



**Relación entre tipo de apego, estilo de crianza y conductas adictivas en un
adolescente**

Estudio de caso único

Blanca Lucen Gutiérrez Hortua

Maestría en Psicología

Profundización en Psicología Clínica

Barraquilla

2017

**Relación entre tipo de apego, estilo de crianza y conductas adictivas en un
adolescente**

Estudio de caso único

Blanca Lucen Gutierrez Hortua

Trabajo de grado

Tutora

Ana Mercedes Bello Villanueva

PhD en Psicología

Maestría en Psicología

Profundización en Psicología Clínica

Barraquilla

2017

Nota de aceptación

El trabajo de grado *Relación entre tipo de apego, estilo de crianza y conductas adictivas en un adolescente - estudio de caso único*, presentado por la estudiante *Blanca Lucen Gutierrez Hortua*, cumple con los requisitos exigidos por la *Universidad del Norte* para optar al título de *Magíster en Psicología Clínica*

Firma presidente del jurado

Firma jurado

Firma jurado

Barranquilla, noviembre de 2017

Contenido

	pág.
1. Introducción	10
2. Justificación	12
3. Planteamiento del problema.....	14
4. Objetivos	20
4.1 Objetivo general	20
4.2 Objetivos específicos	20
5. Caso de estudio	21
5.1 Identificación	21
5.2 Motivo de consulta	21
5.3 Quejas principales del paciente:	21
5.4 Identificación y descripción de problemas.....	22
5.5 Análisis funcional	26
5.6 Análisis histórico	28
5.6.1 Historia del problema	28
5.6.2 Historia personal	30
5.6.3 Historia familiar	31
5.6.4 Historia socioafectiva	33
5.6.5 Historia escolar	35
5.7 Genograma	37
5.8 Proceso de evaluación clínica	37
5.8.1 Sesión 1. Entrevista clínica a los padres.....	37
5.8.2 Sesión 2. Entrevista clínica al paciente.....	40

5.8.3 Sesión 3. Evaluación de creencias irracionales.....	44
5.8.4 Sesión 4. Estrategias de afrontamiento	47
5.8.5 Sesión 5. Evaluación del estado de ánimo	52
5.8.6 Sesión 6. Estilo de crianza	54
5.8.7 Sesión 7. Tipo de apego.....	57
5.8.8 Sesión 8. Retroalimentación con los padres.....	60
5.9 Factores de desarrollo.....	61
5.9.1 Factores de predisposición	61
5.9.2 Factores adquisitivos.....	61
5.9.3 Factores desencadenantes o precipitantes	62
5.9.4 Factores de mantenimiento	62
5.10 Evaluación multiaxial según criterios del DMS-5.....	62
5.10.1 Diagnóstico diferencial	63
5.10.2 Criterios diagnósticos.....	63
5.11 Formulación clínica.....	65
6. Plan de tratamiento.....	67
7. Marco teórico.....	71
7.1 Alcoholismo en adolescentes.....	71
7.2 Adicción a los videojuegos, Internet y redes sociales en adolescentes.....	72
7.3 Relación entre la adicción a los videojuegos, redes sociales, Internet y consumo de alcohol	73
7.4 Tipo de apego y su relación con las conductas adictivas	74
7.5 Estilo de crianza y su relación con las conductas adictivas.....	77

7.6 Enfoque cognitivo-conductual en el tratamiento del alcoholismo en adolescentes.....	80
7.7 Enfoque cognitivo-conductual en el tratamiento de la adicción a videojuegos, Internet y redes sociales.....	84
8. Análisis del caso.....	87
9. Discusión y conclusiones	92
Referencias.....	96
Anexos	101

Lista de tablas

	pág.
Tabla 1. Análisis funcional para la alteración de la conducta	26
Tabla 2. Análisis funcional para la alteración del estado de ánimo	27
Tabla 3. Recuerdos y experiencias significativas	36
Tabla 4. Criterios diagnósticos del DSM-5 para el trastorno por consumo de sustancias	64
Tabla 5. Criterios de gravedad de un episodio depresivo según la CIE-10	64
Tabla 6. Plan de tratamiento.....	68
Tabla 7. Fases, sesiones, contenidos, técnicas y tareas para casa	85

Lista de figuras

	pág.
Figura 1. Genograma	37
Figura 2. Resultados de la entrevista clínica a los padres	39
Figura 3. Resultados de la entrevista clínica al paciente	43

Lista de anexos

	pág.
Anexo 1. Test de Creencias Irracionales TCI.....	101
Anexo 2. Escala de estrategias de Coping – modificada (EEC-M).....	102
Anexo 3. Inventario de Depresión de Beck-II BDI II	104
Anexo 4. Escala de Estilos de Crianza de Steinberg (1993) adaptada por Merino y Arnd (2004).....	106
Anexo 5. Versión reducida del cuestionario CaMir (CaMir-R) para la evaluación del apego en adolescentes (2011).....	108
Anexo 6. Consentimiento informado	109

1. Introducción

Las conductas adictivas no son un flagelo nuevo o que afecte exclusivamente a la sociedad contemporánea. Se tienen registros de esta problemática en la Grecia antigua y el Imperio Romano en donde se recurría principalmente al alcohol, y el opio era utilizado con fines terapéuticos; por su parte, el cannabis era consumido por los asirios (Secretaría de Salud Pública de México, D.F., 2012).

En esa época no se conocían los conceptos abuso y dependencia, mismos que se acuñaron a principios del siglo XX cuando el acceso a las sustancias adictivas se facilitó con el surgimiento de nuevos medios de transporte, su producción y comercialización se intensificó y su uso se incrementó por la difusión de sus efectos placenteros, llegando a generar “epidemias de enormes proporciones y con repercusiones de muy diversa índole, al punto de ser uno de los problemas de mayor envergadura que habrá de enfrentar el hombre de principio de siglo” (Pinto, 1998, p. 23) y que continúa en la actualidad.

A la adicción al alcohol y a otras sustancias psicoactivas de origen natural o sintético (adicciones químicas), se han sumado otras adicciones (conductuales) entre las que se cuentan: el juego, el sexo, la comida, la religión, la Internet, el trabajo...

En este orden de ideas, cuando una persona es adicta a dos o más sustancias o conductas, o a la mezcla de sustancias y conductas adictivas se le denomina poliadicta.

Este trabajo es un estudio de caso único de un adolescente de 16 años de edad, poliadicto al alcohol, los videojuegos y la Internet.

Tiene como objetivo principal describir la relación entre el tipo de apego del paciente, estilo de crianza y el surgimiento de las conductas adictivas. Se utilizaron como instrumentos de recolección de información los testimonios del adolescente, las

respuestas de sus padres y de él mismo a una entrevista, así como cuestionarios validados por expertos, cuyos resultados y análisis se incluyen más adelante en el planteamiento del caso de estudio.

La información recopilada permite formular, desde el enfoque cognitivo-conductual, estrategias de intervención dirigidas a la superación de las adicciones y a la reestructuración de las relaciones del paciente con su núcleo familiar.

2. Justificación

En la adolescencia, etapa del desarrollo marcada por la búsqueda de independencia, la aceptación de los cambios físicos, la definición de la identidad sexual, la construcción del tipo de personalidad, entre otros aspectos, se pueden presentar factores de riesgo que faciliten el desarrollo de distintos tipos de adicciones.

Este caso de estudio en particular, analizan dos conductas adictivas de un adolescente de 16 años: al alcohol y los videojuegos y la Internet; se plantea la intervención del profesional en psicología en esta problemática, al formular un plan terapéutico dirigido al logro de objetivos de cambio conductual, que principalmente beneficiaría al adolescente objeto de estudio y a su núcleo familiar.

El estudio también aporta a la práctica psicológica y puede convertirse en un referente para el tratamiento de pacientes poliadictos, al evaluar mediante distintos instrumentos, la posible relación entre el tipo de apego, los estilos de crianza y las conductas adictivas.

Genera aportes al conocimiento y metodología en la investigación en psicología clínica, de la salud y de las adicciones, al estar fundamentado en el resultado de instrumentos confiables y validados, debidamente interpretados a la luz de la teoría psicológica, todo ello teniendo en cuenta que entre las múltiples tareas del psicólogo, como profesional están, entre otras, las siguientes, formuladas por el Colegio Colombiano de Psicólogos (2014):

1. Desarrollar y aplicar principios psicológicos, conocimientos, modelos y métodos de forma ética y científica, con el fin de promover el desarrollo, bienestar y eficacia de los individuos, grupos y comunidades.

2. Diseñar las intervenciones psicológicas coherentes con la evaluación y hacer seguimiento a los resultados obtenidos.
3. Evaluar, diagnosticar, acompañar, asesorar e intervenir en salud mental en diferentes escenarios y poblaciones.
4. Preparar a las personas, las familias y las comunidades para ser funcionales en sus diferentes contextos (p. 18).

En el ejercicio de estas competencias, se atiende el caso de estudio desde el enfoque cognitivo conductual, dado que es la técnica más validada por los expertos en el tratamiento de las adicciones. Así lo confirman Becoña y Cortés (2008), cuando afirman que las terapias cognitivo-conductuales integran los postulados de las teorías del comportamiento y del aprendizaje social:

Este enfoque es el más comprensivo para tratar los problemas derivados del uso de sustancias y consiste básicamente en el desarrollo de estrategias destinadas a aumentar el control que la persona tiene sobre sí misma. Su filosofía está basada en la intervención activa del paciente, en el sentido de que se le anima a contrastar empíricamente sus ideas o creencias (p. 41).

3. Planteamiento del problema

Cualquiera que sea la adicción de un adolescente, acarrea consecuencias psicológicas tanto para sí mismo como para la familia de la cual hace parte.

Teniendo en cuenta que este caso de estudio aborda las conductas adictivas de un adolescente hacia el alcohol, los videojuegos y la Internet, es necesario realizar un acercamiento a estas problemáticas, con el fin de plantear una alternativa de tratamiento desde el enfoque cognitivo-conductual.

El consumo de alcohol por los adolescentes es una conducta que día a día se ha venido incrementando en Colombia. Las edades de inicio en el consumo de esta sustancia son cada vez menores, debido a la alta exposición que desde temprana edad pueden tener los niños a ella en ambientes familiares y de socialización, así como a la publicidad engañosa que asocia su consumo con felicidad, éxito y aprobación.

El último estudio realizado por Pérez, Mejía, Reyes y Cardozo (2015) sobre el consumo de alcohol en menores de 18 años indica:

El 63% de los estudiantes de 6° a 11° de colegios públicos y privados en Colombia, ha consumido alcohol alguna vez en su vida, es decir, dos de cada tres escolares lo han probado en algún momento; el 57% lo hizo en el último año y el 40% lo hizo en el último mes. Esta última prevalencia aumenta con la edad y con el grado escolar: los estudiantes de los últimos grados escolares consumen más en comparación con los de grados inferiores (p. 21).

Los datos son preocupantes; más de la mitad de los estudiantes ha consumido o consume alcohol. En esta situación deben considerarse varios factores que pueden inducir a los jóvenes al uso y/o abuso de esta sustancia:

El contacto inicial con el alcohol, puede darse en la mayoría de los casos en el contexto familiar, determinado por las normas y valores culturales transmitidos de generación en generación.

Otras razones obedecen a “patrones conductuales en los que se integran actitudes, búsqueda de sensaciones, crisis en la identidad psicosocial, motivaciones hedónicas, imperativos grupales, tendencias socioculturales y otros factores coadyuvantes” (Carballo et al., 2004; Ellickson, Tucker, Klein y McGuigan, 2001; Espada, Méndez, Griffin y Botvin, 2003; Hombrados y Domínguez, 2004; Jessor, 2002; Pérez, Díaz y Vinet, 2005; como se citó en Pérez, et al., 2015, p. 19).

Pérez et al. (2015) también citan el estudio realizado por el Fondo de Prevención Vial en 2007, según el cual:

El 45% de los jóvenes colombianos consume alcohol porque los hace sentir contentos, alegres y simpáticos frente a su grupo de amigos; el 24% siente que se desinhibe, les representa un cambio de ánimo y los vuelve espontáneos; el 23% dice que lo hace por motivos de integración y unión con su grupo social; el 21% porque les produce sensación de relajación y descanso y les hace sentir placer; el 10% lo hace porque les agrada el sabor y un 4% porque les quita la sed; y el resto lo hace por el efecto que produce o simplemente por nada (p. 20).

Así, puede verse que las razones que aducen los jóvenes para consumir alcohol son muchas; siempre habrá un motivo que “justifique” su consumo y que minimice las consecuencias que sobre el organismo, los estudios, las relaciones con la familia, los problemas con otros miembros de la sociedad y la posibilidad de asumir conductas que pongan en riesgo su propia integridad y la de los demás.

Además de la adicción a sustancias químicas, en los jóvenes de hoy también pueden detectarse adicciones conductuales. En los últimos años se ha venido acuñando el término de “adicto a los videojuegos”, problemática que se evidencia principalmente en niños y jóvenes de sexo masculino.

Lancheros, Amaya y Baquero (2014) mencionan que los videojuegos pueden resultar benéficos para fomentar la independencia, seguridad y creatividad en los niños. Sin embargo, su abuso puede conducir a la adicción y por consiguiente, afectar las esferas en las que se desarrolla la vida cotidiana de los jóvenes y niños. Aducen Lancheros et al. (2014) que esta adicción puede ser producto de la falta de tiempo que los padres dedican a sus hijos y, lamentablemente son ellos mismos quienes en muchas ocasiones proveen a los niños de estos juegos para evitar que en su tiempo libre frecuenten la calle y puedan estar en riesgo de juntarse con malas compañías, involucrarse en problemas o adquirir otras adicciones.

Además, en la actual sociedad de la globalización, mediada por los avances tecnológicos, se ha desarrollado otro tipo de adicción: a la Internet y las redes sociales. Ésta, al igual que la adicción a los videojuegos, se cataloga como no-química:

Implica la ejecución de conductas repetitivas que tienen por objetivo aliviar la tensión por medio de la realización de comportamientos que resultan contraproducentes para el sujeto. La urgencia para completar la conducta -y el malestar experimentado si se impide hacerlo- se asemejan al deseo compulsivo y al síndrome de abstinencia sufridos por los drogodependientes. Las personas pueden hacerse adictas a cualquier conducta placentera, pero hay ciertas características en el uso de Internet que la hacen particularmente adictiva. Lo que motiva especialmente a las personas jóvenes a las redes sociales virtuales es la

accesibilidad, disponibilidad, intimidad, alta estimulación y anonimato que ofrece Internet (Echeburúa, 2012, p. 435).

Afirma el autor, que entre los principales factores de riesgo para desarrollar adicción a la Internet y las redes sociales en los jóvenes se encuentran: un ambiente familiar disfuncional, estrés, presión social y fragilidad psicológica.

Luengo (2004) sostiene que los efectos negativos de esta conducta pueden evidenciarse en varios planos: en el fisiológico, la alteración en los patrones de sueño, debida a la práctica de estar conectado hasta altas horas de la madrugada, con la consecuente fatiga y posible afectación del sistema inmunológico.

