacen referencia a las demandas y exigencias del trabajo que pueden superar la capacidad del trabajador. Estas cargas pueden ser de naturaleza cuantitativa, cognitiva, emocional, de responsabilidad o contradictorias/inconsistentes (NOM-035-STPS-2018).

c) Falta de control sobre el trabajo: Se refiere a la escasa o inexistente posibilidad de influir y tomar decisiones en las actividades laborales. Esto incluye aspectos como la autonomía, el uso y desarrollo de habilidades y conocimientos, la participación en el manejo del cambio y la capacitación (NOM-035-STPS-2018).

d) Jornadas de trabajo y rotación de turnos: Se consideran factores de riesgo psicosocial cuando se exceden los límites establecidos por la Ley Federal del Trabajo, se realizan rotaciones frecuentes de turnos, se trabajan turnos nocturnos sin pausas y descansos claramente definidos, y no se implementan medidas de prevención y protección para detectar tempranamente los efectos adversos en la salud de los trabajadores (NOM-035-STPS-2018).

e) Interferencia en la relación trabajo-familia: Surge cuando existe un conflicto constante entre las responsabilidades laborales y las actividades familiares o personales. Esto ocurre cuando se requiere atender obligaciones laborales durante el tiempo dedicado a la vida familiar y personal, o cuando se exige trabajar fuera del horario establecido (NOM-035-STPS-2018).

f) El liderazgo negativo en el trabajo se refiere a la relación establecida entre el empleador o sus representantes y los trabajadores, la cual influye en la forma de trabajar y en las relaciones dentro del entorno laboral. Este tipo de liderazgo se caracteriza por actitudes agresivas o impositivas, falta de claridad en las funciones y actividades, y escaso o nulo reconocimiento y retroalimentación del desempeño de los trabajadores (NOM-035-STPS-2018).

Por otro lado, las relaciones negativas en el trabajo se refieren a la interacción que se produce en el contexto laboral, incluyendo la incapacidad de interactuar con los compañeros de trabajo para resolver problemas laborales, así como características desfavorables en estas interacciones, como el deficiente trabajo en equipo y la falta de apoyo social (NOM-035-STPS-2018).

g) La violencia laboral, según la NOM-035-STPS-2018, se define de la siguiente manera:

Acoso o acoso psicológico: Se refiere a acciones que causan daño a la estabilidad psicológica, personalidad, dignidad o integridad del trabajador. Estas acciones pueden incluir intimidación sistemática y persistente, como descrédito, insultos, humillaciones, devaluación, marginación, indiferencia, comparaciones destructivas, rechazo, restricción a la autodeterminación y amenazas. Es importante destacar que esta norma no considera el acoso sexual como parte de esta definición (NOM-035-STPS-2018).

Hostigamiento: Se refiere al ejercicio de poder en una relación de subordinación real entre la víctima y el agresor en el ámbito laboral, manifestado a través de conductas verbales, físicas o ambas (NOM-035-STPS-2018).

Malos tratos: Se refieren a actos como insultos, burlas, humillaciones y/o ridiculizaciones del trabajador, realizados de manera continua y persistente (más de una vez y/o en diferentes ocasiones) (NOM-035-STPS-2018).

Medidas de prevención y acciones de control de los factores de riesgo psicosocial, de la violencia laboral, y promoción del entorno organizacional favorable

Las medidas de prevención y acciones de control de los factores de riesgo psicosocial, la violencia laboral

y la promoción del entorno organizacional favorable, según la Norma Oficial Mexicana de Factores de riesgo psicosocial en el trabajo-Identificación, análisis y prevención (NOM-035-STPS-2018), son las siguientes:

1. Prevención de los factores de riesgo psicosocial: a) Impulsar el apoyo social, la difusión de la información y la capacitación. b) Establecer mecanismos seguros y confidenciales para la recepción de quejas y denuncias. c) Realizar acciones que promuevan el sentido de pertenencia, la capacitación adecuada, la definición precisa de responsabilidades, la participación proactiva y comunicación entre los miembros de la organización, la distribución adecuada de cargas de trabajo y la evaluación y reconocimiento del desempeño.

2. Acciones y programas específicos: a) Liderazgo y relaciones en el trabajo:

- Manejo de conflictos en el trabajo, distribución de tiempos de trabajo y determinación de prioridades.
- Prohibición de discriminación y fomento de equidad y respeto.
- Fomento de la comunicación entre supervisores, gerentes y trabajadores.
- Establecimiento de instrucciones claras para la atención de problemas laborales.
- Capacitación y sensibilización de directivos, gerentes y supervisores.

b) Cargas de trabajo:
- Revisión y supervisión equitativa de la distribución de la carga laboral.
- Planificación del trabajo para incluir pausas, descansos y rotación de tareas.
- Definición clara de tareas y responsabilidades mediante instructivos o procedimientos.

c) Control del trabajo:
- Involucrar a los trabajadores en la toma de decisiones sobre su trabajo y mejora de las condiciones laborales.
- Acuerdo y mejora del margen de libertad y control sobre el trabajo.
- Reuniones para abordar áreas de oportunidad de mejora y encontrar soluciones.

d) Apoyo social:
- Establecimiento de relaciones entre trabajadores, supervisores, gerentes y patrones para obtener apoyo mutuo.
- Realización de reuniones periódicas de seguimiento y promoción de ayuda mutua e intercambio de conocimientos.
- Fomento de actividades culturales y deportivas entre los trabajadores.

e) Equilibrio en la relación trabajo-familia:
- Involucramiento de los trabajadores en la definición de horarios de trabajo.
- Establecimiento de medidas y límites para evitar jornadas laborales excesivas.
- Apoyo a los trabajadores para atender emergencias familiares.
- Promoción de actividades de integración familiar en el trabajo.

f) Reconocimiento en el trabajo:
- Reconocimiento del desempeño sobresaliente de los trabajadores.
- Difusión de los logros de los trabajadores sobresalientes.
- Expresión de las posibilidades de desarrollo a los trabajadores.

g) Prevención de la violencia laboral:
- Difusión de información sobre la violencia laboral.
- Establecimiento de procedimientos de actuación y seguimiento.
- Información sobre cómo denunciar actos de violencia laboral.

h) Información y comunicación:
- Comunicación directa y frecuente entre el patrón, supervisor y trabajadores.
- Difusión de cambios en la organización o condiciones de trabajo.
- Fomento de la expresión de opiniones y soluciones por parte de los trabajadores.

i) Capacitación y adiestramiento:
- Análisis de la relación entre la capacitación y las tareas encomendadas.
- Consideración de las necesidades de capacitación de los trabajadores.
- Detección de necesidades de capacitación al menos cada dos años y su integración en el programa de capacitación.

Estas medidas y acciones tienen como objetivo prevenir los riesgos psicosociales, la violencia laboral y promover un entorno organizacional favorable para la salud y bienestar de los trabajadores.

En relación al numeral 8.3 de la Norma Oficial Mexi-

cana de Factores de riesgo psicosocial en el trabajo-Identificación, análisis y prevención (NOM-035-STPS-2018), cuando los resultados de las evaluaciones determinen la necesidad de desarrollar acciones de control, estas deben implementarse a través de un Programa que cumpla con lo establecido en el numeral 8.4 de la misma norma. A continuación, se detalla lo que debe contener dicho programa:

El Programa para la atención de los factores de riesgo psicosocial numeral 8.4, y en su caso, para propiciar un entorno organizacional favorable y prevenir actos de violencia laboral deberá contener:

a) Las áreas de trabajo y/o los trabajadores sujetos al programa.
b) El tipo de acciones y las medidas de control que deberán adoptarse.
c) Las fechas programadas para su realización.
d) El control de los avances de la implementación del programa.
e) La evaluación posterior a la aplicación de las medidas de control, en su caso.
f) El responsable de su ejecución.

Estos elementos garantizan que el programa sea efectivo, planificado y con seguimiento adecuado. El programa debe especificar las áreas o trabajadores que serán objeto de las acciones de control, indicar el tipo de acciones y medidas de control que se adoptarán, establecer fechas programadas para su realización, controlar el avance en la implementación del programa, realizar una evaluación posterior a la aplicación de las medidas de control y designar un responsable para la ejecución del programa. (NOM-035-STPS-2018)

Además, el numeral 8.5 de la norma describe los niveles en los que se deben realizar las acciones, según corresponda:

a) Primer nivel: Las acciones se enfocan en el plano organizacional y se centran en actuar sobre la política de prevención de riesgos psicosociales, la organización del trabajo, la disminución de los efectos de los factores de riesgo psicosocial, la prevención de la violencia laboral y la promoción de un entorno organizacional favorable.
b) Segundo nivel: Las acciones se orientan al plano grupal y se centran en la interrelación de los trabajadores o grupos de ellos, así como en la organización del trabajo. Incluyen temas como manejo de conflictos, trabajo en equipo, liderazgo, comunicación asertiva, administración del tiempo de trabajo, entre otros. Se busca proporcionar información, sensibilizar y reforzar el apoyo social.
c) Tercer nivel: Las acciones se centran en el plano individual y se desarrollan cuando se detectan signos y/o síntomas que indican alteraciones en la salud. En este nivel se incluyen intervenciones de tipo clínico o terapéutico, que deben ser realizadas por un médico, psicólogo o psiquiatra, según corresponda.

Es fundamental que las empresas cumplan con lo establecido en la norma y desarrollen programas adecuados para abordar los factores de riesgo psicosocial, promover un entorno organizacional favorable y prevenir la violencia laboral, garantizando así la salud y el bienestar de los trabajadores. (NOM-035-STPS-2018)

Organización Mundial de la Salud – Salud Mental y Psicosocial

El reconocimiento de la importancia de la salud mental por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es fundamental en el enfoque global de la salud. La salud mental no se limita solo a la ausencia de enfermedades mentales, sino que abarca el equilibrio emocional, psicológico y social de una persona. La OMS ha trabajado activamente para promover la salud mental en todo el mundo, tanto en la prevención de trastornos mentales como en la promoción del bienestar psicológico. (Ornelas R., & Ruíz M 2017)

Desde una perspectiva bio-psico-social, se reconoce la interrelación y autorregulación de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales en la salud y la enfermedad. De acuerdo a Ornelas R., & Ruíz M (2017) Estos tres elementos son considerados como determinantes principales de la salud. Esta perspectiva destaca que el concepto de salud es dinámico y cambia a lo largo del tiempo, incluyendo tanto la ausencia de enfermedad como el desarrollo de las capacidades personales y sociales. Además, se reconoce que la salud está influenciada por el contexto social en el que se encuentra la persona. (Ornelas R., & Ruíz M 2017) Para abordar los problemas de salud mental, es importante considerar el concepto de salud como un estado de bienestar tanto individual como social. La salud implica poder desempeñar actividades sociales y estar bien a nivel individual. Por otro lado, la enfermedad se caracteriza por un estado de malestar, anormalidad, desequilibrio o tristeza que limita la ca-

pacidad de realizar diversas actividades. La funcionalidad de una persona puede verse afectada por los síntomas de la enfermedad y los recursos disponibles en su entorno. (Ornelas R., & Ruíz M 2017)

La salud mental es un componente esencial del bienestar general de las personas y se aborda desde una perspectiva bio-psico-social que reconoce la interrelación de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales en la salud. La OMS ha desempeñado un papel importante en la promoción de la salud mental a nivel global, trabajando tanto en la prevención de trastornos mentales como en la promoción del bienestar psicológico. (Ornelas R., & Ruíz M 2017)

Correcto, la OMS ha llevado a cabo una serie de esfuerzos para promover la salud mental a nivel global, como se menciona en el artículo citado. Estos esfuerzos incluyen:

Desarrollo y promoción de la Salud Mental en todas las políticas: La OMS aboga por incluir la salud mental en la agenda de políticas públicas y en todos los aspectos de la vida. Reconoce la importancia de abordar los determinantes sociales, económicos y ambientales que influyen en la salud mental.

Promoción de la prevención y tratamiento de trastornos mentales: La OMS trabaja para crear conciencia sobre los trastornos mentales y reducir el estigma asociado a ellos. Proporciona directrices y recursos para el diagnóstico, tratamiento y prevención de estos trastornos, así como para la promoción de la salud mental en general.

Respuesta a emergencias y crisis: La OMS brinda apoyo en situaciones de emergencia y crisis humanitarias, asegurando la provisión de servicios de salud mental en áreas afectadas por desastres naturales, conflictos armados u otras crisis. Reconoce la importancia de atender las necesidades psicológicas de las personas en situaciones difíciles.

Promoción de la salud mental en el lugar de trabajo: La OMS reconoce que la salud mental en el trabajo es fundamental para el bienestar de los empleados y el rendimiento de las organizaciones. Trabaja para promover entornos laborales saludables, abordar los factores de riesgo psicosocial y fomentar el apoyo psicosocial en los lugares de trabajo.

Colaboración con países y organizaciones: La OMS colabora estrechamente con los países miembros y otras organizaciones para fortalecer los sistemas de salud mental a nivel nacional, mejorar la atención y el acceso a los servicios de salud mental, y promover la investigación en el campo de la salud mental.

Estos esfuerzos reflejan el compromiso de la OMS en abordar los desafíos relacionados con la salud mental y promover el bienestar psicológico en todo el mundo. (Ornelas R., & Ruíz M 2017)

La OMS promueve la salud psicosocial a través de diversas estrategias y enfoques, como se menciona en el artículo citado. Estas estrategias incluyen:

Promoción de entornos saludables: La OMS reconoce la importancia de crear entornos que promuevan el bienestar psicosocial. Esto implica abordar factores que pueden afectar la salud mental, como la violencia, la discriminación, las desigualdades sociales y el acceso a servicios básicos. Trabaja en colaboración con diferentes sectores para promover políticas y acciones que mejoren los entornos en los que las personas viven, trabajan y estudian.

Prevención de problemas de salud mental: La OMS enfatiza la importancia de la prevención en salud mental. Promueve estrategias que abordan los factores de riesgo de los trastornos mentales y promueven la resiliencia. Esto puede incluir la promoción de habilidades de afrontamiento, el fortalecimiento de la autoestima, la promoción de relaciones saludables y el fomento de un entorno de apoyo social.

Apoyo a la inclusión social: La OMS destaca la importancia de la inclusión social en la promoción de la salud psicosocial. Aboga por garantizar que todas las personas tengan igualdad de oportunidades para participar en la sociedad, acceder a servicios y recursos, y ser tratadas con dignidad y respeto. Esto implica abordar la discriminación y trabajar para eliminar barreras que limiten la participación plena en la comunidad.

Fortalecimiento de los sistemas de salud: La OMS trabaja en colaboración con los países para fortalecer los sistemas de salud mental. Esto implica capacitar a los profesionales de la salud en la detección y tratamiento de los trastornos mentales, mejorar la infraestructura de atención en salud mental y promo-

ver la integración de la salud mental en la atención primaria. El objetivo es asegurar que los servicios de salud mental y apoyo psicosocial estén disponibles y sean accesibles para todas las personas.

Sensibilización y reducción del estigma: La OMS trabaja para reducir el estigma y la discriminación asociados a los problemas de salud mental. Promueve una mayor conciencia y comprensión de la importancia de la salud psicosocial, así como la necesidad de abordar los trastornos mentales de manera compasiva y basada en evidencia. La sensibilización es clave para fomentar la búsqueda de ayuda y garantizar un entorno de apoyo para las personas que enfrentan problemas de salud mental.

Estas estrategias reflejan el enfoque integral de la OMS en la promoción de la salud psicosocial y la prevención de los trastornos mentales en todo el mundo. Según la Organización Mundial de la Salud (2004), la salud mental está estrechamente relacionada con la calidad de vida, la cual varía en su definición según diferentes perspectivas socioeconómicas, culturales, geográficas e históricas. Esta relación se ve influenciada por diversos factores como la economía, el empleo, la equidad, la cohesión social, la urbanización, las normas y los valores (Parales-Quenza, 2008).

Aunque la calidad de vida no tiene una definición unívoca, existe consenso en la literatura en asignarle significados relacionados con el bienestar social, el funcionamiento emocional, el desempeño, la satisfacción con la vida y el apoyo social, entre otros (Katschnig, 2006). Connell, O´Cathain y Brazier (2014) identificaron siete temas principales asociados con la calidad de vida, que incluyen el bienestar/malestar, la autonomía, la autopercepción, la pertenencia, la actividad, la esperanza/desesperanza y la salud física. Según estos autores, una buena calidad de vida se caracteriza por la presencia positiva de estos temas, mientras que su presencia negativa se asocia con una calidad de vida deficiente.

En el campo de la salud, es común utilizar el concepto de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), que se refiere a la parte de la calidad de vida que se relaciona con la salud de un individuo. La CVRS incluye cuatro dimensiones: funcionamiento físico, sensación somática, funcionamiento social y funcionamiento psicológico (Giuliani y Gigantesco, 2011).

La salud mental y la calidad de vida están estrechamente ligadas, y la calidad de vida puede entenderse como un concepto multidimensional que varía según diferentes perspectivas y está influenciado por factores socioeconómicos, culturales, geográficos e históricos. Se le asigna significados relacionados con el bienestar social, el funcionamiento emocional, el desempeño, la satisfacción con la vida y el apoyo social. La CVRS se utiliza para evaluar la parte de la calidad de vida relacionada con la salud, y se compone de dimensiones físicas, somáticas, sociales y psicológicas. La relación entre la calidad de vida y las psicopatologías está influenciada por diversos factores, como los sociales, institucionales y personales. Por lo tanto, las intervenciones destinadas a mejorar la salud mental deben abordarse en todos los niveles (González-Quevedo, Sanabria-Ferrand y Zuluaga, 2010).

Es importante destacar que las intervenciones dirigidas a mejorar la calidad de vida deben considerar tanto a los pacientes como a sus familias, y enfocarse en la rehabilitación comunitaria en lugar del internamiento (Robles, et al., 2010). Se reconoce que la integración social y comunitaria juega un papel fundamental en la promoción de la calidad de vida y la salud mental (Serrano, 2014).

Correlación entre la calidad de vida y las psicopatologías está condicionada por factores sociales, institucionales y personales. Por lo tanto, las intervenciones para mejorar la salud mental deben abordarse a diferentes niveles. Es necesario involucrar tanto a los pacientes como a sus familias, y fomentar la rehabilitación comunitaria en lugar del internamiento. La integración social y comunitaria desempeña un papel importante en la promoción de la calidad de vida y la salud mental.

Además, se consideran factores cognitivos como las representaciones mentales de la salud y la enfermedad, la capacidad de autocontrol, y las percepciones de riesgo y vulnerabilidad. También se analizan los recursos sociales y ambientales, como el apoyo social o de la red de relaciones, el ambiente laboral y la familia. Por otro lado, se exploran aspectos socioculturales y demográficos, como el género, la edad, el origen étnico y la clase social, ya que estos también pueden influir en la relación entre la salud y la enfermedad.
Psicología de la salud aborda el estudio de la salud mental desde una perspectiva que considera variables como las predisponentes, los factores cognitivos, los

recursos sociales/ambientales y los aspectos socioculturales y demográficos (Rodin & Salovey, 1989). Existen enfermedades que tienen una base hereditaria, pero se sabe que este factor no es necesariamente determinante para la aparición de la enfermedad, ya que también influye el estilo de vida que cada individuo lleva. Uno de los efectos perjudiciales para la salud asociados a los estilos de vida es el estrés. El estrés se encuentra relacionado con problemas de salud debido a su asociación con malos hábitos (Ng & Jeffery, 2003).

En el ámbito laboral, el estrés se ha convertido en un compañero común tanto para los altos ejecutivos como para las personas que trabajan en general. Las demandas y situaciones estresantes de la vida diaria pueden afectar no solo el bienestar, sino también la salud de las personas (De Castro, Gee & Takeuch, 2008). Además, debido al ritmo de vida acelerado.

La salud mental, abordada desde la perspectiva de la psicología de la salud, implica comprender la interacción entre estilos de vida, condiciones psicosociales y el desarrollo de enfermedades. Este enfoque se basa en el conocimiento de diversos aspectos de la realidad, que incluyen factores sociales, culturales, biológicos, emocionales, cognitivos y económicos, entre otros (Mebarak, Castro, Salamanca & Quintero, 2009).

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO: Investigación de campo de tipo cualitativo, descriptivo, prospectivo, experimental y transversal.

POBLACIÓN: Consultantes mayores de 18 años en León, Guanajuato en el 2023.

MUESTRA: Probabilísticos 10 consultantes mayores de 18 años en León, Guanajuato en el 2023.

INSTRUMENTOS

Terapia Familiar modelo TBCS mediante un cuestionario (entrevista – encuesta):

La terapia breve centrada en soluciones (TBCS; en inglés, solution-focused brief therapy, SFBT), también llamada terapia de solución focalizada o terapia de práctica de construcción de soluciones, fundada por Steve de Shazer, Insoo Kim Berg y sus colegas, se desarrolló como complemento de otros tratamientos a principios de la década de 1980. Hoy en día, se utiliza en escuelas, centros de salud, servicios sociales, hospitales y centros residenciales de tratamiento.

Preguntas de afrontamiento que denotan la capacidad en la gestión de los recursos que se poseen los consultantes participantes. La TBCS no es un procedimiento de resolución de problemas, sino un proceso de construcción de soluciones (Neipp y Beyebach, 2022).

Se emplea un cuestionario en formato de entrevista-encuesta para la aplicación de la terapia familiar modelo TBCS y el consta de 7 módulos con ítems estructurados de la siguiente manera:

Módulo I: Datos generales (sexo, edad, estado civil, nivel de estudios, ocupación).

Módulo II: Terapia Familiar (¿Conoces la terapia familiar? y ciclo vital de la familia).

Módulo III: Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes Holmes y Rahe 1967 (Número de AVE, puntuación, porcentaje, nivel de riesgo de enfermedad psicosomática).

Módulo IV: Queja: Identificación de factores de riesgos percibidos como vulnerabilidad psicosocial (amenaza/sufrimiento) en los ámbitos físico, mental y social.

Módulo V: Excepciones y recursos (intentos de solución y redes de apoyo).

Módulo VI: Pregunta milagro: ¿Cómo te sentirías si el problema no existiera?

Módulo VII: Objetivos y metas: Inventario de factores de protección salud psicosocial (bienestar). ¿Qué propones para sentirte más seguro en la solución de la amenaza o sufrimiento?

Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes (AVE):
Se utiliza la escala desarrollada por Holmes y Rahe en 1967, la cual consta de 43 ítems que evalúan la acumulación de eventos positivos o negativos y su relación con el riesgo biopsicosocial de enfermedad, síntomas o trastornos. A través de esta escala, se identifica la frecuencia de acontecimientos vitales estresantes que han experimentado los participantes y se predice la probabilidad de riesgo alto, medio o bajo de presentar enfermedad psicosomática.

La combinación de la terapia familiar modelo TBCS y la escala de Acontecimientos Vitales Estresantes permite obtener información relevante en los consultantes participantes sobre la vulnerabilidad percibida como riesgo psicosocial en loes ejes físico, mental y social. Además, la escala AVE proporciona datos importantes para comprender el impacto y la frecuencia de los eventos vitales estresantes y que afectan la salud mental y psicosocial.

PROCEDIMIENTO

Primera etapa
Desarrollo y aplicación de la Terapia Familiar modelo TBCS mediante un cuestionario (entrevista-encuesta): La Terapia Breve Centrada en Soluciones (TBCS), fundada por Steve de Shazer, Insoo Kim Berg y sus colegas, se utiliza como complemento de otros tratamientos desde principios de la década de 1980. Actualmente, se aplica en diversos contextos como escuelas, centros de salud, servicios sociales, hospitales y centros residenciales de tratamiento. La TBCS se enfoca en la construcción de soluciones y no en la resolución de problemas.

Para evaluar esta terapia, se diseña un cuestionario de autoría propia en formato de entrevista-encuesta con 7 módulos y ítems estructurados.

Segunda etapa
Aplicación y desarrollo Terapia Familiar modelo TBCS mediante el cuestionario estructurado a consultantes mayores de 18 años en la ciudad de León, Guanajuato. Los módulos se estructuran de la siguiente manera:

Módulo I: Datos generales (sexo, edad, estado civil, nivel de estudios, ocupación).
Módulo II: Terapia Familiar (¿Conoces la terapia familiar? y ciclo vital de la familia).
Módulo III: Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes Holmes y Rahe 1967 (Número de AVE, puntuación, porcentaje, nivel de riesgo de enfermedad psicosomática).
Módulo IV: Queja: Identificación de factores de riesgos percibidos como vulnerabilidad psicosocial (amenaza/sufrimiento) en los aspectos físicos, mentales y sociales.
Módulo V: Excepciones y recursos (intentos de solución y redes de apoyo).
Módulo VI: Pregunta milagro: ¿Cómo te sentirías si el problema no existiera?
Módulo VII: Objetivos y metas: Inventario de factores de protección salud psicosocial (bienestar). ¿Qué propones para sentirte más seguro en la solución de la amenaza o sufrimiento?

Tercera etapa
Aplicación de la Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes (Escala AVE): La Escala de Reajuste Social de Holmes y Rahe, creada en 1967, consta de 43 ítems que evalúan la acumulación de eventos positivos o negativos en la vida de una persona. Esta escala se utiliza para valorar un análisis de frecuencia de los acontecimientos vitales estresantes experimentados por los consultantes y predecir la probabilidad de riesgo alto, medio o bajo de presentar enfermedad psicosomática. Además de obtener una puntuación global en la Escala AVE.

Cuarta etapa
Se realiza un análisis de correlación y frecuencia para examinar el número de acontecimientos vitales estresantes que indican el riesgo de presentar enfermedad psicosomática identificados en la escala AVE y los resultados obtenidos en el cuestionario de Terapia Familiar modelo TBCS módulo IV referentes a los factores percibidos como vulnerabilidad psicosocial en los ejes físico, mental y social. Este análisis permite comprender la frecuencia y correlación entre los instrumentos aplicados.

ANÁLISIS

Se realizó siguiendo el procedimiento establecido y los datos recopilados se registraron en una hoja de Excel. Estos datos fueron posteriormente analizados utilizando estadística descriptiva. Para presentar los resultados de manera clara y visual, se diseñaron tablas y gráficas.

Además del análisis descriptivo, se llevó a cabo un análisis inferencial para obtener una comprensión más profunda de las relaciones entre las variables. Para esto, se utilizaron diversas pruebas estadísticas, entre ellas la prueba T de Student y la correlación de Pearson.

La prueba T de Student se utilizó para evaluar si existían diferencias significativas entre el grupo de consultantes y los factores de riesgos percibidos como vulnerabilidad psicosocial, la terapia familiar modelo TBCS y la escala de acontecimientos vitales estresantes (AVE). Esta prueba permitió determinar si las diferencias observadas eran estadísticamente significativas.

Además, se realizó un análisis de correlación de Pearson para examinar la relación entre las variables independientes (factores de riesgos percibidos como vulnerabilidad psicosocial) y las variables dependientes (terapia familiar modelo TBCS y AVE). Esta prueba estadística permitió determinar la fuerza y dirección de la relación entre estas variables.

El análisis estadístico descriptivo e inferencial proporcionó información relevante sobre las relaciones entre las variables investigadas. Los resultados obtenidos en el informe final de la tesis facilitaron la comprensión y la interpretación de los hallazgos.

RESULTADOS

En el seguimiento del análisis de investigación de campo en un grupo de 10 consultantes a los cuales se les aplicó la terapia familiar modelo TBCS estructurada en un cuestionario (entrevista encuesta) desarrollada en 7 módulos, se obtuvieron datos relevantes.

Correlación de Pearson

Estas pruebas permiten determinar si las diferencias observadas eran estadísticamente significativas. Se utilizó el programa estadístico SPSS versión 29. Al analizar la relación entre la Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes analizando y la aplicación de la Terapia Familiar TBCS cuestionario (entrevista-encuesta) identificando vulnerabilidad psicosocial mediante la aplicación del coeficiente de correlación de Spearman (Rho de Spearman) se encuentran correlaciones significativas entre ellos.

Lo que permite concluir en la tabla 1que la escala AVE no identificó de manera significativa correlación a la identificación de vulnerabilidad psicosocial, pero sí reflejó un alto riesgo de enfermedad psicosomática en los consultantes, lo cual se relaciona con la influencia de múltiples factores etiológicos en las patologías. Además, se observó una tendencia de correlación positiva en la aplicación de la Terapia Familiar, lo que indica que esta intervención tuvo un impacto positivo en la identificación consciente de los factores de riesgos percibidos como Vulnerabilidad Psicosocial en los aspectos físicos, mentales y sociales.

Correlaciones

		RIESGOS DE ENFERMEDAD PSICOSOMATICA AVE	RIESGO FISICO VULNERABILIDAD PSIOSOCIAL TBCS	RIESGO MENTAL VULNERABILIDAD PSIOSOCIAL TBCS	RIESGO SOCIAL VULNERABILIDAD PSIOSOCIAL TBCS
RIESGOS DE ENFERMEDAD PSICOSOMATICA AVE	Correlación de Pearson	1	-.163	-.135	.342
	Sig. (bilateral)		.653	.709	.334
	N	10	10	10	10
RIESGO FISICO VULNERABILIDAD PSIOSOCIAL TBCS	Correlación de Pearson	-.163	1	.832**	.628
	Sig. (bilateral)	.653		.003	.052
	N	10	10	10	10
RIESGO MENTAL VULNERABILIDAD PSIOSOCIAL TBCS	Correlación de Pearson	-.135	.832**	1	.523
	Sig. (bilateral)	.709	.003		.121
	N	10	10	10	10
RIESGO SOCIAL VULNERABILIDAD PSIOSOCIAL TBCS	Correlación de Pearson	.342	.628	.523	1
	Sig. (bilateral)	.334	.052	.121	
	N	10	10	10	10

**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

A continuación, se presentan los resultados cualitativos y cuantitativos representados en las siguientes gráficas y tablas obtenidos en el desarrollo de la aplicación de la Terapia Familiar TBCS cuestionario (entrevista – encuesta).

En el módulo 1 de datos generales, se representa la participación de los consultantes, donde se observa una distribución equitativa entre hombres y mujeres. De los 10 consultantes involucrados, se registró la participación de 5 hombres y 5 mujeres, muestra una representación equilibrada en términos de género, lo cual brinda una diversidad adecuada para el análisis y la aplicación de la terapia familiar modelo TBCS. sobre la edad de los consultantes. Un 40% de los participantes se encuentra en el rango de edad de 40 a 60 años, mientras que un 30% se encuentra en el rango de 18 a 39 años. Esta distribución muestra una diversidad generacional significativa en la muestra de consultantes. En cuanto al estado civil, se observa una tendencia equitativa entre los consultantes casados y solteros, cada uno representando el 40% de la muestra. Por otro lado, la categoría de unión libre u otros representa el 10% de los consultantes.

