

Un caso de terapia sistémica breve para un hijo en rol parental

Pacheco Panella, Marianella

2020

<https://hdl.handle.net/20.500.11777/4933>

<http://repositorio.iberopuebla.mx/licencia.pdf>

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA PUEBLA

Estudio con Reconocimiento de Validez Oficial por Decreto
Presidencial del 3 de abril de 1981



“UN CASO DE TERAPIA SISTÉMICA BREVE PARA UN HIJO EN ROL PARENTAL”

DIRECTOR DEL TRABAJO

DR. RAÚL JOSÉ ALCÁZAR OLÁN

ELABORACIÓN DE UN ESTUDIO DE CASO

Que para obtener el Grado de
MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA

Presenta

Marianella Pacheco Panella

Puebla, Pue.

2020

Contenido

Resumen	3
Introducción	4
Datos de identificación del paciente	13
Motivo de consulta.....	14
Instrumentos para evaluar al paciente	15
Escala Global	15
Escala de Enojo-Rasgo.....	15
Inventario de Ansiedad de Beck	16
Inventario de Depresión de Beck.....	16
Diagnóstico del paciente	18
Elección del tratamiento.....	23
Implementación del tratamiento.....	25
Contenido de cada sesión	27
Resultados del tratamiento	29
Resultados cuantitativos	29
Resultados cualitativos	32
Resultados generales	33
Factores asociados al terapeuta	34
Discusión.....	35
Referencias	38

Resumen

El presente estudio de caso expone un caso clínico abordado desde un enfoque de terapia sistémica breve, el proceso psicoterapéutico consistió en doce sesiones en las instalaciones del departamento de Orientación Psicoterapia y Aprendizaje Significativo (OPTA) de la Universidad Iberoamericana Puebla. El paciente es un adulto de 48 años de edad, el motivo de consulta consistió en el abordaje del sentimiento y manejo del enojo experimentado hacía la figura materna, resultado de años de una mala relación tras el fallecimiento de su padre, motivo por el cual se suscita la parentalización del hijo. Los instrumentos que se utilizaron para medir los resultados y avances en el tratamiento fueron la Escala de Enojo Rasgo (Alcázar, Deffenbacher, & Byrne, 2011), el Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Jurado et al., 1998), la Escala Global (Moreno, 2014) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) (Robles, Varela, Jurado, & Páez, 2001). Se llevaron a cabo varias técnicas como redefinición, pregunta milagro y excepciones a la regla. Los resultados obtenidos favorecieron el nivel de introspección de Juan, le permitieron mejorar la interacción afectiva con su familia y también se observó un decremento en los puntajes en las cuatro escalas. Después de que concluyó la terapia, el paciente se manifestó satisfecho con los objetivos, procedimientos y resultados.

Palabras clave: Estudio de Caso, Terapia Breve, parentalización, terapia sistémica

Introducción

El fenómeno de parentalización o delegación de roles parentales es definido como:

La asignación del rol parental a uno o más hijos de un sistema familiar o la asunción de ese rol por parte del hijo. Implica inversión de roles que perturba las fronteras generacionales. Un requisito importante para el funcionamiento de una familia es el mantenimiento de una jerarquía familiar, lo cual implica que los subsistemas de los padres y los hijos estén delineados con claridad (Cibanal, 2006).

Constituye un “fenómeno corriente, de carácter homeostático, que ocurre cuando por ausencia o por insatisfacción de un miembro del subsistema parental respecto al otro, restituye el desequilibrio integrando a un hijo a su subsistema”. De ello, los límites podrían vislumbrarse difusos y confundirse los subsistemas conyugales, parentales y filiales. Finalmente, el hijo o hija parentalizado ocuparía todos los lugares, no haciendo posible su adecuada individualización ni independencia (Cruz, 1997).

Lo expuesto previamente puede aplicarse al caso de Juan, quien tomó el rol de padre en su familia pues veía emocionalmente por su madre y hermana. De esta forma se sentía con derecho a juzgar a su madre pues se ponía en su misma jerarquía.

Espina y Pumar (1996) señalan que el niño intenta salir de su fase del desarrollo, pero expresa también necesidad y esperanza de cambio, asume responsabilidades prematuras dentro de la familia a costa de su propio desarrollo emocional. Desde el punto de vista sistémico, son dos los factores presentes dentro de la parentalización, en el primero se espera

que los niños satisfagan necesidades emocionales de los padres y, en segundo lugar, situaciones que provocan en el progenitor un aumento en las necesidades afectivas al no recibir apoyo del cónyuge.

Se habla de dos tipos de parentalización: la instrumental y la emocional. La instrumental implica que el hijo se responsabilice de las tareas de la casa como realizar las compras, la administración del hogar, cocinar, lavar, etc. (Hooper, 2007 citado en Domínguez, C., González, D., Navarrete, D., & Zicavo, N. (2019). Este tipo fomenta una sensación de logro y competencia cuando los padres refuerzan dichas conductas (Aldridge, 2006; Hooper, 2007 citado en Domínguez, C., González, D., Navarrete, D., & Zicavo, N. (2019). En cambio, la emocional requiere que el hijo actúe como un soporte emocional para los padres, que satisfaga sus necesidades psicológicas en situaciones de estrés o crisis, resultando mucho más dañino, ya que este no se encuentra preparado evolutivamente para ello (Hooper, 2007 citado en Domínguez, C., González, D., Navarrete, D., & Zicavo, N. (2019).

Con esto podemos ver que Juan a los 14 años, en plena adolescencia, no se encontraba preparado para un rol así, sin embargo lo asumió. En él vemos ambos tipos de parentalización, aunque más marcada la emocional, puesto que en cuanto a la instrumental se describe, su madre se hacía cargo de labores del hogar aunque Juan del peso mayor de la parte económica. Él en su juventud fue soporte económico y fungió como figura paterna de autoridad para la familia que travesaba la crisis posterior al fallecimiento de la cabeza de familia.

La parentalización se convirtió en problema cuando Juan comenzó a sobrepasarse en responsabilidades no de acuerdo aún a sus capacidades en cuanto a su nivel de desarrollo en ese entonces.

Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata (1991) plantean que la parentalización puede resultar funcional para un hijo, dependiendo del contexto transaccional en el cual se presente, cuando los roles resultan intercambiables y no se da una asunción rígida de este, el niño puede ensayar y aprender de este rol.