También pueden presentarse alteraciones del humor, ansiedad o impaciencia por la lentitud de las conexiones o por no encontrar lo que se busca o a quien se busca, estado de conciencia alterado, irritabilidad en caso de interrupción, incapacidad para salirse de la pantalla, etc. (Echeburúa, 1999; como se citó en Luengo, 2004, p. 28).

Estas dificultades, producto de la dependencia, pueden afectar las relaciones interpersonales en los contextos familiar, académico y social.

Las tres conductas adictivas expuestas son las que afectan al adolescente de este caso de estudio. Cobra relevancia entonces, indagar en sus factores desencadenantes; establecer si el tipo de apego y el estilo de crianza recibido tienen alguna influencia en el desarrollo de las mismas y proponer desde el enfoque cognitivo-conductual un tratamiento que pueda contribuir a abandonar las conductas adictivas y que tenga como consecuencias una percepción favorable de sí mismo y la mejoría de las relaciones del adolescente con los integrantes de su núcleo familiar.

En este orden de ideas, la familia, con el ejercicio de los roles de sus integrantes, sus pautas y límites, se convierte en el actor más importante en el inicio de conductas de consumo, abuso y adicción, ya que las dinámicas de interacción familiar influyen notablemente en el desarrollo de la personalidad, el autoconcepto, las actitudes y los valores que expresan los jóvenes en su cotidianeidad.

En el caso de estudio, la dinámica familiar se ha visto afectada por las adicciones del adolescente al alcohol, los videojuegos y la Internet, lo que ha generado mayores niveles de estrés, problemas de comunicación y menor satisfacción familiar.

En cuanto al estrés, se evidencia en la preocupación de los padres por las conductas adictivas del joven y la sensación de que sus esfuerzos por que abandone estos comportamientos han sido inútiles.

La comunicación se ha deteriorado, oscilando entre las peleas, discusiones y periodos de incomunicación. Los altercados tienen varias vías: entre el adolescente y alguno de sus padres, con los dos padres, con su hermana y de los padres entre sí. Todo lo anterior conduce a la insatisfacción familiar, definida por Sobrino (2008) como:

Una dinámica en la que se generan actitudes y comportamientos negativos, afectando los niveles comunicacionales y por ende el bienestar personal y familiar. Niveles altos y permanentes de insatisfacción familiar suelen afectar la personalidad de sus miembros, convirtiéndose la familia en un factor de alto riesgo para sus integrantes (p. 111).

Desde los planteamientos anteriores, puede entonces entenderse a la familia del adolescente de este caso de estudio como psicotóxica: “aquella con un miembro adicto y que mediante su dinámica favorece el mantenimiento de la adicción” (Kalina, 2000 como se citó en Costa (2014) y en la que pueden identificarse las siguientes

características que menciona Sáenz (2003) como se citó en Costa (2014) y que influirían de manera importante en el mantenimiento de las conductas adictivas:

1. Mala alianza marital: hace referencia a la pareja disfuncional.
2. Interacción simbiótica en la relación madre e hijo; el sujeto no se ha individualizado y se evidencia una fuerte relación de apego.
3. Coalición intergeneracional: las relaciones vinculares simbióticas generan alianzas contradictorias de dos contra uno en la familia; por ejemplo, madre-hijo versus padre.
4. Padre sobre-involucrado o periférico: como consecuencia de la mala alianza marital surgen los roles de los padres invertidos; por ejemplo, la madre como padre sobre-involucrado y el padre desplazado de su rol o viceversa.
5. Falta de fronteras claramente delimitadas: escasez en las delimitaciones de los subsistemas; por ejemplo, el subsistema de la pareja de progenitores.
6. Dobles mensajes: cuando se da ambigüedad entre el decir y el hacer o se presentan discursos ambivalentes (p. 71).

El problema de este estudio de caso se resume entonces en las conductas adictivas del adolescente y cómo algunos factores de la crianza que recibió y el tipo de vínculo que estableció pudieron desencadenarlas, afectándolo a él mismo como a los demás miembros de su núcleo familiar.

4. Objetivos

4.1 Objetivo general

Establecer la relación entre el tipo de apego, el estilo de crianza y las conductas adictivas de un paciente adolescente, para contribuir en el mejoramiento de estrategias de intervención.

4.2 Objetivos específicos

- Identificar, mediante del Cuestionario de evaluación del apego, el tipo de apego desarrollado por el adolescente y su posible influencia en las conductas adictivas que presenta.
- Determinar el estilo de crianza que recibió a través de la Escala de Estilos de Crianza de Steinberg y si éste se vincula con las conductas adictivas.

5. Caso de estudio

5.1 Identificación

Nombre: GM

Edad: 16 años

Fecha de nacimiento: 10 de julio de 2001

Sexo: masculino

Escolaridad: décimo grado

Lugar de procedencia: Cartagena - Bolívar

5.2 Motivo de consulta

Paciente: “no entiendo por qué me traen al psicólogo. Mi mamá cree que yo necesito una orientación y cree que soy alcohólico... además, porque me quitaron el cupo del colegio, donde estoy desde primaria”.

Madre: (piensa)... “no sé qué hacer con GM; estoy muy preocupada, hay cosas que hace que me desconciertan y preocupan, viene tomando, tiene un grupo de amigos que lo inducen a cosas malas y se está convirtiendo en una situación familiar difícil”.

Contacto inicial: ingresa a consulta paciente de sexo masculino con buena presentación personal y evidencia de higiene personal. Se muestra disgustado; cruza los brazos, se recuesta en la silla y evade el contacto visual con la terapeuta. Asiste a la consulta por iniciativa de la madre, quien expresa su preocupación por la situación actual del menor.

5.3 Quejas principales del paciente:

Aspectos cognitivos: en la primera sesión GM fue breve en sus relatos, respondió a lo que se le preguntó. Considera que sus amigos no son malos como la madre lo asevera, cree que sus papás son muy buenos pero no lo entienden... “especialmente mi

papá que no hace sino darme sermones” y que su hermana lo hiere mucho con las cosas que le dice... “me gustan desde pequeño los videojuegos pero no soy obsesivo como dicen mis tíos”.

Aspectos afectivos: tristeza y rabia.

Aspectos fisiológicos: no reporta.

Aspectos conductuales: aunque no es constante, se muerde los bordes de los dedos de las manos. Así mismo, tiende a llorar cuando se abordan los temas relacionados con la familia y el colegio. Constantemente observa su teléfono celular, lo que puede interpretarse como manifestación conductual de su dependencia a éste y las diferentes actividades que realiza a través del equipo (videojuegos, Internet, redes sociales).

Aspectos relacionales: sostiene relaciones adecuadas con su grupo de pares. Su red de amigos en el colegio es amplia, y a nivel familiar tiene contacto frecuente con sus primos. Se encuentra en una relación de noviazgo con una joven de la misma edad que conoció en el colegio donde estudió.

Aspectos contextuales: sus dificultades se observan particularmente en la casa; en el que mayores consecuencias negativas ha tenido fue el colegio.

5.4 Identificación y descripción de problemas

P1: alteración de la conducta

Conducta desadaptativa: hace aproximadamente 18 meses, GM intensificó su vida social caracterizada por las constantes reuniones con sus compañeros de colegio, tanto en días de semana como los fines de semana, las cuales estaban acompañadas por licor, videojuegos y bromas pesadas entre ellos, condición que ha generado conflictos en

la familia, además de afectar su situación en el colegio, teniendo como resultado final la cancelación del cupo.

Conducta adictiva: otro factor reconocido por los padres y el joven es la tendencia que presenta a estar constantemente interactuando con un elemento de entretenimiento el cual comenzó desde temprana edad (seis años) y se ha venido incrementando con el tiempo centrando su actividad y atención en videojuegos, chat por Internet y últimamente chat por teléfono celular.

El contacto con el teléfono celular es permanente, para acceder a videojuegos como para comunicarse por redes sociales, pese a los llamados de atención y críticas por parte de la familia.

Ante esta situación, el joven expresa: “cuando no tengo el teléfono en la mano me siento inquieto, incómodo y busco la manera de poder tenerlo”. En las ocasiones en que su teléfono celular ha presentado daños o lo ha perdido, recurre al de la madre, quien no duda en facilitárselo, condición que es criticada por los demás miembros de la familia especialmente por la hija mayor.

Los padres y hermana de GM, comentan que “prácticamente duerme y se baña con el celular y/o la Tablet”, sus diálogos, aunque se dan con diferentes personas, se presentan con mayor intensidad, frecuencia y duración con la novia actual, seguidos de la comunicación con los amigos, condición que depende de los sucesos que se estén presentando, y menos, por no decir nulos, con los miembros de la familia,

Esta condición le ha limitado la práctica de actividades deportivas o musicales; así mismo, ha empobrecido la relación con la familia en general, pues en reuniones familiares se aparta por completo. La comunicación verbal se ha reducido

significativamente, tendiendo a proferir groserías cuando está jugando y las respuestas a lo que se le pregunta se limitan a monosílabos.

El padre de GM refiere que ha subido de peso, sus ojos presentan irritación y se le observa mala postura, sobre todo a nivel cervical.

P2: alteración del estado de ánimo

Frecuentemente, GM manifiesta sentimientos de tristeza, irritabilidad y soledad, especialmente en los dos últimos años, los cuales son más evidentes ante situaciones que tienen relación con las confrontaciones con el padre y hermana mayor.

Ésta última, le trata de manera despectiva manifestándole que “es un alcohólico”; así mismo, expresa su inconformidad cuando GM está escuchando música y ella se encuentra estudiando. A través de gritos le ordena bajar el volumen, apagar o encerrarse, dando como resultado que GM la evite, sintiéndose no querido, rechazado, infeliz.

El padre de GM, en reiteradas ocasiones ante las situaciones presentadas, (bajo rendimiento académico, constante actividad en videojuegos, Internet y redes sociales, cancelación del cupo en el colegio, consumo de alcohol y falta de colaboración en la casa) ha tratado de darles manejo, utilizando diferentes medios como hablarle, regañarlo, castigarlo restringiendo las salidas o el uso del celular, y la menos frecuente: castigarlo físicamente con correa.

Esto ha generado niveles de tensión en el hogar, en especial porque la madre tiende a defender al joven, ante lo que GM, se siente incomprendido y poco amado y aceptado.

Expresa que él no actúa malintencionadamente, pero es consciente que se ha dejado llevar por situaciones y que su comportamiento genera malestar en el hogar y la

familia, por lo cual se siente culpable, y le entristece saber que por más que él intenta, algunas de esas situaciones se le salen de su control.

Quisiera llegar al momento en que al menos una semana no sea él, el generador de problemas en el hogar, por lo que ante esas situaciones, opta por encerrarse en su habitación y aislarse de todos escuchando música o chateando para que el ambiente de la casa no se perturbe y así no haya más problemas.

Otra situación que es importante resaltar, es cuando GM se reúne con algunos de sus excompañeros de colegio, por lo general los fines de semana o cuando escucha casi todos los días dos canciones que relaciona con la vida escolar; las respuestas frecuentes son lagrimear, estar en silencio, pensar en sus amigos, sentir tristeza y añoranza de la situación vivida y considerar injusta la decisión tomada.

Sólo espera poder estar el día de la graduación, y compartirla con todos aunque él no haga parte del grupo de graduandos, porque la considera como el momento más especial de su vida escolar, situación que no es fácil superar.

Se siente fracasado, pero así mismo cuando está con ellos, se anima, va a fiestas, consume alcohol, practica videojuegos y compite virtualmente.

5.5 Análisis funcional

P1: alteración de la conducta

Tabla 1.
Análisis funcional para la alteración de la conducta

Situación	Respuestas	Consecuencias
Cuando se encuentra sin la novia o el grupo de amigos chatea por celular o juega videojuegos	<p><i>Cognitiva y verbal:</i> Es lo mejor, me comunico con todos a la vez. Así no me siento solo. Me quita el aburrimiento. Me siento importante.</p> <p><i>Emocional/afectiva:</i> Alegría, motivación</p> <p><i>Motora/comportamental:</i> Poca actividad física, chatea por el celular por periodos prolongados de tiempo Movimientos faciales tipo tics, expresiones verbales (groserías)</p> <p><i>Fisiológica:</i> Tensión y rigidez muscular.</p>	<p>Refuerzo social de la novia y amigos (R+)</p> <p>Escape de la familia(R-)</p>
Cuando se encuentra con la novia o el grupo de amigos con los que consume alcohol	<p><i>Cognitiva y verbal:</i> Me divierto mucho. Olvido los sermones de mi papá y de mi hermana. Siento que ellos me entienden y no me juzgan.</p> <p><i>Emocional/afectiva:</i> Inicialmente, alegría; luego, cuando se excede en el consumo: tristeza.</p> <p><i>Motora/comportamental:</i> Problemas de coordinación, conductas de riesgo, expresiones verbales (groserías).</p> <p><i>Fisiológica:</i> Relajación.</p>	<p>Refuerzo social de la novia y amigos (R+)</p> <p>Aislamiento de la familia(R-)</p>

Fuente: elaboración propia

P2: alteración del estado de ánimo

Tabla 2.
Análisis funcional para la alteración del estado de ánimo

Situación	Respuestas	Consecuencias
Recordar que le cancelaron la matrícula en el colegio y no puede compartir el día a día con sus compañeros	<p><i>Cognitiva y verbal:</i></p> <p>Es injusto, no me dieron credibilidad, debieron darme una oportunidad.</p> <p>Es un reto para demostrar que no soy lo que se imaginan.</p> <p>Me faltó control.</p> <p>No me esforcé lo suficiente.</p> <p>Fui irresponsable.</p> <p><i>Emocional/afectiva:</i></p> <p>Rabia, tristeza.</p> <p><i>Motora/comportamental:</i></p> <p>Llanto, buscar colegio, hablar con los padres, consumo de alcohol.</p> <p><i>Fisiológica:</i></p> <p>Sensación de nudo en la garganta</p>	<p>Se encierra en su habitación (R-)</p> <p>Pena (R+)</p> <p>Incremento del sentimiento de culpa(R+)</p>
Frecuentes discusiones con su hermana	<p><i>Cognitiva y verbal:</i></p> <p>Mi hermana me hiere con sus comentarios.</p> <p>Tiene problemas.</p> <p>De pronto hice algo malo y no me di cuenta.</p> <p>Me grita constantemente no me conoce.</p> <p>Parece que no fuera su hermano. desear no estar ahí en esos momentos</p> <p><i>Emocional afectiva:</i></p> <p>Tristeza, rabia, temor excesivo a posibles conflictos.</p> <p><i>Motora/comportamental:</i></p> <p>Contesta, llora,</p> <p><i>Fisiológica:</i></p> <p>Palpitaciones fuertes, tensión muscular</p>	<p>La mamá regaña a la hermana y atiende a GM (R+)</p> <p>Se encierra en su alcoba a jugar videojuegos o chatear (R-)</p>

Tabla 2 (continuación)

Cuando el	<i>Cognitiva/verbal:</i>	Aislamiento (R-)
padre le	No me comprende, tiene razón, pero sólo la coge conmigo.	Pena (R+)
llama la	Culpabilidad	Baja autoestima
atención por	<i>Emocional/afectiva:</i>	(R+)
las llegadas	Rabia, tristeza, sentimiento de vacío	Incremento del
tarde los	<i>Motora/comportamental:</i>	sentimiento de
finde de	Se come el borde de las uñas, tiende a hablar repitiendo	culpa y fracaso
semana	algunas sílabas (tartamudeo), silencio prolongado, llanto.	
	<i>Fisiológica:</i>	
	Rinitis, sensación de ahogo.	