Los consultantes participantes en el estudio presentan una diversidad en los niveles de escolaridad, se observa que un 40% tienen un nivel de escolaridad correspondiente a la secundaria. Además, un 20% de los participantes cuentan con estudios de licenciatura y maestría. Tanto el bachillerato como el doctorado también tienen un mismo puntaje mínimo de un 10%.

Las amas de casa como los profesionistas (psicólogos) tienen una frecuencia igual del 20 % de participación en la muestra de consultantes. mientras que

otras ocupaciones como mantenimiento, pensionada, supervisor de calidad, chofer, limpieza y médico tienen una frecuencia igual del 10%.

En el módulo II de la aplicación de la terapia familiar modelo TBCS, se presenta una distribución equitativa en el conocimiento de la terapia familiar entre los consultantes. El 50% de ellos afirma conocer la terapia familiar, mientras que el otro 50% indica no tener conocimiento previo sobre esta modalidad terapéutica, es muy importante dar a conocer mediante información sobre la salud mental sobre este eje de atención familiar o sistémica.

En el mismo módulo II de la terapia familiar modelo TBCS, se presenta la distribución de los consultantes en relación a las etapas del ciclo vital de la familia, según la clasificación de Lauro Estrada (2003). Se observa que la etapa con mayor frecuencia entre los consultantes es la adolescencia, representando un 40% de la muestra. Asimismo, las etapas de desprendimiento, los hijos y el reencuentro tienen un porcentaje igual del 20%. Por otro lado, los rubros de encuentro y vejez no presentaron ningún porcentaje en la muestra.

Se refleja que un 70% de los consultantes presentan un riesgo alto de desarrollar enfermedades psicosomáticas como resultado de los acontecimientos vitales estresantes, mientras que un 30% se encuentra en un riesgo intermedio. Estos resultados subrayan la importancia de una atención urgente desde la clínica médica-psicológica y la implementación de estrategias terapéuticas efectivas para abordar los impactos en la salud física y mental de los consultantes asimismo, se identifica los factores de riesgos percibidos como vulnerabilidad psicosocial en la aplicación de la terapia familiar TBCS. Al analizar los resultados, se observa una tendencia hacia la presencia de factores de riesgo en un rango que va desde bajo a medio en la percepción consciente de los consultantes.

En los ejes físicos, mentales y sociales, se identificaron aspectos que se perciben como amenaza o sufrimiento, reflejando la vulnerabilidad psicosocial que experimentan los individuos. Estos factores de riesgo pueden tener un impacto significativo en la salud y el bienestar de los consultantes, así como en sus relaciones familiares.
La presencia de factores de riesgo en esta escala resalta la importancia de abordar estos aspectos en el proceso terapéutico. La terapia familiar TBCS se presenta como una herramienta para explorar y trabajar en la mitigación de estos riesgos, buscando promover la salud mental y emocional de los consultantes, así como fortalecer los vínculos familiares.

DISCUSIÓN

En primer lugar, se observó una alta participación de consultantes mayores de 18 años de la ciudad de León, Guanajuato, en la aplicación de la Terapia Familiar modelo TBCS y la Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes (AVE). Esta muestra proporcionó una base sólida para el análisis y la comprensión de las variables estudiadas.

En cuanto a los factores de riesgo percibidos como vulnerabilidad psicosocial que se refieren a la susceptibilidad de una persona o grupo a experimentar dificultades emocionales, sociales o psicológicas debido a una combinación de factores individuales, sociales y ambientales (García, 2015). Esta noción reconoce que la vulnerabilidad no se limita a factores internos, sino que también está influenciada por el entorno en el que se desenvuelve el individuo y donde se identificaron diversas dimensiones físicas, mentales y sociales en los consultantes consideraron mitigar la percepción de la vulnerabilidad por medio de la aplicación de la terapia familiar Modelo TBCS representando niveles bajos y medios en la percepción consciente. Estos factores revelaron la importancia de abordar los aspectos multidimensionales de la salud mental y social en el contexto de la terapia familiar o sistémica. El análisis de correlación de Pearson reveló resultados significativos entre los factores de riesgo percibidos y las variables dependientes, como la Terapia Familiar modelo TBCS y la Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes (AVE). Estas correlaciones indican la existencia de relaciones estadísticamente significativas entre las variables estudiadas.

Los resultados también revelaron la efectividad de la Terapia Familiar modelo TBCS como enfoque terapéutico, demostrando su capacidad para abordar los factores de riesgo y promover soluciones constructivas. La aplicación de esta terapia se asoció con mejoras en la percepción de la vulnerabilidad psicosocial y una alta puntuación de la Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes (AVE), lo que representa un alto factor del riesgo de presentar enfermedad psicosomática.

Asimismo, el análisis inferencial utilizando la prueba T de Student proporcionó resultados significativos al comparar los grupos en diferentes momentos, lo que sugiere cambios positivos en las variables estudiadas a lo largo del proceso de terapia.

Estos hallazgos respaldan la evidencia existente sobre la efectividad de la Terapia Familiar modelo TBCS en el manejo de factores de riesgo y la promoción de soluciones constructivas en el ámbito de la salud mental y social.

Es importante tener en cuenta las limitaciones de este estudio, como el tamaño de la muestra y la selección de los participantes en una ubicación geográfica específica. Estas limitaciones pueden afectar la generalización de los resultados a otras poblaciones.

Los resultados obtenidos en este estudio respaldan la efectividad de la Terapia Familiar modelo TBCS en la gestión de factores de riesgo percibidos como vulnerabilidad psicosocial. Se destacan las correlaciones significativas encontradas y los cambios positivos observados en las variables estudiadas a lo largo del proceso de terapia. Estos hallazgos contribuyen al campo de la terapia familiar y proporcionan información relevante para el diseño de intervenciones efectivas en el ámbito de la salud mental y social. Se recomienda realizar futuras investigaciones con muestras más amplias y diversificadas para confirmar y ampliar estos resultados.

CONCLUSIONES

La Terapia Familiar modelo TBCS se muestra como un enfoque efectivo en el manejo de factores de riesgo percibidos como vulnerabilidad psicosocial. Los consultantes participantes experimentaron mejoras en su percepción de estos factores, lo que sugiere que la terapia fue capaz de abordar y mitigar los problemas relacionados con la vulnerabilidad psicosocial. Se encontraron correlaciones significativas entre los factores de riesgo percibidos como vulnerabilidad psicosocial en el ámbito físico, mental y social entre las variables dependientes estudiadas, lo que sugiere una relación estadísticamente significativa entre estas variables. Esto resalta la importancia de abordar los factores de riesgo en el contexto mediante el desarrollo de la aplicación de terapia familiar modelo TBCS y la necesidad de considerarlos como parte integral de la evaluación y el tratamiento.

En general, los resultados de esta investigación respaldan la relevancia y efectividad de la Terapia Familiar modelo TBCS en el abordaje de factores de riesgo percibidos como vulnerabilidad psicosocial y la promoción de soluciones constructivas. Estos hallazgos proporcionan una base sólida para la implementación de esta terapia en el ámbito de la salud mental y social, y ofrecen perspectivas valiosas para futuras investigaciones y prácticas clínicas. Es importante destacar que se recomienda realizar estudios adicionales con muestras más amplias y diversas para fortalecer y ampliar los resultados obtenidos en este estudio.

A lo largo de esta investigación, hemos observado los beneficios de desarrollar habilidades en los consultantes por medio del desarrollo de la terapia familiar modelo TBCS para alcanzar objetivos y metas, brindando factores de protección y bienestar psicosocial. Sin embargo, este estudio apenas observa algunos elementos de un vasto campo de investigación. Seguir motivando en la aplicación de conocimiento en estrategias psicoterapéuticas de atención familiar y sistémica buscando promover una nueva cultura que transforme el paradigma de que la atención a la salud mental se limite al ámbito individual si no a la vez reconociendo la importancia de abordarla de manera grupal y en todos los tipos de sistema.

Agradecemos sinceramente a todos los participantes, colaboradores y mentores que han hecho posible este estudio. Esperamos que estas palabras inspiren y motiven a otros.

Invitación abierta a seguir investigando y despertar desde la curiosidad intelectual. Juntos, podemos fortalecer la funcionalidad, calidad de vida, sanidad y bienestar del individuo inmerso en un mundo de constantes cambios que afecta la salud mental desde el ámbito psicosocial".

Limitantes:

Se realizó una exhaustiva búsqueda de bibliografía y referencias científicas actualizadas, con un límite de antigüedad de 5 años a partir de la fecha actual. Sin embargo, no se encontró material ni información correspondiente a este período en los artículos y recursos bibliográficos incluidos en la lista de referencias utilizados para esta investigación.

REFERENCIAS

Abad, F., Olea, J., Ponsoda, V., & García, C. (2011). Medición en Ciencias Sociales y de la Salud. Madrid: Síntesis.

Abellán, Á., (2011). Teoría dialógica de la comunicación: devolver al hombre-con-el-hombre al centro de la investigación. Comunicación y Hombre, (7), 213-222.

Acuña, L., (2012). Gravedad de eventos vitales estresantes en función de la ocupación, estado civil y nivel de escolaridad de personas adultas. Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology, 46(2), 283-295.

Acuña, L., González García, D. A., & Bruner, C. A. (2012). La escala de reajuste social de Holmes y Rahe en México: Una revisión después de 16 años. Revista Mexicana de Psicología, 29(1), 16-32.

Bedoya-Dorado, C., (2018). La amenaza en el contexto del trabajo y las organizaciones: análisis desde los aportes de la psicología social construccionista. Revista CS, (25), 167, 190. https://doi.org/10.18046/recs.i25.2565

Canevaro, A. (2012). Terapia individual sistémica con la participación de los familiares significativos. Ediciones Morata.

Carvajal A., C., Gibbons F., A., Casanova M., B., & Carbonell M., C. G. (2006). Trastorno por estrés postraumático (TEPT) en pacientes con traumatismo encéfalo craneano (TEC). Revista Chilena de Neuropsiquiatría, 44(3), 178-186.

Código Ético del Psicólogo (5.ª ed.). (2014). Trillas.
Condiciones psicométricas de la Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes usada en población colombiana Recepción: 14 agosto 2017 recuperado 12 de mayo de 2023 DOI: https://doi.org/10.15517/ap.v33i126.30158

Cornejo T, O. (2021). Terapia breve centrada en soluciones en un caso de trastorno de estrés post traumático. Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP, 19(1), 160-194. Recuperado en 22 de mayo de 2023, de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612021000100006&lng=es&tlng=es.
De Shazer, S., Dolan, Y., Korman, H., Trepper, T., McCollum, E., & Berg, I. K. (2021). More Than Miracles. https://doi.org/10.4324/9781003125600

Estévez Campos, R. M., Oliva Delgado, A., & Parra Jiménez, Á. (2012). Acontecimientos vitales estresantes, estilo de afrontamiento y ajuste adolescente: un análisis longitudinal de los efectos de moderación. Revista Latinoamericana de Psicología, 44(2), 39-53.

García del Castillo, J. A., (2015). Concepto de vulnerabilidad psicosocial en el ámbito de la salud y las adicciones. Salud y drogas, 15(1), 5-13.

Garciandia Imaz, J. A., & Ibarra Medina, A. M. (2012). Enfermedad psicosomática y patrones familiares en niños con asma. Revista Colombiana de Psiquiatría, 41(1), 111-138.

Hewitt Ramírez, N., & Gantiva Díaz, C. A. (2009). La terapia breve: una alternativa de intervención psicológica efectiva. Avances en Psicología Latinoamericana, 27(1), 165-176.

Inda, L. E. (2014). El ciclo vital de la familia. Debolsillo.
Ley de Asistencia Social, (L.A.S.), Reformad, Diario Oficial de la Federación (D.O.F.), 06 de enero de 2023, (México).

Martinez-Correa, A., & Reyes Del Paso, G. A. (2003). Desarrollo y validación de una escala de sucesos vitales para estudiantes universitarios. Clínica y Salud, 14(3), 281-299.

Mebarak, M., Castro, A., Salamanca, M. D., & Quintero, M. F. (2009). SALUD MENTAL: UN ABORDAJE DESDE LA PERSPECTIVA ACTUAL DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD. Psicología desde el Caribe, (23), 83-112.

Minuchin, S. (2003). Familias y terapia familiar. Editorial GEDISA.

Neipp, M.-C., & Beyebach, M. (2022). The Global Outcomes of Solution-Focused Brief Therapy: A Revision. En The American Journal of Family Therapy (pp. 1-18). https://doi.org/10.1080/01926187.2022.2069175

Norma Oficial Mexicana de Factores de riesgo psicosocial en el trabajo-Identificación, análisis y prevención. (NOM-035-STPS-2018), Diario Oficial de la Federación (D.O.F.), 23 de octubre de 2018, (México).
Oblitas, L. (2008). Psicoterapias contemporáneas. D.R. Cengage Learning Editores, S.A. de C.V.

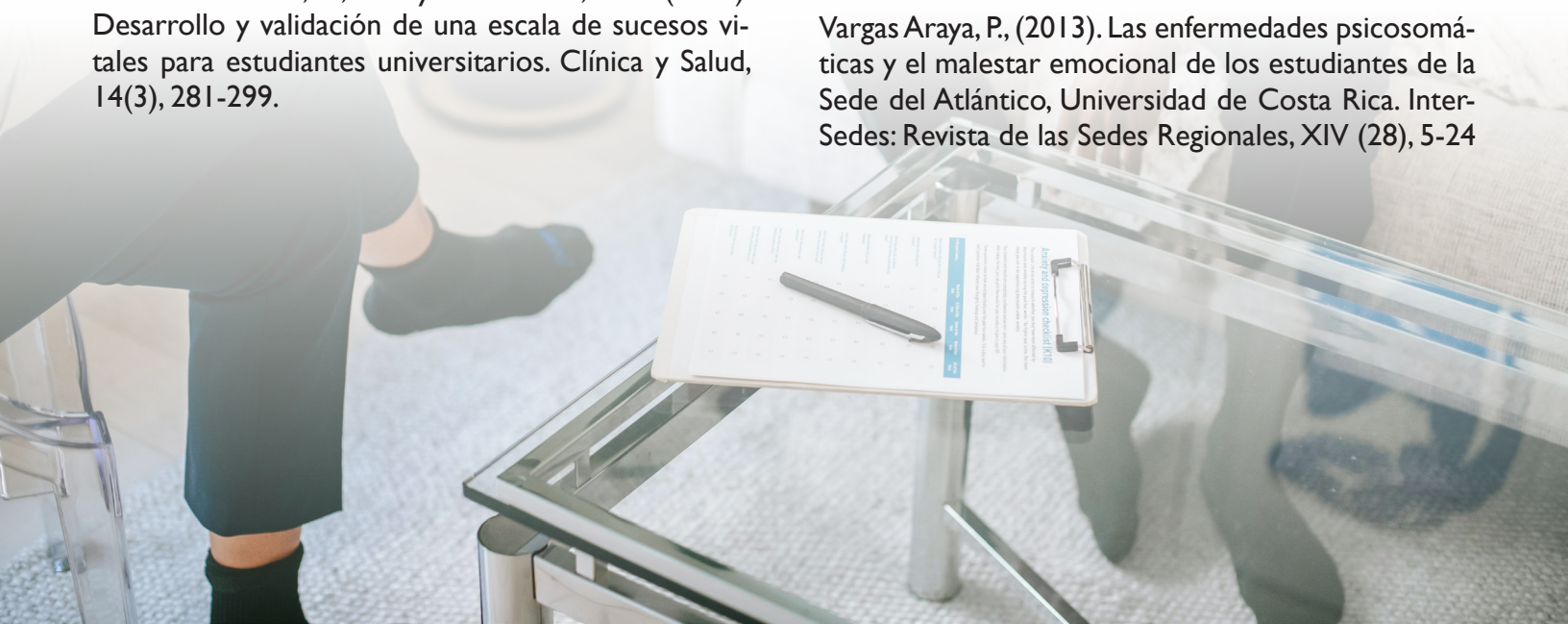
Rivas, S. G. (2013). Enfoque sistémico. Editorial El Manual Moderno.

Rivero Rodríguez, L. F., & Cruz Flores, C. (2008). Trastornos psíquicos y psicosomáticos; problemática de salud actual de los docentes mexicanos. Salud de los Trabajadores, 16(2), 73-86.

Ruiz Rivera, N., (2012). La definición y medición de la vulnerabilidad social. Un enfoque normativo. Investigaciones Geográficas (Mx), (77), 63-74.

Uribe Restrepo, M., (2006). Modelos conceptuales en medicina psicosomática. Revista Colombiana de Psiquiatría, XXXV (), 7S-20S.

Vargas Araya, P., (2013). Las enfermedades psicosomáticas y el malestar emocional de los estudiantes de la Sede del Atlántico, Universidad de Costa Rica. InterSedes: Revista de las Sedes Regionales, XIV (28), 5-24



Análisis de las barreras existentes en un proceso de terapia familiar que impiden su efectividad en un caso practico en León Guanajuato

Patricia Guadalupe Ortiz Romo, Eli Josué Fernández Enríquez

RESUMEN

Para tratar de solucionar sus conflictos interpersonales, muchas familias acuden a tomar un proceso de terapia familiar, buscando acompañamiento y herramientas con las que puedan mejorar su situación.
Sin embargo, aunque la terapia familiar es un excelente apoyo, al ser un proceso humano, está sujeto a ciertos aspectos que se pueden volver barreras en el éxito del proceso; Dichas barreras pueden surgir tanto de los pacientes y su interacción con el terapeuta, así como del terapeuta mismo, sin olvidar que al ser un proceso donde, mientras más confortable sea el ambiente, más cómodos se sentirán los participantes para participar en la terapia familiar, lo que en caso de no suceder, también se convierte en una barrera para dicho proceso.

La presente investigación analiza un caso práctico para tratar de identificar la existencia de barreras y el tipo de las mismas.

INTRODUCCIÓN

Al hablar del trabajo de acompañamiento que realiza un psicólogo, nos encontramos con un proceso compuesto por varias partes, como son la evaluación inicial, el establecimiento de la hipótesis, la devolución de la información al paciente, el tratamiento, el seguimiento de la evolución del paciente y el cierre del proceso.

Como parte del desempeño del profesionista, se busca ayudar a los pacientes a que resuelvan las situaciones que los están afectando, prescindiendo de ellas, aceptándolas o adaptándose. Sin embargo, muchos de los problemas del paciente tienen algún origen en sus relaciones familiares, por lo que es importante una especialización de la psicología en la Terapia Familiar. Sin embargo, en estos procesos de terapia familiar no siempre se trabaja solo con un paciente, sino con varios pacientes del mismo núcleo familiar a la vez, por lo que intervienen muchos aspectos, como son los mismos pacientes y sus formas de pensar; la manera en que se comunican entre ellos y con el terapeuta; el perfil del terapeuta, ya que debe ser muy hábil en el manejo de conflictos y el proceso de la comunicación; incluso hasta el medio ambiente en donde se desarrolle la terapia.

De ahí la necesidad de identificar las barreras existentes en este proceso de terapia familiar, con la finalidad de estar prevenido de las mismas y que dicha terapia no se vaya a detener antes de llegar a su cierre.

Como parte de estas barreras se ha detectado que el paciente abandona las sesiones terapéuticas; los terapeutas se hacen varias preguntas del por qué ya no se presentan los pacientes, si el costo de la terapia tiene precio elevado, si no hay esa afinidad con el terapeuta, o si el mismo terapeuta no logro hacer rapport con el paciente.

Puede ser también que hubo problemas de agenda de alguna de las dos partes y hay cambios de sesiones de última hora por falta de planificación; que no se tierne un lugar concreto para recibir a los pacientes, que fuera recomendación de otro terapeuta, cambio de ciudad del cliente, exceso de trabajo, desmotivación por la terapia, no cumple con tareas, cambio de ciudad del terapeuta, etc.

MARCO TEÓRICO TERAPIA FAMILIAR

Para poder realizar esta investigación, es conveniente tener en claro algunos conceptos relativos a nuestro tema, así como los puntos de vista e investigaciones de estudiosos que a lo largo del tiempo han estudiado temas relacionados a la terapia familiar.

¿Qué es la Terapia Familiar?

Dentro del área de la Psicología la atención busca enfocarse en pacientes específicos con problemas específicos, sin embargo, muchos de estos problemas tienen causas o consecuencias en el ámbito familiar, así que llega un momento en que no basta con trabajar con el paciente, sino que hay que aplicar acciones a toda la familia a través de la llamada Terapia Familiar. Este concepto se comenzó a manejar en la década de los 50 en Estados Unidos cuando varios psicólogos y psiquiatras comenzaron a trabajar con la familia de los pacientes y vieron que tenían buenos resultados. Según refiere la Lic. Grecia Guzmán Martínez, en su artículo Historia de la terapia familiar: sus etapas de desarrollo y autores (Guzman Martínez, 2018), con el fin de la segunda guerra mundial se refuerzan los enfoques individuales y los estudios sociales, lo que da origen a la terapia familiar, la cual en sus inicios busca su destino entre el enfoque sistémico y la reforma de conceptos psicoanalíticos de base.

Una de las primeras investigadoras en manejar este concepto en el año 1995 fue Inmaculada Ochoa de Alda, profesora de terapia familiar en la Facultad de psicología de la Universidad de Salamanca, en su libro Enfoques en terapia familiar sistémica.

La profesora Inmaculada Ochoa hace énfasis en el enfoque sistémico al mencionar que "La denominación terapia familiar sistémica incluye el concepto de «sistema».! Un sistema familiar está constituido por un grupo de personas que están relacionadas entre sí y forman una unidad en relación al entorno externo. Para definir quiénes pertenecen a este sistema, se establecen límites que, por un lado, marcan la individualidad del grupo frente al mundo exterior y, por otro, funcionan como espacios para la comunicación, el afecto y el apoyo entre dos sistemas o subsistemas. (Alda, 1995).

Por su parte, el médico Salvador Minuchin la describía como "terapia estructural de familia, ya que estudia al

hombre en su contexto social", (Minuchin, 2004).

¿Qué es una Intervención Psicológica?

Por otra parte, es necesario hablar de intervenciones. Una intervención es realizar acciones sobre una realidad para modificarla, generalmente buscando mejorar dicha realidad.

Es importante mencionar que la intervención psicológica se fundamenta en la adaptación de técnicas psicológicas por parte de personal de la salud mental que este certificado, para ayudar a las personas a entender la situación que estén viviendo los pacientes, así como los problemas a los que se enfrenta día a día, ya sea en la familia, escuela o trabajo; ésto ayuda a que las personas puedan reducir los problemas y así disminuir conductas agresivas, estrés y mejorar las habilidades positivas para la vida.

Para el terapeuta familiar es de suma importancia conocer cómo se desenvuelve la familia del paciente sobre cada uno de sus integrantes, para detectar diferentes formas de interacción entre los miembros, nos da información del tipo de emociones que cada uno de ellos va desarrollando durante el tiempo de convivencia, lo que puede ocasionar algunas enfermedades psicosomáticas que evolucionan y afectan la salud física y emocional de los miembros, especialmente cuando no se tienen permitido dar su opinión en cómo se sienten, ya que en muchos casos han vivido con una educación autoritaria.

Uno de los objetivos de la terapia familiar, según lo considera Mayo Clinic (Clinic, 2018), uno de los objetivos de la Terapia Familiar es ayudar a cada uno de los integrantes de la familia a resolver algún conflicto o a mejorar la comunicación, así como, integrar necesidades de la familia.

Tipos de Familia

Según el Instituto Vasco de Estadística, podemos definir a la familia como "Grupo de personas, vinculadas generalmente por lazos de parentesco, ya sean de sangre o políticos, e independientemente de su grado, que hace vida en común, ocupando normalmente la totalidad de una vivienda". (Instituto Vasco de Estadística, 2023).

Incluso es un concepto tan amplio que en momentos hasta las personas que ayudan en los servicios de casa se consideran familia, lo mismo que algún inquilino o hasta a un buen amigo se le puede decir que es como de la familia.

Actualmente se ha visto cómo ha cambiado la estructura de la familia a nivel mundial, podemos decir que la familia ya no tiene un modelo en especial, dando un empoderamiento a diferentes formas de relacionarse internamente ya que en la actualidad se llama familia a aquellas que conviven, aunque no haya un lazo sanguíneo, pero si dan el sentido de pertenencia, a las mujeres se le ha impulsado a tener igualdad de género como empoderamiento. Rompiendo con esto el estereotipo de que a la familia la deben encabezar los dos sexos, pudiendo ahora ser encabezada por personas del mismo sexo.

Hemos visto como en México el núcleo familiar ha sufrido cambios en los últimos años en especial en su forma de estar integrado, Heriberto López Romo (Romo-López, 2016) menciona en particular cómo ha sufrido cambios la palabra familia.

Aunque en la actualidad las llamadas familias tradicionales siguen existiendo y siendo la base de la sociedad, cada vez surgen nuevos modelos de familia que se consideran ahora y que nos podremos encontrar en la consulta diaria de un consultorio psicológico, tanto público como privado. Esto se convierte en un verdadero reto para los profesionales ya que, aunque nos encontremos con pacientes con síntomas similares, la conformación de la familia puede dispararnos grandes diferencias en el origen del problema.

En base a estas modificaciones que ha sufrido la conformación de la familia, los teóricos de la psicología se han dado a la tarea de identificar los principales modelos de familia existentes en la actualidad, que no son todos los existentes, pero si los más representativos, y que vamos a citar a continuación.

Familia nuclear (Tradicional o biparental)

La familia nuclear es lo que conocemos como familia típica, es decir, la familia formada por un padre, una madre, hijos y en algunas ocasiones los abuelos. La sociedad es la que ordinariamente promueve este modelo para seguir formando familias.

Algunas características de estas familias, que menciona Ángel Alberto Valdés Cuervo (Valdés Cuervo, 2007) son un gran predominio de autoridad masculina (patriarcal), el padre debe trabajar y es reconocido

por su labor como proveedor, mientras que la madre es reconocida por su papel en las labores de la casa y la crianza de los hijos.

Generalmente los hijos hombres son los que deben buscar trabajo llegado el momento, las mujeres solo trabajan si no hay otra opción. Según Valdés Cuervo siempre hay una culpabilidad del padre por no satisfacer las necesidades de la familia, mientras que la madre siente culpa por no estar las 24 horas del día al pendiente de la familia, ya que siente que la desatiende.

En cuanto a comportamientos individuales de los hijos los padres los atribuyen más a situaciones personales que a factores de herencia por parte de ellos. Son familias con roles muy definidos y que sufren mucho cuando hay circunstancias imprevistas que requieren modificar los roles establecidos.

Familia monoparental
Es cuando uno de los dos padres se hace cargo de la crianza de los hijos. Aunque tradicionalmente eran las mujeres las que se quedaban a cargo de los hijos, actualmente ya vemos hombres, padres de familia, haciéndose cargo de los hijos, esta familia se forma cuando hay una separación, divorcio o viudez.

En este aspecto Valdés Cuervo (Valdés Cuervo, 2007) menciona un punto muy interesante al señalar que esta familia se identifica solo cuando viven los hijos y uno de los padres, ya que, aunque sea sólo un padre, pero viven con los abuelos u otros familiares se considera una familia extendida.

También es importante ubicar el origen de esta familia monoparental, ya que no siempre es decisión en común, por lo que Valdés única los siguientes orígenes:

a) Monoparentalidad vinculada a la natalidad, aquí tenemos los núcleos monoparentales derivados de las madres solteras.
b) Monoparentalidad vinculada a la relación matrimonial, en la cual se engloban las rupturas ya sean voluntaria o involuntaria de la relación matrimonial.
c) Monoparentalidad vinculada al ordenamiento jurídico, aquí se incluyen la maternidad y paternidad que se dan como resultado de los procesos de adopción.
d) Monoparentalidad vinculada a situaciones sociales, ejemplos son los casos en donde existe la ausencia de uno de los cónyuges por motivos de trabajo, privación de la libertad y emigración.

Éste dato es muy importante ya que nos permite darnos cuenta de que hay padres que han peleado por la custodia de sus hijos, mientras que a otros les ha caído esa responsabilidad sin buscarla.

Por otra parte, este tipo de padres que fueron formados para ser padre o madre, se encuentran que de un momento a otro tienen que cumplir su rol y aparte el rol de la pareja, para el cual la mayoría de las ocasiones no están preparados, por decir, una madre soltera debe aprender a arreglar tuberías, por ejemplo, mientras que el padre soltero debe aprender a cocinar, actividades de las que muchas veces no recibieron formación.

Familia adoptiva
Hace referencia a los padres que adoptan a un niño, por lo que no son los padres biológicos llevando un papel más importante de crianza.

Están formadas por una pareja, o un adulto en solitario con uno o más hijos adoptados, algunas de estas familias pueden contar ya con hijos biológicos o tenerlos después de adoptar, sin embargo el trato hacia los hijos es el mismo.

En el Estado de Guanajuato no es muy grande este tipo de familias ya que los procesos de adopción son muy burocráticos y tardados, aparte que la mayoría de parejas solicitantes optan por niños pequeños, lo que hace que los niños más grandes se quedan sin adoptar.

Al ser la adopción una opción buscada por los padres, nos garantiza en la mayoría de los casos un buen trato a los hijos.

Familia sin hijos
El modelo económico que se ha desarrollado en nuestro país a inicios de este siglo, ha provocado que los jóvenes se casen a mayor edad o simplemente no se casen y vivan en pareja.

La cultura de competencia, de buscar comodidades y gustos, de disfrutar la vida sin compromisos, y en el caso de muchas mujeres la necesidad de desarrollarse profesionalmente antes de ser madre, hacen que la necesidad de tener hijos vaya quedando relegada ante la satisfacción de las propias necesidades.

Cuando en los jóvenes surge la necesidad de buscar pareja generalmente privilegian el vivir con alguien para tener compañía y no tanto para tener descendencia. En caso de surgir la necesidad filial evalúan sus proyectos personales ante las necesidades de cuidado que necesita un niño, y muchas de las ocasiones optan por una mascota que no requiere tantos cuidados ni responsabilidades, y a la que pueden tratar como su bebé, con lo que ha surgido el término de Perrijos o Gatijos.

En ocasiones, un desacuerdo en el trato de la mascota o la responsabilidad en el cuidado de la misma, pueden desencadenar conflictos que pueden llegar a la separación a causa de la mascota, como le dan el mismo trato de un hijo, los conflictos los tratan como si se tratara de un ser humano.

Familia de padres separados

Otro de los modelos de familia que existen es donde los padres se han separado, ya sea de manera informal o hasta legal a través de un proceso de divorcio. Generalmente este tipo de separaciones se da con carácter definitivo.