El enfoque elegido para esta intervención fue el de terapia Breve. Modelo que propone intervenciones con objetivo de resolución de problemas y tendiente a extinguir sintomatologías. No promueve sólo anular síntomas, sino posicionar además al sujeto en otro modo de percibir la realidad. Busca propiciar el destrabar bloqueos de proceso de crecimiento, mejorar relaciones interpersonales; establecer bienestar personal que evolucione a mejora de calidad de vida (García & Ceberio, 2016).

A lo largo de todo el tratamiento, el paciente Juan tomó terapia individual, en la cual se pudo observar que mantenía una relación rígida y de conflicto con su madre porque esta había dicho que su padre los había abandonado al morir; lo que ocasionaba que no hubiera comunicación entre ellos, puesto que Juan tenía el concepto de que su padre fue un hombre que se preocupaba por su familia y que jamás los hubiera abandonado. Para Juan, es su madre la que crea este conflicto con su planteamiento de “tu padre nos abandonó por cobarde”.

La relación que Juan mantuvo durante muchos años con su madre, la describió como una relación cargada de mucho enojo, reclamos y rencor; ya que menciona no la había podido

perdonar. A pesar de esta situación, quienes se hacen cargo actualmente de su madre, y desde hace ya un par de décadas, en el ámbito económico, son Juan y su hermano menor.

Se establecieron objetivos terapéuticos con la finalidad de tener claridad, organización y mejores resultados. A continuación, en detalle:

Objetivo general

- Redefinir la visión del padre y de la madre para brindar una reestructuración que permita regresar a Juan a su jerarquía, disminuyendo con ello la parentalización, que lo pone en el mismo nivel jerárquico de la madre.

Objetivos específicos

- Disminuir los niveles de enojo que afectan su interacción afectiva.
- Identificar y expresar las emociones relacionadas con la madre.
- Diferenciarse de la figura paterna mediante la reubicación del rol que le corresponde en la relación madre-hijo.

El principal objetivo fue favorecer el nivel de interacción afectiva con su familia, ya que el paciente no podía perdonar a su madre por haber puesto a su padre en un concepto tan diferente al que él tenía. Posteriormente se buscó que identificara y expresara las emociones relacionadas con la madre, para poder así abordar la relación tan distante que había; sin embargo, el paciente tenía que expresar la razón de su enojo, al igual que hacer consciente el proceso de duelo por el cual pasó su madre.

Amaris, Patermina y Vargas (2004), explican que la familia se define como el primer ambiente social que conoce el ser humano. La familia cumple con algunas funciones como lo son la función de relación, la cual consiste en ayudar a los hijos a encontrar su rol en la

familia, facilitando su comodidad y seguridad en cuanto a las relaciones interfamiliares; la función comunicativa, la cual fomenta el diálogo, entendimiento e intercambio de inquietudes y/o preocupaciones personales buscando reforzar la convivencia familiar.

Por otro lado, en el núcleo familiar se tratan de satisfacer las necesidades más indispensables de cada uno de los miembros de la familia; como lo son las necesidades de comer, dormir, alimentarse, vestir, etc. De las cuales Juan fue quien se encargó desde una temprana edad puesto que su papá le dejó su “legado”, sin embargo, hay otras necesidades de suma importancia: amor, afecto, cariño y protección; el paciente se esforzó desde adolescente para que tanto su mamá como su hermana tuvieran este cuidado; quedando con un vacío, ya que relata no haber podido él recibir nada de esto.

De acuerdo con Solórzano en 2018, se expone un concepto interesante sobre el rol. Dicho concepto pudiera ser aplicado en este estudio de caso:

El rol se refiere a las expectativas y normas que un grupo social (en este caso la familia) tiene con respecto a la conducta de la persona que ocupa una posición particular, incluye actitudes, valores y comportamientos adscritos por la sociedad a todo individuo que se ubique en ese lugar específico de la estructura familiar (Solórzano 2018 pág. 5).

La familia está organizada según el orden jerárquico en que se disponen sus miembros, y cada miembro puede ubicarse en el puesto de padre, madre, hijo, hermano, etc. Cuando se le asigna un rol se delimitan las responsabilidades y/o privilegios que debe adquirir por dicho puesto. Toda posición trae consigo una serie de funciones que definen el cumplir dentro de la familia, así se dice que cada posición tiene un rol asociado; de este modo se definen los roles en el comportamiento entre los individuos en cada posición, a pesar de que cada rol es

diferente en cada familia, algo que tienen en común es que cada rol tiene una expectativa que cumplir (Solórzano, 2018).

En cuanto a los diferentes tipos de roles que hay dentro del ambiente familiar, Eguiluz (2017) define tres tipos: el prescrito, el percibido y el desempeñado. En cuanto al rol prescrito, lo define como la conducta esperada de quien ocupa una determinada posición, es decir, cumplir con las ideas que tienen los demás respecto al rol; en cambio, el rol percibido es el conjunto de conductas que el ocupante de una posición cree que debe llevar a la práctica; y el rol desempeñado es la forma en que una persona ejecuta definitivamente un rol específico, en donde las conductas se llevan a cabo realmente.

La situación expuesta previamente puede aplicarse al caso de Juan, quien tomó un rol específico, en el cual tuvo que cumplir con las expectativas que el papá le había dejado y que la mamá en esos momentos le exigía; dichas exigencias radicaban en desempeñar un papel de cuidador. Resulta importante destacar que, tras la muerte del padre de Juan, su madre pasó por ello un duelo difícil, ya que acababa de perder a la persona con quien había decidido compartir el resto de su vida, y parece no haber dimensionado el peso de lo que implicó solicitarle a un adolescente de 14 años el hacerse cargo de su madre y hermana, a su corta edad.

Cabe destacar la situación vinculada con su hermana quien también presentaba la necesidad de alguien que la cuidara. Sin embargo, el vacío que se creó en Juan, parece ser el resultado de sentir que tuvo que renunciar a su etapa de adolescente, todo por su mamá y hermana, a designio de padre moribundo, sin que a cambio nadie le diera algo similar a él.

Cuando en las familias disfuncionales no se presenta un correcto funcionamiento de sus roles, entonces, se llega a encontrar rigidez tanto funcional como emocional; se dificulta el crecimiento y el desarrollo personal, pues el fin de tener los roles bien establecidos, es que se mantenga un equilibrio en el ambiente familiar, el cual es el ambiente más importante para el ser humano pues es el primer lugar en donde se desenvuelve. En el caso de la familia de Juan, quien idealmente tendría que haber tomado el rol de cabeza de familia, era su mamá, y no él solo porque era hombre. Debido a que no se siguió el orden del rol, se presentó esta dificultad de crecimiento como se menciona anteriormente.