Fuente: elaboración propia

5.6 Análisis histórico

5.6.1 Historia del problema. GM se ha caracterizado desde temprana edad por ser un niño tranquilo, afectuoso y consentido. En él ha prevalecido el gusto por los videojuegos desde los seis años, que aparecen como una opción de tranquilidad para la madre quien los consideró un recurso efectivo para que no se aburriera ni saliera del apartamento mientras los padres se encontraban laborando o en reuniones sociales. Paralelamente en esa época, llega un vecino que comparte las mismas características de GM: hijos menores y con padres con alto nivel laboral, que apelan al mismo recurso (comprar los últimos videojuegos) para mantener ocupado y entretenido al niño, lo cual genera identificación y filiación por los mismos intereses.

Esta atracción se ha mantenido o incrementado, por la innovación tanto en los juegos como en los equipos. Así mismo, por el tiempo dedicado a ello, ya que cuando sus padres no se encontraban y GM quedaba al cuidado de la empleada, era muy poca la regulación; tenía más independencia para permanecer en su cuarto en una de sus actividades preferidas.

Lo descrito ha generado que desde los 13 años GM se aísle por espacios de tiempo de cualquier situación social (reuniones, fiestas, salidas recreativas), viéndose limitada su interacción en especial con personas adultas.

Esta condición de permanencia en el juego se ha complementado con el manejo del chat tanto por Internet como por teléfono celular, llegando a realizarlo todo el día, inclusive dormirse durante esta acción y ser lo primero que hace al despertarse. Esta conducta sólo se ha intentado manejar cuando le robaron el celular, dejándolo un tiempo sin éste, pero de igual manera lo hacía a través del teléfono de la mamá, quien trata de complacer a su hijo hasta en sus más mínimos deseos o demandas; igualmente, GM accedía a Internet en el computador de escritorio de la casa o mediante la Tablet.

GM fue inscrito en un gimnasio para procurarle alguna actividad física, acción que cumple por un determinado periodo el cual no pasa del 50% del que fue pagado.

Es evidente que por encontrarse atravesando la adolescencia, GM manifieste su necesidad de pertenencia y permanencia en grupos sociales, condición que venía con una buena interacción caracterizada por afinidad, aceptación, disfrute, y en algunos momentos acompañamiento por parte de los padres, pero en los dos últimos años, comenzó a tener un descenso en el rendimiento académico, llamados de atención, reportes de los docentes y necesidad de nivelación en los procesos.

Fue en el año 2014, cuando tenía 13 años, que en el que el comportamiento de GM empezaron a evidenciarse acciones tales como consumo de alcohol, participación constante en fiestas, reuniones en apartamentos, conductas disruptivas en el salón de clase como chistes y juegos, quedarse dormido en el salón, siendo la más contundente la de consumir alcohol en el colegio en repetidas ocasiones.

Esta última situación también se daba externamente; en una ocasión, tuvo que ser llevado a urgencias por intoxicación etílica, situación que fue notificada a los abuelos maternos, ya que los padres se encontraban en una reunión social y no atendieron la llamada. La condición de GM, generó conflicto al interior del hogar (peleas entre los padres, con su hermana, abuelos, etc.), lo cual incrementó sus sentimientos de incomprensión, culpa y tristeza; se vio aún más afectado cuando a la edad de 14 años, lo expulsaron del colegio al que había asistido durante toda su formación académica. Así mismo, experimentó sentimientos de vergüenza y humillación derivados de los ruegos que hizo su mamá a las directivas para que lograra permanecer en el colegio, ya que en un acto de desesperación, se puso de rodillas ante los directivos para suplicar no expulsaran a su hijo del plantel educativo.

Al momento de consulta, a pesar de las condiciones acordadas, éstas no son cumplidas con rigurosidad, ya que pasa gran parte de su tiempo dedicado a los videojuegos y el chat con amigos y su novia; así mismo, las contingencias por parte de los padres son mínimas, ya que le permiten salir, especialmente los fines de semana. GM recurre frecuentemente a la mentira para lograr los permisos por parte del padre y tener espacios o actividades con sus amigos y/o novia; en algunas ocasiones estas mentiras son conocidas y acolitadas por la madre.

El padre refiere que el joven ha empezado a generar respuestas como tics, tartamudeo y frecuentes manifestaciones de dolor de cabeza y de estómago, los cuales son más evidentes en momentos o situaciones de conflicto o confrontaciones.

5.6.2 Historia personal. La madre de GM reporta que el embarazo fue de nueve meses de gestación. No presentó problemas prenatales como tampoco perinatales. Su parto fue por cesárea y el estado de salud normal. El reporte médico no registra

enfermedades endémicas ni congénitas. Jamás ha sido sometido a una intervención quirúrgica, sólo ha presentado rinitis frecuente al frío y baja tonicidad muscular.

En las diferentes etapas de su desarrollo, no ha presentado situaciones que sean significativas en su vida; en la infancia despertó su afición por los videojuegos al punto de ser prioridad en sus intereses.

GM es considerado por sus padres como un joven bien educado (sociable), noble, sensible y expresivo, características que manifiesta ante situaciones que le despiertan este tipo de respuesta; así mismo, goza de buen humor.

5.6.3 Historia familiar. GM proviene de una familia tipo nuclear, conformada por sus padres y hermana mayor quien dista de su edad en siete años. El padre de GM es abogado, la madre es arquitecta, los dos gozan de reconocimiento en el ámbito profesional, económico y social.

La situación laboral de los padres, por la intensidad y ritmo de trabajo ha influido un poco en la interacción familiar y en mayor grado en la relación de pareja, la cual ha tenido altibajos, por posibles infidelidades de parte del esposo, situación que ha generado en más de dos ocasiones intentos de separación, y que de alguna manera ha impactado en la vida de los hijos por cuanto han visto el sufrimiento de la madre y el papel que ella ha desempeñado para mantenerlos y en general al hogar.

La madre de GM, se caracteriza por ser una mujer alegre, trabajadora y sociable, considera que todo tiene que estar en perfecto orden en su hogar, procura que su familia tenga un buen y alto estándar de vida, para lo cual les proporciona tanto en el ambiente (casa) como la calidad de vida en excelentes condiciones; a la fecha se ha practicado cinco cirugías plásticas y procedimientos estéticos para, según ella, mantenerse joven y atractiva.

La hermana de GM se ha caracterizado por ser excelente alumna tanto en el colegio como en la universidad, así como ser un buen miembro de familia que comparte con todos y a quien todos consienten. La dificultad de relación la presenta con el hermano a quien considera malcriado por la mamá y la empleada, “es desconsiderado”, no responde a las expectativas de los padres y la familia; sin embargo, manifiesta que lo ama y extraña cuando no están cerca, en especial porque ella se ha “esmerado” por consolidar su formación profesional con excelentes promedios y viajando fuera del país tanto por aprendizaje para su carrera como por diversión, elementos que se convierten en puntos de comparación en la familia con relación a su hermano.

Las constantes formas de actuar y las situaciones que viene presentando GM, han incrementado su baja tolerancia hacia él, ya que considera que sus padres no le han exigido lo suficiente y permiten que haga su voluntad. La relación entre hermanos se caracteriza por frecuentes peleas de tipo verbal; ella ha manifestado su preocupación por los comportamientos de GM y la reacción de la madre ante éstos.

El grupo familiar materno se caracteriza por ser muy unido, y GM tiene una estrecha relación con los abuelos y tíos maternos, especialmente con el único primo por parte de mamá, con el que se llevan un año de diferencia; son amigos y con él comparte en diferentes ámbitos y especialmente la afición por los videojuegos. La familia materna tiene gran injerencia en sus vidas y ante las situaciones que ha pasado GM, el abuelo, considerado un patriarca, le ha hablado y aconsejado; lo mismo han hecho sus tíos, quienes están pendientes de su desempeño escolar y de su comportamiento en general.

El padre se caracteriza por ser exigente en el cumplimiento de los deberes y comportamiento del ambiente familiar, pero tiende a ser un poco ambivalente en las correcciones que adopta con GM.

En ocasiones se torna conciliador y acude al diálogo como herramienta para la solución de los problemas; en otras, se observa una actitud autoritaria, en la que reclama a punta de gritos y regaños la obediencia y compromiso del hijo; algunas veces lo ha castigado con la correa.

Frente a esta última conducta, su esposa lo desaprueba, interrumpe y cuestiona, situación que él considera de desautorización; paradójicamente, ella regaña constantemente a GM, con muy pocos efectos. Cabe registrar, que el padre permanece muy poco tiempo en casa debido a su trabajo.

Otra conducta del padre es que se burla de GM, situación que incomoda al joven y a la madre, quien le reclama para que no se dé más este tipo de comportamiento.

Un aspecto que es importante resaltar es la actitud adoptada por la madre, quien a juicio de su esposo e hija es demasiado protectora, y trata de compensar todas las cosas, dando gusto a sus hijos especialmente a GM. Le permite ir a reuniones, en ocasiones mintiéndole al padre respecto a las llegadas tarde del hijo, le compra ropa de marca y en el momento que él lo solicite, le da dinero, le facilita los medios para tener celular, etc.

También es importante registrar que en la entrevista realizada a la familia el padre y la hermana manifestaron que GM “maneja” a la madre, la presiona y le exige hasta lograr lo que desea, siendo esta situación la que los hace reaccionar de manera negativa a través de confrontaciones y reclamos tanto a la madre como a GM.

5.6.4 Historia socioafectiva. En el ámbito socioafectivo, GM tiene vínculos de amistad muy estrechos especialmente con sus pares del colegio, un vecino con el cual se crió y su primo por parte de mamá.

Establece vínculos en su mayoría con hombres; con ellos se muestra altruista, colaborador y dispuesto a ayudarlos en las necesidades que se presenten. Dentro de su grupo de pares se destaca por ser un compañero noble, arriesgado y cómplice, le gusta estar en los eventos y participar de la organización de éstos.

La relación con los compañeros de colegio y barrio donde vivía antes, se fue tornando en acciones que aunque propias de la edad, tenían una condición de desafío y riesgo como era consumir licor, así como las escapadas tanto de las familias como del colegio, acciones que le valieron al finalizar el año, que le fue negada la matrícula para continuar estudiando, interrumpiendo su ciclo en el colegio que comenzó desde educación preescolar.

En el plano afectivo, GM ha tenido dos relaciones de noviazgo: la primera fue con una niña del colegio, relación que familiares y amigos calificaban de “intensa” en todo sentido, pues se caracterizó por ser una actitud posesiva por parte de la niña, largas y frecuentes llamadas, así como peleas, llegando a controlar todos los espacios de GM.

De forma paralela comenzó el consumo de alcohol por parte de GM, con el agravante de estar con ella cuando por la excesiva ingesta de licor tuvo que ser llevado a urgencias por intoxicación y dejado en cuidado intermedio. Esta condición suscitó llamado de atención a la familia por miembros de la policía y del personal médico.

Una vez terminada esta primera relación, en la cual hubo orientación por parte de los padres, a los tres meses comenzó una nueva relación con una niña de la misma edad.

Este nuevo vínculo, se ha caracterizado por una mejor comunicación, se ven frecuentemente, especialmente los fines de semana, participan de reuniones sociales, GM hace visita de casa y manifiesta que la relación se fundamenta en el respeto, amistad y tranquilidad, aspectos que no tuvo su primera relación.

De otra parte, considera que además de su mamá, sus tíos, especialmente los hermanos de la mamá y sus abuelos, son las personas que más lo quieren pues ellas están pendientes de sus necesidades y dificultades en el ámbito familiar y escolar.

GM es descrito por sus padres como un joven muy afectivo, cariñoso, tierno, sensible, que llora ante situaciones de tristeza y dolor, o significativas en la vida (por ejemplo los fines de año, o cuando los abuelos se enferman, la salida de su colegio, etc.).

5.6.5 Historia escolar. GM estudió en un colegio de la ciudad de clase social alta desde el preescolar hasta cuando en cursó noveno grado.

Durante su estancia en la institución mostró un buen comportamiento y rendimiento académico regular; presentó dificultades en las asignaturas de matemáticas y física, se caracterizó también por tener buenas relaciones con sus compañeros y docentes con los que se sintió comprendido, especialmente por haber vivido allí las diferentes transiciones tanto de su desarrollo como de sus cambios de nivel escolar.

Los grupos a los que perteneció estaban conformados por pocos estudiantes y todos le parecían muy agradables, aún los recuerda. A los 11 años ingresó a la básica secundaria, y sólo en octavo grado empezó a necesitar apoyo o refuerzo de un profesor externo para las asignaturas de matemáticas e inglés.

En octavo y noveno perdió cinco asignaturas teniendo como consecuencia un fuerte regaño de su padre, le prohibieron las salidas y los videojuegos, pero no cumpliéndose en tiempo ni en contingencias el castigo impuesto; así mismo, la hermana lo censuró duramente poniendo de manifiesto su propio rendimiento y comportamiento, el cual era catalogado como excelente.

Ante los comportamientos registrados en noveno grado, (escapadas del colegio con sus compañeros, ingerir licor en los baños) y la irregularidad en el rendimiento

académico, las directivas dieron por cancelada la permanencia del joven en la institución. Esta decisión lo impactó, así como a sus padres y la madre suplicó a las directivas por una oportunidad, acción que fue presenciada por GM, afectándolo emocionalmente, sintiendo ganas de escapar, además de experimentar sensación de mareo y deseos de vomitar.

Actualmente, cursa décimo grado en otra institución académica; su rendimiento es regular y aunque no consume alcohol en el colegio, sigue haciéndolo en reuniones con su grupo de amigos. Por iniciativa del joven, ingresa a una institución para validar los años restantes y así terminar pronto su proceso académico, situación que pese a los consejos de familiares la madre apoyó para “motivar” a GM, “justificando” dicha decisión, como la oportunidad que el joven tuviera de ser responsable.

Tabla 3.

Recuerdos y experiencias significativas

Edad	Recuerdos y experiencias
0-5	Desarrollo normal de su primera infancia.
6-10	Actividades lúdicas (videojuegos). Entabla amistad con un vecino para jugar en cualquiera de los dos apartamentos por no poder salir a la calle o parque. Frecuentes peleas entre los padres.
11-15	Bajo rendimiento académico. Alteración del comportamiento dentro del colegio. Consumo de alcohol. Intoxicación por consumo de alcohol. No renovación del contrato de matrícula para cursar décimo grado. Práctica constante de videojuegos y chat en redes sociales o Internet. Ingreso a un colegio de validación por escogencia personal. Realización de examen de validación de noveno grado para realizar décimo grado en 2016 obteniendo buen promedio académico. Incremento en la actividad de video juegos, alcohol e internet

Fuente: elaboración propia

5.7 Genograma

En la figura 1 se observa la dinámica de las relaciones en el núcleo familiar.