En nuestro país, aun en la década de los 60 era muy mal visto el que una pareja se separara, a nivel social y religioso era sancionado y etiquetado como una pareja que se había rendido, o que no había luchado por su relación.

Sin embargo, con el progresivo aumento de los divorcios, la sociedad se ha ido acostumbrado al grado que en la actualidad se ve como algo natural y hasta sano en muchos casos.

De cualquier manera, el divorcio de una pareja tiene muchos efectos en la familia. Valdés Cuervo menciona los siguientes:

a) Cambios en su nivel de vida, los cuales generalmente implican una disminución del mismo, con las consiguientes restricciones para todos los integrantes de la familia.
b) El hacerse cargo de todos los trámites legales, los cuales son casi siempre sumamente engorrosos y conflictivos.
c) Redefinir sus relaciones con amigos, familia política e incluso con la propia. Esta reestructuración también alcanza las relaciones de los sujetos con diversas instituciones, como, por ejemplo, la escuela de sus hijos.
d) Dar la noticia de la separación a los hijos; brindarles apoyo emocional (aun cuando ellos también necesitan de ese apoyo); mantener un autocontrol emocional delante de los hijos cuando realmente no lo tienen y mostrase optimistas con respecto a las posibilidades futuras de la familia, incluso cuando ellos en realidad tienen sentimientos pesimistas. (Valdés Cuervo, 2007)

Familia compuesta

Según el INEGI en el año 2020 en México había 35 millones 219 mil 141 hogares, de los cuales el 1% es llamado hogar compuesto, el cuál está constituido por un hogar nuclear o ampliado, y al menos una persona sin parentesco con la jefa o el jefe del hogar. (INEGI, 2020).

Se caracteriza por estar compuesta de varias familias, es la que se conoce coloquialmente como tus hijos, mis hijos y los nuestros.

Una de sus principales características es la existencia previa de una relación padre o madre con los hijos, es decir una relación familiar rota, donde uno de los padres busca una nueva relación y se lleva con él, o ella, a los hijos de esa unión.

En algunas ocasiones se unen a una persona sin hijos, pero en otras las nuevas parejas también integran a sus propios hijos a esta nueva relación.

Dichas familias compuestas pasan por tres etapas identificables, la primera es el enamoramiento o la fantasía, donde la persona que busca la nueva pareja se imagina que todo va a ir bien, que como ella o el están ilusionados con la integración de esta nueva relación, supone que sus hijos estarán igualmente ilusionados con tener un nuevo papá o mamá y nuevos hermanos.

Pasada este momento comienza una etapa intermedia donde se empiezan a conocer las dos familias, en esta etapa se cae en la conciencia de los valores, maneras de educación de cada padre y se comienzan a negocias reglas y acuerdos de esta familia compuesta para beneficio de todos.

Si se logran poner de acuerdo todas las partes en las nuevas reglas de convivencia la tercera etapa será la unión como familia, si no se ponen de acuerdo ge-

neralmente existe la separación de la nueva familia, aunque en algunos casos la pareja puede seguir junta y los hijos que no estén de acuerdo se van con su otro padre a buscar una nueva familia.

Familia homoparental

Según la Universidad Nacional Autónoma de México, las familias homoparentales se integran por dos personas del mismo sexo que constituyen un núcleo familiar formal, tienen la capacidad de apoyarse, engendrar, adoptar, educar y convivir con hijos reconocidos como tales por el Estado y la sociedad. (UNAM, 2021)

Aunque es la definición manejada por la Máxima casa de estudios, cabe señalar una imprecisión, ya que habría que precisar que las parejas homoparentales pueden engendrar, pero solo a través de la ayuda de terceros.

Estas familias cada vez han ido creciendo más, sin embargo, presentan también problemas que los pueden llevar al divorcio. Según el INEGÍ, en el año 2021 se casaron 453,085 parejas, y hubo una tasa de divorcios de 32.93%, lo que es 149 mil 234 casos. Mientras que en las parejas del mismo sexo hubo 4341 uniones y 441 separaciones, lo que significa un 10.15%, esta diferencia se puede deber a que las uniones del mismo sexo son más recientes, mientras que en las parejas hombre – mujer tenemos relaciones de muchos años que también se están divorciando.

Según Heriberto López Romo (López Romo, 2016), tres de cada cuatro familias del mismo sexo están formadas por hombres, es interesante que, en la encuesta mencionada del INEGI, en divorcios de parejas del mismo sexo, las uniones de mujeres representan un 65%.

Estas parejas están respaldadas por una ideología de género, y por ser iniciadoras en este tipo de uniones, son consideradas como lideres influyentes en un segmento de la sociedad. La mayoría de este tipo de familias son de clase media o alta y tienen hogares con avances tecnológicos de vanguardia y desafían roles tradicionales. (López Romo, 2016).

Finalmente, como menciona Marisol Castaño-Suárez en su artículo Familia homoparental, dinámicas familiares y prácticas parentales (Castaño-Suarez, 2018), los menores que no pertenecen a las llamadas familias tradicionales deben encontrar en la escuela y la sociedad un lugar de reconocimiento y no de segregación, sin embargo varios autores señalas que los niños de familias homoparentales pueden recibir la misma discriminación que sufren los niños que tienen sobrepeso, usan lentes o no son tan habilidosos física o mentalmente como los otros.

De igual manera, dependiendo del contexto donde se desarrollen, si la pareja homoparental no es bien aceptada, los hijos recibirán un trato de no aceptación similar.

Familia extensa
Se caracteriza porque la crianza de los hijos está a cargo de otros familiares o viven varios miembros de la familia (padres, primos, abuelos, etc.) en la misma casa.

Según Luis María Llavona (Llavona Uribelarrea, 2012), la familia extensa puede estar formada por dos familias, lo que sería la familia troncal y sus hijos solteros, y el hijo mayor con su conyugue e hijos.

La familia extensa lineal es similar a la anterior, pero se agrega una nueva generación, hijos del hijo mayor.
La familia extensa mayor incluye aparte de los anteriores a primos hermanos dentro del mismo hogar. En algunas tribus podemos encontrar las llamadas familias extensas máximas donde se integra la familia lineal y parientes colaterales.

En el caso de nuestro país se da mucho este fenómeno por la unión familiar y las tradiciones. Dependiendo de la zona del país podemos encontrar familiar en donde viven juntos los abuelos, uno o más hijos de ellos, primos, nietos y bisnietos, incluso hay familias donde es común que manejen los términos Primos segundos, terceros, etc.

Familia de padres de 60 años.
Dentro del ciclo vital de la familia,Valdés Cuervo (Valdés Cuervo, 2007) menciona como etapa 5 la etapa del nido vacío, que es cuando la pareja se hace adulta (más de 55 años en promedio y hasta la jubilación), y los hijos comienzan a abandonar el hogar para hacer su vida aparte, los padres se ven en la necesidad de renegociar la relación marital, cambian las relaciones con los hijos mayores y se vuelven de adulto a adulto, cambian las relaciones para incluir a la familia política y nietos y se comienza a hablar y tener conciencia de las enfermedades que van llegando e incluso de la muerte.

Este tipo de familiar busca reaprender hábitos alimenticios y estilo de vida que ayuden a mejorar su bienestar. La mayoría de estas familias viven de sus pensiones, escasos ahorros y y en algunos casos de la ayuda de sus familiares, según menciona Heriberto López Romo (López Romo, 2016)

Estas familias buscan llevar estilos de vida más relajados, sin embargo, a veces es complicado porque en esta etapa los adultos que trabajaban y se jubilan, ahora se quedan en casa todo el día, de cierta manera "invadiendo" espacios que eran del ama de casa y pues ahora deben crear nuevas rutinas y aprender a ceder para convivir como pareja.

Unipersonal.
Según el INEGI, en el año 2022 había 35,219,141 hogares en México, de los cuales 4,616,170 hogares son identificados como No Familiares, es decir que no vive una familia (INEGI, 2020). De éstos 4,385,361 son unipersonales, los otros son de co-residentes, es decir amigos que viven juntos o los famosos "roomies".

Son hogares que están formados por jóvenes de nivel medio alto. Uno de cada 10 hogares jóvenes de nivel medio alto es unipersonal. Pero también alberga viudos en un 35%, así como divorciados de todos los niveles, incluso de pobreza extrema.

Las personas que viven solas buscan organizar su vida de manera que no extrañen la compañía física de nadie. Cocinan poco, platillos básicos o preparan comida para varios días sólo para ellos, por lo que muchos de ellos encargar comida preparada o, si buscan contacto social van a comer a algún restaurant, aunque comen solos sin contacto con otros comensales.

Cuentan con servicio de internet y streaming para tener diversión sin salir de casa.

Pareja joven sin hijos
Son personas jóvenes ambiciosos que gustan gozar del buen vivir (casa, trabajo, buena comida, viajes, alta tecnología). Representan el 5% de los hogares.

En la actualidad más del 52% de los estudiantes de educación superior son mujeres, mientras que en población económicamente activa la participación de las mujeres ha aumentado del 39.9 en 2008 y 41.1% en 2013 al 41.3% en 2018. (INEGI, 2020).

Por otra parte, el sector donde más se desempeñan es en Servicios privados no financieros, es decir, en áreas laborales donde hay mucha competencia.

Los datos anteriores son el motivo por el que en la actualidad muchas de las mujeres tardan más en casarse o en vivir en pareja, ya que buscan acabar una carrera y desempeñar lo que estudiaron, por otra parte, al entrar en áreas laborales dominadas por hombres y

conseguir puestos de mando, ven el tener hijos como un obstáculo para su carrera laboral. Trabajan mucho, ganan bien, tienen pareja, pero no tiempo para hijos.

En cuanto a los hombres en México, la cultura los sigue colocando como responsables de proveer a la familia, por lo que en caso de necesidad el hombre opta por trabajar en lugar de estudiar, lo que se refleja en la baja matrícula universitaria.

Los jóvenes actuales, tanto hombres como mujeres, solo buscan su satisfacción, y al tener ingresos los dos, y compromisos económicos básicos, pueden gastar en gustos y tecnologías, son los llamados Dinky (Double Income, No Kids) dos ingresos sin niños.
Al analizar si quieren tener hijos o no, estas parejas ven solo lo malo de tener hijos y mencionan cosas como "prefiero dormir dos horas más que cuidar hijos", ante las bondades de los ingresos económicos y acceso a tecnologías y comodidades, las cosas buenas de tener hijos no les interesan.

La familia co-residentes o Roomies.
Una familia sin relación de pareja está compuesta por un grupo de dos o más personas que comparten el mismo espacio de vida, pero no tienen vínculo romántico entre sí. El enfoque principal de esta familia es tener un entorno práctico, económico y divertido, que facilite la transición hacia otras etapas de la vida familiar o profesional. Los hogares de estas familias están equipados de manera básica y solo cuentan con lo esencial. Además, compran únicamente lo necesario para subsistir, ajustándose a su presupuesto (López Romo, 2016).

Con el crecimiento de las ciudades y sus universidades, muchos de los jóvenes que viven en pequeñas comunidades emigran a las grandes ciudades a estudiar o trabajar. Cómo la mayoría de estos jóvenes son de bajos ingresos o cuentan con un presupuesto limitado por sus padres, una de las formas de ahorrar es buscar una casa o lugar en donde vivir con otros jóvenes.

Generalmente comparten gastos comunes y cada uno se encarga de los particulares. En este tipo de relaciones se crean compromisos de ayuda y acompañamiento, llegando a sentirse como una familia, incluso cuando llegan nuevos integrantes, éstos son recibidos como miembros de la familia.

MODELOS O CORRIENTES PSICOLÓGICAS QUE DAN ORIGEN A LA TERAPIA FAMILIAR

Para poder llevar a cabo una terapia familiar, el que la solicita deberá de fijarse en el tipo de terapeuta que le gustaría que los acompañara, ya que este terapeuta deberá de tener el estilo apropiado para trabajar con los integrantes de la familia donde sea empático, imparcial y concreto para ayudar en el proceso de crecimiento familiar, pueda manejar los diferentes temas que traen una crisis a la familia ya sea en la falta de comunicación, problemas de infidelidad, problemas económicos, problemas emocionales, problemas de crianza y otras situaciones que se presentan durante la vida, y en particular que les brinde la confianza y la certeza que les puede ayudar a resolver sus problemas.

Cabe mencionar que, aunque todos los terapeutas tienen una formación profesional, por la corriente en donde realizaron su especialidad, brindan un manejo terapéutico diferente a un mismo problema, todas las corrientes son válidas, lo que cambia es que tanta empatía logran con el paciente.

Freudiano.
El enforque que se maneja es una forma más elevada ya que se maneja a nivel psíquico, donde el terapeuta tomará información en algunas ocasiones de cómo fue su infancia.

Estos enfoques proponen una explicación de lo psíquico, con perspectivas psicológicas, lo que nos habla de una orientación psicoanalítica en la psicología, al lado de las orientaciones conductuales, experimentales, cognitivas, existenciales, humanistas o transpersonales (Ramírez, et al., 2015).

La concepción sobre lo psíquico, así como su propia experiencia clínica, hacen que en esta corriente el analista debía tener una actitud de abstinencia con respecto a expresar sus sentimientos y afectos hacia el paciente.

Las características del psicólogo de psicoanálisis son:

1) Seguridad
2) Empatía
3) Apertura mental
4) Introspección
5) Accesibilidad
6) Saber escuchar
7) Ser un buen comunicador
8) Habilidades sociales
(NORTE, 2016)

Humanista.
Como dice Edgardo Riveros Aedo, el enfoque humanista nace al final de un suceso que marcó a la humanidad, en Estados Unidos en el año de 1962, donde se ve la necesidad de unir la parte del hombre con la filosofía, religión y la destreza para la sanación física y mental. (Aedo, Agosto 2014).

Las aspiraciones humanistas son

a. Visión holística del hombre
b. Una Psicología con rango de disciplina científica y también filosófica, podría
constituirse en una ciencia superior del hombre
c. El conocimiento debía inspirarse ahora en variadas fuentes, más allá de la ciencia
d. Postulados filosóficos del humanismo
e. Los nuevos enfoques y los nuevos fenómenos humanos descubiertos por la psicología humanista

Las características principales del humanismo que debe tener un terapeuta son:

1. No juzgar (No juzgar al paciente)
2. Empatía (Acercamiento al paciente)
3. No clasificar
4. Énfasis en el yo (Animar al paciente a hacer diferentes actividades que ayudan a expresar emociones) y sea un avance en el tratamiento.
5. Existencial (se trabaja tanto física, psicológica, social y espiritual). (Gallardo, Psicología-Online, 2018).

Conductual.
Según Eysenck citado por Aubrey J. Yates (AubreyJ. Yates, 1970) el enfoque conductual es el intento de cambiar la manera de actuación del ser humano y la emocional, logrando que el ser humano tenga un aprendizaje positivo en su forma de comportarse tanto de manera individual como en la sociedad.

Las características de la terapia conductual son las siguientes:

1. Debe notarse que no se menciona la teoría del aprendizaje en esta definición.
2. La definición implica que los problemas del pacien-

te pueden proceder de causas diferentes a las que se relacionan o determinan por el aprendizaje

El énfasis puesto en la investigación experimental del caso individual es una característica de la terapia conductual.

Por lo tanto, los psicólogos conductistas son personas que son estrictos con sus pacientes para poder llevar a cabo el cambio que se necesitan sin importar la genética, tipo de personalidad, así como las limitaciones físicas que tenga la persona, lo único es llevar a cabo un condicionamiento apropiado.

Terapia Cognitivo o Terapia racional emotiva conductual.

El enfoque terapéutico cognitivo tiene como característica que es un proceso que se lleva de manera activa directiva y de un tiempo limitado, ya que un cambio cognitivo conductual requiere de veinte días para que se vaya llevando de manera natural.

De igual forma los psicólogos cognitivos conductuales, son estrictos, pero no se olvidan de la parte de creencias, propósitos y metas personales. (Porez, 2017).

Según Bertacco (2011), en su escrito «Los fundamentos epistemológicos del modelo cognitivo», citado por Leonor Lega (Lega, 2017), las principales características de la terapia cognitivo-conductual son:

1. Está enfocada en el presente e investiga los patrones disfuncionales actuales de los pensamientos y conductas. Pide datos del pasado solo para hacer su historial clínico, no profundiza mucho en el pasado.
2. Se realiza un análisis funcional de la conducta, donde se evalúa las interacciones entre las cogniciones, las emociones y los comportamientos de la persona en su contexto o situación y sus consecuencias.
3. Busca el cambio utilizando procedimientos y técnicas cognitivas y conductuales. El énfasis de esta terapia está más enfocado en el ¿Qué debo hacer? que en el ¿Por qué debo hacerlo?
4. Por lo general, utiliza terapias orientadas a corto plazo, de duración breve y de tiempo limitado.
5. En esta terapia se busca la verificación empírica y en la cuantificación para medir los progresos obtenidos.
6. La relación terapeuta-paciente es de colaboración y el enfoque es didáctico. Paciente y terapeuta se comprometen a trabajar con un objetivo común previamente acordado. El terapeuta puede solicitar al paciente lectura de libros o revisión de películas para que entienda su padecimiento.
7. El terapeuta busca que el paciente sea autogestivo en su aprendizaje, la modificación de conducta, las tareas de autoayuda, buscando qué dicho paciente aprenda a auxiliarse el mismo entrenando sus habilidades entre sesiones.
8. Esta terapia busca reducir conductas, sentimientos y pensamientos disfuncionales y promover una mejora en el funcionamiento global de las personas.
9. Rechaza el principio de sustitución de síntomas, si ha habido un cambio profundo en las creencias de la persona. La meta de la TCC es eliminar o al menos reducir los síntomas, y postula que si desaparecen, por ejemplo, los síntomas de pánico, inmediatamente también va a haber una mejoría en otras áreas, sin que aparezcan otros síntomas que los reemplacen.
10. Pone el énfasis en el cambio. Se anima al paciente a practicar nuevas conductas y cogniciones durante las sesiones y entre sesiones.
11. Se busca confrontar las ideas del paciente, sus conductas y sus creencias.
12. Al comienzo de cada sesión, el terapeuta indaga acerca de los problemas del paciente y cuáles necesita resolver en ese momento. Al concluir la sesión, le pregunta si ha hecho algún progreso al respecto.
13. Propone una continuidad temática entre las sesiones y sigue una agenda de trabajo. En cada sesión se revisan las tareas indicadas en la semana anterior, se estudia cuál es el problema actual y se planean actividades para la semana siguiente.

ENFOQUES DE TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA

Uno de los postulados de la terapia familiar sistémica menciona que ni las personas ni sus problemas existen en un vacío, sino que están profundamente ligados a un sistema que es la familia y su contexto, lo que hace que la terapia familiar trabaje en el cometido del funcionamiento familiar y no solo con el paciente identificado al que se le considera el síntoma, sino que se considera que hace una terapia preventiva para que no haya más miembros de la familia dañados. Al descubrir la sintomatología, el paciente suele situarse en los momentos que hay situaciones difíciles, generalmente al no saber que hacer se cae en una crisis, lo que provoca que la familia salga herida y no encuentran una luz para la resolución del problema.

Se debe de buscar que de la propia familia salga la solución de la crisis, ya que no son enemigos, sino un núcleo con características similares, pero cada uno con cualidades y debilidades particulares, que puede aportar su granito de arena para el cambio y obtener un resultado positivo.

Es importante ver qué tipo de enfoque terapéutico se va a llevar durante el proceso de terapia familiar, para buscar el ideal e identificar cada uno de los puntos a seguir para que la terapia vaya tomando un sentido para la familia que asiste a solicitar el apoyo terapéutico.

La Terapia Familiar Sistémica cuenta con varios enfoques y que daremos una breve descripción de cada uno de ellos:

Terapia Familiar Estructura.
La terapia familiar estructural, como su nombre lo dice, nos pide que no olvidemos que "la modificación de las reglas concernientes a los límites y las jerarquías, impacta profundamente las transacciones familiares, produciendo un desequilibrio en los patrones de interacción que contienen y mantienen el síntoma, tales alteraciones obligan a la familia a reestructurarse sobre unas bases menos patológicas" (Alda, 1995). Durante el proceso terapéutico se llevan a cabo tres etapas, en la primera el terapeuta es el líder de la familia, en la segunda se separa el terapeuta y evalúa la estructura de la familia tomando en cuenta cada mínimo detalle y la tercera es crear una nueva condición necesaria para darle una nueva estructura a la familia.

En la terapia familiar se ve cómo algunos integrantes demandan atención en algunas interacciones de la familia, por esto para Minuchin era muy importante evaluar a la familia como un sistema, y las conductas sintomáticas de sus miembros individuales, logrando una coparticipación con cada uno de los individuos, facultando al terapeuta a tener una relación de apoyo. Los especialistas que utilizan terapia estructural buscan identificar en que ciclo de la vida está la familia y si son correctas sus conductas para esa etapa, evalúan las interacciones que sus integrantes tienen durante la entrevista, busca alianzas y coaliciones familiares, quién lleva la jerarquía más alta y los limites desde afuera como adentro de la familia.

La terapia estructural no sitúa la intención de intervenir exclusivamente al final de la entrevista. El cambio se efectúa en la propia sesión, empleando técnicas como el desafío, la exageración, ridiculización y desautorización de patrones transaccionales, la reestructuración y la modificación cognitiva, y se consolida mediante tareas para casa. (Alda, 1995).

Terapia Estratégica.
La terapia estratégica es una terapia muy fluida, el terapeuta es el encargado de valorar que estrategia es la apropiada para esa familia, para que se puedan resolver los problemas del paciente y su familia, y superar las situaciones específicas que se van a tratar en las sesiones terapéuticas.

Cuando las personas presentan una crisis dentro de la familia la persona que es el síntoma tiene una reacción asintomática provocando una reacción durante el enfrentamiento provocando una rebeldía y una alteración dentro el sistema, provocando que sea valorada por el terapeuta.

Por lo que el terapeuta asume un papel muy activo, analizando y viendo cómo puede hacer la intervención de acuerdo a cada situación problemática de la situación actual, el terapeuta hace énfasis en la resistencia de cambiar un ambiente constante y utilizando técnicas apropiadas, además el terapeuta estratégico no se maneja de manera lineal, sino que se enfoca en percibir a la familia como enredadas en un juego para mantener el mismo ambiente (Oblitas, 2008).

Terapia Narrativa.
Una de las partes más importantes en un proceso de Terapia familiar es la entrevista inicial, en donde

el terapeuta conoce los detalles del caso de la propia voz del paciente. Dicho paciente aprovecha este momento para dar a conocer al terapeuta todos los detalles de su caso, incluyendo sus puntos de vista y su visión parcial de la situación. Ante la cantidad de información que recibe, el terapeuta debe tener escucha activa para identificar lo realmente importante de esta narración, ya que, de esta información inicial, el terapeuta se forma la idea y juicio inicial del caso.

El modelo de la Terapia narrativa fue desarrollado por Michael White y David Epston, este modelo evalúa el discurso de los clientes, sus pensamientos y conductas en el contexto de sus culturas y su entorno social, con respecto al relato que han construido. Se considera que este relato es la puerta de entrada al cambio. (Metcalf, 2020).

Cuando se usa este modelo es importante buscar las lagunas en la narración, llamadas también excepciones, y se ayuda al cliente a entender el porqué de las mismas, si fueron olvidos involuntarios o existe una carga subjetiva.

En muchas de las ocasiones al narrar el problema, y en especial identificar las excepciones, los pacientes identifican los que es valioso en sus vidas y se comienzan a dar cuenta de que los problemas en su vida crecen y se convierten en obstáculos para su satisfacción cuando no los respetan. En base a la identificación de dichos valores, el terapeuta ayuda al paciente a reescribir su historia usando solo los personajes, el argumento y los resultados que el paciente prefiera. (Metcalf, 2020).

Otra de las bondades de la Terapia Narrativa es que al tener la información completa y verdadera puede auxiliar al paciente a buscar las soluciones de los problemas identificados, sin necesidad de hablar mucho o tener infinidad de sesiones, realizando lo que se llama Terapia Centrada en Soluciones.

Terapia Breve.

El Creador de la terapia breve fue Don D. Jackson, en 1959 fundo el grupo del Mental Research Institute (MRI). Actualmente Watzlawick, Wakland, Fish y Segañ Integran el Brief Therapy Center del Mental Research Institute de Palo alto, California.

La Terapia Breve se basa en intervenir sobre las respuestas que los pacientes y sus familias dan como solución del problema y que no han ayudado a mejorar. Tiene como características de ser no más de diez sesiones por familiar, buscando la mejor estrategia.

Para llevar a cabo esta terapia breve se busca que el paciente trate de encontrar solución a sus problemas identificados, y no tanto buscar la explicación en el pasado de por qué surgieron.

Platicando con el paciente, el terapeuta identifica excepciones comunes en los momentos de crisis o fuera de la rutina que ha tenido el paciente. El identificar estas constantes, permite al paciente centrarse en pocas soluciones y avanzar sobre el futuro que quiere y qué papel jugarán estas excepciones.

La función de terapeuta es guiar al paciente en el camino para llegar al estado de vida deseado, ayudándolo a avanzar un poco cada sesión.

Terapia transgeneracional.

Mientras que muchos grupos sociales tienen relaciones temporales, la familia es un grupo social con una mayor duración en donde incluso se da la integración de otras personas que se adhieren de manera legal mediante la adopción o mediante el matrimonio.

En el caso de la familia se dan relaciones intergeneracionales biológicas, por relaciones económicas o legales, por lo que el autor Murray Bowen creo el término sistémico transgeneracional para definir lo que se transmite de una generación a otra.

Según María Juliana Arciniegas Mojica (Arciniegas Mojica, 2020) La palabra generación entra en la memoria colectiva de grupo familiar y también social, debido a que ésta posee referencias históricas que no revelan su origen pero que aún así son transmitidas de generación en generación, es así como esto refiere a un relato de vida de una colectividad en particular y a su vez son proyecciones de este grupo hacia el futuro.

En las familias hay situaciones que son repetidas y se van convirtiendo en tradición familiar hasta convertirse en herencias familiares. En muchas de las ocasiones estos hechos que se repiten de manera constante en la familia se realizan sin tener conocimiento real del origen de dichos sucesos.

Muchos de estos conocimientos llevan implícitos contenidos psíquicos que al ser comunicados se ven

influenciados por el estado de ánimo, el comportamiento y las creencias, positivas o negativas, con que son comunicados. El transmitir dichos conocimientos apoya a la integración como familia, sobre todo en diversas generaciones. Esto ayuda a que los integrantes se ubiquen como individuos parte de una sociedad familiar y una herencia.

Las familias van creando ciertos tipos de comportamientos que se van transmitiendo en la enseñanza de las nuevas generaciones pasando herencias positivas o negativas de generación a generación.

Terapia cognitivo-conductual.
Una amplia gama de problemas mentales es tratada por la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), se usa para tratar problemas de depresión, ansiedad, ansiedad social y trastorno obsesivo compulsivo, entre otros.

Dentro de las principales características de la TCC podemos encontrar:

- En sus inicios la TCC se basaba en la psicología del aprendizaje, en la actualidad cada vez más busca anclar sus orígenes en la psicología científica.

- Los procedimientos y las técnicas usadas en esta terapia cuentan en su mayoría con una base científica, sin embargo, muchas de estas técnicas surgen de la propia experiencia clínica.

- Lo que se busca modificar con esta terapia es la conducta y sus procesos subyacentes, ya sea conductual, cognitivo, fisiológico o emocional, buscando obtener mediciones tanto de los aspectos visibles como ocultos.

- Aunque la conducta se conceptualiza como algo netamente aprendido, influenciado por sus experiencias de vida, factores biológicos y sociales, últimos estudios hablan de la necesidad de enfoques de múltiples causas, saliendo de los modelos de aprendizaje tradicionales.

- Como menciona Ma. Ángeles Ruiz (Ruiz et al., 2012) el objetivo de la intervención es el cambio conductual, cognitivo y emocional modificando o eliminando la conducta desadaptada y enseñando conductas adaptadas cuando éstas no se producen. Para ello, la intervención también puede dirigirse a modificar los procesos cognitivos que están en base del comportamiento.

- Aunque la TCC se basa en el comportamiento actual, no deja de lado los factores históricos,

- Para este proceso se maneja un enfoque empírico y experimental a lo largo del proceso tanto en la evaluación como en el diseño de la intervención y el análisis de los resultados.

- La meta de la Terapia Conductual es que el paciente aplique las actividades sugeridas por el terapeuta en su propia vida.

CICLO VITAL DE LA FAMILIA

Es importante ubicar el ciclo en el que se encuentra la familia para poder hacer una planeación concreta para trabajar apropiadamente con cada uno de sus miembros, ya que cada etapa de la familia tiene ciertas características que se presentan, ya que no podemos tratar a un matrimonio que va empezando igual que a un matrimonio que esta con hijos en la universidad, es por eso que es sustancial darle el abordaje apropiado en cada terapia que se solicite el apoyo.

Las etapas del ciclo de la familia
Por lo que se refiere es importante hacer énfasis en la etapa de la familia en la que están los pacientes que acuden a terapia para poder dar una mejor orientación, como lo comentaba hacemos mención de cómo se van formando la familia por lo que en nuestra investigación empezamos con dicha descripción (Lauro, 2012).

El encuentro es la etapa en que las parejas se ubican en un momento de coincidencia y es donde entablan las primeras conversaciones para iniciar una relación formal, ya sea en vivir juntos o contraer matrimonio según sus creencias y costumbres.

La luna de miel, es la etapa que inicia la pareja después de abandonar la casa materna de ambos, empiezan a vivir la aventura de convivencia diaria y crecimiento mutuo tanto en la intimidad como en lo profesional, empezando a realizar muchos sueños que tienen en común.

Los hijos, en esta etapa empiezan a experimentar lo que es ser padres y empiezan a experimentar lo que

es la responsabilidad de tener a cargo una personita que necesita todo de ellos.

Crianza y adolescencia, en esta etapa los padres se enfocan en trabajar y proveer todo lo necesario al hogar olvidándose muchas veces de ellos como pareja que son, y es en esta etapa cuando hay más separaciones de los padres.

Cuando los hijos se van del hogar, acabando con los estudios universitarios los hijos empiezan a independizarse ya que son adultos y aquí nuevamente se vuelve a repetir la historia del encuentro, en esta etapa muchos padres no están preparados para el nido vacío pegando más esta situación a la mamá.

La vejez, esta etapa es donde la pareja ve realizada su aportación a la familia ya que ve los valores, creencias y costumbres que inculco a sus hijos durante el periodo de crianza y adolescencia, quedando nada más a disfrutar tiempo juntos y realizar en su caso actividades que se vieron detenidas por el momento que estaban viviendo.