Quizá el tema más importante que se trabajó en la intervención fue el enojo, el cual surge cuando la madre de Juan, cuatro años después de la muerte de su esposo, expresa cobardía por parte de su esposo fallecido por haberles abandonado, cuando la realidad inminente es de ausencia por fallecimiento y no por abandono. A partir de ese evento Juan desarrolla mucho enojo, disgusto y rencor hacia su mamá lo que hizo que la relación entre ellos fuera tornándose cada vez más áspera y difícil de llevar para ambos.

Las interacciones sociales que tenemos con las personas suelen llegar a ser una de las principales causas de consulta psicológica, y en cuanto al ambiente familiar, la mayoría de las personas tienen algún tipo de conflicto con algún miembro. Como lo vemos en el caso de Juan hacia su mamá, por el comentario erróneo dicho acerca de su padre. De igual manera, el enojo puede ser resultado de preocupaciones relacionadas a problemas personales, un ejemplo son los recuerdos de sucesos traumáticos o de ira que también llegan a despertar sentimientos de enojo. Se concluye que el enojo es causado por sucesos externos o internos, en este caso es un suceso interno, debido a que es sobre un suceso en específico.

Es importante mencionar que Juan manifestó indicadores de violencia psicológica; sin embargo, no se presentaron expresiones de violencia física. A continuación, se expone un planteamiento de la Asociación de Psicología Americana (APA):

La forma en que el ser humano expresa el enojo de manera natural o instintiva es siendo agresivo, es el sentimiento que se adapta a las amenazas e inspira sentimientos intensos, con frecuencia agresivos y conductas que nos permiten luchar o defendernos cuando nos llegamos a sentir atacados (APA, 2020).

Según el artículo, se explica que el cerebro produce emociones negativas en el sistema límbico, dentro de este se encuentra la amígdala que es la encargada de mandar un disparo para que se reaccione de manera defensiva y rápida ante los peligros. El proceso de la información que la amígdala lleva a cabo es rudimentario, básico, inmediato y en la mayoría sin consciencia, por lo que la amígdala nos hace reaccionar de manera primitiva. Una persona que tiende a enojarse fácilmente se sentirá lastimada y desilusionada, lo que le llevará a transformar esta desilusión en ira.

También se explica que las personas con problemas de enojo llegan a sacar conclusiones y a actuar de manera extrema y/o explosiva, por lo que se busca primero tranquilizar a la persona con las técnicas de relajación que mejor le funcionen, y posteriormente pensar en las respuestas convenientes para poder llevar una conversación adecuada y de esta manera mejorar la comunicación antes de explotar en algún conflicto (APA, opcit).

Cabe mencionar que su principal causa de enojo con la madre es que ésta señaló, al fallecer el padre, que los abandonó con su muerte. La mamá estaba pasando por un duelo

difícil y parece no haber dimensionado en ese entonces el peso de la exigencia requerida a un adolescente de 14 años.

Datos de identificación del paciente

Juan es un hombre de 48 años, originario de Querétaro que trabaja como asesor financiero para un banco desde hace 18 años. Es el menor de 4 hermanos: tiene un hermano mayor, Jonás, de 55 años; Jana de 53 y Joel de 51 (todos seudónimos).

Es padre de tres hijos, dos varones de 20 y 18 años respectivamente y una adolescente de 13 años, con quienes mantiene contacto diario y una buena relación. Juan estuvo unido en matrimonio con Faby (seudónimo) por 23 años de los cuáles los últimos 11 estuvieron separados; a pesar de ya no llevar una relación de pareja, continuaron viviendo juntos hasta haberse divorciado en marzo de 2019.

Actualmente, a casi un año del divorcio, Juan vive en un departamento que renta a dos calles de la casa donde viven sus hijos y exesposa . Juan se encuentra llevando trámites de contrato para adquirir su propia casa ya que desea dejar de pagar renta y hacerse de un bien raíz del que sea dueño.

Cabe destacar que se presentó un deterioro en la relación con su exesposa desde que ella se enteró que Juan había iniciado una relación de noviazgo. Esta relación es rechazada rotundamente por Faby, razón por la cuál presenta continuas amenazas de no permitirle a Juan ver a sus propios hijos.

La suma de todas las situaciones previamente expuestas, mantienen a Juan en constante tensión y miedo de que Faby pueda apartarlo de sus hijos.

Motivo de consulta

El motivo de consulta consistió en el abordaje del sentimiento y manejo del enojo experimentado hacía la figura materna, resultado de años de una mala relación tras el fallecimiento de su padre, motivo por el cual se suscita la parentalización del hijo.

Al acudir a su primera sesión, Juan comenta, como motivo de consulta, lo siguiente: "En esta ocasión busco trabajar en la mejoría de mi actual relación con mi madre. Desde mis 14 años no he podido perdonar que ella haya dicho que mi padre nos había abandonado por cobardía, cuando en realidad falleció". Resulta importante mencionar que no es la primera vez que Juan acudía a la atención brindada en el centro de Orientación Psicoterapia y Aprendizaje significativo (OPTA); en la ocasión anterior Juan trabajó su duelo ante divorcio tras haber logrado dar el paso de mudarse a vivir en otro lugar separado de sus tres hijos. También señaló haber trabajado el miedo que tenía de perder a sus hijos al no estar viviendo con ellos tras tantos años de haberse quedado en la misma casa bajo el argumento de que, si les faltaba, les estaría fallando como figura paterna.

Instrumentos para evaluar al paciente

A continuación, se describen los instrumentos de evaluación que se utilizaron a lo largo de la terapia con el paciente. Los siguientes instrumentos fueron aplicados al inicio de las sesiones 1, 5 y 10:

Escala Global

Esta escala sirve para medir el funcionamiento de las personas en sus diferentes áreas de vida: laboral, escolar, amistad, pareja, familia, salud física y sexual. Tiene una escala del 1 al 6, donde el 1 representa “Nada”, 2 “Casi nada”, 3 “Poco”, 4 “Regular”, 5 “Mucho” y 6 “Muchísimo”. A mayor puntaje, mayor afectación en el área de vida de la persona. A continuación, presento 2 ejemplos de reactivos de la escala: Mis actividades habituales en ratos libres (salidas, cenas, diversión, deporte) están siendo perjudicadas, Mi salud física está siendo perjudicada (Moreno, 2014 validada en México por Alcázar, 2011). En la primer sesión se aplicó la escala y la puntuación fue de 15, que nos habla de una afectación de funcionamiento baja.