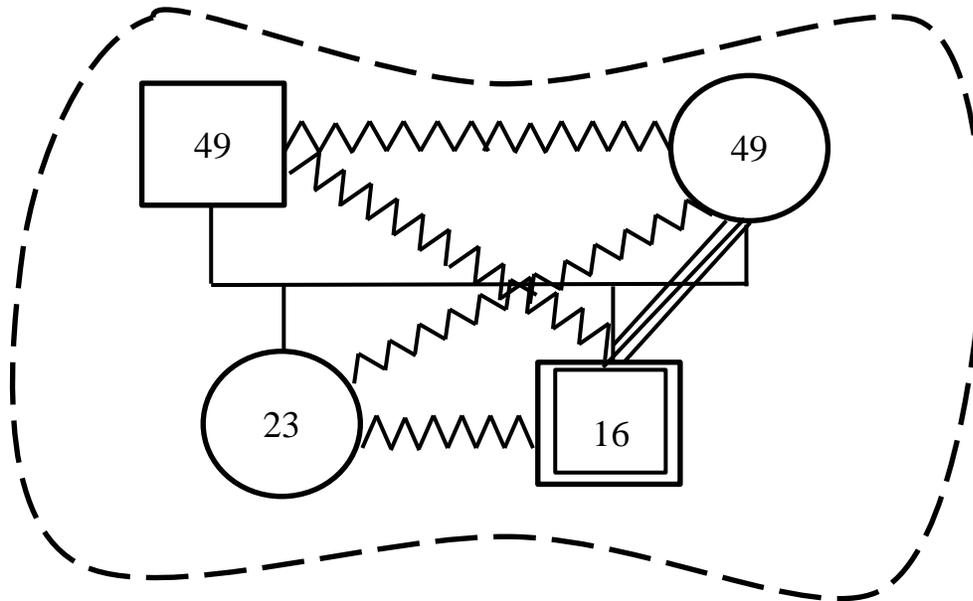


Figura 1. Genograma

Fuente: elaboración propia

Puede observarse que la relación entre GM y su madre es muy estrecha. Sin embargo, con su padre y hermana es conflictiva. Así mismo, se presenta conflicto entre los padres y entre la madre y hermana, debido a la conducta de la madre hacia GM que es totalmente desaprobada por su esposo e hija.

5.8 Proceso de evaluación clínica

5.8.1 Sesión 1. Entrevista clínica a los padres

Fecha: 16 de septiembre de 2016

H.CI. No. 1025062174

Objetivos: indagar aspectos relevantes de la historia personal y familiar del paciente; aspectos emocionales e igualmente lo que mantiene y/o refuerza las conductas adictivas, además establecer la dinámica familiar: cómo son los estilos parentales y lazos afectivos.

Actividad realizada: diligenciamiento de documentos (consentimiento informado). Se establece el motivo de consulta a través de la entrevista clínica con el fin de profundizar y comprender la situación del joven y la familia. Se transcriben a continuación los principales apartes:

T: Buen día, por favor cuénteme en qué les puedo ayudar.

M: *Buen día, doctora. Pues nosotros vinimos porque nuestro hijo GM nos tiene muy preocupados. Hay cosa que hace que nos desconciertan y preocupan; viene tomando trago hace un tiempo, tiene un grupo de amigos que lo inducen a cosas malas y se está convirtiendo en una situación familiar cada vez más difícil.*

P: *A eso súmele que perdió toda la responsabilidad con el colegio y le cancelaron la matrícula.*

T: ¿Por qué, qué pasó?

P: *Pues que se puso a tomar trago con los compañeros en el baño del colegio.*

T: ¿Ustedes qué hicieron?

M: *Yo fui al colegio a suplicarles que no lo echaran pero no lo logré.*

P: Claro, porque tú siempre estás solucionándole todos los problemas en que él se mete y dándole gusto en todo.

M: *Eso no es así.*

P: *Sí es así, porque todo lo que yo digo, las normas que le pongo, los castigos, ustedes de los pasan por la faja.*

T: A ver, por favor, cuéntenme cómo ha sido esta situación.

P: *Pues doctora, eso ha sido así toda la vida. Ella lo consiente mucho y yo soy “el malo del paseo” por querer imponer disciplina.*

M: *Lo que pasa es que él ha estado muy solo y tú toda la vida has preferido a AM, ella es tu niña consentida. Entonces, ¿a quién tiene GM? Pues a mí.*

P: *Eso no es así. Lo que pasa es que AM sí se deja corregir y no da tantos problemas. Doctora, yo la verdad ya no sé qué hacer porque por más que intento no me hacen caso.*

T: Bueno, papás. Vamos a empezar a trabajar con GM, pero para ello necesito que también ustedes se comprometan, a fin de que el proceso terapéutico dé buenos frutos para el bienestar de él y de todos ustedes como grupo familiar.

Conclusiones de la primera sesión. Se logró un clima de confianza y sinceridad con los padres, especialmente con el papá, quien manifiesta su inconformidad por la falta de coherencia que han tenido en la crianza de GM, especialmente por parte de la mamá. Él siente que no tiene suficiente fuerza para corregir esta situación. Durante la entrevista se presentó un momento de confrontación entre los padres (manifestaciones verbales de culpa “deberías” y juicios entre ellos).

Se evidenció que GM ha tenido un estilo de crianza ambivalente: por un lado, el padre quiere imponer disciplina y por el otro, la madre lo desautoriza. En sesiones posteriores, se identificará el estilo de crianza del joven a través de un instrumento idóneo de evaluación. En la figura 2 se presentan de manera resumida las conclusiones de esta primera sesión.

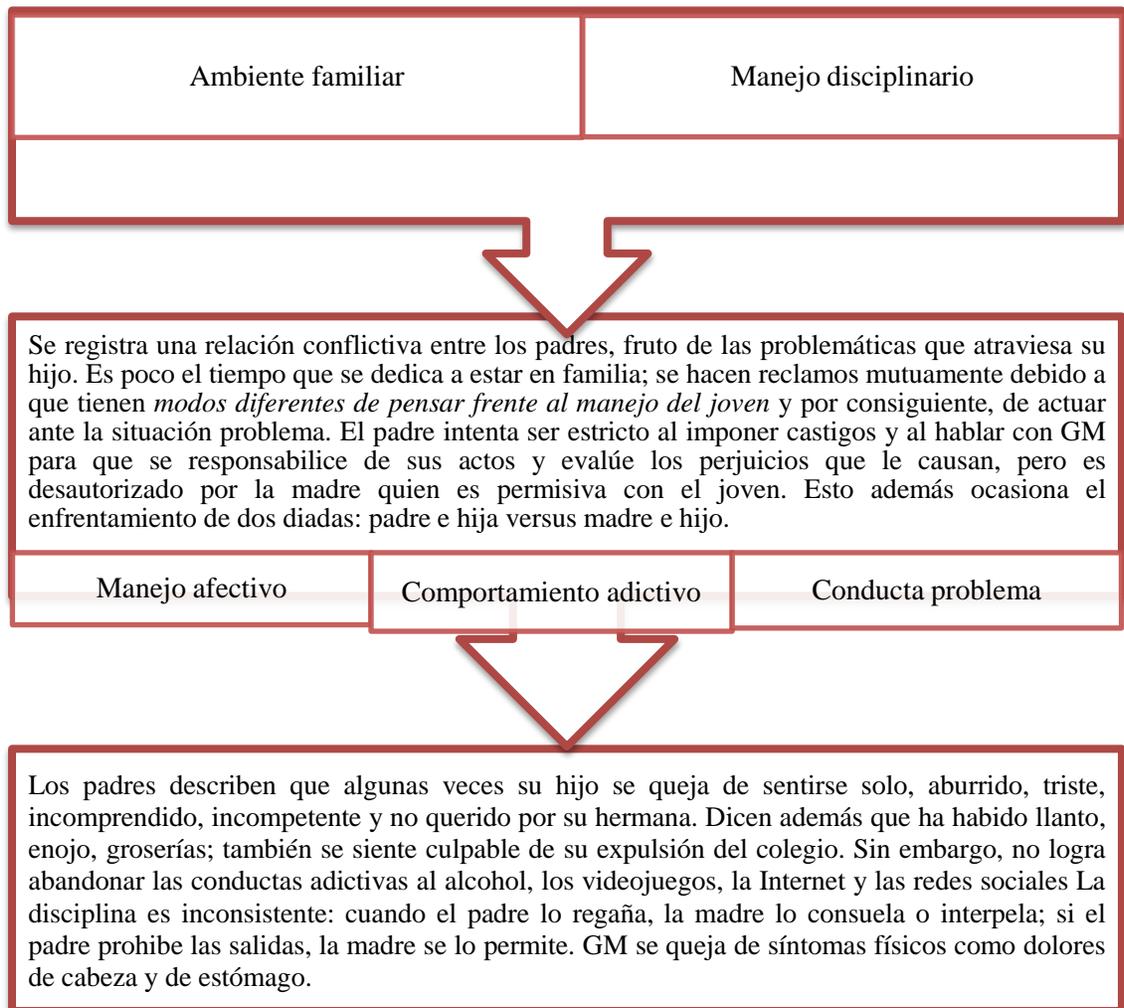


Figura 2. Resultados de la entrevista clínica a los padres

Fuente: elaboración propia

5.8.2 Sesión 2. Entrevista clínica al paciente

Fecha: 23 de septiembre de 2016

H.CI. No. 1025062174

Objetivos: se buscó en esta entrevista establecer los factores que pudieron incidir en el desarrollo y mantenimiento de las conductas adictivas en GM. El joven manifestó su inconformidad por la situación presente de tener que asistir a consulta: “no estoy loco y no soy el problema”

Actividad realizada: el paciente diligenció el cuestionario de datos personales para niños y adolescentes y respondió los interrogantes de la entrevista. A continuación se transcriben apartes relevantes:

T: Buen día, GM. ¿Cómo estás?

GM: *Bien.*

T: ¿Por qué crees que estás aquí?

GM: *Porque soy un problema para todos. Dicen que soy alcohólico y que lo único que me interesa es jugar videojuegos y estar con mis amigos.*

T: O sea que eso no es así.

GM: *En parte sí.*

T: ¿Por qué?

GM: *Porque al fin y al cabo, yo siempre he estado solo.*

T: Explícame eso.

GM: *Sí, desde que era pequeño. Mi papá y mi mamá se la pasaban trabajando y mi hermana, como era más grande, pues ya tenía sus amigas y no pasaba casi nada de tiempo conmigo.*

T: Entonces, ¿con quién estabas?

GM: *Con la empleada, encerrado desde que llegaba del colegio.*

T: ¿Tenías amigos?

GM: *Los compañeros del colegio pero solo allá. Después conocí a JP que se pasó a vivir al lado de nosotros y entonces jugamos juntos.*

T: ¿A qué jugaban?

GM: *Videojuegos, en mi casa o en la de él.*

T: ¿Tus papás qué decían de eso?

GM: *Al principio nada. Ahora es que hay problemas.*

T: ¿Por qué?

GM: *Dicen que paso mucho tiempo jugando y “pegado” del celular chateando y que por eso y otras cosas fue que me echaron del colegio.*

T: Por eso y ¿qué otras cosas más?

GM: *Pues... lo que pasó fue que nos pillaron tomando en el baño del colegio.*

T: ¿Por qué lo hicieron?

GM: *Nos pareció divertido hacer eso a escondidas.*

T: ¿No pensaron que los fueran a descubrir?

GM: *La verdad, no. Pero sí pasó y por eso me echaron y mi mamá fue a suplicar y todo, pero no se pudo hacer nada.*

T: ¿Tu papá y tu mamá que dicen de todo esto?

GM: *Mi mamá me entiende más. A veces se enoja y me grita, pero yo la consiento y ella también a mí. Cuando mi papá me quitó el celular ella me prestó el suyo, porque como tampoco podía salir, para que al menos hablara con mis amigos.*

T: ¿Fue tu papá quien te prohibió salir?

GM: *Sí, y también me quitó el celular y quería quitarme la consola pero mi mamá no lo dejó. A veces salgo a escondidas, mi mamá sabe pero mi papá no.*

T: ¿Qué piensas de todo eso?

GM: *Yo sé que mis papás me quieren, sobre todo mi mamá, pero no entienden que yo no quería que me echaran del colegio, fue un error, me siento culpable, por eso busqué otro colegio para poder terminar el bachillerato.*

T: Y tu hermana, ¿qué piensa ella?

GM: *Ella no hace sino echarme cantaleta. Dice que soy un alcohólico, un irresponsable, que solo quiero estar jugando y chateando. Ella puya a mi papá para que me castigue y se pelea con mi mamá porque ella no es como mi papá.*

T: ¿Crees que tienen razón?

GM: *No, yo no soy alcohólico. Una vez se me fue la mano, pero nada más. Además, yo juego y chateo para distraerme, eso no tiene nada de malo.*

Conclusiones de la segunda sesión. Se logró establecer un buen rapport con el joven.

GM manifestó las expectativas que tiene con relación a asistir a psicología, las cuales son muy diferentes a las de sus padres: “ellos consideran que yo soy el problema, pero en verdad somos todos”, lo que pasa es que dí papaya y se escudan en mi “

Un aspecto positivo en la sesión fue lograr la motivación del joven a querer entrar en un proceso psicoterapéutico con las implicaciones que éste tenga.

En la figura 3 se presentan de manera resumida las conclusiones de esta segunda sesión.