PROCESO DE LA TERAPIA FAMILIAR

El proceso de la terapia familiar se inicia desde la llamada que la persona interesada hace al terapeuta, en este contacto inicial se puede preguntar el motivo de la consulta y obtener información inicial del caso. En este primer contacto el terapeuta debe buscar obtener la mayor cantidad de información trascendente para tener una idea inicial del caso, y crear y mantener una buena relación con el cliente.

De ahí se confirma la fecha y hora de la cita para que se presenten los interesados, cuando llegan a la consulta se empieza con una entrevista en la cual durante este proceso se trabaja en conseguir un rapport lo que ayuda a que empiece a fluir la conversación.

Como menciona Luis A. Oblitas, Así, al comenzar la primera entrevista es necesario presentarse, dar la mano al paciente, si procede, e indicarle el sitio donde se debe sentar.

Después, es recomendable informar al entrevistado sobre la duración aproximada de la entrevista y garantizarle la confidencialidad de lo que se va a discutir. Todo esto se realiza en un ambiente de confianza. A continuación, se debe explicar al paciente el propósito de la entrevista, qué temas abordarán las preguntas y qué se espera de él (colaboración, honestidad y ajuste a las preguntas). Además, si corresponde, se le proporcionará información previa que se tenga sobre él (Oblitas, 2008) y es en donde se va juntando los datos necesarios, así como un análisis general del comportamiento de cada uno de los miembros, añadiéndolo a la información inicial, la información que está obteniendo nos servirá para evaluar a la familia, así como de apoyo para tener un diagnóstico un poco más acertado.

El rapport se desarrolla de manera gradual, pero hay ciertas conductas del terapeuta que aceleran su desarrollo, tales como una apariencia relajada, interesada y comprensiva; es probable que el paciente se sienta seguro y cómodo. Asimismo, es fundamental cuidar la expresión facial y el contacto ocular. (Oblitas, 2008)
Se debe de considerar la cantidad de miembros de la familia, ya que si es una familia con varios miembros se ve la necesidad de usar para valorar tres sesiones más o menos, cabe señalar que las sesiones tienen una duración de una hora y media.

Toda la información bibliográfica de la familia nos ayuda a ver cómo se ven cada uno de los miembros, así como también la manera en que se perciben cada uno de ellos. Dentro de las primeras sesiones es importante dar las reglas que se deben de llevar dentro de cada sesión como es: Respeto, Libertad de expresión, Todo es comprensible, Seguridad física tanto en las sesiones como fuera de ellas, No presentarse en estado inconveniente, No dejar precipitadamente la terapia, Respetar el horario; se debe de llevar un correcto control de las sesiones para que la familia se sienta cómoda y sigan fluyendo las sesiones.

Es importante mencionar que aunque el proceso de rapport se realiza con la persona que solicita inicialmente la consulta, en el caso de la terapia familiar, con cada miembro de la familia que se va integrando al proceso, el terapeuta debe hacer el respectivo rapport.

BARRERAS EXISTENTES EN UN PROCESO DE TERAPIA FAMILIAR.

Al hablar de las barreras a las que nos enfrentamos en una sesión terapéutica es importante conocer el significado de la palabra "Barrera", la cual significa Impedimento, dificultad o inconveniente; este significa-

do lo sacamos del diccionario de la Real Academia Española (RAE, 2023) así mismo, este significado nos ayuda a comprender mucho más al tipo de barreras a los que se enfrenta tanto el terapeuta como el paciente.

Aunque lo ideal es que el proceso de terapia familiar se lleve sin mayor problema de principio a fin, la realidad es que esto depende de varios factores, y en particular del equilibro de la relación paciente – terapeuta. En el caso específico de la terapia familiar es más complejo ya que no solo entra en juego la manera de ser del paciente, sino la de cada uno de los miembros de la familia que se van integrando a la terapia, y mientras el psicólogo solo debe congeniar y trabajar con el carácter de un paciente, el terapeuta familiar está trabajando con varias maneras de ser y de pensar al mismo tiempo.

BARRERAS POR PARTE DEL PACIENTE.

En el libro Psicoterapias Contemporáneas de Luis A, Oblitas, menciona algunas actitudes de los pacientes que dificultan el proceso de terapia familiar.

Paciente que no acude a las citas.

Algunos de los pacientes no asisten a sus citas ya confirmadas y en algunas ocasiones las cancelan con cualquier pretexto, es necesario contactar con ellos para saber los motivos por los cuales no ha podido asistir a terapia y hacerles saber que si no asiste se interrumpirá el tratamiento y no tendrá el resultado positivo que se espera.

Cabe señalar que hay ocasiones en donde se justifica la inasistencia, pero en otras ocasiones el paciente lo hace sin mayor motivo, lo que implica un trastorno en las actividades del terapeuta y que al paciente no le causa preocupación. Sugiere Oblitas que en estos casos se cobre la consulta, ya que el terapeuta tiene tiempo asignado y está dispuesto a apoyar, y el que falla es el paciente.

Abandono de la terapia por parte del paciente.

En el caso de que el paciente deje de asistir, es importante poder entrar en contacto con él para conocer los motivos de la deserción. Ya que en muchas de las ocasiones el paciente, o la familia del mismo en la terapia familiar, sólo dejan de asistir a la terapia y por parte del terapeuta no hay un acercamiento con ellos para conocer los motivos del abandono, lo que le puede ayudar al profesional como una especie de feedback o retroalimentación para saber si el problema fue con su trabajo como terapeuta, la parte organizativa del proceso, como los horarios y días de la consulta o el costo de la misma; o si el problema son los mismos pacientes.

También se sugiere que si el padecimiento del paciente es importante o grave se le debe convencer de continuar su tratamiento, aunque sea con otro terapeuta.

Resistencia del paciente al cambio.

Una de las principales barreras que existen en una terapia familiar es la resistencia al cambio, y se presenta cuando el paciente o sus familiares están conformes con el estado que guardan las cosas y no ven la necesidad de cambiar, esto se ve reflejado con frases como: "Así estoy bien", "no veo la necesidad de cambiar", "que cambien los otros", "ya lo hice y sigo igual".

Sin embargo, la realidad es que estas frases ocultan algunos factores identificados por Oblitas (Oblitas, 2008), como son:

Temor del paciente a que descubran su intimidad.

Temor a lo que el terapeuta pueda pensar de él.

Temor a asumir la responsabilidad de su propia vida.

Temor a las diferencias entre lo que el terapeuta quiere y el paciente desea.

Un punto importante a señalar es que en muchas ocasiones esta resistencia al cambio se da en varios miembros de la familia, y coinciden en las justificaciones para no realizar el cambio, recordemos que muchas de las justificaciones que damos para evitar un cambio vienen de nuestra educación y manera de ser y pensar, y al haber crecido con nuestra familia y haber recibido la misma cultura, hace que, así como tenemos valores en común, las justificaciones para no cambiar son similares.

También es importante señalar que en la fase del rapport se pueden eliminar muchos de estos temores, si le brindamos la confianza al paciente y su familia; si de entrada el terapeuta no explica bien, es grosero, exigente, burlón, etc., y no logra obtener la confianza de los pacientes, durante toda la terapia los pacientes van a tener temor de expresarse ante el terapeuta.

Pacientes que lloran durante la sesión.
Aunque llorar es un acto natural en el ser humano, dentro de un proceso psicológico puede tener varias connotaciones. El terapeuta debe ser muy observador e inteligente para saber si la persona llora por un acto de desahogo necesario o llorar en ciertos momentos para evadir preguntas y realidades comprometedoras, lo que se constituye en una gran barrera en el proceso terapéutico.

En contra parte, hay ocasiones en que el paciente tiene muchas emociones encontradas y no puede, o no sabe, como dejarlas salir, en esos momentos el terapeuta debe motivar al paciente a que llore para poder desahogarse.

En cuanto a la terapia familiar, el llanto se constituye en un reto para el terapeuta, ya que en muchas ocasiones es usado por alguno de los pacientes para provocar lástima o buscar el apoyo de los familiares. Incluso hay pacientes que manejan el llanto como parte de las alianzas para recibir apoyo o rechazo de otros miembros, así que el terapeuta debe evadir estas actitudes para que la terapia no se detenga ni se desvirtúe.

Pacientes que guardan información importante para los últimos minutos.
En algunas de las ocasiones, nos podemos encontrar con pacientes muy inteligentes que comienzan a estudiar cómo es el desarrollo de las terapias y ubican muy bien cuando la terapia está a punto de acabar ya sea porque ven el reloj o porque identifican que el terapeuta está iniciando el proceso de cierre de sesión. Estos pacientes utilizan estos últimos minutos para comentar temas importantes que no tocaron durante la terapia, con la finalidad de expresarlos y que el terapeuta ya no tenga tiempo de analizarlos, con esta acción ellos se justifican mencionando que si los hablaron con el profesional, y que él no les dio más observaciones, sin embargo no hay más observaciones porque se acabó el tiempo de sesión, este truco también se puede convertir en una barrera para la terapia.

Lo que le corresponde hacer al terapeuta es anotar el tema y decirle al paciente que es lo primero que van a retomar en la próxima sesión y, por supuesto, cumplirlo.

Otra de las barreras que pueden surgir es de los pacientes que hablan demasiado, lo que impide al terapeuta avanzar, ya que abundan en datos no tan importantes y no alcanzan a hablar de lo importante.
En estos casos se les debe estar redirigiendo la plática para que se centren en lo importante.

Familiares o allegados que no colaboran.
Dentro de los procesos de terapia o ayuda psicológica existen ocasiones en donde debemos contar con la ayuda de al menos un familiar para que el paciente pueda llevar a cabo el proceso de cambio, ya sea con ayuda del familiar o bajo la vigilancia del mismo.
Este tipo de casos van a ser muy comunes cuando estamos trabajando con pacientes menores de edad y requerimos la ayuda de los padres o abuelos, o en pacientes que, por ejemplo, sufren de adicciones a las drogas y necesitan a algún familiar cercano para que lo vigile y acompañe en su vida diaria.

Sin embargo, en muchas ocasiones, los familiares no quieren apoyar ya sea porque tienen miedo a la responsabilidad, no tienen tiempo, no quieren involucrarse o sugieren a otro familiar para que tome el compromiso que ellos no quieren. Lo conveniente aquí es irlos involucrando poco a poco para que vean que no es tan difícil la labor que se les solicita y puedan apoyar.

También nos vamos a encontrar casos en los que la barrera es el propio paciente que no quiere que sus familiares se involucren porque no les tiene confianza, porque los detecta como parte del problema o porque en muchas ocasiones ni la familia sabe que está asistiendo a terapia psicológica.

Las llamadas entre sesiones.
El principal objetivo en un proceso terapéutico, es que el paciente sea capaz de afrontar sus problemas y buscar soluciones o rutas de acción por sí mismo, sin embargo, en ocasiones nos encontramos a pacientes que al no sentirse capaces de enfrentar sus problemas constantemente hablan al terapeuta para que los auxilie.

Si la llamada es ocasional, o busca una asesoría complementaria a lo visto en sesión no es mayor problema, sin embargo, hay pacientes que ante cada duda o dificultad se la pasan llamando al terapeuta y que incluso, al ir identificando sus problemas, aumentan las llamadas porque ya tienen más noción de qué preguntar.

La realización de este exceso de llamadas se vuelve una barrera en el proceso de terapia ya que el paciente, en lugar de aprender a caminar hacia la solución de sus problemas, nos ve como muletas y a cada paso nos llama para poder avanzar, es decir, que se vuelve inseguro y dependiente del terapeuta, en lugar de aumentar su autoestima.

En el caso específico de la terapia familiar este exceso de llamadas se da no solo por parte del paciente, sino por todos los miembros de la familia que están en la terapia, y todos se siente con el derecho de hablar las veces que quieran no solo con el terapeuta, sino con los otros involucrados en el proceso, logrando con esto que tengamos muchos dimes y diretes, llegando a aumentar los chismes entre la familia.

Actitud hacia la intervención.
Otra de las barreras que pueden aparecer de parte del paciente se refleja cuando comienza a llegar tarde a las citas, las comienza a re-agendar, o simplemente no asiste. Estos pacientes comienzan a solicitar citas solo cuando traen problemas emocionales, se sienten mejor y dejan de asistir.

También fallan en realizar las actividades que les deja el terapeuta para reforzar lo visto en la sesión. Generalmente estos pacientes llegan a las sesiones desmotivados y sin ánimo a las sesiones, justamente porque no han asimilado que es un proceso y lo ven solo como un auxilio momentáneo.

Actitud hacia el terapeuta.
Finalmente, una de las barreras que puede aparecer para el buen desarrollo de la terapia es la sobre exigencia que hace el paciente al terapeuta sobre los resultados esperados en la terapia.

El paciente exige que el terapeuta le de las respuestas que él quiere, en caso que el terapeuta no le diga lo que quiere, el paciente lo cataloga como no profesional, que no está preparado o no sabe.

Otra de las actitudes de manipulación sobre el terapeuta es extender lo más posible las sesiones, con comentarios superfluos, volviendo a preguntar cosas que ya preguntaron o con cualquier pretexto.

El paciente responsabiliza al terapeuta.
Algunos pacientes responsabilizan al terapeuta de no seguir con la terapia porque no están de acuerdo en las intervenciones que el terapeuta hace durante las sesiones de la familia ya que considera que es manipulada la información a favor de uno de los integrantes de la familia aunque se haya visto en sesión grupal el problema, el insiste que este tipo de terapia no es favorable porque consideran al terapeuta una persona que no está preparada para la intervención del grupo y con favoritismo hacia uno de los integrantes de la familia.

Barreras por parte el terapeuta.
El segundo elemento que se ve afectado por barreras en un proceso de terapia familiar es el mismo terapeuta, no olvidemos que es ser humano, y aunque su labor es no involucrarse afectivamente en el caso, sin embargo existen coincidencias o desavenencias que hacen que pierda objetividad en el proceso.

Sentimientos negativos.
Según Candice Fisher (Fischer, 2019), en su investigación realizada a 10 psicólogos chilenos, con el transcurso de la terapia, el terapeuta puede ir desarrollando sentimientos negativos hacia el paciente o algunos de los familiares por la carga emocional que se maneja, lo que se va a reflejar en el trato que da el profesional a los pacientes cuando expresa sentimientos de frustración, desesperanza, ira o rechazo, llegando en algunas ocasiones a expresar por parte del terapeuta angustia o miedo, lo que afecta su interacción.

El mayor problema de cuando en terapeuta se ve influenciado por estas emociones es que puede sesgarse en su intervención dando apoyo a la persona que percibe como más desvalida y criticando en demasía a la que percibe como dominante.

Efectos en el cuerpo.
Desde que estudiamos la carrera se nos menciona mucho que debemos como psicólogos asistir a una consulta psicológica como pacientes para poder sacar toda la carga emocional que recibimos por nuestro trabajo.

Si no realizamos esta práctica con cierta regularidad, poco a poco nos vamos llenando de las emociones de los pacientes que tratamos, y poco a poco esta conducta nos va a llevar a un agotamiento emocional que incluso se nota en nuestra apariencia física.

Este agotamiento emocional se convierte en una barrera, y pasamos de atender a los pacientes con la alegría e interés del inicio, a tratarlos con aburrimiento y somnolencia, ya que muchas veces por tantas emociones que traemos, nos es difícil descansar por las noches. Debemos tener cuidado con la cantidad de pacientes que tenemos, así como con la sobrecarga emocional que ellos manejan.

Inadecuación del contrato ofrecido.
Otro de los elementos que Ficher identifica como barrera es la inadecuación del contrato ofrecido (Fischer, 2019), ya que en muchas ocasiones las circunstancias del acuerdo inicial no ayudan a desarrollar adecuadamente el proceso de terapia familiar.

Muchas de las ocasiones los pacientes solicitan cinta en horarios muy tempranos y, están pensando más en la urgencia de irse, que en la terapia; o en horarios después de que salen de trabajar y cuando llegan a la terapia llegan tan cansados que es difícil trabajar con ellos.

Otra de las situaciones es la continuidad de citas, ya que en mi caso particular he visto que una vez a la semana es adecuado, sin embargo, hay pacientes que por cuestión de otros compromisos, de disposición de tiempo o por causa económica, solicitan la sesión se realice cada 15 días, sin embargo hay casos, sobre todo en niños, que a los 15 días ya no se acuerdan de lo que hablamos y tenemos que retroceder en cada sesión.

También hay que tomar en cuenta la duración y manejo de la sesión, ya que hay personas que platican mucho y no les alcanza el tiempo de la sesión, lo que se convierte en una barrera, en estos casos hay que volver a encauzar al paciente para que no divague.

Desvalorización.
Cuando el terapeuta labora en algún centro de atención en donde hay profesionales de otras especialidades, puede sufrir discriminación de los compañeros y ver que éstos catalogan su especialidad como de menos valor.

Esta percepción laboral puede actuar como una barrera en el desempeño del terapeuta, ya que afecta su autoestima y confianza en su trabajo, y por consecuencia, de su atención a los pacientes.

Falta de interés de parte del terapeuta o sobre interés de parte del terapeuta.
Uno de los principales motivos es cuando el terapeuta no hace un rapport apropiado para que el paciente se sienta cómodo para empezar a abrirse y poder depositar ese dolor en él.

Esta situación se da en ocasiones por que el terapeuta está saturado de tantos pacientes que ve al día y no se concentra con los pacientes en particular.

Otra barrera surge cuando como terapeuta te involucras más de lo que corresponde, convirtiendo la terapia en una relación dependiente del paciente hacia él, cuando empiece esta situación es momento de ir al psicólogo como terapeuta ya que no se está llevando un proceso adecuado de terapia, lo que hace que nuestra terapia sea subjetiva, se encuentre una transferencia, inicie una relación de protección, no se lleve una dirección apropiada y surjan cuestionamien-

to por parte del paciente.

Abandono de la terapia por parte del terapeuta.
También podemos decir que muchas veces el terapeuta no es el apropiado para ese paciente, ya que la efectividad de la terapia depende de la buena comunicación entre paciente – terapeuta, sin embargo, muchas ocasiones la comunicación no es posible, ya sea porque manejan diferente léxico, diferentes conceptos, diferentes puntos de vista y hasta diferentes entonaciones debemos de tener en cuenta que muchas veces no somos los apropiados para ese paciente o esa familia por lo que podemos canalizar a otro compañero para que el crea el vínculo correcto y puedan dar solución de su problema y ver el avance correcto de la terapia.

Otro motivo es que el terapeuta no está preparado para trabajar con familias que tengan algún trastorno diagnosticado y no lo hacen saber lo que hace que el terapeuta no pueda ver un avance.

Barreras por parte del proceso.
El tercer elemento que interviene en un proceso de terapia familiar son las propias situaciones organizativas.

Duración de las sesiones.
Aunque se sugiere que una consulta psicológica tenga una duración de entre 40 a 50 minutos, en una terapia familiar al haber más participantes se sugiere que dure una hora y media.

Sin embargo, nos podemos encontrar con barreras en el proceso cuando una sesión es demasiado corta y no todos los participantes alcanzan a hablar, lo que va a causar molestia en ellos. A la vez, si es muy larga la sesión, puede causar tedio y cansancio. Por lo que debemos monitorear constantemente el estado de ánimo de los participantes.

Cantidad de pacientes y saturación de agenda.
Como ya lo mencionamos, otra de las barreras que se dan en el proceso es cuando el terapeuta tiene demasiados pacientes y se satura emocionalmente, por lo que no se concentra en el caso y puede compartir inconscientemente sentimientos de un caso con el otro.

Otra de las barreras es que al tener muchos pacientes satura su agenda, lo que provoca que, si por alguna razón los pacientes no pueden asistir a la sesión, no haya posibilidad de re-agendarlos, dejando pasar mucho tiempo para la siguiente sesión, que tal vez para el profesional no es muy importante, para los pacientes puede influir en la motivación de seguir asistiendo a terapia.

Registros deficientes de expedientes.
Otra de las barreras en el proceso de terapia es que, debido a la cantidad de pacientes, el profesional no puede llevar de manera correcta los registros en los expedientes, provocando que situaciones importantes no queden registradas y que no las pueda retomar en siguientes sesiones.

En el caso de terapia familiar se vuelve más complejo, ya que al hablar varias personas, si no hay registro adecuado, el profesional puede atribuirle frases a una persona cuando en realidad es otra la que lo dijo.

Mobiliario y condiciones ambientales.
Uno de los elementos principales en un proceso de terapia familiar, es brindar al paciente un espacio seguro, tranquilo y cómodo, es decir un espacio donde no se tenga que preocupar más de compartir sus sentimientos y problemas.

En muchas de las ocasiones una silla muy dura, o un sillón excesivamente blando que te hace casi estar sentado en el suelo, aunque sean muy modernos o de tendencia, dificultan al paciente la concentración en sí mismo. Por lo que es importante contar con mobiliario adecuado y cómodo, así como baños limpios y con todo lo necesario. De igual manera contar con un botiquín para emergencias, y pañuelos desechables para los pacientes. Si en alguna ocasión requieren de estos servicios y no los tenemos, para la siguiente sesión serán una barrera.

También son muy importantes las condiciones ambientales del espacio, ya que si hace mucho frio o mucho calor, influye en la apertura del paciente, convirtiéndose en barreras.

Caso particular son la iluminación y el ruido, un consultorio con poca luz puede crear somnolencia en el paciente, así como uno excesivamente iluminado puede ser molesto. En el caso del ruido, como la parte principal del proceso de terapia familiar se basa en el diálogo pacientes terapeuta, si hay mucho ruido,

externo, interno, o incluso música ambiental elevada, van a impedir que se de un buen proceso de comunicación.

Las condiciones inadecuadas son las siguientes:

• No tener una ventilación adecuada e iluminación natural.
• No tener colores claros para bridar un ambiente cálido y amable.
• No tener privacidad para el paciente, tanto auditiva como visual.
• No contar con mobiliario adecuado para que el paciente se sienta cómodo(a), así como un sillón o sillas cómodas
• No considerar un espacio más amplio para que se sientan cómodos todos los integrantes de una familia.
• No tener en orden el consultorio.

Consultorio rentado (ocasional o constantemente).

Otro de los elementos que pueden constituir una barrera importante en el proceso de terapia familiar es el no contar con un espacio propio de atención, ya que, al ser rentado y compartido, hay ocasiones en que no podemos controlar la existencia ni la calidad del mobiliario, aparte de que no nos conviene mucho llevar mobiliario propio, ya que, por el uso común del espacio, otros usuarios no le pueden dar el cuidado adecuado.

También es importante saber cuántas personas van a utilizar ese espacio, para qué especialidades, si manejan niños o solo adultos, y si todas las rentas son constantes o hay usuarios ocasionales que pueden modificar o dañar el espacio.

De igual manera es necesario establecer una buena comunicación con el encargado del consultorio para que nos avise si hay algún imprevisto y no podemos usar el espacio, para re-agendar la sesión, así como es importante la anticipación con que nos hagan de nuestro conocimiento dichos cambios, ya que si es a última hora no podemos avisar a los pacientes, quedando mal nosotros y dando una pésima imagen de nuestro servicio, aparte de que como ya dijimos, estos imprevistos pueden hacer que los pacientes se desmotiven y tomen como poco serio nuestro trabajo.

Incluso es conveniente tener en cuenta la ubicación del consultorio, tanto por la seguridad de la zona, como por la accesibilidad de medios de transporte, así como disponibilidad de estacionamiento.

TIPOS DE BARRERAS EN LA TERAPIA PRIVADA Y EN LA PÚBLICA

Aunque el proceso de terapia familiar es el mismo, las condiciones en donde se realiza son un factor muy importante para un desarrollo adecuado.

Dicho proceso se puede realizar tanto en Instituciones Públicas como en servicios particulares, variando entre éstas dos opciones la accesibilidad del servicio, las condiciones en que se brinda, los servicios de apoyo existentes y en especial el costo del servicio.

Barreras a las que se enfrenta el terapeuta en una institución pública.

En los últimos tres años ha aumentado la demanda de servicio de psicología en las instituciones públicas, ya que se ha visto en la necesidad de apoyarse en esta rama de la salud por la situación mundial que vivimos de la pandemia, ahora se ve la necesidad de cuidar la salud mental para una mejor convivencia en familia y en la sociedad, por lo tanto el área publica apenas cuentan con servicios de salud mental, ya que no estaba preparada para recibir la cantidad de personas que solicitan el apoyo de la consulta externa psicológica en la actualidad.

Esta nueva necesidad de atención se encontró con instituciones no preparadas para tal demanda, no teniendo ni el personal ni las instalaciones para una atención adecuada, y una derechohabiencia enorme que, con la pandemia y sus consecuencias, se vio envuelta en problemas mentales no esperados.

Las barreras más comunes que vamos a encontrar en las Instituciones públicas es una alta demanda de servicios de apoyo psicológico y una muy baja disponibilidad de profesionales de ese campo de atención. Hasta antes de 2018 en los hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social sólo había la especialidad de psiquiatría, sin embargo se abrieron algunas plazas de psicólogo, que en la mayoría de las delegaciones son insuficientes, pongamos por ejemplo a la Delegación del IMSS en Veracruz, en donde en toda la delegación solo cuenta con 7 psicólogos, con una carga productiva en el año 2021 y 2022 de 2164 pacientes, lo que serían 310 pacientes por cada profesional, es decir, en promedio un paciente por día tomando en cuenta los dos años referidos (Reyes, 2023).

Ahora bien, tomando en cuenta que en una Unidad de Medicina Familiar promedio hay 24 consultorios, y que a raíz de la pandemia del COVID-19 los médicos familiares ya no atienden problemas mentales, ansiedades o depresiones, sino que ahora lo envían de manera directa a atención psicológica, podemos imaginarnos la enorme lista de espera que hay para obtener una cita.

Aquí el costo de la consulta va incluido en las cuotas obrero – patronales que se pagan cada bimestre.

Barreras a las que se enfrenta el terapeuta en una institución privada.

En el ámbito privado, la consulta psicológica ha existido desde hace muchos años, sin embargo, no había tenido el auge de la actualidad y en particular, no con enfoque familiar, ya que tradicionalmente se trabajaba con el paciente y se buscaba que resolviera sus problemas de manera particular, sin apoyo de los demás. Sin embargo, el sector privado contaba con personal e instalaciones adecuados para su demanda, que con la demanda actual ha podido reaccionar y cubrir de cierta manera este servicio, actualmente algunos psicólogos tienen agenda llena pero el día de la consulta no se presenta el paciente porque tuvo un imprevisto, pero muchas veces es porque se les hace caro el costo de consulta

Según el portal Terapify: psicólogos en línea, el costo de una consulta psicológica en el ámbito privado en el año 2022 se maneja en base a la formación y experiencia del terapeuta, duración de la sesión, el tipo de sesión, si es presencial o virtual, y si es que el profesional trabaja de manera independiente, en conjunto con unos colegas o a través de una institución privada.

Según el portal mencionado, el costo de las consultas va de los $700.00 a los $1500.00 por sesión. (Terapify, 2022), lo que al tener que realizar un mínimo de 6 sesión, si es una barrera importante para los pacientes. Otra de las barreras que aparecen en el servicio privado es que, aunque su demanda es menor, también nos podemos encontrar con agendas saturadas u horarios de atención más cortos.

Descripción de la estructura familiar acorde a la teoría.

En base a lo mencionado en este marco teórico, el modelo terapéutico a seguir es la terapia estructural

ya que nos ayuda a enfocar tanto la organización de la estructura familiar, como el correcto desarrollo de cada uno de los integrantes.

La estructura familiar.
Cuando observamos la estructura dentro de la familia nos permite ver cómo es que cada uno de los miembros realiza funciones específicas para que tenga un correcto funcionamiento.

Recordemos que para llevar el modelo estructural es importante ver la jerarquía ¿quién decide qué? ¿quién manda? ¿cómo se toman las decisiones?, si la jerarquía no está bien identificada, surgen los conflictos, y no hay una correcta interacción dentro de la familia.

Es importante ver cómo llevan los límites y fronteras, para definir quien está participando, ya que regulan la comunicación externa, logrando tener muy bien ubicados las funciones y los roles.

Las alianzas se consideran algo positivo y las coaliciones es lo negativo, nos permiten ver cómo estas uniones hacen que la familia sea frágil, por lo que el objetivo es poder hacerse fuerte, como integrante, para sobrevivir en el sistema familiar.

Diagnóstico y sus elementos.
Para realizar un diagnóstico de la estructura familiar debemos de considerar la etapa del ciclo vital, los límites, las alianzas y coaliciones, jerarquías, fuentes de apoyo, así como limites dentro y fuera de la familia.

Este modelo de terapia estructural nos ayuda a visualizar la distribución de responsabilidad dentro del núcleo familiar haciendo énfasis en quien participa en el sostén del síntoma

A diferencia de otros modelos, esta perspectiva sistémica, incluyó el contexto y la atribución de responsabilidad compartida entre los miembros de la familia, hay interés por encontrar como todos los miembros del sistema participan en el mantenimiento del síntoma.

La presentación de la queja.
En base a la intervención del terapeuta, aquí se lleva a una nueva formulación del problema ya que esto ayuda a que se vaya un poco al pasado para ver desde cuando se vienen presentando esta situación familiar. Muchas veces los mismos involucrados creen que el problema se da al momento que hace crisis en la familia, sin embargo, hay problemas que desde tiempo atrás se vienen gestando.

Las interacciones que mantienen el problema o síntomas.
Es importante señalar que el síntoma nos ayuda a definir la situación familiar, pero a la vez vemos como resguarda y esconde la forma de convivir de la familia, lo que hace que no se pueda ver a simple vista lo que ocasiona que sea más complicado descubrir otros problemas mayores que pone en peligro a la familia.
Al momento de la entrevista se observa realmente cómo es el comportamiento de los integrantes.

Para llevar a cabo correctamente la terapia estructural no debemos de darle menos importancia al comportamiento y al lenguaje no verbal de los integrantes de la familia ya que, por ejemplo, la cara es una parte muy expresiva de nuestro cuerpo, por lo que con cualquier gesto o mímica que hagan los integrantes de la familia nos indica si hay alegría, sorpresa, tristeza, miedo, así como enojo; otro rasgo importante es la coloración de la piel ya que algunas personas demuestran que están incomodos ante situaciones embarazosas cambiando el color de su cara.

La mirada es otra parte de nuestro cuerpo que delata emociones y se puede observar como la persona cambia. Los ojos y la mirada son una parte esencial e importantísima en toda interacción y, por supuesto, en las entrevistas. La presencia o ausencia de contacto visual por parte de una persona con el profesional proporciona información relevante de manera directa. Asimismo, es crucial que el entrevistador mantenga un contacto visual constante y positivo con el entrevistado, ya que este aspecto desempeña un papel central en la participación activa durante la escucha.