Escala de Enojo-Rasgo

Esta escala (Moscoso y Spielberg, 1999 validada en México por Alcázar et al, 2011) sirve para medir la predisposición de una persona a experimentar enojo como estado rasgo. Cuenta con 10 ítems que se evalúan en un rango del 1 al 4. Donde 1 representa “Casi nunca”, 2 “Algunas veces”, 3 “Frecuentemente” y 4 “Casi siempre, la persona evaluada tiene que marcar cuál es la frecuencia con la que se presenta el enojo. Los puntajes varían de 10 a 40; los resultados arriba de 23 (arriba del percentil 75) indica alto enojo-rasgo, es decir, que la persona tiende a enojarse fácilmente. Uno de los reactivos que conforman la escala: “Me

pongo furioso cuando me critican delante de los demás”. En la primer sesión se aplicó la escala y la puntuación fue de 22, que nos habla de una puntuación promedio.

Inventario de Ansiedad de Beck

Este instrumento mide la severidad de las categorías sintomáticas y conductuales de ansiedad en una persona. La componen 21 reactivos, los cuales se califican en una escala de 4 puntos: 0 representa “Poco o Nada”, 1 “Más o menos”, 2 “Moderadamente” y 3 “Severamente”. La persona tiene que elegir la frecuencia con la que experimenta lo descrito en cada frase, durante la última semana. Algunos ejemplos de reactivos son: 1 “Entumecimiento, hormigueo”. 2 “Sentir oleadas de calor”. 3 “Opresión en el pecho latidos acelerados” 4 “Nerviosismo”. 5 “Indigestión o malestar estomacal” (Beck, 1988 validado en México por Robles, Varela, Jurado y Páez, 2001). En la primer sesión se aplicó la escala y la puntuación fue de 11, que nos habla de ansiedad leve.

Inventario de Depresión de Beck

Este es un instrumento de auto aplicación diseñado para evaluar la severidad de la sintomatología depresiva durante los últimos 15 días en la vida del paciente. Consta de 21 reactivos donde están ordenadas de menor a mayor gravedad y la persona tiene que elegir, entre un conjunto de cuatro alternativas, la frase que más se acerque a su modo de sentir o pensar de las últimas dos semanas. La consistencia interna es aceptable, de .87 (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena, y Varela, 1998). Al calificar el inventario, los puntos de corte son: no depresión (0-9 puntos), depresión leve (10-18 puntos), depresión moderada (19-29 puntos) y depresión grave (más de 30 puntos). Un ejemplo de reactivo es: 0 “Yo no me siento desilusionado de mí mismo”. 1 “Estoy desilusionado de mí mismo”. 2

“Estoy disgustado conmigo mismo”. 3 “Me odio”. En la primer sesión se aplicó la escala y la puntuación fue de 12, que nos habla de una depresión leve.

Diagnóstico del paciente

Por las pruebas aplicadas y los resultados obtenidos, se descarta algún trastorno de la personalidad, estado de ánimo o ansiedad. En Juan se identifican **problemas vinculados al área psicosocial y ambiental, específicamente aquellos relativos al grupo primario de apoyo**. Según el DSM-5 en el apartado Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica, se identifican problemas relacionados con la educación familiar, específicamente relación padre e hijos. Usualmente un problema en la relación de padre hijo se asocia a un deterioro en los dominios conductual, afectivo o cognitivo (5ª ed. De la Asociación Psiquiátrica Americana, APA, 2013).

Formulación del caso clínico

Juan describe desde la adolescencia una relación dañada con su madre. Aunado a ello describe que existía en él un sistema de creencias que le llevaba a plantear que la manera de haberse ella expresado de su difunto esposo era absurda e inadecuada por lo tanto injusta a la percepción de Juan.

De igual manera es importante mencionar el rol que Juan tuvo que tomar a su corta edad, sin ser cuestionado, más bien designado, de realizar las actividades y tomar el lugar de padre tanto para su mamá como para su hermana, asumiendo el papel del “hombre de la casa”. De ello, es de relevancia agregar que a pesar de tener dos hermanos mayores quienes pudieron aportar más a su familia, Juan fue quien siempre estuvo presente para su hermana y madre, siendo el menor, y en quien su papá confió para dejarlo a cargo; por ello mismo, resulta relevante hablar sobre los roles en la familia.

Aquí resulta importante destacar que ella también estaba sufriendo su propio duelo. Aunado a esto Juan tenía la idea de “tristeza es igual a mostrarse débil”, por lo que se abocó desde ese entonces a crear una máscara la cuál reflejara a que su familia lo viera como un adolescente, y posteriormente un hombre, fuerte y que no se doblega ante nada.

En ningún momento el paciente solicitó que su mamá asistiera a alguna terapia, sin embargo, trabajar la relación de Juan con su madre sirvió para dar un nuevo marco de visión más integral de la perspectiva de ambos.

Una parte del trabajo en su proceso se enfocó en orientar a Juan a que comprendiera que ya no tenía que seguir cumpliendo con el rol de padre; aprender a diferenciarse ese rol, del que realmente le correspondía, yendo de la mano con el último objetivo establecido de reubicarse en el rol que le corresponde dentro de la relación madre-hijo.

Los síntomas que Juan identifica como sentimientos de enojo están acordes con las pautas de relación y mantenimiento por tantos años del rol de sustentador emocional y económico de su familia nuclear y más en específico de su madre.

A continuación, se expone el concepto de relaciones familiares de Amarís, Patermina y Vargas, quienes realizan un abordaje interesante:

Las relaciones familiares están constituidas por las interacciones entre los miembros que integran el sistema; a partir de estas interacciones se establecen lazos que les permiten a los miembros de la familia permanecer unidos y luchar por alcanzar las metas propuestas. Dichas interacciones se manifiestan por medio de la comunicación, las reglas y normas que regular la homeostasis del sistema familiar (Amarís, Patermina y Vargas, 2004).

Se engendró una relación poco estrecha y de escasa comunicación entre Juan y su mamá; la cual, parece haberse forjado en una construcción antagónica y muy dispar de como, aparentemente, ambos perciben al papá de Juan. Aparentemente la madre creía que el papá era cobarde por morir y Juan que no.

Juan enfrentó la muerte de su padre y la convivencia con una madre que vivía un duelo al quedar viuda. A pesar de todo, su rol parental le permitió desarrollar su fuerza, reafirmarse tomando el mando y haciéndose cargo específicamente de su madre y hermana, convirtiéndose en padre de ambas. Juan tenía la idea de “tristeza es igual a mostrarse débil”, por lo que desde que fallece el padre hizo todo lo que estaba en sus manos para no mostrar tristeza.