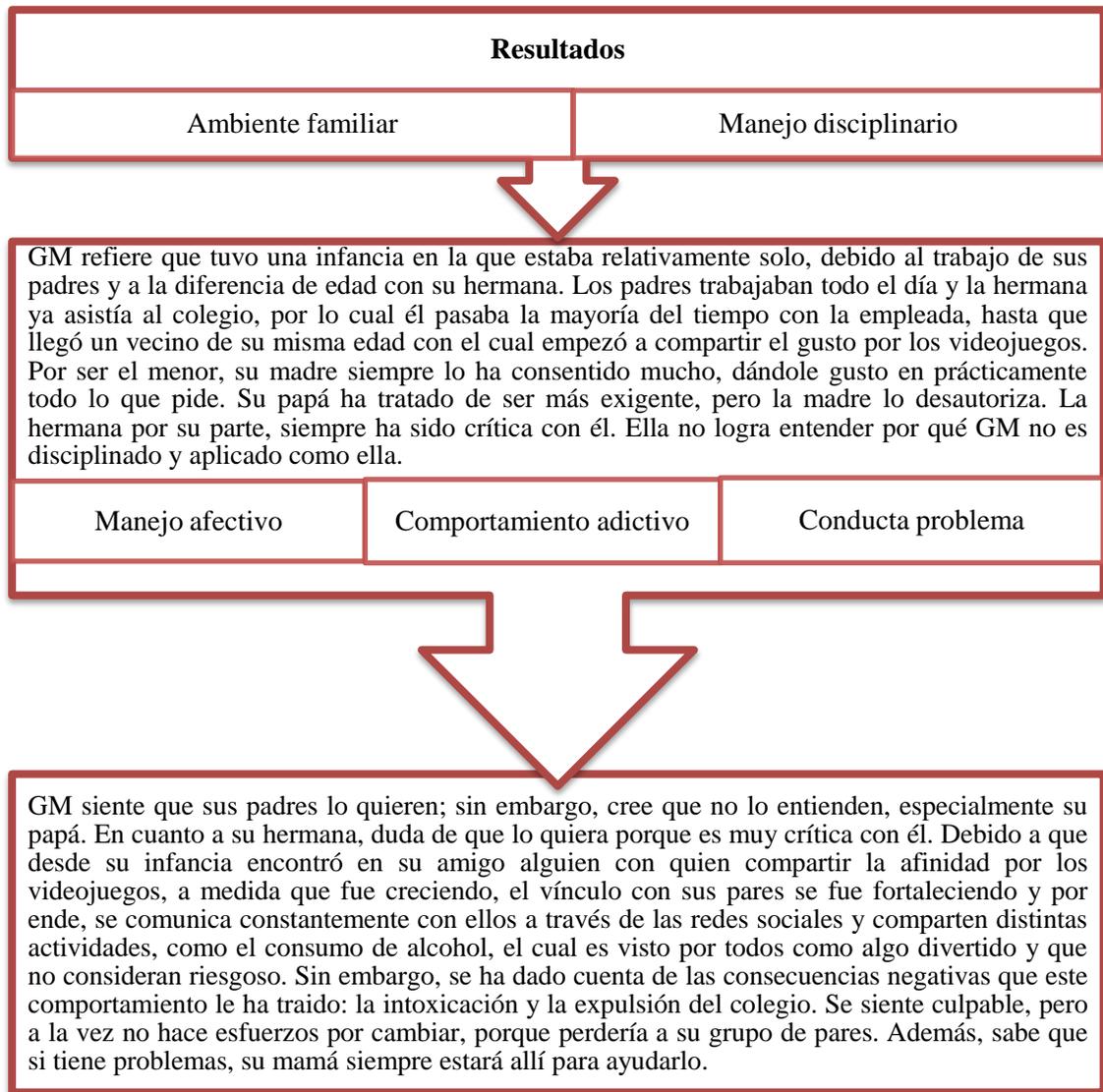


Figura 3. Resultados de la entrevista clínica al paciente

Fuente: elaboración propia

Teniendo en cuenta lo recabado en las entrevistas a los padres y al paciente, se hace necesario utilizar algunos instrumentos de evaluación con el fin de determinar las posibles creencias irracionales y las estrategias de afrontamiento utilizadas por GM y que hayan podido alterar su conducta al desarrollar las adicciones, así como su estado de ánimo. Adicionalmente, se establecen el tipo de apego y el estilo de crianza de GM y cómo éstos se vinculan con sus conductas adictivas.

5.8.3 Sesión 3. Evaluación de creencias irracionales

Fecha: 30 de septiembre de 2016

H.CI. No. 1025062174

Objetivos: explorar las creencias que el paciente tiene acerca de su vida, su familia, su situación actual y su futuro.

Actividades: se retomaron aspectos de la sesión anterior, la dinámica familiar y el conocimiento del joven de sus diferentes áreas (antecedentes personales y familiares, historia escolar y hábitos de vida). Entrevista y aplicación del Test de Creencias Irracionales validado en población colombiana por Chaves y Quiceno (2010) a GM (anexo 1).

Apartes de la entrevista:

T: ¿Qué tan importante es para ti, conseguir la aprobación de los demás?

GM: *Es muy importante, porque pienso que si no soy como ellos quieren que yo sea, pues no me van a querer ni a apoyar en mis cosas, sobre todo mi papá y mi hermana. Afortunadamente, aunque mi mamá a veces se enoja conmigo, siempre puedo contar con ella.*

T: ¿Qué tan difícil es para ti alcanzar las metas que te propones?

GM: *Bueno, más o menos, porque por ejemplo en el colegio no es fácil; hay cosas que no entiendo y son muy aburridas. Yo creo que a uno le enseñan muchas cosas que no sirven para nada. Además, mi hermana por ejemplo, para ella siempre ha sido fácil todo; yo no puedo ser tan bueno como ella en esas cosas.*

T: En este momento estás en una situación difícil por la expulsión del colegio. ¿Qué piensas de eso?

GM: *Yo sé que es mi culpa; hice cosas que no debía. Eso me pone triste, malgeniado, aburrido, porque ya no voy a poder graduarme con mis amigos. Yo creo*

que no debieron echarme del colegio, ¿qué trabajo les costaba darme otra oportunidad? Además, ya estoy en otro colegio que conseguí yo mismo y mi papá y mi hermana siguen con la cantaleta.

T: ¿Cómo te sientes cuando pasa eso?

GM: *Pues yo trato de ignorarlos. Me encierro en mi cuarto a jugar o a chatear con mis amigos y mi novia.*

T: ¿Qué otras cosas haces?

GM: *Salgo con ellos a divertirme.*

T: ¿Cómo se divierten?

GM: *Pues nos reunimos en algún sitio.*

T: ¿En esas reuniones beben alcohol?

GM: *Sí.*

T: ¿Siempre?

GM: *Sí.*

Con el fin de profundizar en la forma de pensar de GM, se le aplicó el Test de Creencias Irracionales validado en población colombiana por Chaves y Quiceno (2010), teniendo en cuenta que el modelo teórico desarrollado por Albert Ellis indica que las representaciones mentales y las creencias son agentes causales del comportamiento.

Ellis (1958, 2003) como se citó en Chaves y Quiceno (2010, p. 42), plantea que “las cogniciones son centrales en el origen y desarrollo de los trastornos emocionales, conductuales e interpersonales”.

El cuestionario consta de 46 ítems que evalúan ocho creencias irracionales:

1. Necesidad de aprobación (ítems 1 al 7).
2. Altas autoexpectativas (ítems 8 al 11).

3. Culpabilización (ítems 12 al 18).
4. Indefensión acerca del cambio (ítems 19 al 25).
5. Evitación de problemas (ítems 26 y 27).
6. Dependencia (ítems 28 al 34).
7. Influencia del pasado (ítems 35 al 41).
8. Perfeccionismo (ítems 42 al 46).

Conclusiones de la tercera sesión. GM estuvo muy receptivo a la explicación o instrucciones para realizar la prueba, haciendo preguntas como: ¿para qué sirve esto?, ¿qué puede salir de esta prueba?, por lo cual fue necesario hacer una breve introducción al modelo.

Las respuestas de GM al ITC, indican que necesita del apoyo, amor y aprobación de otras personas; se siente incapaz e incompetente ante los retos, teme no cumplir con sus propias expectativas y las que otros han depositado en él. Esto puede deberse a que sus padres, en especial el papá, su hermana y otros miembros de la familia suelen comparar su comportamiento con el de su hermana que siempre ha sido ejemplar.

Se siente culpable de su situación actual y cree que se la merece por los errores que ha cometido; sin embargo, cree que no tiene el control sobre las situaciones que le generan infelicidad u otras emociones negativas. Tiende también a culpabilizar a los demás: padre, hermana, directivos del colegio.

Es por ello que prefiere evitar los problemas; no los enfrenta, huye de ellos buscando la satisfacción que le proveen los videojuegos, el chat y el consumo de alcohol, convirtiéndose entonces esta situación en una constante, reforzada por su dependencia hacia la madre quien suele solucionar todos sus problemas.

GM encuentra en ella un “apoyo” que no le permite asumir su situación y responsabilizarse de la misma, aunque afirma que le disgusta depender de otros. Cree además que le será muy difícil cambiar, puesto que los errores que ha cometido siguen teniendo gran influencia en su vida actual y es bastante difícil encontrar una solución.

A luz de la teoría de Ellis, logran evidenciarse en GM los tres principales grupos de creencias irracionales: “tengo que actuar bien y ganar la aprobación por ello, tú debes actuar de forma agradable y justa conmigo y, mi vida debe ser lo suficientemente buena y fácil para conseguir lo que quiero sin demasiado esfuerzo” (Ellis, 1981, como se citó en Carbonero, Martín y Feijó (2010, p. 289). Las ideas irracionales de GM pueden también haberse originado por lo que Luciano y Valdivia (2006) como se citó en Carbonero et al. (2010, p. 289) denominan “la dualidad placer-sufrimiento de la vida humana que observa que las culturas “avanzadas”: se vive buscando el placer inmediato y evitando el dolor”. Así las cosas, las conductas adictivas de GM le proporcionarían un relativo placer inmediato pero pasajero, que a largo plazo, lo único que hace es reforzar su malestar y el resultado es la apatía para llevar a cabo acciones potencialmente valiosas para abandonar las adicciones.

Dado que las conductas adictivas de GM le han generado diversas dificultades, fue entonces pertinente indagar en cuanto a sus estrategias de afrontamiento.

5.8.4 Sesión 4. Estrategias de afrontamiento

Fecha: 04 de octubre de 2016

H.CI. No. 1025062174

Objetivos: indagar al paciente respecto a sus actitudes ante su situación actual.

Actividades: retroalimentación de la sesión anterior respecto a los resultados obtenidos por el joven en el Test de Creencias Irracionales. GM manifestó asistir a la sesión con motivación, quiso saber los resultados de la prueba. Se realizó proceso de

psicoeducación con relación al modelo ABC y lo qué son las creencias irracionales. Se expusieron ejemplos acordes con su edad y se le propuso que a partir de este, diera ejemplos propios en los que pudiera identificar creencias irracionales.

También se realizó entrevista y se aplicó de la Escala de Estrategias Afrontamiento de Coping Modificada (EEC-M) Londoño, Henao, Puerta, Posada y Arango (2006) (anexo 2).

Apartes de la entrevista:

T: ¿Has acudido a alguien para comentarle cómo te sientes respecto a todo lo que está pasando?

GM: *Sí.*

T: ¿A quién?

GM: *Pues yo hablo con mis tíos, especialmente con uno es joven como yo. También a veces con mis amigos y con mi mamá.*

T: ¿Ellos qué te dicen?

GM: *Pues que tengo que hacer algo.*

T: Entonces, ¿qué has hecho?

GM: *Pues la verdad no sé qué hacer. A veces me da mucha tristeza y mucha rabia porque yo creo que la vida no debería ser tan complicada. Además, yo soy joven y no creo que tener amigos y divertirme con las cosas que me gustan sea tan malo. Ojalá que cuando pase el tiempo las cosas se vayan solucionando y todos se den cuenta de que no soy tan malo como ellos creen.*

T: ¿Le expresas a alguien cómo te sientes?

GM: *Pues a mis amigos y mi tío sí, pero no les digo todo. A mi mamá un poco, a mi papá y a mi hermana no, porque sólo me van a regañar. Ellos no me entienden.*

T: ¿Crees que este proceso que estás haciendo conmigo va a ayudar a solucionar tus problemas?

GM: *Sinceramente, no. A mí me parece que mis papás están exagerando. Yo creo que lo que necesito es cambiar de ambiente. Ya estoy hablando con mi mamá para que en estas vacaciones me deje ir a Australia.*

Se pidió a GM contestar la Escala de estrategias de Coping – modificada (EEC-M). Londoño, Henao, Puerta, Posada y Arango (2006), con el fin de profundizar en las estrategias que utiliza para enfrentar sus situaciones problemáticas.

Este instrumento consta de 69 ítems distribuidos en 12 factores de evaluación:

1. Solución de problemas (ítems 10, 17, 19, 26, 28, 37, 39, 51 y 68)
2. Búsqueda de apoyo social (ítems 6, 14, 23, 24, 34, 47 y 57)
3. Espera (ítems 9, 18, 27, 29, 38, 40, 50, 60 y 69)
4. Religión (ítems 8, 16, 25, 36, 49, 59 y 67)
5. Evitación emocional (ítems 11, 20, 21, 30, 41, 43, 53 y 62)
6. Búsqueda de apoyo profesional (ítems 7, 15, 35, 48 y 58)
7. Reacción agresiva (ítems 4, 12, 22, 33 y 44)
8. Evitación cognitiva (ítems 31, 32, 42, 54 y 63)
9. Reevaluación positiva (ítems 5, 13, 46, 56 y 64)
10. Expresión de la dificultad de afrontamiento (ítems 45, 52, 55 y 61)
11. Negación (ítems 1, 2 y 3)
12. Autonomía (ítems 65 y 66)

Conclusiones de la cuarta sesión. Los resultados indican que GM carece de “estrategias cognitivas analíticas y racionales para alterar la situación y solucionar el problema” (Fernández y Palmero, 1999) como se citó en Londoño, et al. (2006, p. 339).

Ocasionalmente busca el apoyo de familiares o amigos para que le aconsejen o le brinden orientación en la búsqueda de solución a los problemas que le afectan. Este apoyo “puede ser útil como freno inmediato del estrés y de sus consecuencias somáticas destructivas” (Londoño, et al., 2006, p. 339).

En el caso de GM podría ayudarle en la reducción de los síntomas que a veces presenta ante las situaciones estresoras como dolores de estómago y cabeza, palpitaciones y tensión muscular.

Además, “el apoyo social puede ser útil para prevenir el estrés al hacer que las experiencias dañinas o amenazantes lo parezcan menos, o bien proporciona recursos valiosos para su afrontamiento una vez que el estrés ha aparecido” (Lazarus y Folkman, 1987, como se citó en Londoño, et al., 2006, p. 339).

GM espera pasivamente a que las situaciones problemáticas se resuelvan solas; es una estrategia cognitivo-comportamental en la que cree que con el pasar del tiempo todo se resolverá sin necesidad de hacer nada para que así suceda.

Más vale entonces para GM según los resultados de este instrumento, dejar las cosas en manos de Dios. Aunque no asiste a la iglesia, sí reporta que a veces reza y es posible que sea Él quien remedie la situación.

Aunque a veces llora, evita las reacciones emocionales que considera negativas por la molestia que le ocasionan o por las críticas que cree que pueda recibir si las expresa abiertamente.

Se rehúsa a recibir apoyo profesional; a veces reacciona de forma agresiva y “busca neutralizar los pensamientos valorados como negativos o perturbadores, por medio de la distracción y la actividad. Evita pensar en el problema propiciando otros pensamientos o realizando otras actividades” (Londoño, et al, 2006, p. 340), lo cual

implica a su vez tres maneras de afrontar el estrés: desconexión mental, distanciamiento y negación:

La desconexión mental se refiere al uso de pensamientos distractores para evitar pensar en la situación del problema. El distanciamiento a la supresión cognitiva de los efectos emocionales que el problema genera. La negación describe la ausencia de aceptación del problema y su evitación por distorsión o desfiguración del mismo en el momento de su valoración (Fernández y Palmero, 1999 como se citó en Londoño, et al., 2006, p. 340).

GM no puede realizar una reevaluación positiva de sus problemas, lo cual le permitiría generar pensamientos que le ayuden a enfrentarlos y a aprender de las dificultades.

Así mismo, le es difícil expresar las dificultades que tiene para hacer frente a las emociones que le genera la situación. “Esta estrategia surge como una expresión de desesperanza frente al control de las emociones y del problema, implica un proceso de autoevaluación y monitoreo en donde la autoeficacia no es favorable para resolver las tensiones producidas por el estrés” (Londoño, et al., 2006, p. 341).

Por tanto, GM niega tener un problema; sabe que existe, pero se comporta como si nada estuviese pasando y trata de no pensar en él. Finalmente, los resultados de la Escala de Coping Modificada muestran que GM tiende a responder ante el problema buscando de manera independiente las soluciones (o tal vez no buscándolas), contando con el “apoyo” de su mamá pero no de otros familiares y mucho menos de un profesional.