Muchas ocasiones por tomar notas perdemos el contacto visual y pasan desapercibidos detalles del paciente. Por ejemplo, si la mirada es fija e incisiva, viene a significar reto y desafío. Otra situación importante de los ojos, es que muchas veces de manera inconsciente dirigen con la mirada nuestra atención a otra persona.

Otros aspectos importantes a observar es la postura corporal de los participantes de la terapia, con ella nos podemos dar cuenta quién está cómodo, incómodo, elusivo o agresivo.

Finalmente, pero no menos importantes, son los gestos como movimientos de las manos, que es donde más se reflejan los nervios, los puños cerrados muestran enfado o tensión, así como el retorcerse las manos, tristeza o ansiedad. Tocarse repetidamente la nariz o la oreja puede indicar dudas e incomodidad, y agarrar continuamente los cabellos o la barba, nerviosismo o coquetería. También la distancia interpersonal que sostienen con los otros integrantes de la familia te habla de con quién se sienten más cómodos y con quién se sienten mal.

METODOLOGÍA

En esta parte de nuestro trabajo identificaremos el problema origen de la investigación y la manera en que trataremos de comprobar la hipótesis propuesta.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Nuestra investigación se basa en el análisis de un caso práctico de la realización de un proceso de terapia familiar que no se pudo concluir, y analizaremos las causas que impidieron su término. Para tal efecto identifico como problema principal a investigar el siguiente: ¿Qué barreras se presentaron en el proceso de intervención por medio de terapia familiar en un caso práctico en la ciudad de león Guanajuato que impidieron que llegara a término?

JUSTIFICACIÓN

En un proceso de Terapia Familiar pueden existir barreras tanto de parte de los pacientes, así como del terapeuta o del mismo proceso que pueden impedir que el proceso llegue a su fin. Parte importante de este proceso es poder llegar a un cierre del mismo, ya que eso implica un trabajo bien realizado y con la mayoría, si no es que todos, los problemas del paciente resueltos.

Sin embargo, muchas de las ocasiones los procesos de terapia familiar no llegan a su fin, ya sea por deserción de los pacientes, por culpa del terapeuta o por situaciones ambientales.

El interesarme por este tema es debido a que un proceso de Terapia Familiar inconcluso implica pérdidas de tiempo al paciente y al terapeuta, pérdidas económicas y mala imagen del terapeuta, pero lo más importante, los pacientes que no logran terminar la terapia en muchos de los casos se "vacunan" contra la atención psicológica, por lo que ya no vuelven a buscar esta opción de ayuda recurriendo a apoyos no profesionales y dañando a todos los terapeutas familiares.

OBJETIVOS

En el presente trabajo de investigación podemos encontrar los siguientes objetivos:

Objetivo general.
Conocer e identificar las barreras que existieron en un proceso de terapia familiar en un caso práctico en León, Guanajuato.

Objetivos particulares.
• Identificar las barreras del paciente en un proceso de terapia familiar, por medio de investigación bibliográfica y de un análisis de caso.
• identificar las barreras del terapeuta en un proceso de terapia familiar, por medio de investigación bibliográfica y de un análisis de caso.
• identificar las barreras espacio – temporales o físicas existentes en un proceso de terapia familiar por medio de investigación bibliográfica y estudio de caso.
• Presentar las barreras identificadas en el informe final.

HIPÓTESIS

Existieron barreras en un proceso de terapia familiar en un caso práctico en León, Guanajuato en junio de 2023, que pudieron impedir su efectividad.

MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño.
Cualitativo, de campo, retrospectivo, descriptivo y observacional. (Alvarado, 2018)

Nuestra investigación es cualitativa ya que nos interesa saber el por qué en algunas ocasiones la terapia se abandona por parte de los pacientes y en algunas ocasiones el terapeuta la abandona dejando a la deriva el proceso de la terapia, más que buscar cantidades, se buscan características de estas barreras.

La investigación es de campo ya que se va a analizar un caso práctico. Retrospectivo porque es un caso que sucedió hace medio año aproximadamente.

Es descriptiva porque se va a buscar describir las barreras existentes y su influencia en la Terapia Familiar. Finalmente es observacional indirecta porque se van a analizar las observaciones señaladas por el terapeuta.

Población.
Por las características de la presente investigación se va a analizar solo un estudio de caso de un proceso inconcluso de Terapia Familiar

Muestra:
Al ser solo un estudio de caso no hay muestra, se investiga todo el universo.

Criterios de selección:
Se seleccionó el caso por cercanía con el terapeuta y conocimiento del caso, aparte del acceso al expediente. El criterio básico de selección es porque es un proceso de Terapia Familiar inconcluso.

Criterios de No selección:
Expedientes de procesos de terapia familiar terminados.

Criterios de Exclusión:
Ninguna.

VARIABLES

Cuadro de operacionalización de variables.

Variable	Tipo	Indicador	Unidades	Escala
Independiente	Barreras	Cuestionario	Economía, formación del terapeuta	Nominal
Dependientes	Proceso de terapia familiar	Análisis de expedientes terminados	Expedientes del caso	Nominal

En cualquier investigación podemos encontrar dos tipos de variables, las variables independientes, que como lo dice su nombre son variables, o aspectos del fenómeno a investigar, que no siempre son iguales o tiene el mismo valor, pero que se pueden mover a voluntad; y las variables dependientes, o las que se van a mover en base o de acuerdo a la variación de las independientes.

Para el presente estudio podemos identificar inicialmente como variables independientes las barreras tanto del paciente, como del terapeuta o el mismo proceso que puedan modificar o detener el proceso de terapia familiar, que en este caso sería la variable dependiente.

Para el presente trabajo de investigación se realizará un análisis documental de un caso práctico de Terapia Familiar en donde dicha terapia no logró llegar a buenos resultados en la ciudad de León, Guanajuato en marzo de 2023.

Instrumentos.
No se van a utilizar instrumentos de investigación, solo hojas de datos para relacionar las barreras identificadas.

Procedimiento.
Análisis de un expediente físico de un proceso de terapia familiar

PLANEACIÓN DEL TRABAJO

La realización de la presente investigación se realizará entre los meses de Enero a Junio de 2023, tomando como base de análisis el expediente de un caso de terapia familiar llevado a cabo del 28 de Agosto al 18 de Septiembre de 2022 en la ciudad de León Guanajuato al cual tengo acceso guardando la confidencialidad del mismo.

Debido a que solo se va a realizar análisis documental se pueden ajustar los tiempos a la siguiente programación:

Actividades	Meses	Enero				Febrero				Marzo				Abril				Mayo				Junio			
	Semanas	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Titulo del tema					X																				
Bibliografia						X																			
Preguntas de investigación							X																		
Elaboración de hipótesis								X																	
Elaboración de objetivos									X																
Definición de variables										X															
Marco teorico											X	X	X	X	X										
Análisis de caso																X	X	X	X						
Conclusiones																				X	X				

ANÁLISIS DE CASO

El caso que a continuación se plantea expone los problemas suscitados en un proceso de terapia familiar solicitado por una familia a raíz de conflictos de convivencia y conductuales. Por confidencialidad se manejarán nombres ficticios de los pacientes y el terapeuta, los demás datos son reales.

La familia que asistió a consulta estaba conformada por la Sra. Angelina, de 85 años, comerciante y ama de casa, Antonia, de 67 años, soltera, jubilada quien trabajaba en un Centro de Salud, Rosario, de 65 años, divorciada, jubilada de secretaria de Gobierno Municipal y Esther, 59 años, soltera, jubilada de Telmex.
Esther fue la que solicito la consulta para la familia por no poder convivir adecuadamente y tener conductas que provocan un comportamiento no apropiado para la convivencia.

Contexto del caso

La Sra. Angelina tienen una tienda y una papelería, en vida de su esposo se hicieron de este negocio, el Sr. Pedro, trabajó en Transito del Estado por lo tanto le dejo también una pensión de viudez para que ella pudiera tener una vida tranquila y sin muchos problemas económicos.

El señor Pedro y la señora Angelina tuvieron 7 hijos, La mayor es Antonia, luego Rosario, Lourdes, José, Rutilio, Esther y finalmente Alejandro, es una familia católica, ella de Durango y él de Moroleón, Guanajuato. La podríamos catalogar como una familia tradicional. Lourdes, José, Rutilio y Alejandro están casados y viven con sus familias. Don Pedro falleció hace nueve años y ahora en la casa paterna viven la Señora Angelina con sus tres hijas, Antonia, Rosario (que es viuda) y Esther. Las tres hijas trabajaban en diferentes ámbitos.

Después de que la hermana mayor Antonia se jubiló, Rosario y Esther comentan que se sintieron más tranquilas, pues sería ella la que estaría al pendiente de su mamá, ya que la señora Angelina estaba sola en casa y se encargaba del negocio familiar y la casa; por eso ellas se sentían más tranquilas que su hermana se jubilara para que su mamá estuviera acompañada, pero mencionan que no fue así.

Describen que su hermana Antonia empezó a hacer cambios en la forma en que llevaba su mamá la casa y el negocio, lo que origino que abusara de autoridad sobre la Sra. Angelina ya que empezó a controlar y manipular todas las decisiones que la señora tomaba, también le comenzó a meter ideas a su mamá, provocando que ella les llame la atención por llegar tarde, o ir a reuniones o simplemente por no llegar a tiempo a casa ya que la puerta se debe de cerrar a las nueve porque no es bien visto que ellas como señoritas salgan solas, coinciden las hermanas.

Cuando se jubilan Rosario y Esther, dicen que la situación se pone insoportable, ya que su hermana Antonia toma el papel de mamá, y su mamá la Sra. Angelina se ha vuelto una persona muy insegura donde toma a consideración lo que diga Antonia para llevar a cabo las decisiones que ella antes tomaba.

Mencionan que la Sra. Angelina se hizo autoritaria y controladora con las hijas mayores y con la menor siempre manejó diferente el trato, considerándose la consentida de ella, dándole más libertades, lo que creó una rivalidad entre ellas que fue subiendo de nivel, la madre a pesar que ya es una persona de 85 años, está completa y plena en sus facultades mentales y físicas, y a pesar de que sus hijas son mujeres adultas mayores, dicen que todavía sigue teniendo el control.

Nos dice que ella se siente cansada de que sus hijas discutan por cosas sencillas como ¿Qué van a comer? ¿Quién va a salir? ¿Quién me cuida?... Ella dice que se puede cuidar sola, que no necesita de ellas, pero afirma que Antonia necesita que le ayuden sus hermanas porque es la que tiene ingresos más bajos; Rosario siempre anda de mal humor y señalan que Esther siempre anda como en competencia con Antonia.

Esther expresa que no aguanta esta situación ya que ella y su mamá, la Sra. Angelina, pagan los servicios y comida de todas, porque siempre hay discusión cuando se les pide la cooperación de lo que les corresponde a Antonia y a Rosario, pero ellas se escudan que su pensión es mucho menor que la que recibe Esther y su mamá, y para que no discutan su mamá pone la parte que le corresponde a cada una de ellas, y cuando la mamá lleva comida para todas no les pide cooperación para que no haya problemas.

Antonia expresa que no es cierto que ella lleva el control, lo que pasa es que ellas no quieren apoyarla en las tareas de la casa y en cuidar a su mamá y el negocio, pero dice que ella no le mete ideas a la cabeza a su mamá.

Rosario dice que ella no tiene problemas más bien son Antonia y Esther las que tiene rivalidad desde que eran niñas, pero por su parte no tiene ningún problema nada más que sea justa la responsabilidad.

Planeación preliminar de las sesiones (sujeta a ajustes según avance la terapia) en base a lo observado en la primera sesión

En base a las inquietudes presentadas en la entrevista de contacto, y en especial a la información obtenida en la primera sesión, el terapeuta planea el manejo del caso, tomando en cuenta que puede ir habiendo ajustes por el mismo desarrollo de la terapia.

El proceso de terapia familiar se planea inicialmente a 8 sesiones, en el consultorio indicado por la terapeuta. A estas sesiones acudirán solo Antonia, Rosario y Esther. Se le va a pedir de favor que la Señora Angelina no asista ya que ella está en la etapa de la vejez.
Se trabajará inicialmente en forma individual con cada una de ellas durante una o dos citas, teniendo sesiones de 50 minutos, esto con la finalidad de trabajar sus problemas individuales del pasado y del presente, para dar entrada a la nueva estructura familiar. Ya más adelante se trabajará en conjunto en sesiones de una hora y media.

La comunicación para la organización de sesiones se hará con Esther, la hija menor, ya que ella fue la que contactó inicialmente al terapeuta.

El terapeuta nos presentó su planeación en donde no identifica ninguna barrera que pueda detener el proceso.

Elementos detectados para la planeación de las sesiones del proceso de Terapia Familiar.

1) Los limites difusos en la familia, entre la madre y las hijas.
2) La jerarquía se reconoce a la Sra. Angelina como la principal jerarquía.
3) Identificar en quien recae la centralidad de la convivencia.
4) Hay limites difusos en el sistema parental la Sra. Angelina ya que al faltar su esposo subió de rango a su hija Antonia tomando decisiones como lo hacía su papá.
5) Hay conflicto entre Antonia y Esther
6) Rosario tiene características negativas, como mal carácter, irresponsabilidad en el apoyo a cuidar a la Sra. Angelina.
7) Alianza entre Antonia y Rosario.
8) Limites rígidos por parte de la madre hacia las hijas que ya son adultas.

Objetivos segunda sesión.

• Conseguir información con relación a los patrones de interacción entre las cuatro personas que conviven para empezar a observar y hacer la estructura familiar.
• Concientizar a la familia para llevar una convivencia de paz y armonía, que beneficiara a todo el sistema.
• Hacer reconocimiento de los cambios que han hecho de manera individual para una mejor convivencia.

Objetivos tercera sesión.

• Acordar que cada uno de los integrantes dejen de agredirse y etiquetarse o de echarse la culpa y ver en realidad en que está fallando la familia.
• Que los integrantes de la familia conozcan su contexto real y de ahí edificar un cambio para ir sacando lo negativo de la convivencia.
• Explicar cómo sería la estructura funcional de la familia de ellas, explicar la interacción de cada una de ellas respecto a los límites, la jerarquía, las alianzas, coaliciones y triangulaciones, mostrándoles cual es la estructura funcional apropiada para ellas y quitando responsabilidad a una donde todas son responsables del resultado.

Objetivos cuarta a octava sesión

• Que los miembros del sistema familiar vayan creando nuevas reglas de interacción que sean funcionales para generar un cambio.
• Ir creando una nueva estructura familiar con nuevas reglas para que haya mejoras al interior de la familia.

Revisión del expediente del estudio de caso por sesiones

A continuación, se transcribe el expediente elaborado por el psicólogo en el proceso de terapia familiar, para tratar de identificar las barreras existentes.

Análisis del expediente de la Primera sesión.

Objetivo terapéutico:
• Obtener información sobre el motivo de consulta.
• Establecer los límites claros para interactuar en la terapia.

Desarrollo de la sesión:
• Se citaron a todas las personas que habitan en el hogar para que nos puedan explicar el motivo por el cual se había solicitado el servicio de psicología.
• Se les describió la forma de trabajo, se habló del horario semanal de las consultas y del costo de las mismas, de la necesidad de su participación activa durante todo el tratamiento, y del enfoque con base en el cual se trabajaría.
• La familia está de acuerdo con el manejo de las sesiones.
• La familia expresó sus conflictos de convivencia dificultades
• Considerando esta información, se citaron a todos los miembros de la familia para la siguiente sesión.
• Esta consulta tuvo una duración de hora y media.
• Se le informa que vamos a ir cambiando de lugar de consulta ya que no se cuenta con un consultorio propio.

Análisis de la sesión:
En base a la sesión se puede identificar lo siguiente:
1) Existen límites de la señora Angelina, hacia las hijas Antonia, Rosario y Esther
2) La señora Angelina puede seguir siendo la encargada de poner las reglas del hogar, pero ya que nos enfrentamos con hijas adultas se puede llegar a un acuerdo de quién va a tomar la responsabilidad de la casa ya que su mamá se encuentra en la etapa de ancianidad y es necesario que ellas se comporten como adultas.
3) Es necesario poner límites claros entre las hijas para ayudar a la Señora Angelina, habiendo reglas claras, establecidas de común acuerdo por las partes, se llegará a un cambio favorable para ese sistema.
4) Límites claros en el sistema familiar ayuda a una convivencia positiva.
5) Por la edad que tienen cada una de las integrantes se puede compartir la responsabilidad sin necesidad de involucrar a la señora Angelina para que pase una ancianidad más tranquila y feliz entre sus hijas.
6) Comentan que llevaron un calendario de actividades entre ellas y entre los hermanos casados que no cohabitan en la misma casa para cuidar a su mamá.
7) Se elabora genograma.

Identificación de barreras: Hay un cambio de consultorio a última hora, se les avisa a los pacientes para que se trasladen al otro domicilio.

Análisis del expediente de la Segunda sesión.

Objetivo
• Conseguir información con relación a los patrones de interacción entre las cuatro personas que conviven para empezar a observar y hacer la estructura familiar.
• Concientizar a la familia para llevar una convivencia de paz y armonía, que beneficiara a todo el sistema.
• Hacer reconocimiento de los cambios que han hecho de manera individual para una mejor convivencia.

Desarrollo de la sesión
• En esta segunda sesión se solicitó acudir nada más las hijas, ya que la señora por la edad que tiene, es más difícil hacer cambios de patrones aprendidos.
• Se les explicó cómo sería la interacción para darle la estructura, así como aplicación de algunos test de apoyo para obtener más información básica para diseñar las estrategias y metas para el cambio de convivencia, e ir viendo cómo se podrían relacionar mejor, de nuevo se valora la jerarquía, centralidad, límites al interior y al exterior, alianzas, coaliciones y triangulaciones nuevamente ir mejorando nuevamente la sesión duro hora y media.
• La hermana mayor, Antonia, se queja que la hermana menor es la que se comunica con la terapeuta para concertar las citas, porque dice que la hermana menor puede dar información a su favor, pide ser ella la que se comunique con la terapeuta.

Análisis de la sesión:
- Quién más habla en esta sesión es Esther, mientras que Rosario casi no habla.
- Antonia menciona que ella debe llevar el mando y apoyar a su mamá porque ella es la mayor.
- Antonia no está de acuerdo con la terapia psicológica ya que ella actúa correctamente.

- Antonia ignora cuando Esther habla y no le pone atención.
- Hay mucha mala energía entre ellas porque ven en qué momento se pueden perjudicar entre ellas.
- Rosario lo único que opina es que ella tiene cosas que hacer y no tiene que batallar con lo que pasa en la casa con ellas y su mamá.

Identificación de barreras: No se inició a tiempo porque el consultorio estaba cerrado, se tuvo que conseguir un nuevo consultorio para recibirlas.

Análisis del expediente de la Tercera sesión.
Análisis del registro de la segunda sesión:
- Se identifica una molestia por parte de las pacientes por hacer un cambio de consultorio.

Objetivos de la sesión:
• Acordar que cada uno de los integrantes dejen de agredirse y etiquetarse o de echarse la culpa y ver en realidad en que está fallando la familia.
• Que los integrantes de la familia conozcan su contexto real y de ahí edificar un cambio para ir sacando lo negativo de la convivencia.
• Explicar cómo sería la estructura funcional de la familia de ellas, explicar la interacción de cada una de ellas respecto a los límites, la jerarquía, las alianzas, coaliciones y triangulaciones, mostrándoles cual es la estructura funcional apropiada para ellas y quitando responsabilidad a una donde todas son responsables del resultado.

Desarrollo de la sesión:
Ya no hubo tercera sesión ya que fue abandonada por los pacientes

Análisis de la sesión:
- No hay análisis de sesión no asistieron.

Identificación de barreras: Los pacientes no se presentan a la tercera sesión.

Barreras que se presentaron por sesión.

Identificación de barreras sesión 1, 2 sept 22: En esta sesión se presentó el problema que en el consultorio donde se iba a dar la terapia no llegó la terapeuta, las pacientes le marcaban y no contestaba, hasta que entró la llamada y pudo hacer el cambio de lugar a última hora, los pacientes se tuvieron que desplazar hacia el nuevo consultorio.

Identificación de barreras sesión 2: En esta sesión se presentó la misma situación del consultorio ya que se le olvidaron las llaves al psicólogo por lo que no se inició a tiempo, y prefirió conseguir un nuevo consultorio para recibirlas.

Por parte de los pacientes la hija mayor Antonia llama para cambiar las condiciones de la consulta referente a si deben asistir las tres, ya que ella piensa que solo debe asistir la hermana menor, esto lo hace sin consultar a las otras dos hermanas,

Identificación de barreras sesión 3: Los pacientes no se presentan a la tercera sesión, por parte del psicólogo no hubo un acercamiento para darle el seguimiento apropiado.

Análisis y resultados de las barreras presentadas

En base al análisis del caso se encontraron las siguientes barreras:

Barreras	Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Tipo
Cambio de domicilio del consultorio	X	X		Medio Ambiente
Terapeuta no contesta llamadas	X			Terapeuta
Informalidad del terapeuta	X			Terapeuta
Uno de los participantes se queja que el contacto para citas sea solo una de las hermanas y no todas.	X			Paciente
El terapeuta olvida la llave el consultorio		X		Medio Ambiente
La hermana mayor pide que solo vaya a atención psicológica la hermana menor y no las tres.		X		Paciente
El terapeuta reprograma la tercera sesión por fumigación del consultorio			X	Medio Ambiente
El terapeuta reprograma la tercera sesión de nueva cuenta por enfermedad			X	Terapeuta
Los pacientes ya no lo contactan			X	Paciente
El terapeuta no les llama para dar seguimiento			X	Terapeuta

En base al análisis del expediente del proceso de terapia familiar en el caso revisado, se encontraron varias barreras que influyeron de manera determinante en la cancelación del mismo proceso.

De entrada, pudimos ubicar 3 barreras por parte de los participantes, dos por querer imponer sus ideas en el proceso de terapia y 1 por no dar seguimiento a la misma.

En el caso de las barreras Medio Ambientales y del Terapeuta, aunque en la literatura las manejan separadas, ambas son responsabilidad del Terapeuta, y si alguna no es responsabilidad directa, en especial los medios ambientales, si es responsable el profesional de prever dichos escenarios.

En el caso de las barreras medio ambientales fueron 3 las que se presentaron, en una ocasión el consultorio estaba ocupado y tuvo que cambiar de consultorio, en la segunda se le olvidaron las llaves y también hubo cambio de consultorio, y la tercera, al ser un consultorio rentado, lo fumigaron y no le avisaron al terapeuta.

Finalmente, la mayoría de barreras que pudimos identificar fueron 4 del terapeuta, desde el no contestar las llamadas del paciente, la informalidad de los cambios de consultorio, y las dos últimas, que aunque la enfermedad no es responsabilidad total del terapeuta, si lo es el no dar seguimiento a los pacientes en cuanto se recuperara, que fue la cuarta barrera.

CONCLUSIONES

En base en el estudio de caso realizado podemos identificar que en un proceso de terapia familiar pueden existir muchas barreras que, si no se detectan a tiempo, pueden limitar la eficiencia de la terapia o incluso impedir que se desarrolle hasta su conclusión.

Pudimos observar la importancia de la comunicación desde el contacto inicial, ya que como es una terapia grupal, se cree que la persona que tiene el contacto con el terapeuta tiene mayor influencia para dar su versión o tener un trato especial por parte del psicólogo.

También se observó que las alianzas y coaliciones se extrapolan buscando que el terapeuta se coloque en el bando que a cada quién le interesa.

Referente al terapeuta se pudo observar la importancia de la formalidad del mismo, ya que, aunque sea un excelente terapeuta, debe tomar en cuenta que no toda la gente va con deseo a la sesión, y usan cualquier falla del profesional para decir que la terapia no sirve y el terapeuta no sirve.

Finalmente, es importante señalar la importancia que tienen elementos ajenos al proceso de terapia, incluso algunos intangibles, como el calor o la ventilación, que provocan que al no estar cómodos los pacientes, no se integran ni aportan de manera positiva a la sesión.

También es importante mencionar que la disponibilidad de un consultorio, así como su orden y limpieza hablan bien o mal no solo del lugar, sino del terapeuta, incluso llegando a catalogar la calidad de sus servicios por la calidad de las instalaciones.

De esta manera podemos concluir que en todos los procesos de terapia familiar siempre existe la posibilidad de que se presenten barreras tanto del paciente, como del medio ambiente y el terapeuta, que pueden limitar o afectar al proceso de terapia, como fue en el caso de estudio analizado en esta investigación, con lo cual se comprueba nuestra hipótesis.

De enseñanza me queda que hay pocos estudios referentes a analizar estas barreras y que sería importante seguir esta línea de investigación, ya que en muchas de las ocasiones solo nos quedamos con la idea de que la terapia no funcionó por culpa del paciente, o por culpa del terapeuta, sin embargo, no hacemos un análisis a fondo para ver cómo podemos identificar estas barreras a tiempo y no dejar que afecten al proceso de terapia.

ÉTICA

Es importante señalar que al llevar a cabo la investigación de este caso se respetó la confidencialidad en base a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en posesión de los particulares (Camara de Diputados, 2010), y en base al Código ético de los psicólogos de México. (Sociedad Mexicana de Psicología A.C., 2009).

Para proteger a los participantes en el proceso de terapia familiar se cambiaron nombres y datos de identificación, dejando los datos de la terapia de acuerdo al expediente.

REFERENCIAS

Aedo, E. R. (Agosto 2014). La psicología humanista: sus orígenes y su significado en. Ajayu Órgano de Difusión Cientifica del Departamento de Psicología UCBSP, 12(2), 135-186. https://doi.org/http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612014000200001

Alda, I. O. (1995). ENFOQUES EN TERAPIA FAMILIAR SISTEMICA. EDITORIAL HERDER. https://doi.org/chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/LIBROEnfoquesenterapiafamiliarsist%C3%A9mica.pdf

Alvarado, A. (2018). Chismes de Psicología. EDUCEM, 1(5), 14-30.

Arciniegas Mojica, M. J. (2020). Dinámicas y estructuras familiares transgeneracionales en sistemas con historia de violencia intrafamiliar . Bucaramanga, Colombia: Universidad Pontificia Bolivariana. Retrieved 08 de Junio de 2023, from https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/8127/42_1.pdf?sequence=1&isAllowed=y

AubreyJ.Yates. (1970). La Definición de Terapia Conductual. Revista Latinoamericana de Psicología,, 2(2), 113-121. https://doi.org/file:///C:/Users/PSICOLOGA/Downloads/80502202.pdf

Camara de Diputados. (05 de 07 de 2010). www.diputados.gob.mx. Retrieved 23 de 06 de 2023, from www.diputados.gob.mx: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LFPDPP.pdf

Castaño-Suarez, M. (15 de Agosto de 2018). http://revlatinofamilia.ucaldas.edu.co/. Retrieved 05 de Junio de 2023, from http://revlatinofamilia.ucaldas.edu.co/downloads/Rlef10(2)_4.pdf

Clinic, M. (24 de Febrero de 2018). Mayo Clinic. Mayo Clinic: https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/family-therapy/about/pac-20385237#:~:text=La%20terapia%20familiar%20es%20un,cl%C3%ADnico%20o%20un%20terapeuta%20acreditado.

Fischer, C. M.-.. (2019). What makes a difficult patient so difficult? Examining the therapist's experiencie beyond patient characteristics. Journal of clinical psychology, 5, 75. Retrieved 15 de 06 de 2023.

Gallardo, C. P. (02 de Octubre de 2018). Psicología-Online. Psicología-Online: https://www.psicologia-online.com/que-es-la-psicologia-humanista-caracteristicas-principales-4037.html

Gallardo, C. P. (02 de Octubre de 2018). Psicología-Online. Psicología-Online: https://www.psicologia-online.com/que-es-la-psicologia-humanista-caracteristicas-principales-4037.html

Guzman Martínez, G. (22 de Octubre de 2018). Psicología y Mente. Retrieved 01 de Junio de 2023, from https://psicologiaymente.com/clinica/historia-de-terapia-familiar

INEGI. (2020). https://cuentame.inegi.org.mx/. Retrieved 05 de Junio de 2023, from https://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/hogares.aspx?tema=P

INEGI. (2020). https://www.inegi.org.mx/. Retrieved 05 de Junio de 2023, from https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Hogares_Hogares_01_57ba7d6b-c179-4e83-bea5-bc19c0defb11&fbclid=IwAR3vbiHaqFRcNQB1Fg7MGF_NZY4C1mQeD0s9xsWz0T2F-_WhE_W2etUzQSE

Instituto Vasco de Estadística. (02 de Junio de 2023). https://www.eustat.eus/. Retrieved 02 de Junio de 2023, from https://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_159/elem_1755/definicion.html#:~:text=La%20familia%20se%20define%20como,la%20totalidad%20de%20una%20vivienda.

Lauro, E. I. (2012). El Ciclo Vital de la Familia. Ediciones Mundiales .

Lega, L. F. (2017). Terapia Racional Emotivo Conductual (1a ed.). España, Barcelona: Espasa Libros, S. L. U.,. Retrieved 07 de Junio de 2023.

Llavona Uribelarrea, L. M. (2012). Manual del Psicólogo de Familia (1a ed.). (G. A. S.A., Ed.) Madrid, España: Ediciones Pirámide. Retrieved 05 de Junio de 2023.

López Romo, H. (Octubre de 2016). www.amai.org. https://www.amai.org/revistaAMAI/47-2016/6.pdf

Metcalf, L. (2020). Terrapia narrativa centrada en soluciones. New York, USA: DESCLÉE DE BROUWER, S.A.,. Retrieved 07 de Junio de 2023.

Minuchin, S. (2004). Familias y Terapia Familiar . México,D.F.: Gedisa.

NORTE, U. P. (10 de Febrero de 2016). UNIVERSIDAD PRIVADA DEL NORTE. UNIVERSIDAD PRIVADA DEL NORTE: https://blogs.upn.edu.pe/salud/2016/02/10/ocho-cualidades-de-todo-buen-psicologo/

Oblitas, L. A. (2008). Psicoterapias contemporanea. En L. A. Oblitas, Psicoterapias contemporanea (pág. 427). Cengage Learning.

Porez, D. F. (2017). Terapia cognitiva Antecedentes, teoría y metodología. IberAM, 10(2), 200-208. https://doi.org/file:///C:/Users/PSICOLOGA/Downloads/Dialnet-TerapiaCognitiva-6642554.pdf

RAE, R. A. (25 de mayo de 2023). https://dle.rae.es/barrera. https://www.rae.es/

Reyes, E. (18 de 01 de 2023). Solo hay 7 psicólogos en las delegaciones del IMSS Veracruz revela INAI. (E. d. Córdova, Ed.) El Sol de Cordova. Retrieved 16 de 06 de 2023, from https://www.elsoldecordoba.com.mx/local/salud-mental-imss-de-veracruz-tiene-solo-7-psicologos-para-atender-casos-de-ansiedad-y-depresion-9486099.html

Romo-López, H. (2016). Los once tipos de familia en México (Vol. 47). AMAI.