El beneficio inmediato del nuevo rol le permitió conducirse al mando de las mujeres de su familia, socorriendo a los débiles y convirtiéndose en el hijo y hermano sacrificado. Tras pagar un alto precio, Juan se sintió admirable y maduro.

Aunque no es lo ideal: la experiencia de la parentalización puede desarrollar capacidades resilientes en los niños, niñas y adolescentes, ya que se concedieron el derecho a dar, de este modo el infante o adolescente se siente mayor, bueno, fuerte y generoso (Cyrulnik, 2003).

La intervención psicoterapéutica ha tenido como objetivo redefinir la visión del padre y de la madre para brindar una reestructuración que permita regresar a Juan a su jerarquía, disminuyendo con ello la parentalización, que lo pone en el mismo nivel jerárquico de la madre. A continuación, se expone el genograma familiar de Juan en el que podemos observar lo siguiente:

familia de origen con las mujeres, hacía que con otras mujeres se saltara su jerarquía. La ganancia secundaria del rol parental parece ser que le permite ganar autoridad sobre las mujeres.

Elección del tratamiento

El presente caso clínico se llevó a cabo mediante un abordaje sistémico, en el que se establecieron estrategias terapéuticas enfocadas a redefinir la visión del padre y de la madre para brindar una reestructuración que permita regresar a Juan a su jerarquía, disminuyendo con ello la parentalización, que lo pone en el mismo nivel jerárquico de la madre.

Durante el tratamiento, se utilizaron algunas técnicas para poder continuar y lograr el cumplimiento de los objetivos establecidos, siendo:

- Excepciones a la regla: técnica en la que se pregunta cuando no sucede o se repite un patrón (De Shazer, 1991).

- Pregunta milagro: técnica que se sirve para orientar al paciente a imaginar su vida sin la problemática. Consiste en que imagine que está dormido, y mientras lo está ocurre un milagro y se resuelve la situación problema. Se le hacen preguntas del tipo: ¿Cómo te darías cuenta de que la situación problema ya se solucionó?; ¿Qué cosas serían distintas?, etc. (De Shazer, 1991).

- Genograma: herramienta de apoyo utilizada para realizar una representación gráfica del sistema familiar, donde se puede establecer e identificar el tipo de relación que cada miembro familiar mantiene con los demás. Nos permite identificar también eventos significativos; coaliciones, y permite vislumbrar pautas en el sistema familiar (McGoldrick y Gerson, 1985).

- Redefinición: Presentar una forma alternativa de entender una situación. Lo que cambia es el sentido atribuido a la situación, no los hechos correspondientes a ésta. O bien, como lo expresó Epicteto: "No son las cosas mismas las que nos inquietan, sino las

opiniones que tenemos acerca de ellas " (Watzlawick, Weakland y Fisch, 2010). Se utilizó con el paciente para que se percatara del dolor y enojo que sentía su mamá al haber perdido a su pareja.

- Reformulación del problema: esta técnica se utiliza para redefinir una problemática en términos positivos, buscando resaltar los recursos de la persona o eventos (Watzlawick, Weakland y Fisch, 2010).

Implementación del tratamiento

La terapia breve fue la implementada como tratamiento. Esta se define como Modelo que propone intervenciones con objetivo de resolución de problemas y tendiente a extinguir sintomatologías. No promueve sólo anular síntomas, sino posicionar además al sujeto en otro modo de percibir la realidad. Busca propiciar el destrabar bloqueos de proceso de crecimiento, mejorar relaciones interpersonales; establecer bienestar personal que evolucione a mejora de calidad de vida (García & Ceberio, 2016).

El tratamiento tuvo una duración de 12 sesiones, cada sesión tuvo una duración de 50 minutos, una vez por semana. El tratamiento inició en agosto de 2019 y concluyó en enero de 2020.

Un ejemplo de sesión donde se puede ver la implementación de una de las técnicas mencionadas sería la sesión número ocho, en la que el objetivo fue fomentar una perspectiva diferente de lo que significó la pérdida de la figura paterna, para cada uno de los miembros de la familia (específicamente para la madre del paciente). La técnica utilizada fue la de redefinición el cual se enfocó en darle una nueva mirada más comprensiva de cómo su madre vivió el duelo por el fallecimiento de su padre.

A continuación, se describe una parte del diálogo:

T: ¿Tú cuál pensarías que, de entre las pérdidas más importantes, es la que encabeza la lista?

P: La de un hijo, claro.

T: No, esa es la que sigue, sin embargo, el número uno es la pérdida del cónyuge...

P: ¿En serio? No lo hubiera imaginado nunca...

T: Sabiendo esto, podrías suponer que para tu madre fue algo sumamente doloroso y cuando pasamos por situaciones de dolor extremo, enojo, etc., podemos decir cosas sin coherencia que no necesariamente signifiquemos o tal vez. ¿Su relación era buena?

P: Había mucho amor. Eso lo recuerdo.

T: Entonces con mayor razón aún, ¿podiera ser que para tu mamá enfrentarse a una vida sin él, con 4 hijos, a una edad muy joven, y tal vez con el sueño de haber muerto de viejita con tu padre a su lado, no fue algo que la llevó a sentir ese enojo y expresarlo de esa manera, inadecuada y un tanto absurda?

P: Tal vez ... no lo había pensado así.

En esta sesión Juan logró reconocer que la pérdida de su papá no solo le había afectado a él en cuanto a tener que tomar un rol prematuro para su edad, sino que también tuvo un impacto en su mamá, quien perdió a su pareja de vida.

De igual manera logró identificar el sentimiento que su mamá tuvo por debajo de la expresión que los había abandonado; comprendió que, si bien tal vez no fue la manera más adecuada para expresar su dolor, fue la manera que ella encontró en esos momentos para hacerlo, con las herramientas que tenía.