Debido a las dificultades que el joven atraviesa por causa de sus conductas adictivas y teniendo en cuenta los resultados obtenidos en los dos instrumentos: Escala

de Coping Modificada y Test de Creencias Irracionales, se evaluó también su estado de ánimo.

5.8.5 Sesión 5. Evaluación del estado de ánimo

Fecha: 14 de octubre de 2016

H.CI. No. 1025062174

Objetivos: establecer el estado de ánimo del paciente.

Actividades: retroalimentación de la sesión anterior respecto a los resultados obtenidos por el joven en la Escala de Coping Modificada. Se realizó psicoeducación con GM en cuanto a qué son las estrategias de afrontamiento a fin de que lograra identificar y evaluar las que él utiliza frente a las situaciones problemáticas que está atravesando.

En esta sesión el paciente contestó el Inventario de Depresión de Beck-II BDI II (anexo 3); también se realizó entrevista en este encuentro. Las preguntas estuvieron direccionadas a identificar algunos síntomas que según la literatura científica están relacionados con las alteraciones del estado de ánimo. Se incluyen las más relevantes:

T: ¿Qué piensas acerca de tu futuro?

GM: *No sé, porque todavía no sé qué estudiar. Ni siquiera sé si voy a estudiar una carrera porque de pronto no me va bien y entonces seguimos teniendo los mismos problemas.*

T; ¿Por qué crees que no te iría bien?

GM: *Bueno, pues como ya fracasé en el colegio, de pronto pasa lo mismo cuando entre a una universidad.*

T: Dime: ¿aparte de estudiar y compartir con tus amigos, realizas otras actividades?

GM: *Antes sí, iba al gimnasio, hacía deporte.*

T: ¿Por qué ya no lo haces?

GM: *No sé, me da pereza y me canso.*

T: Entonces, ¿sientes que no tienes la misma energía que antes para realizar deportes o es que ya no te gusta?

GM: *Las dos cosas. Prefiero quedarme jugando en línea, es más divertido.*

T: ¿Hasta qué hora sueles jugar?

GM: *Casi siempre hasta la una o dos de la mañana.*

T: ¿Has notado algún cambio en tu apetito?

GM: *Pues yo creo que sí. A veces me da mucha hambre y como de todo y otras veces no quiero comer nada.*

T: Y, ¿en la forma como te sientes?

GM: *Más o menos. A veces me da mucha rabia, otras tristeza. Me aburre estar en la casa porque el ambiente es muy pesado. Yo sé que es mi culpa, pero también me da rabia que mi papá y mi hermana me critican mucho.*

El paciente contestó el Inventario de Depresión de Beck-II BDI II, instrumento que junto con sus testimonios permite identificar cómo se encuentra su estado de ánimo ante su situación. El instrumento es un autoinforme que:

Proporciona una medida de la presencia y de la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes de 13 años o más. Se compone de 21 ítems indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc. Estos síntomas se corresponden con los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el DSM-IV y la CIE-10. Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3, excepto los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18

(cambios en el apetito) que contienen siete categorías. Si una persona ha elegido varias categorías de respuesta en un ítem, se toma la categoría a la que corresponde la puntuación más alta. Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2013, pp. 5-6).

Conclusiones de la quinta sesión. GM puntuó 21 en esta prueba, por lo que está presentando una depresión moderada. Según los criterios de la CIE 10, en el episodio depresivo moderado F32.1, están presentes al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de seis síntomas. Respecto a los síntomas del criterio B, GM reportó pérdida del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente le eran placenteras y aumento de la fatigabilidad.

En cuanto a los síntomas del criterio C, pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad, reproches hacia sí mismo y sentimientos de culpa, falta de decisión y vacilaciones, alteraciones del sueño y cambios del apetito.

Teniendo en cuenta la dinámica familiar, especialmente la relación de GM con su madre, también se consideró importante establecer el estilo de crianza y el tipo de apego desarrollado por el paciente.

5.8.6 Sesión 6. Estilo de crianza

Fecha: 21 de octubre de 2016

H.CI. No. 1025062174

Objetivos: identificar el estilo de crianza que recibió el paciente.

Actividades: retroalimentación de la sesión anterior respecto a los resultados obtenidos por el joven en el Inventario de Depresión de Beck-II BDI II. GM estuvo

atento y receptivo a los resultados arrojados por este instrumento. Se le explicó que sus síntomas depresivos son moderados, pero que puede encontrarse en riesgo de que éstos aumenten por el consumo excesivo de alcohol, sus creencias irracionales y las inadecuadas estrategias de afrontamiento ante sus dificultades.

En esta sesión la entrevista se direccionó a identificar los patrones de crianza que sus padres tuvieron con él y se le pidió diligenciar la Escala de Estilos de Crianza de Steinberg (1993) adaptada por Merino y Arnd (2004) (anexo 4).

Principales apartes de la entrevista:

T: Cuando en tu niñez hacías algo que no estaba bien, ¿tus padres te castigaban?

GM: *Sí, sobre todo mi papá. Mi mamá me regañaba, pero se le pasaba rápido el mal genio y después me consentía.*

T: ¿Crees que tus padres han sido muy duros contigo?

GM: *No tanto, yo sé que ellos me quieren mucho. Lo que pasa es que mi papá es más malgeniado que mi mamá. Cuando era pequeño él a veces me castigaba dándome correa. Pero eso fue muy pocas veces.*

T: Si te iba mal en el colegio, ¿cómo reaccionaban?

GM: *Pues mi papá enojado y mi mamá buscando a ver si me conseguía un profesor que fuera a explicarme a la casa.*

T: ¿Qué castigos te imponían tus papás?

GM: *Mi papá me pegaba a veces y me prohibía jugar.*

T: ¿Esos castigos se cumplían?

GM: *Más o menos porque como él estaba trabajando, pues yo jugaba.*

T: ¿Te han castigado por tu situación actual?

GM: *Sí, ¿no ves? El principal castigo fue que me echaron del colegio. Y mi papá quiere que yo cambie prohibiéndome salir con mis amigos. Pero yo a veces me escapo y pues cuando no puedo, me encierro a jugar y chatear.*

T: ¿Tus papás se han dado cuenta de que te escapas?

GM: *Mi papá no, mi mamá, a veces.*

T: ¿Y ella qué te dice?

GM: *Nada, solo que tenga cuidado.*

El paciente respondió en esta sesión la Escala de Estilos de Crianza de Steinberg (1993) adaptada por Merino y Arnd (2004). Este instrumento consta de 22 ítems distribuidos en tres subescalas:

1. Compromiso (ítems del 1 al 7)
2. Autonomía psicológica (ítems del 8 al 18)
3. Control conductual (ítems del 19 al 22)

La subescala Compromiso evalúa el grado en que el adolescente percibe conductas de acercamiento emocional, sensibilidad e interés provenientes de sus padres. La subescala Autonomía Psicológica evalúa el grado en que los padres emplean estrategias democráticas, no coercitivas y animan a la individualidad y autonomía. La subescala Control Conductual consta de dos ítems de 7 opciones y otros seis de 3 opciones, y evalúa el grado en que el padre/madre es percibido como controlador o supervisor del comportamiento del adolescente (Merino y Arnd, 2004, p. 195).

Conclusiones de la sexta sesión. En la subescala Compromiso, las respuestas de GM suman 18 puntos de 36 posibles. Esto quiere decir que medianamente percibe acercamiento emocional, sensibilidad e interés por parte de sus padres.

En la subescala Autonomía Psicológica obtuvo 25 puntos de 36, por lo que las estrategias que utilizan sus padres son percibidas por GM como no coercitivas y que animan a la individualidad y autonomía.

En la tercera subescala, Control Emocional, la puntuación fue de 25 siendo el máximo 32, por lo cual GM siente que sus padres tratan de supervisar o controlar su conducta sin mayor éxito.

El resultado global sugiere un estilo de crianza permisivo, también conocido como indulgente o no directivo.

Bardales y La Serna (2015) afirman que los padres permisivos “generalmente no imponen reglas y tampoco indican los límites, es decir acceden a que los hijos regulen sus propias actividades con poca inferencia por parte de ellos y usualmente muestran su afecto” (p. 15). Las autoras citan a Estévez, Jiménez y Musitu (2007) quienes sostienen:

El resultado de este estilo, a nivel psicológico trae consigo que los hijos puedan presentar problemas de conducta, ya que en el momento de disciplinar los padres tienden a evitar la confrontación y ceden a las solicitudes de los hijos, además muestran baja tolerancia a la frustración; en cuanto al aspecto conductual, presentan dificultad para controlar impulsos, problemas escolares y por lo mismo son más proclives al consumo de sustancias tóxicas (drogas y alcohol) (Bardales y La Serna, 2015, p. 15).

5.8.7 Sesión 7. Tipo de apego

Fecha: 28 de octubre de 2016

H.CI. No. 1025062174

Objetivos: establecer el tipo de apego desarrollado por el paciente.

Actividades: retroalimentación de la sesión anterior respecto a los resultados obtenidos por el joven en la Escala de Estilos de Crianza de Steinberg. Se realizó

psicoeducación respecto a los estilos de crianza y cómo éstos pueden influir en las actitudes que en un futuro una persona asume frente a diversas situaciones en su vida y el tipo de relaciones que establece con los demás.

En esta sesión la entrevista se enfocó en identificar el estilo de apego que GM desarrolló a lo largo de su infancia y se le solicitó que completara la Versión reducida del cuestionario CaMir (CaMir-R) para la evaluación del apego en adolescentes (2011) (anexo 5).

T: Cuando eras niño, ¿tus padres pasaban tiempo contigo?

GM: *Más o menos. Sobre todo en los fines de semana cuando salíamos a alguna parte o cuando íbamos de vacaciones porque ellos siempre han trabajado mucho. Yo mantenía con la empleada y con mi amigo JP.*

T: ¿Tus padres te consentían y te consolaban cuando te pasaba algo?

GM: *Sí, si por ejemplo me caía o me enfermaba, ellos me consolaban, sobre todo mi mamá. También me daban gusto en muchas cosas; me compraban los juguetes que yo quería.*

T: Si te portabas mal o no hacías caso, ¿la empleada le decía a tus papás?

GM: *Sí.*

T: Y, ¿ellos qué hacían?

GM: *Pues mi papá me castigaba y mi mamá me consolaba para que no estuviera triste o enojado con mi papá.*

T: ¿Cómo era la relación entre tus padres y cómo es ahora?

GM: *Yo recuerdo algunas peleas, creo que porque mi papá era infiel y a veces pensaron en separarse. Pero eso ha mejorado, ahora las peleas son por culpa mía.*

T: ¿Puedes tomar tus propias decisiones?

GM: *No es que yo tome mis propias decisiones. Lo que pasa es que me las arreglo para hacer lo que me gusta. Si yo pudiera tomar mis propias decisiones ya me habría ido, pero no puedo porque ellos me mantienen. Creo que la primera gran decisión que voy a tomar es irme a Australia.*

T: Cuando tienes dificultades, ¿sientes que puedes contar con tus padres?

GM: *Más que todo con mi mamá. Ella siempre está pendiente de mí y si tengo algún problema ella me ayuda.*

Se solicitó a GM que completara la Versión reducida del cuestionario CaMir (CaMir-R) para la evaluación del apego en adolescentes (2011). Este cuestionario que “se fundamenta en las evaluaciones que realiza el sujeto sobre las experiencias de apego pasadas y presentes y sobre el funcionamiento familiar” (Balluerka, et al., 2011, p. 486).

Está estructurado en siete dimensiones:

1. Se asocia con el apego seguro y remite tanto al pasado como al presente.
2. Indaga sobre el apego preocupado y se centra en el presente de la persona.
3. Evalúa el apego preocupado y se compone de ítems acerca del pasado.
4. Se refiere a representaciones de la estructura familiar.
5. Al igual que la anterior, los ítems indagan sobre la su estructura familiar.
6. Se asocia con el apego inseguro-evitativo y se centra en el presente.
7. Indaga sobre el apego desorganizado y se enfoca en el pasado.

Conclusiones de la séptima sesión. Las mayores puntuaciones de GM en este cuestionario se dan en las dimensiones cinco: Permisividad parental y seis: Autosuficiencia y rencor hacia los padres, relacionadas con la estructura familiar y el apego inseguro-evitativo centrado en el presente.

Según la Teoría del Apego, desarrollada por John Bowlby (1969/1998) y Mary Ainsworth (1978) como se citó en Balluerka, et al. (2011):

Las personas con un estilo de apego inseguro-evitativo tienden a infravalorar las relaciones de apego, no suelen confiar en los miembros de su familia, dicen tener pocos recuerdos del pasado y éstos pueden incluir idealización, rechazo o indiferencia hacia sus figuras de apego (p. 486).

El apego inseguro-evitativo se evidencia en GM. No ha podido desarrollar confianza hacia sus padres ni consigo mismo, debido tal vez a la soledad en la que se sintió desde pequeño, por el poco tiempo que le dedicaban al estar ocupados laboralmente, dejándolo al cuidado de la empleada.

Aunque es muy cercano con su madre, este apego no puede calificarse como seguro, ya que la relación estrecha que mantienen no le brinda autonomía ni seguridad en sí mismo. El vínculo se ha fortalecido más que todo porque ella siempre está viendo la forma de complacerlo y solucionar sus problemas. Entonces, GM ha desarrollado una relación utilitarista con ella, ya que es la persona a quien recurrir en caso de necesidad.

Según afirman Lorenzini y Fonagy (2014), el trastorno de la personalidad con abuso de sustancias o alcohol se asocia al tipo de apego inseguro-evitativo.

Una vez realizadas las pruebas a GM, se convocó a los padres a una nueva sesión.

5.8.8 Sesión 8. Retroalimentación con los padres

Fecha: 04 de noviembre de 2016

H.CI. No. 1025062174

Objetivos: comunicar a los padres los resultados del proceso diagnóstico realizado a GM e instarlos a comprometerse con el tratamiento.

Actividades: se realizó psicoeducación a los padres en todos los aspectos indagados con el joven: creencias irracionales, estrategias de afrontamiento, estado de ánimo, estilos de crianza y tipos de apego y cómo todos son fruto de la forma en que fue criado y de la interacción que ha tenido con ellos como padres a lo largo de su vida.

Conclusiones de la octava sesión. Los progenitores se mostraron atentos y receptivos; plantearon algunos interrogantes que fueron debidamente contestados y se les explicó el plan de tratamiento que se desarrolla más adelante, haciendo énfasis en el compromiso que se requiere por parte de ambos para que GM logre superar sus conductas adictivas y cómo todo ello podrá contribuir para el bienestar de su hijo y el de todo el núcleo familiar.

5.9 Factores de desarrollo

5.9.1 Factores de predisposición

- Biológicos: no presenta.
- Psicológicos: creencias irracionales, inadecuadas estrategias de afrontamiento, depresión moderada, estilo de crianza permisivo y tipo de apego inseguro-evitativo.
- Familiares: poco acompañamiento de sus padres y hermana en su niñez, discusiones entre sus padres, inconsistencia en las normas y límites.