Ruiz, M. Á., Díaz, M. I., & Villalobos, A. (2012). Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales. Bilbao, España: Desclée De Brouwer, S.A. Retrieved 08 de Junio de 2023.
Sociedad Mexicana de Psicología A.C. (2009). www.psicologia.unam.mx/documentos. Retrieved 23 de 06 de 2023.

Terapify. (21 de 10 de 2022). Terapify: Psicólogos en línea. Retrieved 16 de 06 de 2023, from https://www.terapify.com/blog/cuanto-cuesta-un-psicologo/#:~:text=El%20precio%20de%20una%20sesi%C3%B3n,450%20MXN%20y%20900%20MXN.

UNAM. (28 de Septiembre de 2021). https://gaceta.facmed.unam.mx/. Retrieved 05 de Junio de 2023, from https://gaceta.facmed.unam.mx/index.php/2021/09/28/actualidades-en-el-tema-de-la-homoparentalidad/

Valdés Cuervo, Á. A. (2007). Familia y desarrollo. Intervenciones en Terapia Familiar (1a ed.). México, D.F., México: El Manual Moderno. Retrieved 02 de Junio de 2023.

“Influencia del confinamiento por la pandemia del covid-19 y los factores sociofamiliares en **los trastornos de ansiedad, depresión e ideación suicida de las y los adolescentes”**

Paulina del Carmen Morales Ibarra, Eli Josué Fernández Enríquez

RESUMEN

La presente investigación invita al lector a conocer el impacto del confinamiento por la pandemia del covid -19 y los factores sociofamiliares en los trastornos de “ansiedad, depresión e ideación suicida” de las y los adolescentes, quienes representan una población vulnerable al encontrarse en una etapa llena de cambios a nivel biológico y cognitivo pues la adolescencia transcurrida entre los 10 y 19 años, se presenta por cambios fisiológicos (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas, femeninas y masculinas), estructurales (anatómicos), psicológicos (integración de la personalidad e identidad) y la adaptación a los cambios culturales y/o sociales donde los factores sociofamiliares son necesarios para proteger y guiar a esta población.

El Síndrome Respiratorio Agudo Severo Coronavirus-2 (SARS-CoV-2), el patógeno causante del COVID-19, llevó a los individuos al ser sometidos a situaciones de incertidumbre por lo general, presentando reacciones de diversa índole psicológica pues entre las estrategias para evitar la enfermedad estaba evitar el contagio a través del confinamiento y el distanciamiento social, lo que provocó en las y los adolescentes un cambio en el entorno psicosocial con una alta prevalencia de trastornos psicológicos y psiquiátricos, tales como estrés, trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, riesgo de suicidio entre otros.

Por lo anterior, es importante la presente investigación para dar a conocer de qué manera influyó el confinamiento por la pandemia del covid-19 en relación con los factores sociofamiliares, pues como ya fue señalado, al ser la adolescencia una etapa vulnerable en el desarrollo psicosocial de las y los adolescentes, durante el aislamiento social fue y sigue siendo importante la crianza positiva familiar, a través de la protección y acompañamiento afectivo en una época de incertidumbre, factores que en variados casos representan un riesgo para los jóvenes.

INTRODUCCIÓN

Este trabajo, pretende dar a conocer la influencia del confinamiento por la pandemia del covid -19 en los trastornos de ansiedad, depresión e ideación suicida de los adolescentes quienes abarcan una edad entre los 12 y 19 años de edad según la Organización Mundial de la Salud (OMS), siendo importante resaltar que en la muestra de estudio se abordó a adolescentes mujeres y hombres de 12 y 13 años. Como ya fue señalado, la etapa adolescente es vulnerable debido a los diversos cambios psicológicos y cognitivos que se presentan a lo largo de su desarrollo en los que es necesario el acompañamiento adecuado de las redes de apoyo, (familiares y de la comunidad) mismas que se vieron limitadas durante el confinamiento pues las y los jóvenes se vieron obligados a dejar sus actividades presenciales como el ámbito escolar y otras actividades recreativas que permitían la sana convivencia y desarrollo socioemocional, dando paso al temor, angustia y desesperanza en variados casos por estar expuestos a ser contagiados por el virus Sars Cov 2 originado del Covid -19 el cual tuvo una afectación grave, secuelas e incluso la muerte para las personas consideradas vulnerables a nivel de salud como los adultos mayores, personas con padecimientos crónicos degenerativos, entre otros, una nueva realidad que llevó a protegernos y tener una distancia entre los miembros de la sociedad con medidas extremas e importantes como el abandonar las actividades presenciales y adaptarnos a una convivencia virtual, las escuelas, trabajos y labores de nivel recreativo tuvieron qué retomarse en casa generando un rezago importante en la Salud Mental de las y los adolescentes. Por lo anterior, el estar en casa para muchas de las familias repercutió de manera negativa en su Salud Mental, se vio limitada la comunicación y a pesar de los duros esfuerzos y estrategias políticas para motivar la convivencia desde los hogares, en muchos de ellos había tensión por la pérdida de algún familiar, la falta de desempleo originando con ello conflictos, aumentando la ansiedad y la depresión por lo que pudiera pasar más adelante, propiciando la violencia e incluso llegar a instancias como el riesgo de suicidio principalmente en ésta población vulnerable "adolescentes".

Por consiguiente, y al retomarse las actividades presenciales, los síntomas de ansiedad y depresión se han observado en poblaciones sobre todo adolescentes, por lo que es relevante conocer la influencia que el confinamiento por el virus de la pandemia del covid -19 provocó y en qué medida los factores sociofamiliares permitieron permear tales síntomas.

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I

ORIGENES DEL COVID – 19

El Síndrome Respiratorio Agudo Severo Coronavirus-2 (SARS-CoV-2), el patógeno causante del COVID-19, surgió por primera vez en Wuhan, China, en diciembre de 2019 y en marzo de 2020 fue declarado pandemia. La pandemia de COVID-19 ha sobrecargado los sistemas de salud en la mayoría de los países y ha provocado pérdidas económicas masivas. La transmisión del SARS-CoV-2 generalmente ocurre por gotitas respiratorias. El período de incubación promedio es de 6,4 días y los síntomas de presentación suelen incluir fiebre, tos, disnea, mialgia o fatiga. Mientras que la mayoría de los pacientes tienden a tener una enfermedad leve, una minoría de los pacientes desarrolla hipoxia severa que requiere hospitalización y ventilación mecánica. La administración es principalmente de apoyo. Sin embargo, varios agentes antivirales directos y la terapia inmunomoduladora con esteroides y varios bloqueadores de citoquinas parecen prometedores en los primeros resultados.
No obstante, se ha desarrollado una vacuna eficaz que contribuirá a mitigar la pandemia. Según Rohan Kumar y colaboradores (2021), el Covid-19 y su impacto psicológico en los seres humanos se manifiestan de diversas formas cuando las personas enfrentan situaciones de incertidumbre. Dado que esta enfermedad es contagiosa, es crucial que tanto los organismos estatales como los miembros del grupo familiar y el propio paciente se eduquen para prevenir la aparición de estados depresivos o síntomas de estrés, los cuales pueden persistir durante meses o incluso años (Piña Ferrer, 2020)

Confinamiento y distanciamiento social: ansiedad y depresión en adolescentes

Entre las estrategias para evitar la enfermedad del COVID-19 que afecta a la población mundial está evitar el contagio a través del confinamiento y el distanciamiento social, lo que puede provocar en los niños y adolescentes un cambio en el entorno psicosocial con una alta prevalencia de trastornos psicológicos y psiquiátricos, tales como estrés, trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, riesgo de suicidio y trastornos alimentarios. El distanciamiento social fa-

vorece una reducción en la interacción, se relaciona con la ansiedad, el estrés y la depresión, además de la preocupación de contagiar a la familia. Estos escenarios pueden generar estrés a los padres, violencia intrafamiliar y uso descontrolado de internet. Los niños y adolescentes son poblaciones vulnerables que se adaptan al entorno en crisis. (Ochoa Fuentes et al., 2022)

Sintomatología depresiva e ideación suicida como consecuencia del covid-19

La COVID-19 ha provocado problemas de salud mental en la población. Tras un año de pandemia, una muestra de 1558 personas residentes en España, con edades comprendidas entre los 16 y los 77 años, cumplimentaron un cuestionario online, cuya difusión se llevó a cabo mediante la técnica bola de nieve. El cuestionario comprendió información sobre datos socio demográfico y evalúo el impacto psicológico a través del inventario de frecuencia de ideación suicida (FSII) y el Inventario de depresión de Beck (BDI). Los resultados muestran que la pandemia de la COVID-19 ha traído consigo un incremento significativo de sintomatología depresiva e ideación suicida, con niveles superiores en mujeres, personas desempleadas y estudiantes. La muerte por la COVID-19 de una persona cercana, el cambio de vivienda, haber pasado la enfermedad con síntomas graves o el teletrabajo se relacionó con una peor sintomatología depresiva e ideación suicida. Los hallazgos obtenidos muestran la existencia de problemas de sintomatología depresiva e ideación suicida tras la pandemia y suscitan la necesidad de desarrollar programas de prevención e intervención que contribuyan a minimizar las consecuencias psicológicas de la COVID-19. (Urdiales Claros y Sánchez Álvarez, 2021)

CAPÍTULO II

SALUD MENTAL

La promoción de la salud mental se refiere a las acciones destinadas a fortalecer, mantener e incrementar el bienestar psicológico de las personas que se consideran "mentalmente sanas". Para comprender este concepto, se introduce el término "salud mental positiva", que abarca tanto estados de felicidad y bienestar como situaciones de sufrimiento y conflicto emocional. Es importante distinguir entre lo que se considera normal y anormal en estos estados psicológicos, considerando la complejidad de la mente humana y las dificultades para definir claramente qué constituye salud mental y qué es enfermedad mental. Además, se establece una conexión entre la promoción de la salud mental y el autocuidado, relacionando la capacidad de cuidarse a uno mismo con la habilidad para cuidar a los demás. Esta relación es especialmente relevante en profesiones centradas en el cuidado de otros.(Lluch Canut, 2002)

El individuo que sufre una enfermedad mental, debe ser comprendido como una unidad bio-psico-social, en la que se atiende a sus necesidades y problemas en todos los ámbitos de su vida, considerándolo como un todo y no solo ocupándose de aspectos aislados y parciales. El enfermo mental crónico se entiende como aquella persona que sufre trastornos mentales severos y persistentes que interfieren en las capacidades funcionales de la vida diaria, y que impiden el desarrollo de la propia autosuficiencia personal. Existen programas que están regidos por un proceso planificado y sistemático de enseñanza - aprendizaje orientado hacia las prácticas saludables, además de la evitación de hábitos de riesgo. Su objetivo principal es el aprendizaje de conocimientos, actitudes y comportamientos orientados hacia la integración del individuo en la comunidad, cuyo eje central se imbrica a partir de una visión de salud positiva. Para alcanzar este objetivo, se disponen de recursos de salud destinados al tratamiento, apoyo y rehabilitación de personas con enfermedad mental crónica que se encuentran en régimen de hospitalización. Un ejemplo de estos recursos es la Unidad de Rehabilitación Activa (URA), donde se enfoca principalmente en la rehabilitación y reintegración social de los pacientes. Este dispositivo busca proporcionarles las herramientas necesarias para mejorar su calidad de vida y favorecer su participación en la comunidad. (Campos Rodríguez et al., 2013)

Trastorno ansiedad

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) la ansiedad es una emoción normal que las personas sienten cuando se enfrentan con una amenaza, un peligro o cuando están con tensión. Cuando las personas se vuelven ansiosas, típicamente se hay angustia e incomodidad. La sensación de ansiedad puede ser resultado de experiencias de la vida.

Los trastornos de ansiedad son el tipo de enfermedad mental más común que puede comenzar en la niñez o juventud.

Sus síntomas:
- Sudoración abundante
- Resequedad en la boca
- Palpitaciones
- Tensión y dolor muscular
- Dificultad para respirar
- Mareos, náuseas, desmayos, vértigo
- Malestar estomacal
- Preocupaciones excesivas
- Cansancio
- Irritabilidad
- Dificultad para concentrarse
- Problemas para dormir

Dentro de la ansiedad se incluye:
- Trastorno de pánico
- Fobias
- Trastorno obsesivo compulsiva
- Trastorno por estrés postraumático

Depresión

La organización Mundial de la Salud señala que (OMS, 2016) las personas que sufren depresión experimentan una variedad de síntomas, como un estado de ánimo deprimido persistente o pérdida de interés y placer durante al menos dos semanas. Muchas personas con depresión también padecen síntomas de ansiedad y somáticos sin explicación médica discernible.

La depresión impacta todos los aspectos de la vida y afecta cuatro aéreas:
- Pensamientos
- Comportamientos
- Relaciones
- En su cuerpo

Así mismo, es la más común de los trastornos mentales en la población en general, con una prevalencia de hasta el 9.1% en México.

En la mayoría de los pacientes, los episodios depresivos surgen de la combinación de factores familiares, biológicos, psicológicos y sociales.

Síntomas:
- Cambios en los sentimientos y emociones
- Repentinos ataques de llanto
- Indefensión, desamparo o desesperanza
- Pérdida de placer en actividades que antes le gustaban
- Sentimientos de soledad
- Sentimientos de culpa
- Falta de autoestima

Cambios en la conducta:
- Distanciamiento social
- Descuido del aspecto físico
- Abandono de responsabilidades
- Irritabilidad

Quejas físicas:
- Sensación continua de cansancio
- Cambios en la duración del sueño
- Pérdida de apetito
- Problemas digestivos
- Dolores de cabeza

Suicidio

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) el suicidio es un acto deliberadamente iniciado y realizado por una persona en pleno conocimiento o expectativa de su desenlace fatal. Es un problema multifactorial que resulta de una compleja interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos y ambientales.

Definiciones:
- Suicidio: Muerte causada por el comportamiento autoinfligido prejudicial con la intención de morir como resultado de dicha conducta.
- Intento de suicidio: conducta asociada a una lesión autoinfligida con intención suicida.
- Autolesión: conducta asociada a una lesión autoinfligida sin intención suicida.
- Ideación suicida: pensamientos asociados a un intento de suicidio.
- Plan suicida: pensamiento asociado a un intento de suicidio que cuenta con una serie de pasos organizados para ejecutar una conducta.

Factores de riesgo individuales:
- Intentos previos de suicidio
- Consumo nocivo de alcohol
- Pérdidas económicas
- Dolor crónico
- Historia familiar de suicidio
- Estrés emocional agudo incluyendo sentimientos de desamparo, desesperanza, baja autoestima, culpa y vergüenza.
- Presencia de otros trastornos de Salud Mental

Señales de alerta:

- Dice que se quiere morir o planea hacerlo
- Habla o pregunta acerca de la muerte
- Dice que pronto dejará de ser carga y habla como se despidiera
- Hace cosas que pone en riesgo su vida
- Dice que los problemas no tienen solución y la vida no vale nada
- Se siente desesperado, duerme poco o en exceso
- Regala objetos de valor sentimental y/o termina relaciones importantes
- Ha vivido situaciones como la pérdida de un ser querido, violencia, separación.

CAPÍTULO III

IMPACTO DEL CONFINAMIENTO POR LA PANDEMIA DEL COVID -19 EN LA SALUD MENTAL DE LOS ADOLESCENTES

La pandemia del COVID 19, además de provocar una crisis sanitaria, ha dejado tras de sí una sociedad exhausta económica y, también, emocionalmente. Entre estos, se ha constatado un aumento de los cuadros de estrés, ansiedad, depresión, trastornos de la alimentación, incluso suicidio en jóvenes y adolescentes. (Montero Sanz, 2021)

La pandemia de COVID-19 ha tenido un impacto significativo en la sociedad, generando aumento de problemas económicos, sociales y emocionales, especialmente en la población infantil y adolescente. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente uno de cada siete jóvenes de 10 a 19 años sufre algún trastorno mental. Entre las principales causas de estas enfermedades se encuentran la depresión, la ansiedad y los trastornos del comportamiento. Además, el suicidio es la cuarta causa de muerte en jóvenes de 15 a 19 años. Es crucial abordar los problemas de salud mental en la infancia y adolescencia para prevenir consecuencias a corto y largo plazo que puedan afectar su desarrollo y disminuir sus oportunidades de llevar una vida adulta plena (Ibañez Torres et al., 2022)

Adolescencia

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como la etapa que abarca desde los 10 hasta los 19 años. Por lo general, se divide en dos fases: la adolescencia temprana (de 12 a 14 años) y la adolescencia tardía (de 15 a 19 años). Durante estas etapas, los adolescentes experimentan cambios fisiológicos, estructurales y psicológicos, así como se adaptan a los cambios culturales y sociales. La adolescencia representa una etapa singular en el desarrollo humano y un momento crucial para establecer las bases de una buena salud. Durante este período, los adolescentes experimentan un rápido crecimiento físico, cognitivo y psicosocial, lo que influye en su forma de sentir, pensar, tomar decisiones e interactuar con su entorno. Aunque la adolescencia se considera generalmente como una etapa saludable de la vida, durante este período también se producen muertes, enfermedades y traumatismos en una proporción significativa. Sin embargo, muchos de estos problemas son prevenibles o tratables. Durante esta fase, los adolescentes establecen patrones de comportamiento relacionados con aspectos como la alimentación, la actividad física, el consumo de sustancias psicoactivas y la actividad sexual. Estas elecciones pueden afectar tanto su propia salud como la de las personas que los rodean. Para un crecimiento y desarrollo saludables, los adolescentes necesitan acceso a información integral sobre la sexualidad, oportunidades para adquirir habilidades para la vida, servicios de salud adecuados y entornos seguros. Asimismo, es crucial brindarles oportunidades para involucrarse activamente en la planificación y ejecución de acciones destinadas a mejorar y preservar su salud. Ampliar estas oportunidades es esencial para atender las necesidades y derechos particulares de los adolescentes. (OMS, 2022)

Impacto actual y consecuencias futuras de la pandemia en la salud mental de los adolescentes

Un porcentaje muy alto de niños, adolescentes y jóvenes, por la pandemia de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19), desarrolló síntomas emocionales de ansiedad, depresión e ideación suicida que aumentaron considerablemente. Los adultos que se encargaron de generar una red de apoyo se vieron impactados y sufrieron síntomas emocionales e incertidumbre laboral y económica. Se revisó el efecto futuro de una experiencia tan desfavorable en la infancia y cómo el apoyo familiar y social puede ayudar a reducir el estrés a través del desarrollo de la resiliencia. (Cacchiarelli San Román et al., 2021)

Medidas de Salud Pública ante el Covid -19

La pandemia de COVID-19 ha representado un desafío significativo para la salud de la población mundial. Cada Estado ha respondido implementando medidas basadas en su normativa interna. En el caso del gobier-

no mexicano, inicialmente asumió la responsabilidad de controlar la enfermedad de manera gradual, pero sin declarar un estado de excepción. A diferencia de otros países, donde se han restringido las libertades de tránsito y reunión mediante decretos, en México se establecieron obligaciones dirigidas a particulares. Para limitar la movilidad y abordar cuestiones laborales, el ejecutivo debió ejercer la facultad prevista en el artículo 29 constitucional, fundamentando y motivando la suspensión de derechos y especificando el impacto en los derechos laborales. Esto se hizo con el objetivo de garantizar la estabilidad financiera, el sistema financiero, el empleo y el bienestar mínimo del pueblo mexicano. (Ruz Saldívar y Maldonado Mendez, 2020)

Dentro de los principales roles que deberá asumir el Gobierno y la Secretaría de Salud se encuentran: (a) modificar la legislación actual para responder a la pandemia del COVID 2019 y futuras pandemias, (b) establecer prioridades para guiar la asignación de recursos para atender las emergencias sanitarias, (c) contar con un plan de vigilancia epidemiológica, (d) comunicar y educar a los miembros del sector salud en materia de autoprotección y (e) establecer medidas preventivas y de salud pública en apoyo para la población en general. En consecuencia, se logrará sensibilizar a la población para que adopte medidas adecuadas de autoprotección en salud como la correcta higiene, conocer e identificar los síntomas, acudir a los servicios de salud, restringir el contacto social a lo esencial, mantenerse informado y estar atento a los comunicados por parte de la Secretaría de Salud y los Gobiernos de sus localidades y a nivel federal para obtener una atención adecuada, oportuna y de calidad en el contexto de la pandemia en México. (Calderón García y Quiñonez Tapia, 2021)

CAPITULO IV

FACTORES SOCIOFAMILIARES

Factores sociofamiliares de protección

Los factores de protección son las fortalezas y recursos en los que usted y su familia pueden apoyarse cuando la vida se torna estresante. Al igual que un paraguas, estos factores pueden ayudar a proteger a su familia de los factores de riesgo durante momentos difíciles. Los padres que desarrollan y aplican estos factores en su vida cotidiana pueden acceder más fácilmente a recursos, apoyos o estrategias de adaptación para criar a sus hijos de manera efectiva, incluso bajo estrés. Aunque ya posee algunos de estos factores de protección, también puede necesitar el respaldo de su familia o comunidad, ya que todos necesitamos apoyo en ocasiones. Existen diversos enfoques de factores de protección utilizados por organizaciones y agencias para fortalecer a las familias.
Factores de protección clave que pueden proporcionar apoyo y estabilidad cuando las familias más lo necesitan:

- Crianza afectiva y apego
- Conocimientos sobre la crianza y el desarrollo de los niños
- Resiliencia de los padres
- Conexiones sociales
- Apoyo concreto para las familias
- Capacidad social y emocional de los niños

CRIANZA AFECTIVA Y APEGO

Los padres que tienen relaciones cálidas y amorosas con sus hijos están en mejores condiciones de apoyar el desarrollo físico, emocional y social de los niños, desde la infancia hasta la adultez temprana. Los padres de un(a) niño(a) son sus primeros maestros en la vida. Desde el momento en que nacen, los niños comienzan a aprender de sus padres formas de relacionarse con ellos mismos, con sus padres y con el mundo que los rodea.

A medida que pasan de ser niños pequeños a adolescentes, las formas de expresar y recibir amor y afecto de los niños cambiarán. Los niños pequeños pueden desear el tiempo y la atención de sus padres, pero los niños mayores y los adolescentes pueden poner a prueba su independencia y parecer más distantes o desconectados. Independientemente de su edad, todos los niños necesitan amor y apoyo.

CONOCIMIENTOS SOBRE LA CRIANZA Y EL DESARROLLO DE LOS NIÑOS

Ser un buen padre o una buena madre es en parte natural y en parte aprendido. Como mamá o papá, usted tiene una perspectiva y un conocimiento únicos de su hijo(a) y sus deseos y necesidades. Aprender a escuchar y confiar en su "intuición natural de mamá o papá" es una parte importante de ser buen padre o buena madre. Sin embargo, es importante recordar que ningún padre o madre puede saber todo lo que hay que saber sobre la crianza de los hijos. La crianza es un proceso de aprendizaje continuo: cada niño(a) tiene sus propias necesidades y cada día puede ser un poco diferente.

RESILIENCIA DE LOS PADRES

La resiliencia es la capacidad de lidiar con y recuperarse de las dificultades de la vida, ya sean pequeños desafíos cotidianos o una crisis de vida más grande. Cuando la vida se pone estresante, la resiliencia puede ayudarle a encontrar la fuerza y la paciencia para criar a sus hijos de manera efectiva. Todos los padres tienen fortalezas y recursos internos que pueden ayudarlos en tiempos difíciles. Estos pueden incluir cosas como la fe, la flexibilidad, el humor o las habilidades para resolver problemas. Una parte importante del desarrollo de resiliencia es el autocuidado (cuidarse a sí mismo).

CONEXIONES SOCIALES

Los padres que cuentan con sólidas redes sociales y una comunidad de apoyo pueden hallar más sencillo cuidar tanto de sus hijos como de sí mismos. Esto puede incluir la presencia de un amigo dispuesto a escuchar sus preocupaciones, un familiar que ofrezca consejos o una comunidad de fe (como una iglesia, mezquita o templo) o una comunidad social que brinde otros tipos de apoyo. Un entorno comunitario positivo también facilita a los padres encontrar apoyo concreto, como servicios de cuidado infantil o transporte. Además, los niños también se benefician de las conexiones sociales positivas de sus padres.

APOYO CONCRETO PARA LAS FAMILIAS

Puede resultar complicado enfocarse en otras áreas cuando una familia carece de lo necesario. Aquellas familias que enfrentan dificultades para cubrir sus necesidades fundamentales, como alimentación, vivienda, cuidado infantil, empleo u otras necesidades, pueden experimentar mayores obstáculos para respaldar el desarrollo saludable de sus hijos. Por otro lado, los padres que tienen todas sus necesidades básicas satisfechas de manera consistente pueden tener más

tiempo y energía para dedicarles a sus hijos. Los niños también se ven afectados por la estabilidad de sus necesidades básicas.

Pedir ayuda es un signo de fortaleza porque significa que está trabajando duro para que usted y su familia tengan todo lo que necesitan para vivir vidas sanas, seguras y felices. Puede haber lugares en su comunidad que puedan ayudarle a encontrar apoyo concreto, como vivienda asequible, cuidado de salud, educación y consejería.

CAPACIDADES SOCIALES Y EMOCIONALES DE LOS NIÑOS

Capacidad social y emocional se refiere a la capacidad para formar vínculos e interactuar de manera positiva con los demás, regular sus propias emociones y comportamientos, comunicar sus sentimientos y resolver problemas de manera efectiva. Ayudar a sus hijos a desarrollar buenas habilidades sociales y emocionales puede fortalecer el vínculo entre ustedes. Los niños y jóvenes desarrollan habilidades sociales gradualmente. Es importante comprender cuáles habilidades puede esperar ver según las edades de sus hijos. Si cree que su hijo(a) puede estar experimentando retrasos en su desarrollo social y emocional, es importante buscar ayuda lo antes posible. (Departamento de Salud y Servicios Humanos, 2021)

Factores de riesgo en la adolescencia

Las dificultades, también conocidas como factores de riesgo, abarcan situaciones como la pérdida de empleo, experiencias traumáticas, consumo inadecuado de sustancias (como drogas o alcohol), los berrinches de los hijos o las dificultades escolares que enfrentan. Estos factores pueden variar desde eventos significativos en la vida hasta los desafíos cotidianos más pequeños. En última instancia, los factores de riesgo pueden dificultar que las familias se mantengan seguras, saludables y unidas. También pueden poner a los niños en mayor riesgo de problemas de salud y otros resultados negativos, o incluso de sufrir abuso o negligencia. (Departamento de Salud y Servicios Humanos, 2021)

Toda la comunidad está sujeta a sus normas, valores, ideales y modos de relación, que la sociedad en si misma estructura, lo cual nos haría pensar que, al ser una influencia común, no podría ser considerada un factor de riesgo. No obstante, no todas las personas experimentan esa influencia de la misma manera. Siguiendo la idea expresada en la introducción y basada en la estructura de oportunidades (Cloward y Ohlin, 1960), la forma en que las personas se ven afectadas puede variar según su posición en la estructura social. Algunos podrán aprovechar los factores de protección, mientras que otros neutralizarán los factores de riesgo, o viceversa.

Para que se manifieste una conducta de riesgo, se requieren dos grupos de elementos. Por un lado, están aquellos factores que generan malestar o deficiencias en la persona, impulsándola hacia esa dirección. Por otro lado, existen valores que favorecen positivamente esa conducta irregular de riesgo. Estos valores pueden formar parte de la cultura general de la sociedad o ser específicos de un grupo social o subcultura.

Durkheim, uno de los pioneros de la sociología, analizó un fenómeno al que denominó anomía (del griego, "falta de normas" en el sentido de referentes que orienten la vida). Este fenómeno, en parte, se originó debido a los grandes cambios sociales que tuvieron lugar durante la Revolución Industrial, a finales del siglo XIX. En la actualidad, observamos cómo diversos elementos contribuyen a la aparición de fenómenos anómicos. Los valores culturales y las normas sociales convencionales pueden favorecer conductas de riesgo, proporcionando un respaldo cultural a diversas acciones que, bajo la presión de otros factores, pueden convertirse en problemas.

Hay culturas en las que el consumo de droga es un imperativo cultural, y un ejemplo es nuestro medio cultural con respecto al alcohol, que está presente en muchos momentos de nuestra vida (Becoña, 2002) y ha estado sustentado por la publicidad, con pocas restricciones hasta los años noventa, década en la que se comienza a limitar la publicidad directa. Las prácticas de juego de entretenimiento tampoco tienen limitaciones.

Los aparatos para jugar en el domicilio son accesibles y no están mal vistos, lo que favorece una dedicación excesiva a costa de otras actividades más saludables. Mencionar también el acoso escolar, que se ve promovido por determinados modelos de relación entre los compañeros basados en la competitividad y alejados de la cooperación, lo que provoca la agresión en lugar de la empatía y la resolución armónica de problemas.

La adaptación social y emocional de un niño depende de su relación con los compañeros y si es rechazado por sus pares, puede desembocar en problemas de violencia, absentismo escolar, delincuencia, necesidad de demanda psíquica, e incluso puede llegar al suicidio (Monelos, 2015). La privación social, el surgimiento de barrios deprimidos o empobrecidos dentro de un contexto socioeconómico pujante es propio de los procesos económicos de grandes cambios expuestos por Durkheim.

Una de las variables que más influye en la mala marcha escolar es la carencia de recursos, situación que se agrava si a esto unimos la variable inmigración. Una parte de las conductas de riesgo se ve influida por la angustia, la ansiedad, la desesperanza, la sensación de una falta de control sobre la propia vida del alumnado y repercute en el mal funcionamiento de algunos centros con deficiente coordinación con las familias, con la comunidad, o de intervenciones no cohesionadas entre sí. También se apuntan a que la pobreza puede estar relacionada con un menor autocontrol, factor que favorece las conductas antisociales, el abuso de drogas y otras conductas de riesgo.

Los factores de riesgo relacionales, que se refieren al entorno inmediato, están vinculados a la influencia ejercida por los micro grupos a los que pertenece un adolescente. Estos micro grupos básicamente incluyen la familia, la escuela, el grupo de amigos y la convivencia cotidiana en la comunidad de referencia, ya sea en un barrio urbano o en un pueblo. La familia, en particular, desempeña un papel crucial en el desarrollo adolescente, afectando tanto los aspectos psicológicos como los comportamentales. Por esta razón, se ha investigado ampliamente la influencia de la familia al explicar las conductas problemáticas. La conflictividad familiar incluye las malas relaciones entre la pareja, pero también las malas relaciones entre los progenitores y la prole.