Contenido de cada sesión

Durante el proceso terapéutico se abordaron los siguientes temas:

Tabla 1 Contenido de sesiones

Sesión	Objetivo	Técnicas/Temas
1	Rapport, motivo de consulta	Planteamiento de enfoque terapéutico y rapport. Lectura de contrato. Aplicación de escalas
2	Elaboración de genograma	Exploración de sistema familiar y situaciones generadas de enojo.
3	Explorar y obtener información para HC	Relación con hijos desde que salió de casa. Exploración de creencias, pautas de interacción
4	Explorar y obtener información para HC	Exploración de la relación con padre y familia paterna.
5	Supervisión en Cámara de Gesell, retroalimentación de equipo de supervisión	Niñez y relación con su padre. Homofobia liberal. Aplicación de escalas.
6	Que contacte con sus sentimientos	Situación actual con expareja y dinámica familiar.
7	Explorar cuando no sucede o se repite un patrón en situaciones de enojo	Trabajo con resistencias y conductas de evitación. Implementación de técnica Excepciones a la regla.
8	Que el paciente observe desde otro punto de vista experiencia de su madre	Relación con madre y hermanos. Implementación de técnica Redefinición
9	Orientar al paciente a imaginar su vida sin la problemática	Situación sentimental actual Implementación de técnica pregunta milagro
10	Redefinir la problemática en términos positivos	Nueva actitud y relación con su madre. Aplicación de escalas. Técnica de reformulación del problema

11	Planes a futuro de paciente ante su proceso	Trabajo de visualización de objetivos que le dejen satisfecho, a corto plazo en 5 áreas (familiar, educativo, laboral, social, y salud)
12	Cierre y despedida	Cierre del ciclo sistémico, se hace una recapitulación de avances, logros y áreas de oportunidad.

Resultados del tratamiento

A continuación, se describen los resultados tanto cuantitativos como cualitativos que se observaron y que el paciente describió durante el proceso terapéutico.

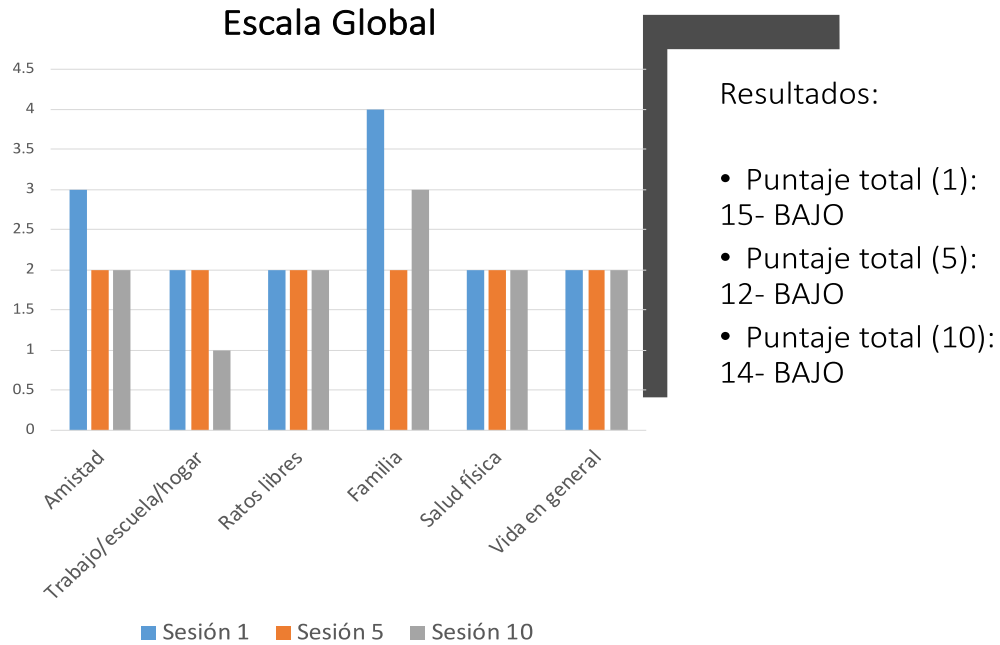
Resultados cuantitativos

Tabla 2 Resultados de escalas aplicadas durante las sesiones 1,5 y 10

Escalas	Sesión 1	Sesión 5	Sesión 10
Puntaje de la Escala global	15 (bajo)	12 (bajo)	14 (bajo)
1. Mi Vida social habitual (relaciones de amistad) está siendo perjudicada	3	2	2
2. Mi funcionamiento en el trabajo/ escuela/ labores del hogar está siendo perjudicado	2	2	1
3. Mis actividades habituales en ratos libres (salidas, cenas, diversión, deporte) están siendo perjudicadas	2	2	2
4. Mi relación con mi familia está siendo perjudicada	4	2	3
5. Mi salud física está siendo perjudicada	2	2	2
6. Mi vida en general está siendo perjudicada	2	2	2
Puntaje de Escala Enojo-Rasgo	22 (promedio)	24 (alto)	22 (promedio)
Puntaje del Inventario de Depresión de Beck	12 (leve)	3 (mínima)	5 (mínima)
Puntaje del Inventario de Ansiedad de Beck	11 (leve)	4 (mínima)	3 (mínima)

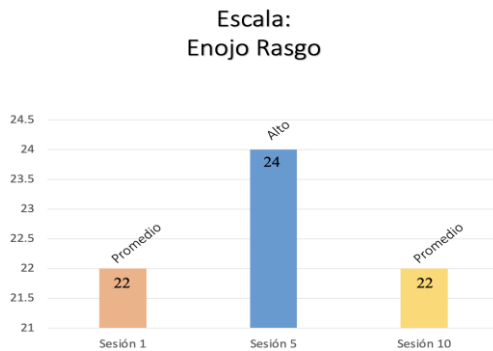
En esta tabla se puede observar que, en los resultados de la Escala Global, los puntajes disminuyeron de la sesión uno a la cinco, sin embargo, de la sesión cinco a la 10 hubo un aumento de dos puntos, a pesar de ello se mantuvo en una puntuación leve de afectación en las diferentes áreas en las que se desenvuelve el paciente.

Gráfica 1 Escala Global



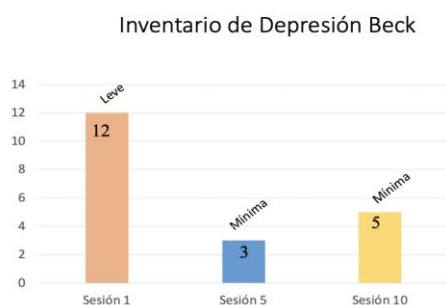
En cuanto al puntaje obtenido en la Escala Enojo-Rasgo ocurrió algo similar, puesto que en la sesión uno se obtuvo un puntaje de 22, mientras que en la sesión cinco fue de 24; sin embargo, en la sesión 10 se volvió a establecer un puntaje de 22, dejando el resultado en enojo- rasgo de puntuación promedio.