5.9.2 Factores adquisitivos

- Condicionamiento operante: en la medida en que el paciente encuentra en el medio socio-familiar que le rodea los recursos (celular, Tablet, computador, alcohol) para la adquisición de las conductas.
- Familiares: inconsistencia de los padres en las pautas de crianza.

5.9.3 Factores desencadenantes o precipitantes

- Percepción de bajo riesgo de las conductas adictivas. Las tres adicciones que padece GM se dan a conductas socialmente aceptadas (consumo de licor, práctica de videojuegos y acceso a Internet y redes sociales).
- Necesidad de pertenencia a su grupo de pares.
- Tendencia al hedonismo.

5.9.4 Factores de mantenimiento

- Fácil acceso al alcohol y dispositivos tecnológicos.
- Inconsistencia de los padres en las decisiones adoptadas para el manejo de las conductas problema.
- Constante comparación del comportamiento del paciente con el de su hermana.
- Intervención de la madre de GM con la intención de solucionar todos los problemas que le acarrearán las conductas adictivas, lo que no le permite apropiarse de su situación y movilizarse hacia la búsqueda de soluciones.

5.10 Evaluación multiaxial según criterios del DMS-5

Cabe anotar, que en el DSM-5 no se establecen criterios diagnósticos para la adicción a los videojuegos, redes sociales o Internet.

Para el caso de GM, la evaluación multiaxial, según el DSM-V es la siguiente:

Eje I: F10.1 Abuso de alcohol [305.00]

Eje II: no presenta

Eje III: no presenta

Eje IV: no presenta

Eje V: EEAG 70-80, actual.

5.10.1 Diagnóstico diferencial. El F10.1 Abuso de alcohol [305.00], está clasificado en el DSM-5 dentro de los *Trastornos por consumo de alcohol*, junto con la F10.2x Dependencia del alcohol [303.90].

Se diferencia de ésta porque, en el Abuso de alcohol la actividad escolar y el rendimiento laboral pueden verse afectados por los efectos de la bebida o de la intoxicación (p. 220), mientras que la Dependencia por alcohol se reconoce por la demostración de tolerancia o de síntomas de abstinencia y un patrón de uso compulsivo de la sustancia.

5.10.2 Criterios diagnósticos. Según el DSM-5, GM cumple con los criterios 1, 5, 6, 7 y 8 para el diagnóstico por consumo de sustancias:

Dichos criterios se incluyen a continuación en la tabla 4.

Tabla 4.

Criterios diagnósticos del DSM-5 para el trastorno por Abuso de alcohol

Categoría	Criterios diagnósticos o descriptores
Control deficitario	<ol style="list-style-type: none"> 1. Consumo recurrente de alcohol, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (p. ej., ausencias repetidas o pobre rendimiento laboral relacionados con el consumo de la sustancia; ausencias relacionada con la sustancia, suspensiones o expulsiones de la escuela; descuido de los niños o de las obligaciones del hogar). 2. Deseos insistentes de dejar o regular su consumo y relata esfuerzos fallidos por disminuir o abandonar éste. 3. Inversión de gran parte del tiempo intentando conseguir la droga, consumiéndola o recuperándose. 4. Deseo intenso de consumo.
Deterioro social	<ol style="list-style-type: none"> 5. El consumo recurrente puede llevar al incumplimiento de deberes en los ámbitos académicos, laborales o domésticos. 6. Puede seguir consumiendo a pesar de los problemas recurrentes o persistentes en la esfera social o interpersonal causados o exacerbados por los efectos del consumo. 7. Se reducen o abandonan importantes actividades sociales, ocupacionales o recreativas debido al consumo de sustancias
Consumo de riesgo	<ol style="list-style-type: none"> 8. Puede producirse un consumo recurrente de la sustancia incluso en situaciones en las que provoca un riesgo físico. 9. La persona consume de forma continuada a pesar de saber que padece un problema físico o psíquico recurrente o persistente que probablemente se pueda originar o exacerbar por dicho consumo.
Criterio farmacológico	<ol style="list-style-type: none"> 10. Tolerancia 11. Abstinencia

Fuente: Portero (2015, p. 102).

Según la CIE-10, GM cumple con los criterios 2, 3, 4, 6 y 7 para el diagnóstico de episodio depresivo moderado:

Tabla 5.

Criterios de gravedad de un episodio depresivo según la CIE-10

Criterios
1. Disminución de la atención y concentración.
2. Pérdida de confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad
3. Sentimientos de culpa e inutilidad
4. Perspectiva sombría sobre el futuro
5. Pensamientos y actos suicidas o autoagresiones
6. Alteraciones del sueño
7. Cambios en el apetito

Fuente: elaboración propia con base en la CIE 10.

5.11 Formulación clínica

GM presenta trastorno por consumo de sustancias y episodio depresivo moderado. En cuanto a su adicción a los videojuegos, la Internet y redes sociales, éstas aún no están incluidas en el DSM-5. Sin embargo, en el caso específico de estudio, se puede decir que GM padece de un trastorno de conducta por adicción a videojuegos, Internet y redes sociales. Lo anterior tiene sustento en las afirmaciones de Cía (2013):

Desde una perspectiva conductual o de la teoría del aprendizaje todas las conductas adictivas se activan al comienzo mediante un mecanismo de refuerzo positivo como es el placer experimentado o euforia, pero a medida que la conducta se perpetúa, dicho reforzador termina siendo negativo. Una persona normal puede escribir un mensaje o conectarse a la red por placer o por la funcionalidad de la conducta en sí misma; por el contrario, una persona adicta lo hace para aliviar su disforia o malestar emocional (aburrimiento, soledad, rabia, o excitación). En síntesis, algunas conductas normales -incluso saludables- se pueden convertir en anormales según la frecuencia, intensidad o tiempo y dinero invertidos. Vale decir que una adicción sin droga es toda aquella conducta repetitiva que produce placer y alivio tensional, sobre todo en sus primeras etapas, y que lleva a una pérdida de control de la misma, perturbando severamente la vida cotidiana, a nivel familiar, laboral o social, a medida que transcurre el tiempo (p. 211).

Las adicciones de GM han alterado su conducta y estado de ánimo con repercusiones importantes en la relación con los integrantes de su núcleo familiar y en el contexto académico.

Las consecuencias de las acciones que ha llevado a cabo debido a sus adicciones le generan sentimientos de culpa y fracaso, lo que le conduce a aislarse de la familia y a compartir su tiempo casi que exclusivamente con su grupo de pares, lo que se constituye en un reforzamiento negativo para el incremento de sus conductas.

Además, el tipo de apego (inseguro-evitativo) y el estilo de crianza (permisivo-indulgente-no directivo) han contribuido al desarrollo de creencias irracionales y a la falta de estrategias de afrontamiento asertivas para enfrentar las situaciones que le generan inconformidad en su vida, buscando el alivio de las tensiones a través del consumo de alcohol, los videojuegos, la Internet y las redes sociales.

Dado que las dificultades que presenta GM se refieren a su modo de pensar y actuar, a continuación se sugiere un plan de tratamiento desde los postulados del enfoque cognitivo-conductual, misma que se aborda más adelante en el marco teórico de este documento, junto con los referentes en cuanto al tipo de apego y estilos de crianza, para concluir con un análisis global del caso de estudio.

6. Plan de tratamiento

Este plan se dirige a superar las adicciones y conseguir modificar las creencias irracionales de GM, así como a ayudarle a desarrollar estrategias de afrontamiento asertivas, que contribuyan a mejorar su estado de ánimo y las relaciones con su núcleo familiar.

Teniendo en cuenta que en las conductas adictivas del paciente tienen influencia importante sus creencias irracionales y falta de asertividad en sus estrategias de afrontamiento y, que presenta dos tipos de adicciones: una al alcohol y otra a los videojuegos, Internet y redes sociales, se sugiere adelantar un tratamiento que de manera simultánea desde el enfoque cognitivo conductual se encamine a la modificación de sus pensamientos, el abandono de la adicción al alcohol y a superar su adicción a los videojuegos, Internet y redes sociales.

Para la modificación del pensamiento, se parte del ABC de la Terapia Racional Emotiva Conductual propuesta por Albert Ellis. En este esquema A se refiere al acontecimiento activador de B que son los pensamientos o creencias que genera A y C, las consecuencias o conductas derivadas del acontecimiento y de las creencias que se tienen acerca del mismo. En este orden de ideas, modificar los pensamientos irracionales tendrá como resultado actuaciones diferentes, más asertivas que le permitirán al paciente sentirse mejor consigo mismo y potenciar su convencimiento para abandonar las conductas adictivas.

En cuanto al abuso de alcohol, se propone una intervención a través del programa Habilidades de afrontamiento para la conducta de beber (HABC) de Langley et al. (1994) como se citó en Caballo (2007).

El modelo de las HACB se considera que el abuso y la dependencia del alcohol constituyen un fenómeno biopsicosocial complejo. Se supone que vulnerabilidades esenciales interactúan con experiencias de aprendizaje social para convertir a algunos individuos en personas con un alto riesgo ante la conducta de beber en exceso. En el modelo de las HACB se utilizan principios de aprendizaje para ayudar al bebedor problema a que adquiera habilidades de afrontamiento importantes que fomenten el autocontrol y, por consiguiente, que aumenten la autoeficacia, haciendo que el individuo sea más capaz de responder de forma eficaz a los problemas de la vida (Cox, Calamari y Langley en Caballo, 2007, p. 86).

Finalmente, para tratar la adicción a los videojuegos, Internet y redes sociales, se considera intervenir a través del Protocolo de tratamiento para la adicción a Internet de Marco y Chóliz (2014), el cual consta de cinco fases: 1) motivacional y de valoración psicosocial, 2) superación del deseo y síndrome de abstinencia, 3) cambios conductuales y actitudinales, 4) consolidación y prevención de recaídas y 5) seguimiento.

A continuación, en la tabla 6 se incluyen 13 sesiones en las que se propone el plan de tratamiento para GM.

Tabla 6.
Plan de tratamiento

Nivel de intervención	Propósito	Estrategias	Sesión
Inicio de la relación terapéutica	Lograr que GM comprenda la necesidad del tratamiento, fomentar su colaboración y minimizar la resistencia	Escucha activa Empatía Aclaración de conceptos	1
Formulación de objetivos	Establecer de manera conjunta objetivos realistas y alcanzables para la modificación de sus conductas	Escucha activa Empatía Concertación Compromiso	2

Tabla 6 (continuación)

Nivel de intervención	Propósito	Estrategias	Sesión
Cambio de perspectiva	Analizar junto con el paciente las causas que le llevaron a desarrollar las conductas adictivas	Escucha activa de las creencias de GM sobre el alcohol, los videojuegos, la Internet y redes sociales Explicación del esquema ABC para que consiga empezar a comprender el porqué de su modo de actuar	3
Dar directrices	Reevaluar las creencias distorsionadas, fomentar su autoeficacia y motivación intrínseca	Retroalimentación honesta de la información, a fin de que GM logre ver que tiene las capacidades para modificar sus conductas	4
Reforzar la autoeficacia	Fomentar en el paciente creencias relativas a su capacidad para modificar su conducta	Ejercitar el pensamiento anticipatorio respecto de las consecuencias de las conductas adictivas y cómo GM puede evitarlas	5
Introducción de habilidades	Brindar instrucciones específicas sobre habilidades que se consideran importantes para el cambio de conducta Motivar a GM para que lleve un autorregistro honesto de cuánto alcohol consume en una semana Así mismo, tiempo que dedica a los videojuegos, redes sociales e Internet	En el caso del alcohol, fomentar la reducción del consumo, incentivarlo a no hacerlo los días de semana y a limitarlo cuando se reúna con su grupo de pares. En el caso de los videojuegos y la Internet y redes sociales, establecer un horario para la práctica de los videojuegos (no más de dos horas diarias) y el uso de la Internet y redes sociales de forma limitada: contestar mensajes.	6 y 7
Solución de problemas	Analizar los problemas que puede presentar al intentar llevar a la práctica las habilidades propuestas Fomentar la activación de su locus de control interno	Identificación de los obstáculos para la reducción del consumo de alcohol y la disminución de la práctica de videojuegos. Refuerzo positivo de lo alcanzado	8

Tabla 6 (continuación)

Nivel de intervención	Propósito	Estrategias	Sesión
Retroalimentación	Revisar los autorregistros, identificar avances y obstáculos	Repasar el ABC Identificar la persistencia de ideas irracionales Refuerzo positivo de lo alcanzado	9
Fomento de conductas alternativas	Ofrecer otras opciones para el uso de su tiempo	Incentivar la práctica de deportes, música, deberes escolares, lectura, involucramiento en grupos de apoyo a la comunidad.	10
Retroalimentación	Revisar los autorregistros de consumo de alcohol y práctica de videojuegos, acceso a Internet y redes sociales Conocer si GM está llevando algunas conductas alternativas propuestas	Refuerzo positivo de lo alcanzado Escucha activa indagando cómo se siente con lo que haya logrado hasta el momento y si sus relaciones con los integrantes de su núcleo familiar han mejorado	11
Seguimiento con los padres y hermana	Verificar si en GM se están dando los cambios conductuales esperados	Motivarlos al refuerzo positivo afectivo, la motivación, autonomía y autoeficacia del paciente	12
Consolidación y prevención de recaídas	Psicoeducación sobre qué es una recaída	Identificación de situaciones de riesgo, repaso de los cambios realizados y recordatorio de las estrategias de afrontamiento aprendidas	13

Fuente: elaboración propia

Es necesario anotar en este punto, que no fue posible llevar a cabo el tratamiento propuesto y por tanto, informar acerca del curso del mismo, dado que GM viajó a Australia.

Sin embargo, se socializó con sus padres a fin de que consideraran junto con el paciente la posibilidad de llevarlo a cabo cuando regrese al país.

7. Marco teórico

Teniendo en cuenta el objetivo principal de este caso de estudio: establecer la relación entre el tipo de apego, el estilo de crianza y las conductas adictivas de un paciente adolescente, para contribuir en el mejoramiento de estrategias de intervención, a continuación se desarrollan los referentes teóricos de las variables mencionadas.

7.1 Alcoholismo en adolescentes

Siguiendo los planteamientos de Espada, Botvin, Griffin y Méndez (2003), la etiología del consumo de alcohol se ha sustentado desde varias perspectivas:

El modelo de creencias de salud de Becker (1974) otorga relevancia a las dificultades en los procesos de toma de decisiones; la teoría del aprendizaje social de Bandura (1977) destaca influencia negativa de los compañeros y de los adultos significativos que actúan como modelos consumidores. Los teóricos de la personalidad subrayan la vulnerabilidad individual. Otras teorías, como el modelo de desarrollo social de Hawkins y Weis (1985), analizan el conflicto generacional e insisten en la importancia del distanciamiento adolescente de la familia y del entorno escolar. También se han planteado propuestas integradoras, como la teoría de la conducta problema de Jessor y Jessor (1977), que intentan conjugar múltiples determinantes del consumo de alcohol y otras drogas en la adolescencia (pp. 9-10).