Si bien las malas relaciones en la pareja a veces se solventan sin duros conflictos y con acuerdos pensados en la protección de los hijos e hijas, en otros casos, afloran duros trances, con un gran perjuicio para la descendencia, que pueden ser utilizados como armas contra la otra parte, sin embargo, en muchos casos, no hay conflictos de pareja y la disfuncionalidad es compartida por ambos miembros de la pareja, que llevan a cabo conductas antisociales tales como los malos tratos, la comisión de delitos y los consumos abusivos de drogas. También, con mucha frecuencia, se ha asociado la desestructuración y la disfunción a las familias de clases bajas y marginales.

La falta de supervisión y la comunicación deficiente, aunque son dos aspectos distintos, están estrechamente relacionados.

A menudo, estos problemas están influenciados por una dedicación insuficiente a los hijos, motivada por los valores sociales que enfatizan el éxito profesional o económico. Esta presión puede llevar a concentrar los esfuerzos en alcanzar esas metas, descuidando otras responsabilidades, como el compromiso con la familia. Según Ana Martínez (2012), la crianza de hijos se basa en dos pilares fundamentales: el apoyo afectivo y el control disciplinario

La articulación de estos dos ejes da lugar a cinco modelos o estilos educativos: el democrático (alto nivel de afecto y control proporcional y razonado), el autoritario (bajo nivel de afecto, alto nivel de disciplina), el permisivo (bajo nivel de control y alto nivel de afecto), el indiferente (bajos niveles de afecto y control) y el ambivalente (varía en función del estado de ánimo de los padres) (Martínez, 2012). En la actualidad, se han acumulado suficientes evidencias como para relacionar las conductas problema con los estilos educativos (Martínez, 2012).

No obstante, hay que tener en cuenta que los estilos educativos deben situarse en relación con los ámbitos culturales, ya que se han observado resultados dispares en el desarrollo de modelos indulgentes y autoritarios según sean adolescentes de hogares hispanos o caucásicos norteamericanos. Una de las funciones principales de la familia es la creación o formación del autoconcepto y de la identidad de los miembros que componen dicha unidad familiar, a través de los procesos de socialización, la comunicación, el clima familiar y la adecuada transmisión de valores, (Musitu y Allat, 1994) y el modelado, entendido de una forma amplia, esto es, incluyendo aquellas prácticas de socialización que se producirán en la interacción paterno-filial (Miranda, 2004). En el ámbito familiar, se adquieren patrones de comportamiento, estilos de relación y habilidades sociales que luego se extienden a otros contextos y subsistemas de desarrollo del menor (Sanchez-Queija y Oliva, 2003). Si estos aprendizajes son deficientes, pueden dar lugar a dificultades en esos otros entornos, lo que a su vez

afecta negativamente las relaciones familiares y con los pares (Santibañez Gruber y Gonzalez de Audikana de la Hera, s.f.).

Las redes de apoyo familiar y social constituyen una fuente valiosa de recursos materiales, afectivos, psicológicos y de servicios. Estas redes pueden activarse para enfrentar diversas situaciones de riesgo en los hogares, como la falta de recursos económicos o empleo, brindar apoyo en caso de enfermedad o cuidado de niños y personas mayores. Uno de los aspectos positivos de estas redes es su capacidad para prevenir problemas de salud mental, como el estrés y la depresión. Estudios han demostrado que la depresión está inversamente relacionada con el apoyo social: las personas con niveles bajos de apoyo tienden a experimentar más síntomas depresivos, y viceversa. La influencia positiva o negativa de estas redes está determinada por diversos factores, como características socioeconómicas, rasgos de personalidad, recursos disponibles, calidad de las relaciones interpersonales y reciprocidad de apoyo entre los miembros.

Las redes se basan en la confianza, reciprocidad y están relacionadas con el sentido de pertenencia a una comunidad: la familia, la cuadra, la colonia, el barrio; y hasta dónde estas redes forman parte de la cotidianeidad de la sociedad. La población mexicana percibe debilidad de sus redes de apoyo como ayuda en situaciones que ponen en riesgo la estabilidad económica, emocional y de salud en los hogares. (Instituto Nacional de las Mujeres, 2015)

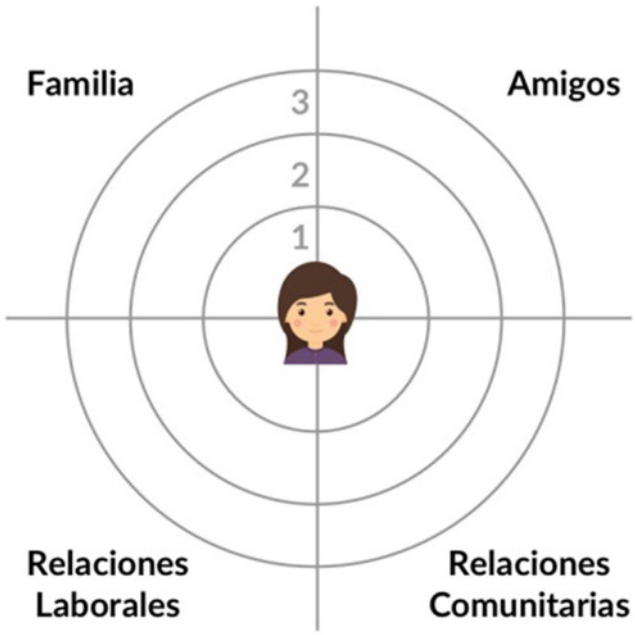
Según el artículo de Psicología Práctica (Práctica, 2020) el Mapa de Red es una herramienta gráfica que permite visualizar el grado y la conexión entre las diferentes relaciones de una persona, es decir que comprenden la suma de todas las relaciones que un individuo considera como significativa o alejadas de un individuo, Fue creado por el psicoterapeuta y psiquiatra Carlos Sluzki. También implica un ejercicio personal de autoconocimiento sobre las relaciones propias y su grado de cercanía, Como precedente es posible discernir dada la participación de la herramienta de una red micro y una red macro a la cual se incluye nuestra comunidad, sociedad y especie.

Red Social Personal

Es la suma de todas las relaciones de un individuo que percibe como significativas, esta red corresponde al nicho interpersonal de la persona, esta red incluye a todos los individuos con los que ella/ el interactúa; El mapa puede ser sistematizado en cuatro cuadrantes: familia, amistades, relaciones laborales o escolares y relaciones comunitarias de servicios o de credo.

Funciones de la Red

• Compañía social: Ejecución de actividades conjuntas o simplemente sentirse junto a otros.
• Apoyo Emocional: Intercambios que se caracterizan por una actitud emocional positiva, comprensión, simpatía, empatía y estímulo.
• Guía Cognitiva y Consejos: Interacciones destinadas a compartir información personal.
• Regulación o control social: Interacciones que recuerdan roles y tareas.
• Ayuda de material y servicios: Colaboración específica sobre la base de conocimiento experto o ayuda física. Dentro de esta área se encuentran los servicios de salud.
• Acceso a nuevos contactos: Posibilidad de conexión con otras personas y redes que no eran parte de la red del individuo.



CAPÍTULO V

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Pregunta de investigación: ¿Cuál es la influencia del confinamiento por la pandemia del covid-19 y los factores sociofamiliares en los trastornos de ansiedad, depresión e ideación suicida de las y los adolescentes de primer grado escolar que acuden en una Secundaria de León Guanajuato?

MATERIAL Y MÉTODOS

1.- Diseño

"Éste estudio será cuantitativo, observacional, prospectivo, transversal y experimental".

2.- Población

"Adolescentes mujeres y hombres de 12 y 13 años en de primer grado de secundaria"

3.- Muestra

- "Determinístico intencional"
- "6 grupos que cursan el primer año de secundaria"
- "101 hombres y 104 mujeres adolescentes de 12 y 13 años de edad"

4.- Criterios de selección

Criterios de Inclusión:

- Adolescentes hombres y mujeres de primer grado que acuden a una secundaria en León Guanajuato.

Criterios de no inclusión:

- Estudiantes que no pertenezcan a la secundaria seleccionada para el presente estudio

Criterios de Exclusión:

- De la población especificada se encuestará a quienes sus padres les haya autorizado y aún con el consentimiento, a quien lo decida
- Se tamizarán a las y los adolescentes presentes el día de la aplicación

5.- Variables

- Variable dependiente: ansiedad, depresión e ideación suicida de los adolescentes
- Variable independiente: confinamiento por la pandemia del covid-19 y factores sociofamiliares

Operacionalización de variables

VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	UNIDADES	ESCALA
Ansiedad	Dependiente	Escala de Hamilton	Resultado positivo o negativo	Ordinal
Depresión	Dependiente	Escala de Beck	Resultado positivo o negativo	Ordinal
Suicidio	Dependiente	Escala de Plutchik	Resultado positivo o negativo	Ordinal
Factores sociofamiliares	Dependiente	Entrevista semiestructurada	Factores positivos Factores negativos	Nominal
Pandemia del Covid -19	Independiente	Entrevista semiestructurada	Confinamiento	Nominal

6.- Instrumentos

Para profundizar la investigación, se aplicarán las siguientes escalas:

- **Escala de Hamilton para la Ansiedad** (Hamilton Anxiety Rating Scale, Hars) creado por el Profesor de Psiquiatría Max R. Hamilton que consta de 6 preguntas en las que se debe definir si los síntomas se presentan de forma ausente, leve, moderado y grave. Versión corta. En la escala se suman los puntos que el usuario haya señalado en donde de 1 a 4 es un riesgo ausente, de 5 a 9 leve, de 10 a 15 moderado y de 16 en adelante 16 es grave.

- **Escala de Depresión de Beck,** creado por el Psiquiatra, Investigador y Fundador de la Terapia Cognitiva, Aaron T. Beck que tiene 13 reactivos con 4 opciones cada uno donde refiere el nivel de desesperanza de nulo a máximo. El cuestionario indica que los puntos de 0 a 4 es un riesgo mínimo, de 5 a 7 leve, de 8 a 15 moderado y de 16 en adelante grave.

• **Escala de Riesgo Suicida de Plutchik** (Risk of Suicide,RS) que evalúa la intensidad de la ideación suicida actual, sentimientos de depresión, desesperanza y otros aspectos relacionados con las tentativas de suicidio, diseñada originalmente por Robert Plutchik, psicólogo norteamericano que desarrolló un modelo de las emociones basándose en la teoría psico-evolutiva de las emociones, misma que consta de 8 reactivos siendo los 3 últimos más determinantes para detectar un probable riesgo de suicidio o con 7 (sí). Versión corta.

Entrevista semi estructurada: elaborada por el investigador del presente trabajo, la cual consta de 5 reactivos y un apartado para observaciones, que permitirán confirmar o descartar los resultados obtenidos en las escalas, así como brindar una relación con los factores sociofamiliares y el confinamiento por la pandemia por Covid -19. Entrevista ubicada en la sección de anexos.

7.- Procedimiento

Lo que se planea hacer con la presente investigación, es conocer y brindar información acerca de la influencia y relación del confinamiento por la pandemia por covid -19 y los factores sociofamiliares en el trastorno de ansiedad y depresión, así como ideación suicida de los adolescentes, ello con el objetivo de analizar la potencialización en su Salud Mental.

Una vez delimitado el tema de estudio, se procede a gestionar con la institución educativa la propuesta de intervención con los alumnos, integrando una oportuna información acerca del proceso, con ello, se realiza el consentimiento informado con el fin de evidenciar el contacto realizado con las autoridades del plantel. Hecha la solicitud, se procede a aplicar los instrumentos de medición con la muestra de la población pactada y, teniendo la autorización de los padres de familia el cuál fue solicitado por la institución escolar, se procedió a aplicar las 3 escalas correspondientes (ansiedad, depresión y riesgo de suicidio) a los 6 grupos de primero de secundaria quienes fueron parte de la muestra de investigación, llevando a cabo un promedio de tiempo aproximado de 20 minutos por grupo, posteriormente, las escalas fueros calificadas con el fin de tener a los usuarios que resultaron positivos en las mismas con el fin de entrevistarles de manera individual, ocupando un tiempo aproximado de 10 minutos por adolescente y con ello relacionar la influencia de los resultados de la escala con los factores sociofamiliares y el confinamiento por la pandemia por covid -19. Cabe resaltar que una escala no brinda un diagnóstico, sino que los resultados son un probable riesgo que se debe atender.

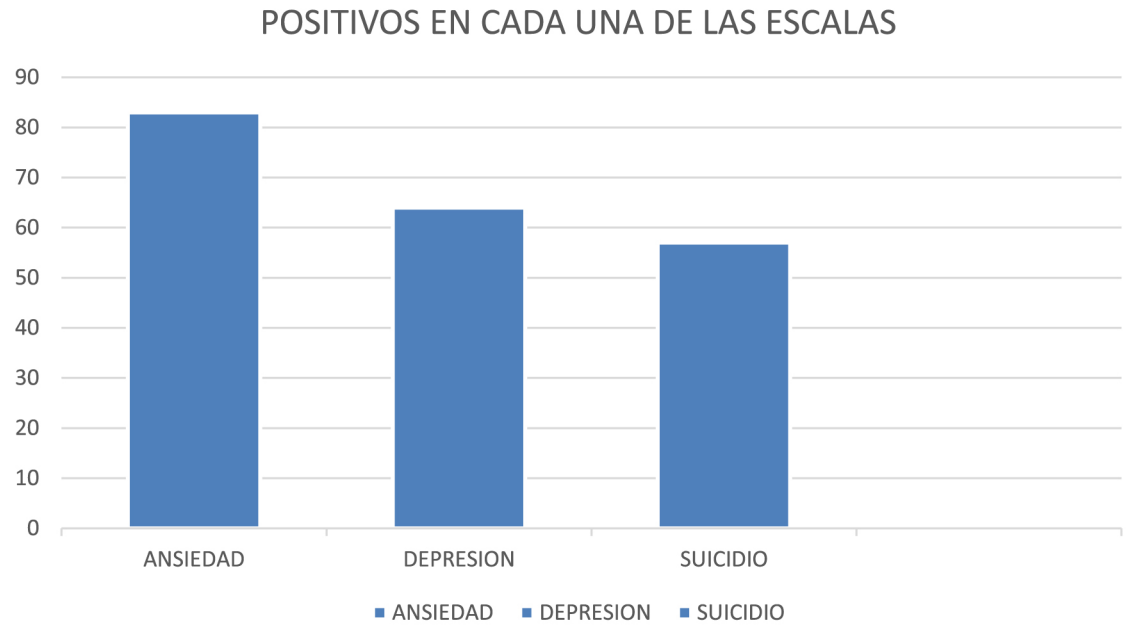
Vale resaltar la definición de tamizaje: según la OMS, el tamizaje y/o escala es una prueba sencilla en una población saludable, para identificar a aquellos individuos que tienen alguna patología, pero que todavía no presentan síntomas.

Y que una escala no diagnostica, sino que todos los resultados se catalogan como "probables" y es necesario atenderlos y referir a las instituciones correspondientes para confirmar o descartar un probable diagnóstico.

8.- Análisis

Resultados de escalas riesgo de suicidio, ansiedad y depresión

GRADO Y GRUPO	POBLACIÓN ESTUDUANTIL TOTAL		POBLACIÓN PRESENTE EN LA APLICACIÓN		TIPO DE ESCALA	ESCALA POSITIVA		TOTAL POR ESCALA
	H	M	H	M		H	M	
1A	15	20	14	19	SUICIDIO	3	7	10
					ANSIEDAD	6	12	18
					DEPRESIÓN	4	11	15
1B	17	14	13	13	SUICIDIO	2	2	4
					ANSIEDAD	2	3	5
					DEPRESIÓN	0	1	1
1C	14	19	14	17	SUICIDIO	4	10	14
					ANSIEDAD	6	15	21
					DEPRESIÓN	5	14	19
1D	17	18	16	16	SUICIDIO	2	6	8
					ANSIEDAD	6	3	9
					DEPRESIÓN	5	4	9
1E	18	17	16	16	SUICIDIO	2	8	10
					ANSIEDAD	7	7	14
					DEPRESIÓN	4	5	9
1F	20	16	19	12	SUICIDIO	5	6	11
					ANSIEDAD	9	7	16
					DEPRESIÓN	7	4	11
TOTAL	101	104	92	93	PERSONAS POSITIVAS 100	79	125	204



La presente gráfica representa de manera total los trastornos que prevalecen en los grupos de las y los adolescentes de primer grado de secundaria, donde, recordando que mientras nuestra muestra era una población de 101 hombres y 104 mujeres adolescentes, sólo se aplicarían las escalas de medición de riesgo de suicidio, ansiedad y depresión a aquellos que estuvieran presentes el día de la aplicación, dando un total de 92 hombres y 93 mujeres que de acuerdo a los criterios de exclusión fueron tamizados. Con ello, se destaca que la prevalencia más alta está el trastorno de ansiedad con 83 adolescentes que arrojaron

un resultado positivo en la escala, posteriormente trastorno de depresión con 64 adolescentes detectados y por último riesgo de suicidio con 57. De lo analizado, cabe resaltar que las mujeres ocupan un mayor grado de síntomas en referencia a la de los hombres.

Ante lo descrito, es importante señalar que el resultado de síntomas es mayor ya que un adolescente tamizado, puede presentar desde un síntoma hasta los tres calificados.

Entrevistas semiestructuradas a aplicadas

Es importante señalar que se aplicó una sola entrevista por adolescente, abordando el trastorno del cual tuvo un resultado positivo, es decir, que se levantaron datos de aquellos que tenían uno, dos o los tres probables trastornos.

A continuación, se muestran datos de usuarios que presentaron uno, dos y/o tres probables trastornos:

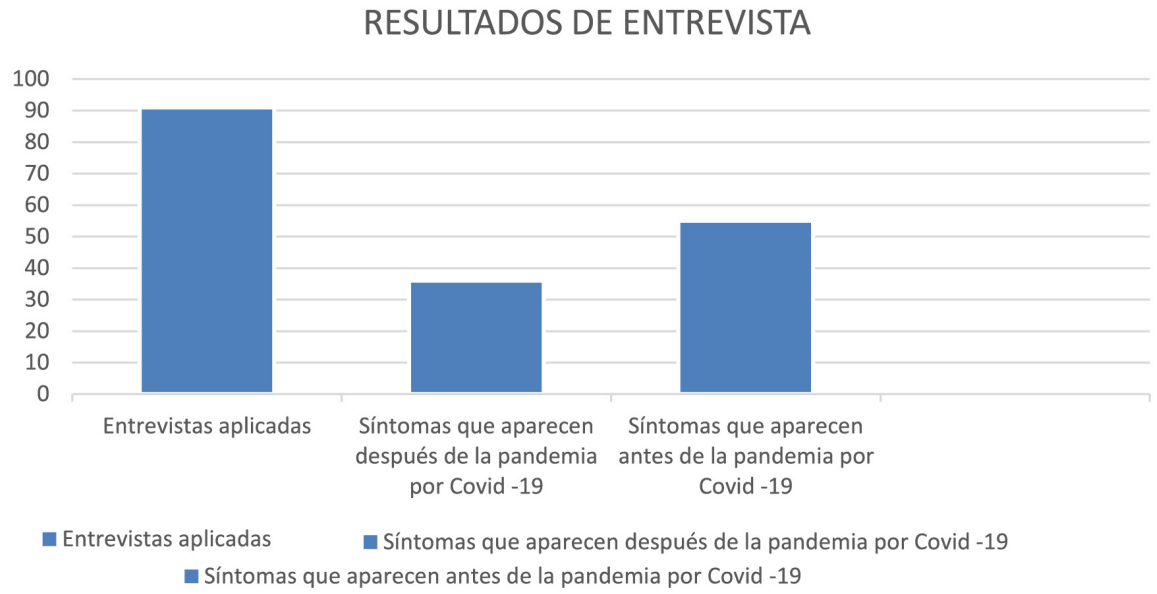
GRADO Y GRUPO	PRESENTÓ LOS 3 TRATORNOS	PRESENTÓ 2 TRASTORNOS	PRESENTÓ 1 TRASTORNO	TOTAL, A ENTREVISTAR
1A	6	11	3	20
1B	1	1	5	7
1C	10	11	3	24
1D	7	1	3	11
1E	3	10	6	19
1F	5	9	5	19
TOTAL	32	43	25	100

En total, las entrevistas semiestructuradas se debían aplicar a 100 adolescentes, pero recordando nuevamente los criterios de exclusión, solamente se abordan a aquellos adolescentes presentes el día de la aplicación; dando un total de 91 entrevistas.

Resultados de entrevista semiestructurada de los trastornos de suicidio, ansiedad y depresión en relación con el confinamiento por la pandemia del covid -19

GRADO Y GRUPO	ENTREVISTAS A APLICAR	ENTREVISTAS APLICADAS	SINTOMAS DESPUÉS DEL COVID -19	SINTOMAS ANTES DEL COVID-19
1A	20	17	11	6
1B	7	6	1	5
1C	24	23	5	18
1D	11	9	5	4
1E	19	19	8	11
1F	19	17	6	11
TOTAL	100	91	36	55

La presente tabla es una parte fundamental para conocer los datos arrojados con relación a raíz del confinamiento de la pandemia por Covid -19, o si los síntomas ya se encontraban latentes antes de la misma.



Como ya fue señalado, fueron 91 adolescentes a quienes se les aplicó la entrevista semiestructurada, de los cuales, 36 señalaron que los síntomas de acuerdo a la escala de medición, aparecieron después del confinamiento del Covid-19, mientras que 55 señalaron tenerlos desde antes.

Dato predominante que se será analizado en el apartado de resultados y discusión.

9.- Cronograma de actividades

NO	ACTIVIDADES	MESES 2023					
		ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
1	Elección del tema	X					
2	Elaboración del protocolo de investigación	X	X				
3	Redacción del marco teórico		X				
4	Gestión de proyecto a institución escolar		X				
5	Elaboración de instrumentos de medición			X			
6	Aplicación de instrumentos			X	X		
7	Aplicación de entrevistas			X	X		
8	Análisis de resultados					X	
9	Conclusión de resultados						X

ÉTICA

Es importante resaltar que para la presente investigación no se nombrará a la institución que permitió amablemente abordar el estudio, ello con fines de confidencialidad tanto a ella como a sus alumnos. Las y los adolescentes que participaron tuvieron la autorización de los padres de familia por medio de la institución escolar, sin embargo, la participación fue voluntaria a pesar de contar con dicho respaldo de sus padres, por tanto, tampoco se hace uso de sus nombres, aunque en las escalas utilizadas se haya requerido con el fin de dar aviso a la institución educativa y a padres de familia acerca de los resultados obtenidos. Aún con la autorización de los padres de familia, el adolescente tuvo el derecho a reservar su participación en caso de no querer, ello sin ningún tipo de represalia u obligación.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Una vez analizadas las gráficas anteriores, es importante retomar para el lector que la muestra prevista en un inicio fue de 205 adolescentes hombres y mujeres, quienes son la población total de 6 grupos de primero de secundaria, así mismo, de los criterios de exclusión sólo se aplicarían las detecciones de riesgo de suicidio, ansiedad y depresión a los presentes el día de su aplicación, con ello, arrojando un total de 185 adolescentes encuestados, de ellos, se analizó que cada persona podía mostrar uno, dos o tres de los trastornos analizados para la presente investigación, de los cuales resultaron 100 entrevistas a aplicar, y nuevamente, remitiéndonos a nuestros criterios de exclusión sólo se aplicaron 91 entrevistas semiestructuradas, donde de ellas, la finalidad era corroborar el resultado de las detecciones aplicadas, pues hay casos donde al momento de su aplicación, los adolescentes están vulnerables por alguna clase de situación lo que hace que a veces los resultados no sean tan fiables, además de que para la presente investigación, es importante analizar los resultados obtenidos en relación a si su aparición tiene que ver con el confi-

namiento de la pandemia por Covid -19 o por alguna situación de las relaciones sociofamiliares.

Respecto a los resultados de la entrevista semiestructurada, 36 adolescentes respondieron que los síntomas arrojados de las escalas aplicadas aparecieron después del confinamiento por la pandemia del Covid -19 y 55 señalaron que antes de ella, siendo estos últimos quienes mencionaron que, a pesar de esto, las señales de alarma fueron más fuertes y persistentes a raíz del confinamiento, por lo que con este indicador, es importante resaltar que los factores sociofamiliares juegan un papel predominante para atender o potencializar tales situaciones de salud mental, pues como ya fue señalado en nuestro apartado de "antecedentes", el núcleo familiar es el grupo donde cada uno de sus integrantes debe sentirse acompañado, protegido y amado, sin embargo, interactuando con las y los adolescentes, predominó el hecho de que la dinámica familiar va de poca a nula, a lo que esta "red de apoyo" se percibe débil.

Como puede observarse, los resultados obtenidos son altos en cuestión a que el confinamiento por la pandemia del covid -19 fue un indicador importante para potencializar problemas de salud mental, pues el confinamiento rezagó no sólo el aprendizaje educativo sino que tuvo una afectación negativa para muchos, en el estado emocional de las y los adolescentes, sin embargo, aunado a ello, los factores sociofamiliares como la convivencia, la protección, la seguridad, los estilos de crianza, entre otros, también pueden limitar el progreso de esta población.

Es importante señalar también, que se requieren más estudios en relación a la contribución del confinamiento del Covid -19 en las secuelas de trastornos de Salud Mental en las y los adolescentes así como en nuestra población en general, pues como ya ha sido mencionado, una escala no ofrece un diagnóstico, sino probables resultados que proporcionan información importante para su atención, además de que hubiese sido interesante conocer resultados de antes del confinamiento por la pandemia para relacionarlo con un momento actual.

Es por lo anterior recomendable un trabajo en conjunto donde se involucre la institución escolar, padres, madres y/o tutores de familia, adolescentes e instituciones correspondientes a los casos presentados, además de resaltar que la presente investigación abordó una población considerablemente alta y que por tanto el investigador sugiere también ampliar el trabajo en las escuelas secundarias.

CONCLUSIONES

El confinamiento por la pandemia de covid -19, atrajo situaciones de Salud Mental debido a la limitación de la convivencia de los adolescentes con sus pares, la pérdida en variados casos de algún ser querido por dicha enfermedad, rezago educativo, ansiedad y/o depresión ante las diferentes noticias que brindaban un pronóstico negativo en cuanto a la salud de la población, aunado a situaciones económicas, pérdidas de empleo y casos de violencia dentro del núcleo familiar, factores donde este sistema juega un papel importante y predominante para convertir tales indicadores de riesgo en protectores.

Como puede observarse en la investigación, muchas de las situaciones emocionales ya tenían un origen desde antes de la pandemia por Covid -19, lo que nos lleva a pensar en el papel que se está ejerciendo en el sistema familiar desde el rol en cada uno de sus integrantes, situaciones que, a comentarios de los propios adolescentes, el confinamiento sólo llegó a reforzar los síntomas que se tenían, pues la convivencia, la confianza y el dialogo, a veces se ven deficientes.

Es por lo anterior, que debemos trabajar a favor de nuestra población joven, quienes se encuentran en un momento crucial de su desarrollo, necesitando acompañamiento, escucha, protección y guía en aquellas inquietudes que a lo largo de su desarrollo psicosocial se presentan, derivado de ello, poder involucrar al sistema familiar en la atención de sus conformantes, siendo ideal brindar la información necesaria acerca de los recursos con los que cuenta para fortalecer los lazos afectivos y que ello atrae un impacto positivo tanto para el propio núcleo familiar y su contexto social de manera general; además, se puede concluir que el trabajo no solo es con las y los adolescentes detectados, sino haciendo un enlace con su ámbito familiar y los contextos en los cuales conviven, principalmente el escolar, pues todos debemos estar en sintonía y trabajar de manera conjunta a favor de nuestros adolescentes. Esta investigación permite identificar las áreas que son importantes atender, la relevancia de atender la Salud Mental y el papel tan crucial que tienen nuestros sistemas familiares para el buen desarrollo emocional dentro y fuera de esta, además brinda un panorama de información en el que podamos como adultos desde nuestros diferentes campos de acción, la atención desde un involucramiento para mejorar el bienestar biopsicosocial de nuestros jóvenes.

REFERENCIAS

Cacchiarelli San Román, N., Eymann, A., & R. Ferraris, J. (Diciembre de 2021). Pubmed.gov. Retrieved 07 de Julio de 2022, from Pubmed.gov: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/

Calderón García, R., & Quiñonez Tapia, F. (2021). La percepción social en méxico sobre los roles de la administración pública en la pandemia y sus efectos en las medidas de autocuidado de las personas y familias ante el covid 19. Ecosistema de una pandemia: COVID 19, la transformación mundial.

Campos Rodríguez, A. J., Castro Molina, F. J., Díaz Armas, B., & Pérez Reyes, E. (2013). Rehabilitación, promoción y educación en salud mental. España.

Departamento de Salud y Servicios Humanos. (15 de Mayo de 2021). Factores de protección para una familia fuerte. U.S, U.S. Children´s Bureau: https://www.childwelfare.gov/pubPDFs/factores_proteccion.pdf

Ibañez Torres, M., Adell Ruiz, R., Gil Mombiela, B., Borobia Bonel, R., Ruiz Sabes, M. T., & Lasheras García, J. (2022). Aumento de los trastornos de salud mental en la infancia y adolescencia tras la pandemia por covid 19. Revista sanitaria de investigación.

Instituto Nacional de las Mujeres. (Febrero de 2015). Como funcionan las redes de apoyo social y familiar en méxico. México, D.F, México: Dirección de estadística.

Lluch Canut, M.T. (2002). Promoción de la Salud Mental. Matronas profesión, 10 - 14.

Montero Sanz, N. A. (Septiembre de 2021). Dialnet. Retrieved 07 de Julio de 2022, from Dialnet: https://dialnet.unirioja.es/

Ochoa Fuentes, D. A., Gutiérrez Clablé, L. E., Méndez Martínez, S., García Flores, M. A., & Ayón Aguilar, J. (Mayo de 2022). Pubmed.gov. Retrieved 07 de Julio de 2022, from Puvmed.gob: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/

Organización Mundial de la Salud. (2016). Guia de intervencion humanitaria. El manejo clínico de los trastornos mentales neurológicos y por uso de sustancias en las emergencias humanitarias. Biblioteca sede de la OPS.

Organización Mundial de la Salud. (2022). Sitio web mundial. Retrieved 29 de Agosto de 2022, from Sitio web mundial: https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#

Piña Ferrer, L. (2020). El Covid 19 Impacto psicológico en los seres humanos. Dialnet, 188-199.