Gráfica 2 Escala Enojo Rasgo



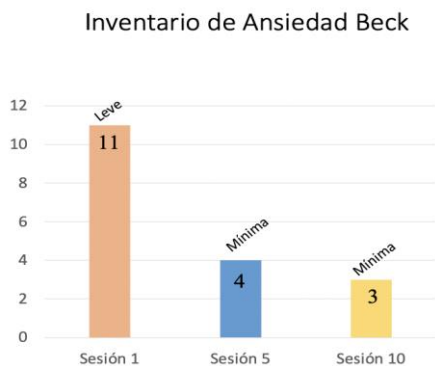
Respecto a los resultados obtenidos en el Inventario de Depresión de Beck, se puede observar como el puntaje disminuye de manera considerable, ya que se comenzó el tratamiento (sesión uno) con un puntaje de 12, considerado depresión leve, y se terminó con un puntaje de cinco, considerado depresión mínima; a pesar de haber aumentado 2 puntos, de la sesión cinco a la sesión 10, se mantuvo en un puntaje mínimo.

Gráfica 3 Inventario de Depresión Beck



Por último, en el Inventario de Ansiedad de Beck hubo una disminución en todas las veces que se aplicó la escala: en la primera aplicación se obtuvo un puntaje de 11, considerado como ansiedad leve; en la quinta sesión un puntaje de cuatro, considerado como ansiedad mínima y en la décima sesión, sigue disminuyendo a un puntaje de tres, reflejando una sintomatología ansiosa en nivel mínimo.

Gráfica 4 Inventario de Ansiedad Beck



Durante la primera mitad del proceso psicoterapéutico, de la primera a la quinta sesión los síntomas disminuyeron a excepción del enojo, el cual más bien aumentó; sin embargo, se puede ver como “normal” dado los objetivos de las sesiones donde se implicaba el abordaje del motivo de consulta de una manera directa y hasta cierto punto confrontativa para el paciente.

De la sesión sexta a la décima, las sesiones comienzan a tener un carácter más directo, puesto que es la segunda mitad del tratamiento donde el paciente debe comenzar a tomar decisiones y ser consciente del problema; en estas sesiones se registró una mayor disminución de los síntomas sugiriendo una mejoría. Esto se da por la focalización en la búsqueda de alternativas y acciones para afrontar la situación, más que el motivo de consulta, como fue en la octava sesión en el caso de Juan.

Resultados cualitativos

A partir de la séptima sesión, Juan refirió lo siguiente: “Me he sentido diferente. He identificado cuando me siento triste y he logrado contactar con ello sin sentirme vulnerable”. Se observa con ello que posterior a esta sesión comienza a hacer contacto con su tristeza y no reprime el llanto.

Comenzó su proceso de aprender a expresarse asertivamente, principalmente la emoción del enojo. Al igual que comienza a desvincular la idea de “tristeza es igual a mostrarse débil”, se ha permitido poner límites a los demás y a pesar de sentirse vulnerable, ya no reprimió sus sentimientos.

Comentó que tenía una comunicación más clara con su mamá, logró expresar como se sentía de manera asertiva, mostrándose seguro en cuanto a la forma en que solía presentar y expresar sus emociones. Para el final del proceso relata que ha visto más seguido a su madre

y que la convivencia y comunicación ha continuado siendo de mayor calidad; ante ello se expresa y describe feliz y aliviado de esta nueva manera de relacionarse con ella. Algo también importante de mencionar es que relata que con su hermano mayor ha habido más acercamiento y que la reacción de este, ante la búsqueda de algún encuentro entre hermanos por parte de Juan, ha sido para él, sorprendentemente positiva. De igual manera ante ello se manifiesta satisfecho y contento.

Resultados generales

Al ir avanzando con las sesiones de psicoterapia, el paciente cayó en cuenta de que su madre había perdido al amor de su vida y no había estado llevando a cabo el mejor proceso de duelo. Es hasta entonces que Juan logró entender el sentimiento y la razón del porqué su madre había hecho tal comentario. Después de esta redefinición en sesión, fue más sencillo trabajar el perdón y el objetivo de la intervención también se facilitó.

Juan logró situarse en el rol familiar que le corresponde, ya que logró diferenciar el rol de padre que venía representando desde su adolescencia, viendo a su madre más objetivamente, provocando que los sentimientos negativos hacia ella disminuyeran considerablemente. Juan mencionó lo siguiente al final del tratamiento: “Ya no me engancharé con lo que sé o no sé, me siento más tranquilo en cuanto a eso. No puedo saberlo todo y ni modo”. Por lo que se afirma haber logrado identificar el sentir de su madre sin devaluarse e inició así un proceso de comprensión y mayor empatía.

Para terminar el proceso, se trabajó en fortalecer las acciones que llevaron al paciente a la finalización del tratamiento habiendo logrado los objetivos planteados.

Factores asociados al terapeuta

Existieron factores asociados a la terapeuta observados por el grupo de supervisión durante las retroalimentación de los casos, los cuáles se observa que influyeron positiva y no tan positivamente en los resultados del tratamiento. Una de las fortalezas, desde la primera sesión, fue la empatía hacia Juan, lo que favoreció una buena construcción de una alianza terapéutica y un buen clima de confianza. Las fortalezas que se observaron en la terapeuta fueron: aceptación incondicional, autenticidad, sentido del humor, escucha activa y paráfrasis.

En cuanto a las áreas de oportunidad identificadas, estas fueron el manejo de ansiedad, establecimiento de metas terapéuticas, orden y organización, dominio de uso de preguntas cerradas y flexibilidad.

Discusión

Este caso presentó un paciente de 48 años de edad, que tiene como motivo de consulta un sentimiento de enojo hacia su madre, resultado de años de mala relación tras el fallecimiento de su padre, motivo por el cual se suscita la parentalización del hijo.

El objetivo de este estudio fue presentar la aplicación de un tratamiento de psicoterapia desde un modelo sistémico en un caso de rol prematuro que tuvo como consecuencia la creación y desarrollo de una mala relación madre-hijo.

Antes de que el padre falleciera, le asigna (mandato) al paciente cuidar de su madre y hermana, determinando en ese momento el rol parental, lo que (Cruz, 1997) llama un fenómeno homeostático que ocurre por la ausencia del padre (fallecido); se genera el desequilibrio en la familia, haciendo que los límites sean difusos entre el rol parental filial, por lo que el hijo termina ocupando el lugar parental, generándose en él una inadecuación de su individualidad e independencia emocional.

Se eligió como abordaje terapéutico, el enfoque de intervención de la terapia breve sistémica, que, en comparación con otras corrientes, se centra en la resolución de problemas estableciendo objetivos específicos y estrategias de intervención para la extinción de la sintomatología. Buscando un crecimiento, bienestar y una mejor calidad de vida (García & Ceberio, 2016).