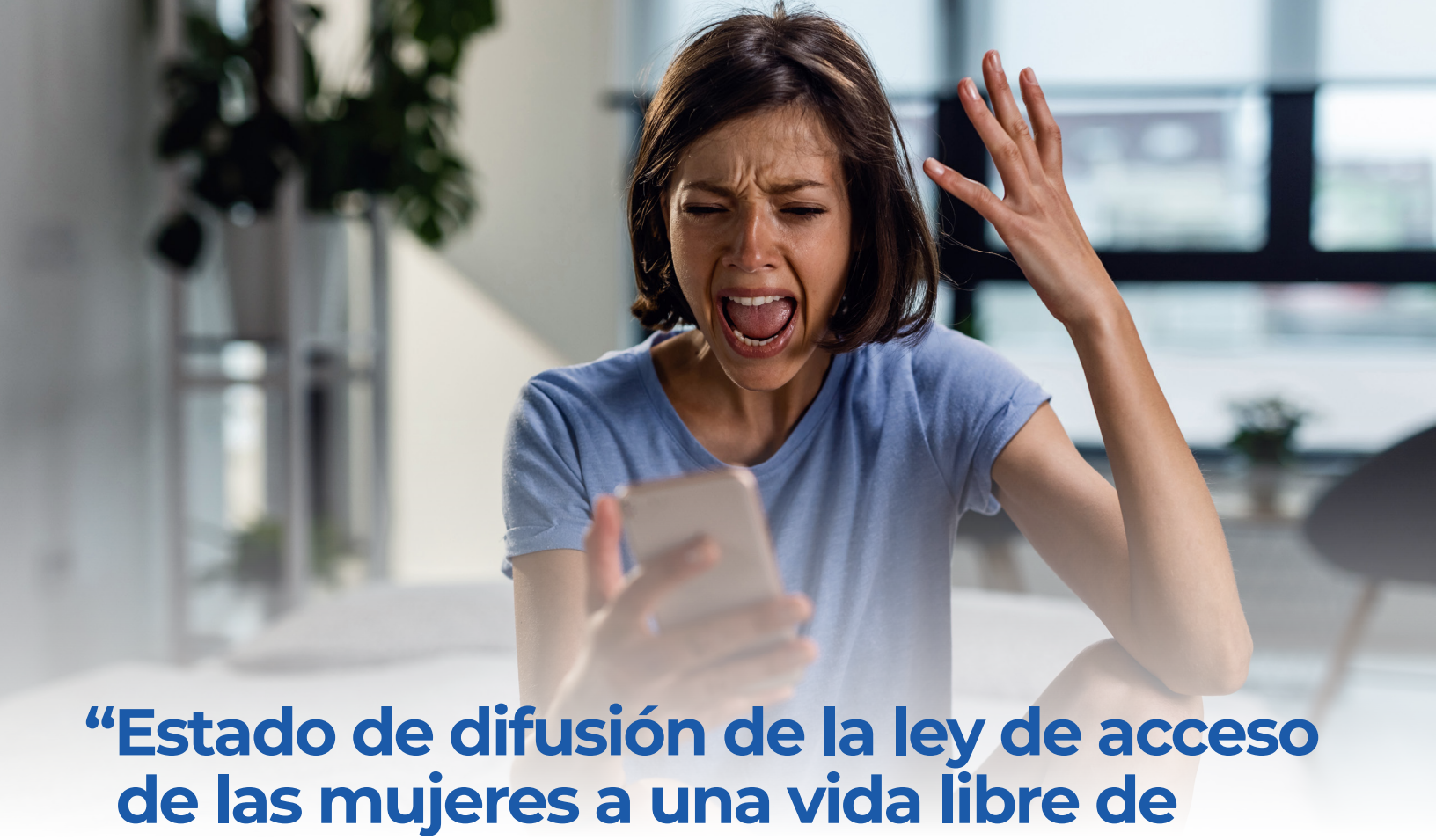
Práctica, P. (28 de Febrero de 2020). Red de apoyo - Mapa de redes (Psicología).

Rohan Kumar, O., Ameema, A., Farah, Y., Shehryar, S., Hiba, K., Simran, B., . . . Salim, S. (2021). Pandemia covid 19: desde los origenes hasta los resultados. Una revisión exhaustiva de la patogenia viral, las manifestaciones clinicas, la evaluación diagnóstica y el manejo. Pubmed.gov, 20 -36.

Ruz Saldívar, C., & Maldonado Mendez, E. V. (2020). COVID -19 y suspensión de actividades, el caso mexicano. Contribuciones a las Ciencias Sociales.

Santibañez Gruber, R., & Gonzalez de Audikana de la Hera, M. (s.f.). Factores de riesgo y conductas de riesgo en la adolescencia. Sintesis.

Urdiales Claros, R., & Sánchez Álvarez, N. (2021). Sintomatología depresiva e ideación suicida como consecuencia de la pandemia de COVID -19. Málaga.



“Estado de difusión de la ley de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia conocida como ley olimpia, entre adolescentes de una telesecundaria en león, Guanajuato”

Sandra Erika Hernandez Calvillo, Eli Josué Fernández Enríquez

INTRODUCCIÓN

El presente estudio se centra en la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Guanajuato, mejor conocida como Ley Olimpia en Guanajuato. Se analiza su impacto psicosocial en estudiantes de una telesecundaria en León, Guanajuato, durante el año 2023.

Justificación:
La elección de este tema se basa en la relevancia actual de la violencia digital y la necesidad de comprender sus efectos en la población, especialmente en jóvenes. Se considera que la Ley Olimpia, al tipificar y sancionar este tipo de violencia, puede tener un impacto positivo en la sociedad.

Según la página oficial de La PROCURADURIA FEDERAL DEL CONSUMIDOR (PROFECO) PROCURADORA, 26 de abril de 2021 la Ley Olimpia y el combate a la violencia digital. (México) habla sobre la Ley Olimpia y el combate a la violencia digital, Procuraduría Federal del Consumidor/ 26 de abril de 2021 (México)

¿Qué es? Es un conjunto de reformas a la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia y Código Penal Federal, que busca reconocer la violencia digital y sancionar los delitos que violencia la intimidad sexual de las personas a través de medios digitales, también conocida como ciber violencia. ¿de dónde viene su nombre?

La activista Olimpia Corral Meló es reconocida por impulsar la iniciativa conocida como la Ley Olimpia, la cual busca regular la violencia digital y la difusión de

contenido íntimo sin consentimiento en México. Esta ley ha sido adoptada por varias entidades federativas en el país.

La violencia digital, según esta ley, se refiere a una serie de actos que incluyen el acoso, hostigamiento, amenazas, insultos, mensajes de odio, vulneración de datos o información privada utilizando tecnologías de la comunicación. También abarca la difusión de imágenes, audios o videos de contenido íntimo o sexual de una persona sin su consentimiento, ya sean reales o simulados.

Por otro lado, la violencia mediática comprende acciones realizadas a través de cualquier medio de comunicación que promueven directa o indirectamente estereotipos sexistas, la apología del odio sexista, así como la difusión de discurso de odio y discriminación de género.

En cuanto a las conductas que atentan contra la intimidad, se incluyen acciones como la grabación de videos o audios, la toma de fotografías o la elaboración de videos de contenido sexual íntimo de una persona sin su consentimiento o mediante engaño.

El proyecto de dictamen busca que tanto la violencia digital como la violencia mediática sean consideradas delitos sancionables en todo el país, con el objetivo de proteger la intimidad y los derechos de las personas en el ámbito digital y mediático.

Exponer, distribuir, difundir, exigir, reproducir, transmitir, comercializar, ofertar, intercambiar y compartir imágenes, audios o videos de contenido sexual íntimo de una persona, a sabiendas de que no existe consentimiento.

ANTECEDENTES MARCO TEÓRICO/ANTECEDENTES

Desde 2014, la activista comenzó a impulsar reformas a los códigos penales de distintos estados que fueron nombradas como "Ley Olimpia", misma que entró en vigor en la Ciudad de México el 22 de enero de 2020, tras ser aprobada por el Congreso local.

¿Quién propuso la iniciativa de ley?
El presidente de la República. Los Diputados y Senadores del Congreso de la Unión. Las legislaturas de los Estados y de la Ciudad de México.
La Ley Olimpia es la denominación que adquiere un conjunto de reformas legislativas en distintos estados de México encaminadas a reconocer la violencia digital y sancionar los delitos que violen la intimidad sexual de las personas a través de medios digitales, también conocida como ciber violencia o violencia digital. Las reformas legislativas adquieren esa denominación porque fueron impulsadas por la activista y más Olimpia Coral Melo. Se la considera como una ley modelo en materia de legislación contra la violencia digital.

CAPITULO I

Origen de la Ley Olimpia:

Ley Olimpia un proyecto que inicio la activista Olimpia Coral Melo Cruz en 2014 luego de que un vídeo sexual de ella fuera difundido en redes sociales por su novio sin su consentimiento, lo que violó su intimidad e integridad

Afectó su vida en todos los sentidos, pero no recibió apoyo de las autoridades.
La grabación fue compartida por redes sociales al grado de que hombres la invitaban a tener sexo. Olimpia fue conocida como " la Gordibuena de Huachinango" Puebla. Tal fue el acoso que ella intentó suicidarse.

¿Qué es la Ley Olimpia?

La primera serie de reformas en México en cuanto a violencia digital, dirigidas desde la perspectiva de género y basadas en la experiencia de las víctimas, consiste en dos modificaciones legislativas. Una de ellas implica el reconocimiento de esta forma de violencia contra las mujeres dentro de la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, mientras que la otra se refiere a la inclusión de un delito contra la intimidad sexual en los códigos penales. Estos cambios tienen como objetivo castigar la difusión y produc-

ción de contenido sexual íntimo sin consentimiento, así como las amenazas y extorsión asociadas.

Esta iniciativa ciudadana, liderada por mujeres jóvenes y respaldada por colectivos y activistas, ha sido nombrada en honor a Olimpia Coral, quien la impulsó y es sobreviviente de este tipo de violencia. Su importancia radica en haber llevado a la agenda pública un tema previamente invisible: la violencia digital contra la intimidad sexual de las mujeres. Aunque esta violencia no es nueva, ha sido ignorada hasta que las mujeres comenzaron a ocupar los espacios digitales masivamente. Gracias a la lucha social organizada, encabezada por el Frente Nacional para la Sororidad, Defensoras Digitales y otros colectivos feministas, este problema ha ganado visibilidad.

Además de reformar la legislación mexicana, la lucha conocida como Ley Olimpia ha contribuido a cambiar el discurso colectivo sobre la violencia sexual contra las mujeres. Más allá de los logros legislativos, su mayor éxito ha sido fortalecer las bases para transformar creencias, estigmas, roles y estereotipos que perpetúan la opresión de las mujeres y las colocan en una especial situación de vulnerabilidad cuando su intimidad es violada. Esta lucha también ha des estigmatizado un tema que antes era tabú: antes de que la ley Olimpia ganara visibilidad mediática, las víctimas de violencia digital solían aislarse y sentir vergüenza. Sin embargo, conforme el tema se ha vuelto más visible, cada vez más mujeres se sienten empoderadas para hablar, pedir ayuda y contar sus historias, entendiendo que no son culpables y que no tienen por qué avergonzarse.

LEGISLACIÓN

Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida libre de Violencia Para el Estado de Guanajuato (L.A.M.V.L.V) reformado en el periódico oficial, 20 de diciembre de 2022 (México)

Artículo 1. La presente ley es de orden público, interés social y observancia general en el Estado de Guanajuato. Tiene por objeto establecer los principios y criterios que, desde la perspectiva de género, orienten las políticas públicas para reconocer, promover, proteger y garantizar el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. Así como prevenir, atender, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, estableciendo la coordinación entre autoridades.

CAPITULO II
CONCEPTO, PRINCIPIOS Y DEFINICIONES

Artículo 2. Para los efectos de esta ley se entenderá por:
Agresor: persona que inflige cualquier tipo de violencia contra las mujeres;

Banco estatal: el Banco Estatal de Datos e Información sobre Casos de Violencia contra las mujeres;
Consejo Estatal: el Consejo Estatal para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres; Derechos humanos de las mujeres: los derechos que son parte inalienable, integrante e indivisible de los derechos humanos universales contenidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la mujer, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, la Conferencia Mundial de Derechos Humanos de Viena y de más instrumentos y acuerdos internacionales en la materia firmados por el presidente de la República y ratificados por el Senado.

Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida libre de Violencia Para el Estado de Guanajuato
ULTIMA REFORMA PUBLICADA EN EL PERIODICO OFICIAL EL 20 DE DICIEMBRE DE 2022.
Lo que a la letra dice la ley publicada en la Cuarta Parte del Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Guanajuato, el viernes 26 de noviembre de 2010.
Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, última reforma publicada en el periódico oficial el 20 de diciembre de 2022.

(REFORMADA, P.O. 16 DD DICIEMBRE DE 2014)
IMUG: EL Instituto para las Mujeres Guanajuatenses;
Perspectiva de género: la visión científica, analítica y política sobre las mujeres s y los hombres, que propone eliminar las causas de la opresión de género como la desigualdad, la injusticia y la jerarquización de las personas basada en el género. Promueve la igualdad, la equidad, el adelanto y el bienestar de las mujeres; contribuye a construir una sociedad en dónde las mujeres y los hombres tengan el mismo valor, la igualdad de derechos y oportunidades, para acceder al desarrollo social y la representación en los ámbitos de toma de decisiones.
Programa Estatal: el Programa Estatal para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en el Estado de Guanajuato;
Refugio: los albergues o establecimientos constituidos para la atención y protección de las víctimas y sus hijos menores incapaces;
Sistema Estatal: el Sistema Estatal para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres;
Sistema Nacional: el Sistema Nacional para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres;
Víctima: la mujer de cualquier edad a quien se le inflige cualquier tipo de violencia, así como sus familiares o personas que tengan o hayan tenido relación o convivencia con la misma y que sufran, hayan sufrido o se encuentren en situación de riesgo por motivo de la violencia ejercida en su contra.

(REFORMADA, P.O. 25 DE NOVIEMBRE DE 2019)
Violencia contra las Mujeres: acción u omisión por cualquier medio que les cause a las mujeres daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual, o la muerte tanto en el ámbito privado como en el público.

TIPOS DE VIOLENCIA
Artículo 5. Los tipos de violencia son:
Violencia psicológica: cualquier acto y omisión que dañe la estabilidad psicológica o emocional de la mujer consistente en negligencia, abandono, descuido reiterado, celotipia, insultos, humillaciones, devaluación, marginación, indiferencia, infidelidad, comparaciones destructivas, rechazo, restricción, amenazas, las cuales conducen a la víctima a la depresión, al aislamiento, a la devaluación y su autoestima e incluso al suicidio.
Violencia física: cualquier acto material, no accidental que inflige daño a la mujer a través del uso de la fuerza física, sustancias, armas y objetos, que puede provocar o no lesiones, ya sean internas, externas o ambas;

Violencia patrimonial: cualquier acto y omisión que afecta la supervivencia de la víctima. Se manifiesta en la transformación, sustracción, destrucción, limitación, retención o distracción de objetos, documentos personales, bienes, valores, derechos patrimoniales o recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades y puede abarcar los daños a los bienes comunes o propios de la víctima.

Violencia económica: es toda acción y omisión del agresor que afecta la economía de la víctima. Se re-

fiere a la manipulación, sustracción, deterioro, restricción, retención o desviación de objetos, documentos personales, bienes, valores, derechos patrimoniales o recursos económicos destinados para satisfacer las necesidades de la víctima. Este tipo de violencia puede incluir daños a los bienes comunes o personales de la víctima.

La violencia económica comprende todas las acciones y omisiones del agresor que impactan en la situación financiera de la víctima. Se manifiesta a través de medidas que buscan controlar los ingresos de la víctima, así como mediante la discriminación salarial en un mismo lugar de trabajo por igual labor realizada; también se incluye el incumplimiento de obligaciones de manutención familiar.

Violencia sexual: cualquier acto de contenido sexual que amenaza, degrada o daña el cuerpo o la sexualidad de la víctima, o ambas, que atenta contra su libertad, dignidad, seguridad sexual o contra su integridad física, implica el abuso de poder y la supremacía sobre la víctima al denigrarla y concebirla cómo objeto.

Violencia laboral: la negativa ilegal a contratar a l víctima o a respetar su permanencia o condiciones generales de trabajo; la descalificación del trabajo realizado, las amenazas, la intimidación, la humillación, la explotación, el impedimento a las mujeres de llevar a cabo el periodo de lactancia previsto en la ley y todo tipo de discriminación por condición de género.

Violencia docente: aquellas conductas que dañen la autoestima de las alumnas con actos de discriminación por su sexo, edad, condición social, académica, limitaciones o características físicas, que les infligen maestras o maestros.

Violencia Obstétrica: es toda acción u omisión por parte del personal médico o administrativo perteneciente a los servicios de salud públicos y privados del Sistema Estatal de Salud, que violento los principios rectores que señala el artículo 3 de la presente ley, o bien, que dañe física o psicológicamente, lastime, discrimine o denigre a la mujer durante el embarazo, parto o puerperio; así como la negligencia médica, negación del servicio y la vulneración o limitación de los derechos humanos sexuales y reproductivos de las mujeres.

La violencia feminicidio se define como la máxima expresión de la violencia de género contra las mujeres, derivada de la violación de sus derechos humanos en los ámbitos público y privado. Esta forma de violencia engloba una serie de comportamientos misóginos que pueden quedar impunes social y legalmente, culminando en homicidios u otras formas de muerte violenta de mujeres.

La violencia política abarca acciones u omisiones que buscan limitar, anular o menoscabar los derechos político-electorales de las mujeres, así como su acceso pleno a las atribuciones de sus cargos públicos. Se manifiesta a través de presiones, persecuciones, hostigamientos, acosos, coacciones, vejaciones, discriminaciones, amenazas o privaciones de la libertad o de la vida basadas en el género.

La violencia por acoso se refiere a agresiones expresivas, verbales o físicas, motivadas por discriminación de género, con el objetivo de coaccionar a la víctima mediante molestias o requerimientos que la pongan en riesgo, incluso en situaciones donde no exista subordinación, pero el acosador abuse de su poder dejando a la víctima en estado de indefensión.

La violencia digital comprende acciones realizadas a través de tecnologías de la información y comunicación, mediante las cuales se exponen, distribuyen, difunden, exhiben, transmiten, comercializan, ofertan, intercambian o comparten imágenes, audios o videos de contenido erótico o sexual de una mujer sin su consentimiento, vulnerando su dignidad, intimidad, libertad, vida privada o imagen propia.

La violencia institucional se refiere a actos u omisiones de funcionarios públicos que discriminan o buscan dilatar, obstaculizar o impedir el ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, así como su acceso a políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar diferentes formas de violencia.

La violencia simbólica abarca la emisión o difusión de discursos, mensajes, patrones estereotipados, signos, valores icónicos e ideas que justifican o naturalizan la subordinación, desigualdad, discriminación y violencia contra las mujeres en la sociedad.

La violencia mediática comprende acciones u omisiones realizadas a través de cualquier medio de comunicación que promueven directa o indirectamente la

sumisión o explotación de mujeres, estereotipos sexistas, apología de la violencia contra mujeres y niñas, cosificación de sus cuerpos, producción y discusión de discurso de odio sexista, discriminación de género o desigualdad entre mujeres y hombres, o contenidos que las injurian, difaman, discriminan, deshonran, humillan o atentan contra su autoestima, salud, integridad, dignidad, libertad o seguridad.; y
Cualquier otra forma análoga que lesione o sea susceptible de dañar la dignidad, integridad o libertad de las mujeres.

LEY DE LOS DERECHOS DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLECENTES DEL ESTADO DE GUANAJUATO (L.D.N.N.A.P.E.G) (2015) P.O. NIMERO 146 segunda parte. (México)

Sección Cuarta
Derecho a ser Protegido en su Integridad

Bienestar.
Artículo 30. Niñas, niños y adolescentes tienen el derecho a ser protegidos, especialmente cuando se vean afectados por:

I. El descuido, la negligencia, el abandono, el maltrato o el abuso emocional, físico o sexual.

II. La explotación, el uso de drogas y enervantes, el secuestro y la trata de personas; o

III desastres naturales, situaciones de refugio o desplazamiento.

Y a lo que refiere la Ley de Víctimas para el Estado de Guanajuato, (L.V.E.G) (27-05-2020) P.O número 106 (México)

Víctimas directas, indirectas y potenciales
Artículo 4. Se denominan víctimas directas aquellas personas físicas que hablan sufrido algún daño o menoscabo económico, físico, mental, emocional o en general cualquier puesta en peligro o lesión a sus bienes jurídicos, o derechos como consecuente de la comisión de un delito o violaciones a sus derechos humanos reconocidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos la Constitución Política del Estado de Guanajuato y en los tratados internacionales de los que el Estado mexicano sea parte.
Artículo 8. Las víctimas recibirán ayuda provisional, oportuna y rápida de los recursos de ayuda de la comisión, de acuerdo a las necesidades inmediatas que tengan relación directa con el hecho.

Artículo 9. Las víctimas tendrán derecho a la asistencia y a la atención, los cuales se garantizarán incluyendo siempre un enfoque trasversal de género y diferencial.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el estado de difusión de la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Guanajuato en una telesecundaria en ciclo escolar 2022-2023 de León Guanajuato?

JUSTIFICACIÓN

El proyecto se Realiza por el interés sobre la violencia digital mejor conocido ciberacoso es más visible en mujeres que en hombres y que según la página oficial del INEGI donde muestra resultados de la aplicación de una encuesta nacional sobre disponibilidad y uso de las tecnologías de la información en los hogares (ENDUTIH) estimó que la población de 12 y más años utiliza dispositivos como medios de comunicación y que atreves de dicha encuesta se logra obtener como resultado que son más las mujeres que hombres las víctimas de violencia digital o mejor conocido como " ciberacoso" en base con la información adquirida es interesante la elaboración de éste proyecto para investigar si en una telesecundaria de león Guanajuato tienen conocimiento sobre la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Guanajuato,

En la actualidad se ha observado un incremento en la violencia por medio de las tecnologías en el que las mujeres se han visto vulneradas en su vida diaria, como en su integridad, seguridad, privacidad y demás que se encuentre en su entorno social y que en ocasiones puede afectar hasta las relaciones familiares y de desarrollo personal, por lo que se ha observado un deterioro en la autoestima o integridad de las mujeres, por lo que, considerando los mandatos constitucionales o el bienestar de la sociedad se resalta la importancia de la difusión de la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Guanajuato y ya que con ello se garantiza o funge como mecanismo de protección para dichas mujeres vulneradas… es muy importante considerar el conocimiento de dicha ley en la aplicación de la terapia familiar como auxiliar a mujeres víctimas de violencia digital para generar una intervención exitosa en la aplicación de la terapia y como apoyo jurídico la aplicación de la Ley según la decisión de la víctima para fortalecer el autoestima y la seguridad de las personas.

MATERIAL Y METODOS

• investigación cualitativa, y de campo va dirigido a estudiantes de telesecundaria mujeres de entre 12 y 15 años de edad. Donde se espera la participación

DISEÑO

Investigación cualitativa, de campo, exploratoria ya que se va a realizar a una población de una escuela, prospectiva ya que el estudio es para una mejoría a futuro sobre el conocimiento y las aplicaciones de la ley; descriptiva ya que en el test trae información sobre la participante como edad, género grado de estudios que cursa entre otros; observacional ya que es de carácter estadístico pues, el resultado de la aplicación de dicho test arrojará ese resultado.

POBLACIÓN

Estudiantes de una telesecundaria en León Guanajuato, de entre 12 y 15 años de edad

MUESTRA

Se tiene considerado la asistencia de un grupo de 103 estudiantes mujeres, más sin embargo solo se tomó muestra a 93 estudiantes, por la falta de los 10 restantes desconociendo el motivo de su ausencia, no hubo perdidas de participantes mediante el proceso de investigación.

CRITERIOS DE INCLUSION:

• Estudiantes de la telesecundaria elegida
• Mujeres
• Edad de entre 12 y 15 años de edad

CRITERIOS DE NO INCLUSION:

• Alumnos masculinos de la telesecundaria elegida
• Maestros, maestras,
• Civiles de ningún tipo.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Presentación de síntomas de ansiedad derivada por violencia (no hubo incidencias)

- Presentación de conductas agresivas. (no hubo incidencias)

VARIABLES

a) variable independiente

b) variable dependiente

c) variable confusora

CUADRO DE OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable	Tipo	Indicador	Unidades	Escala
Conocimiento difusión de ley se acceso de las mujeres a una Vida Libre de Violencia	Independiente	Encuesta	Conocer, 0 no conocer 93	Nominal
Medios de difusión • tecnología • Televisión • Escuela	Dependiente	Encuesta	Tecnología, Escuela, Medios.	Nominal

INSTRUMENTOS

El en estudio se aplica un test para detectar si la participante es víctima de violencia digital, dicho test fue bajado de internet Data Cuenta/ Test para darte cuenta de la VIOLENCIA DIGITAL https://datacuenta.org (15-12-2022) que consta de nueve preguntas en las que la participante sólo deberá contestar "si" o "no y que de esa manera se podrá detectar si las participantes son víctimas o no de violencia digital….

PROCEDIMIENTO

Se hizo la elección del tema de investigación denominado ESTADO DE DIFUSION DE LA LEY DE ACCESO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA PARA EL ESTADO DE GUANAJUATO EN UNA TELESECUNDARIA DE LEON GUANAJUATO, que se tomó como referencia una telesecundaria de León Guanajuato Esto para conocer si las estudiantes de dicho planten tienen conocimiento sobre dicha ley y sobre los alcances que está tiene en protección a las mujeres víctimas de violencia digital, se hizo la petición de permiso a la dicha escuela para asistir el 15 de mayo de 2023 y realizar la aplicación de consentimiento informado y de un test
El tema se eligió ya que se ha detectado el incremento en mujeres víctimas de violencia digital en 2021 y pueda existir la probabilidad de que siga en aumento, motivo por el cual es importante conocer si las participantes tienen los medios de conocer sobre dicha ley para su protección en caso de llegar a ser víctimas o también sirve como medio de prevención, la aplicación de dicha investigación se realizó en una telesecundaria de león Guanajuato a una población de mujeres de entre 12 y 15 años de estudiantes de dicha escuela de las 103 que estaban propuestas solo se presentaron 93 a dicha aplicación de las cuales todas participaron con éxito no teniendo ningún incidente en dicho evento, la duración de dicha aplicación fue de 30 minutos ya que se tuvo que realizar

primero una pequeña introducción sobre la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Guanajuato pata darles el enfoque de lo que trataba la aplicación del test. La toma de muestra fue aplicada en el patio principal de la escuela donde las participantes asintieron con su propio mesa banco organizadas por grupos, con mucha disciplina y voluntad de participación.

CRONOGRAMA Y AGENDA DE PRESUPUESTO

ACTIVIDADES	Abril 2023	Mayo 2023	Junio 2023
Elección del tema	•		
Revisión de la literatura	•	•	•
Elaboración del protocolo	•		
Revisión del protocolo	•	•	
Presentación del protocolo	•		
Modificación del protocolo			
Evaluación del protocolo	•	•	•
Inicio de investigación y recolección de datos	•	•	
Análisis y presentación de los resultados		•	
Conclusión del estudio			•
Entrega del informe final			•

ANALISIS

Gastos	Objetos	Unidades	Total
	Hojas	206	$206
	Lápices	103	$412
	Hojas de rotatorio	3	$36
	Plumones	5	$75
		Total	$719

ETICA

Se respetó la confiabilidad de los datos obtenidos en la aplicación de la investigación , así también fue positiva la participación voluntariamente de las estudiantes de la telesecundaria, además tuvo una buena aceptación el uso del consentimiento informado en las participantes donde también se manifiestan los posibles riesgos y beneficios de sobre la participación en dicha investigación denominada " ESTADO DE DIFUSION DE LA LEY DE ACCESO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA PARA EL ESTADO DE GUANAJUATO.

REFERENCIAS

• Carmen Trueba Atienda. Sig. Fil vol. 11 no. 22 ciudad de México jul./dic.2009, La teoría aristotélica de las emociones.

• PROCURADORA Federal del Consumidor 26 de abril de 2021 la Ley Olimpia y el combate a la violencia digital.

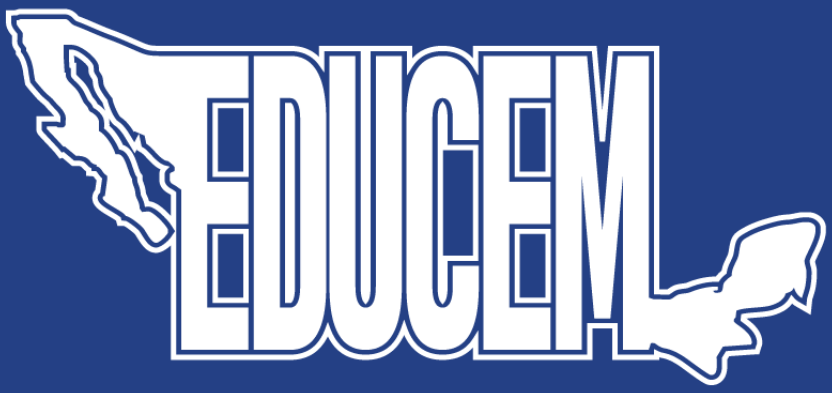
• PAGINA OFICIAL DEL CONGRESO DEL ESTADO GUANAJUATO, WhatsApp: (473)140 55 55, te. (473) 102 00 00 y 01 800 237 22 76. Paseo del Congreso No. 60 col. Marfil*C.P. 36250* Guanajuato GTO.

• Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre De Violencia para el Estado de Guanajuato. Artículo 5. Ficción XIISegún la página oficial de La PROFECO (Procuraduría Federal del Consumidor) que habla sobre la Ley Olimpia y el combate a la violencia digital, Procuradora Federal del Consumidor/ 26 de abril de 2021

• Ley de Víctimas para el Estado de Guanajuato, H CONGRESO DEL ESTADO DE GUANAJUATO, Secretaria General, Instituto de Investigaciones Lejislativas,Expidio: LXIV Legislatura publicada:P.O. num. 106, Segunda parte.27-05-2020

• y a lo que refiere la Ley de Víctimas para el Estado de Guanajuato, H CONGRESO DEL ESTADO DE GUANAJUATO, Secretaria General, Instituto de Investigaciones Lejislativas,Expidio: LXIV Legislatura publicada:P.O. num. 106, Segunda parte.27-05-2020

• Página oficial de La Suprema Corte de Justicia de la Nación, Sistema de Consulta de Ordenamientos, LEY DE ACCESO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA PARA EL ESTADO DE GUANAJUATO,



INSTITUTO UNIVERSITARIO
DEL CENTRO DE MÉXICO