Una de las fortalezas del enfoque es que se está abierto a nuevas visiones creativas que permitan redefinir el marco rígido con el que antes se veían los problemas.

El trabajar bajo el enfoque sistémico muestra un resultado eficiente en pocas sesiones: Al redefinir lo que la madre vivió, se modificaron esquemas mentales y fue posible realizar cambios en diferentes niveles. Juan dejó de apropiarse de los conflictos ajenos a su rol, logrando así modificar conductas que se mantenían desde su adolescencia.

Hay que tomar en cuenta apartados como el de factores asociados al terapeuta, que cumplen también con el ejercicio de autoobservación y análisis crítico, lo que permite hacer conciencia de la importancia de otros elementos presentes en los procesos de la psicoterapia. Por otro lado, es importante considerar que siempre puede haber factores ajenos al proceso de la psicoterapia que también contribuyen con los cambios.

Los cambios hablan de una mejoría y se respaldan en los datos obtenidos en los instrumentos de carácter cuantitativo; mostrando una disminución en el grado de afectación en las diferentes áreas de la vida del paciente, con respecto al problema, y de los síntomas asociados a las emociones de enojo, tristeza y ansiedad.

Entre los resultados del caso clínico que se considera fueron significativos para el paciente, está el espacio que se le dio dentro del proceso al ser validado en sus necesidades y expectativas de acuerdo con el rol que ha representado desde la adolescencia. Esto le permitió encontrar los recursos para lograr los objetivos establecidos al principio de su proceso y modificar las conductas y actitudes dolorosas para él.

Por otro lado, se encuentran los aspectos cualitativos, en los cuales los cambios en las pautas de interacción se vieron reflejados en decisiones y acciones tomadas por el propio paciente en función de guiarle para obtener una mejor percepción de la situación, ya que

estaba cegado por su enojo; esto se vio reflejado en la relación tanto con su mamá como con el resto de su familia (ahora expareja e hijos).

Por último, la parentalización y su manejo en la terapia pudiera requerir mayor investigación científica, ya que es un buena opción como herramienta terapéutica, que trae consigo cambios significativos, en un tiempo terapéutico corto, en comparación con otras corrientes.

Referencias

- Alcázar, R. J., Deffenbacher, J. L. y Byrne, Z. S. (2011). Assessing the factor structure of the anger expression inventory (ML-STAXI) in a Mexican sample. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11, 307-318.
- Amarís Macías, M., Paternina Marín, A. y Vargas Cantillo, K. (2004). Relaciones familiares en familias desplazadas por la violencia ubicadas en "la cangrejera" (corregimiento de Barranquilla, Colombia). *Psicología desde el Caribe*, (14),91-124. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=213/21301405>.
- American Psychological Association. (2020). Estrategias para controlar su enojo. disponible en: <https://www.apa.org/centrodeapoyo/estrategias>.
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM-5®*.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. y Steer, R. A. (1988). An inventory for Measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56 (6), p.p. 893 – 897.
- Butts Griggs, T. (2007). *Manejando la ira en la mediación: conceptos y estrategias*. Portularia, VII (1-2),17-38. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1610/161017323002>.
- Cibanal, L., (2006). *Introducción a la sistémica y Terapia Familiar*. Alicante: Editorial Club Universitario

- Cyrulnik, B., (2003). *El murmullo de los fantasmas: Volver a la vida después de un trauma*.
Barcelona: Gedisa.
- Cruz, R., (1997). *La familia, el niño y los valores. Un estudio de etnografía familiar*. En
Revista de la Dirección de Educación N° 7. Montevideo. Extraído de
[http://www.iin.oea.org/Cursos_a_distancia/cursoprojur2003/Bibliografia%20Mod.II/
La_familia_y_el_nino.pdf](http://www.iin.oea.org/Cursos_a_distancia/cursoprojur2003/Bibliografia%20Mod.II/La_familia_y_el_nino.pdf)
- Domínguez, C., González, D., Navarrete, D., & Zicavo, N. (2019). *Parentalización en
familias monoparentales. Ciencias Psicológicas, 13(2), 346-355*.
- De Shazer, S. (1991). *Claves para la solución en terapia breve*. Ediciones Paidós: Barcelona-
Buenos Aires-México.
- Eguiluz, L. (2017). *Dinámica de la familia*. México, D.F: PAX MEXICO.
- Engelhardt, J. (2012). *The Developmental Implications of Parentification: Effects on
Childhood Attachment*. Graduate Student Journal of Psychology.
- Espina, A., Pumar, B. (1996). *Terapia familiar sistémica: teoría, clínica investigación*.
España: Fundamentos.
- García, F. E., & Ceberio, M. R. (2016). *Manual de terapia sistémica breve*. Santiago de
Chile: Mediterraneo.
- Hooper, L. M. (2007a). *The application of attachment theory and family systems theory to
the phenomena of parentification*. The Family Journal: Counseling and Therapy for
Couples and Families, 15, 217-233.

- Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperana, V. y Varela, R. (1998). *La estandarización del inventario de Beck para los residentes de la ciudad de México. Salud Mental, 21*, 26-31.
- Mazaira Castro, J., & Gago, A. (1999). *Efectos del fallecimiento parental en la infancia y adolescencia. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría., 19(71)*, 407-418.
- Moreno, L. (2014). *La percepción del paciente sobre su terapeuta en la primera entrevista, el número de sesiones que asisten los pacientes y los resultados del entrenamiento. Tesis para obtener el grado de Maestría en Psicología Clínica y Psicoterapia. Universidad Iberoamericana Puebla. No publicada.*
- Moscoso, M. y Spielberger, C. D. (1999). *Evaluación de la experiencia, expresión y control de la cólera en Latinoamérica. Revista Psicología Contemporánea, 6*, 4-13.
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S. y Páez, F. (2001). *Versión mexicana de Inventario de Ansiedad de Beck: Propiedades psicométricas. Revista mexicana de psicología, 18*, 211-218.
- Selvini, M; Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1991). *Paradoja y contraparadoja. Buenos Aires: Paidós*
- Solórzano, L. (2018). *El Rol en la Familia: Roles Familiares. Disponible en: <http://www.medicosfamiliares.com/familia/el-rol-en-la-familia-roles-familiares.html>*
- Watzlawick. P., Weakland, J. Fisch, R. (2010). *Cambio, formación y solución de los problemas humanos. Barcelona: Herder.*