En su conjunto, coinciden los teóricos mencionados en que en la prevención o desarrollo de la adicción al alcohol tienen gran importancia los factores protectores y de riesgo. Éstos últimos son categorizados a su vez como factores macrosociales y microsociales. Los primeros incluyen la disponibilidad y accesibilidad al alcohol, su institucionalización y aprobación social, la publicidad y su asociación con el disfrute del

tiempo libre. Los segundos, microsociales, hacen referencia a aquellos que se dan al interior de la familia como estilos educativos inadecuados, falta de comunicación, clima familiar conflictivo, consumo familiar de alcohol e influencia de los amigos.

A estos factores de riesgo se suman los llamados personales, entre los que se cuentan la desinformación y prejuicios acerca del alcohol, actitudes favorables hacia su consumo, baja percepción del riesgo, así como problemas personales del adolescente.

La conjugación de los factores de riesgo, hace más proclive al adolescente a desarrollar la adicción al alcohol y a sufrir las consecuencias negativas de esta conducta en su salud física y psicológica, además de las problemáticas que puede acarrearle en los contextos escolar y familiar.

7.2 Adicción a los videojuegos, Internet y redes sociales en adolescentes

Echeburúa (2012) sostiene respecto a las adicciones no químicas que:

Cualquier actividad normal percibida como placentera es susceptible de convertirse en una conducta adictiva. Lo que define a esta última es que el paciente pierde el control cuando desarrolla una actividad determinada y que continúa con ella a pesar de las consecuencias negativas de todo tipo, así como que adquiere una dependencia cada vez mayor de esa conducta. De este modo, el comportamiento está desencadenado por una emoción que puede oscilar desde un deseo intenso hasta una auténtica obsesión y que es capaz de generar un síndrome de abstinencia si se deja de practicarlo.

Esto es lo que sucede cuando un adolescente se hace adicto a los videojuegos, Internet o redes sociales, prácticas en las que inicialmente encuentra reforzadores positivos al asociarlas con el placer, pero con el tiempo, al producirse la dependencia y

al experimentar el síndrome de abstinencia, se busca permanecer en ellas para alcanzar un alivio de la tensión emocional.

La adicción se identifica cuando se pierde el control y el tiempo dedicado a estas actividades afecta negativamente aquel que se emplea en el estudio, trabajo, deporte y socialización con la familia o amigos.

Entre los factores psicológicos de predisposición a estas adicciones, Echeburúa (2012) menciona los siguientes: impulsividad, búsqueda de sensaciones, autoestima baja, intolerancia a los estímulos displacenteros, estilo de afrontamiento inadecuado de las dificultades, estado de ánimo disfórico, carencia de afecto, cohesión familiar débil y pobreza en las relaciones sociales.

7.3 Relación entre la adicción a los videojuegos, redes sociales, Internet y consumo de alcohol

Para Lara et al. (2009) como se citó en Garrote (2013) “es fácil encontrar a un adolescente que consume alcohol en grandes cantidades los fines de semana y que también usa en exceso los juegos electrónicos, por ejemplo, diariamente” (p. 95).

Garrote (2013) realizó una revisión de investigaciones que correlacionan el abuso de alcohol y la adicción a la tecnología, de las cuales destaca los siguientes hallazgos:

La investigación dirigida por Frank (2010) encontró que el 19,8% de los estudiantes de secundaria enviaba más de 120 SMS al día y 11,5% dedicaba más de tres horas diarias a las redes sociales online. Los adolescentes hiperconectados presentaban, en comparación con quienes hacían un uso no tan intensivo de Internet y móvil, un riesgo de hasta 84% mayor de consumir drogas ilegales, 94% mayor de participar en peleas y 69% mayor de beber alcohol en

exceso. Sánchez y Otero (2010) encontraron relación entre el uso intensivo de Internet y el consumo de alcohol. Estudios como el de Carballo, Espada, Orgilés, Piqueras y Pérez (2012) demuestran que los sujetos que abusan de Internet obtienen también puntuaciones más altas en número de intoxicaciones etílicas agudas y cantidad de alcohol consumido. En la investigación llevada a cabo por Ko et al. (2008) concluyeron que el uso de alcohol y la adicción a internet están significativamente relacionados y ambos se asocian a problemas conductuales cuando se dan de manera conjunta en adolescentes (p. 102).

7.4 Tipo de apego y su relación con las conductas adictivas

Lorenzini y Fonagy (2014) sostienen que “la teoría del apego, concebida por John Bowlby (1969), se refiere a las formas características con que una persona se relaciona con sus más cercanos o “figuras de apego”: padres, hijos y parejas sexuales” (p. 3).

Bowlby (1979) y Ainsworth (1989) como se citó en Vega, Roitman y Barrionuevo (2011), indican que existen tres tipos de apego. Las personas con estilos de apego seguro, son capaces de usar a sus cuidadores como una base de seguridad cuando están angustiados. Ellas cuentan con cuidadores que son sensibles a sus necesidades, por eso, tienen confianza que sus figuras de apego estarán disponibles, que responderán y les ayudarán en la adversidad. En el dominio interpersonal, tienden a ser más cálidas, estables y con relaciones íntimas satisfactorias, y en el dominio intrapersonal, a ser más positivas, integradas y con perspectivas coherentes de sí mismas.

En el apego inseguro-evitativo, la conducta tiende a aumentar la distancia de personas y objetos supuestamente amenazadores, resultan convenientes los términos “retracción” “huida”, “evitación” o “inmovilización”, donde a menudo la conducta se

caracteriza por agresividad y la desobediencia; estos niños son propensos a tomar represalias. Este tipo de desarrollo es mucho más frecuente en los varones que en las niñas, en tanto que en ellas ocurre a la inversa con una conducta de fuerte aferramiento y ansiedad.

Por último, está el apego ansioso-ambivalente; los sujetos ambivalentes son aquellos que buscan la proximidad de la figura primaria y al mismo tiempo se resisten a ser tranquilizados por ella, mostrando agresión hacia la madre. Responden a la separación con angustia intensa y mezclan comportamientos de apego con expresiones de protesta, enojo y resistencia. Debido a la inconsistencia en las habilidades emocionales de sus cuidadores, estos niños no tienen expectativas de confianza respecto al acceso y respuesta de los primeros. Estas personas están definidas por un fuerte deseo de intimidad, junto con una inseguridad respecto a los otros, pues desean tener la interacción e intimidad al mismo tiempo que tienen un intenso temor de que ésta se pierda.

El segundo tipo de apego inseguro-evitativo caracteriza a individuos dependientes, extrovertidos pero mal socializados y con tendencia al desajuste emocional. Así mismo, el trastorno de la personalidad con abuso de sustancias o alcohol se asocia al estilo inseguro-evitativo, ya que las personas que han desarrollado este tipo de apego suelen negar o minimizar las amenazas del ambiente (Lorenzini y Fonagy, 2014).

El apego inseguro-evitativo también suele caracterizar a las relaciones co-dependientes. Así lo afirman Salas y García (2012) cuando describen la “absorción emocional” que tiene lugar cuando al niño no se le permite separarse de la madre o figura protectora en el momento oportuno para permitir que se convierta en una persona

independiente. Esta persona no confiará en sus propios sentimientos, capacidades y decisiones para guiar la propia vida. La manera de compensar estas carencias y falta de confianza será volverse excesivamente dependiente de personas inadecuadas y cosas externas para llenar el vacío del alma, como comida, trabajo, juegos, gastando mucho dinero, drogas, alcohol, etc. Depender de algo externo para llenar el vacío, se convierte en una adicción (Escamilla, 2007, como se citó en Salas y García, 2012).

Becerril y Álvarez (2012) llaman “enredo simbiótico” a la co-dependencia. Aseguran que: “hace al individuo proclive a las relaciones destructivas, a emociones negativas, a alteraciones mentales y a una vida de fantasía pero sin una gestión real de la situación” (p. 12).

Es así como un apego inseguro-evitativo reduce las capacidades de alcanzar la autonomía emocional, definida por Fernández 2013 como:

La capacidad de sentir, pensar y tomar decisiones por sí mismo. Incluye la capacidad para asumir las consecuencias que se derivan de los propios actos, es decir, responsabilidad. La persona que tiene autonomía emocional se constituye en su propia “autoridad de referencia”. La autonomía emocional es un estado afectivo caracterizado por gestionar las propias emociones, sentirse seguro sobre sus propias elecciones y objetivos. La autonomía emocional se puede entender como un concepto amplio que incluye un conjunto de características y elementos relacionados con la autogestión personal: autoconocimiento, autoconciencia, autoaceptación, autoestima, autoconfianza, automotivación, autoeficacia, responsabilidad, actitud positiva ante la vida, análisis crítico de normas sociales y la capacidad para buscar ayuda y recursos (p. 10).

7.5 Estilo de crianza y su relación con las conductas adictivas

Inicialmente, es necesario revisar los estilos de crianza desde la teoría formulada por Baumrind (1966) como se citó en Capano, Del Luján y Massonnier (2016). Diana Baumrind identificó tres estilos parentales o de crianza:

Democrático: Los padres que ejercen el estilo democrático, caracterizado por el afecto, control y exigencia de madurez, tienen hijos con un mejor ajuste emocional y comportamental. Estimulan la expresión de las necesidades de sus hijos, promueven la responsabilidad y otorgan autonomía. Logran en éstos una mejor adaptación y una menor propensión a experimentar ira o frustración o a manifestar problemas como la agresión. Este estilo tiene un impacto muy positivo en el desarrollo psicológico de los hijos, quienes manifiestan un estado emocional estable y alegre, elevada autoestima y autocontrol, un nivel superior de razonamiento moral y menos conductas externalizantes e internalizantes, así como menor nivel de estrés cotidiano, principalmente cuando ambos padres se manejan desde este estilo. El estilo democrático se asocia a una mayor autoestima, un mejor rendimiento académico, mayor desarrollo moral y social, una menor impulsividad, una mayor intención de alcanzar metas positivas, menor prevalencia de experiencia sexual y mayor rechazo de diversas formas de sexismo, menor conflictiva con sus padres y mayor bienestar psicológico, mejor ajuste conductual, menor riesgo de consumo de tabaco, alcohol y drogas en general (Capano, Del Luján y Massonnier, 2016, pp. 417-418).

Respecto al estilo de crianza permisivo, los autores expresan:

Los niños y adolescentes que viven en hogares con estilo permisivo demuestran ser poco obedientes, tienen dificultad en la interiorización de valores, viven

situaciones de agresividad en la familia, tienen baja autoestima, padecen de falta de confianza, tienen bajos niveles de control de sus impulsos, así como mayor riesgo de consumo de drogas y alcohol. Los padres permisivos les conceden la posibilidad de tomar decisiones que no les competen. Son padres con miedo a influir demasiado en sus hijos, con temor a veces a sus reacciones, no sabiendo relacionarse con ellos, se sienten culpables por el escaso tiempo que les dispensan, les plantean pocas exigencias, confían solo en la razón, siendo los niños quienes regulan sus actividades. Los padres promueven una importante autonomía en sus hijos, los liberan del control, evitan el uso de las restricciones y el castigo, ceden en su autoridad y les traspasan la responsabilidad de decidir a sus hijos. El hijo/a pasa a ser dueño de la casa, de las decisiones y a veces también de las decisiones de sus padres (Capano, Del Luján y Massonnier, 2016, p. 418).

El último estilo de crianza acuñado por Baumrind es el autoritario:

Los padres con estilo autoritario valoran la obediencia como una virtud, mantienen a sus hijos subordinados y restringen su autonomía, provocando problemas en su adaptación social y una disminución de la seguridad en sí mismos. Los problemas de los hijos plantean a nivel emocional, debido al escaso apoyo recibido; se muestran tímidos, tienen mínima expresión de afecto con sus pares, pobre interiorización de valores, son irritables, vulnerables a las tensiones y poco alegres. Este estilo es un factor de riesgo para el padecimiento en los hijos de síntomas depresivos. La percepción por parte de los adolescentes de un estilo parental autoritario se encuentra asociada a mayores manifestaciones de agresividad. Es frecuente que cuando el control es muy severo los hijos terminen

rebelándose ante sus padres, especialmente al principio de la adolescencia, momento en el que suelen buscar una mayor libertad y autonomía, mientras que sus padres y madres intentan seguir manteniendo un control estricto (Capano, Del Luján y Massonnier, 2016, p. 420).

Una vez revisados los estilos parentales o de crianza, el estilo permisivo puede encontrarse relacionado con el desarrollo de conductas adictivas en la adolescencia. Lo anterior se corrobora con los hallazgos de Capano y Ubach (2013) en cuanto a las características de los hijos según los estilos de crianza recibidos:

Hijos de padres democráticos: confianza en ellos mismos, buena actitud y rendimiento escolar, buena salud mental y escasos problemas de conducta.

Hijos de padres permisivos: confianza en ellos mismos, poco malestar psicológico, problemas de conducta y abuso en el consumo de sustancias.

Hijos de padres autoritarios: más obedientes y orientados al trabajo, a veces hostiles y rebeldes, poca confianza en ellos mismos, problemas depresivos.

Complementan lo dicho respecto al estilo de crianza permisivo, Gualpa y Loja (2015) cuando afirman que en este estilo, las personas responsables de los adolescentes acceden con mucha facilidad a sus deseos y en cuanto a su comportamiento, no se establecen reglas consistentes. El estilo caracterizado por una elevada permisividad se relaciona con las variables de consumo de alcohol.

No se encontraron estudios que relacionen el estilo de crianza con la adicción a los videojuegos, Internet y redes sociales, específicamente. Sin embargo, la revisión teórica indica que el estilo de crianza permisivo es el que mayor influencia puede tener en la adquisición y mantenimiento de cualquier conducta adictiva.

7.6 Enfoque cognitivo-conductual en el tratamiento del alcoholismo en adolescentes

Becoña y Cortés (2008) sostienen que las terapias cognitivo-conductuales integran los principios de las teorías del comportamiento, del aprendizaje social y de la terapia cognitiva, con el fin de brindar una mejor comprensión para tratar los problemas que fruto del uso y abuso de sustancias y se centran fundamentalmente en la adquisición de habilidades para potenciar el control personal que el paciente tiene sobre sí mismo.

La intervención se fundamenta en guiarlo para que aprenda a evaluar sus ideas o creencias y las contraste con la realidad, ya que “desde este enfoque, la conducta, producto de los pensamientos o creencias acerca del consumo, es la base fundamental de la adicción al alcohol” (Becoña y Cortés, 2008, p. 41).

Las características esenciales de la terapia cognitivo conductual en el tratamiento del alcoholismo son: “centrarse en el abordaje de los problemas actuales, establecer metas realistas y consensuadas con el paciente, buscar resultados rápidos para los problemas más urgentes y utilizar técnicas empíricamente contrastadas para incrementar la capacidad del paciente para manejar sus propios problemas” (Becoña y Cortés, 2008, p. 41).

En este orden de ideas, para que el paciente alcance una comprensión realista de su adicción y de los problemas que ésta ha traído a su vida, se hace necesario trabajar en la sustitución de sus ideas irracionales por pensamientos realistas que le permitan comprender asertivamente el problema y lo motiven a un cambio en su conducta.

Siguiendo a Ellis y Lega (1993) como se citó en Colop (2016), aprender a pensar racionalmente incluye:

- El debate filosófico, método principal para reemplazar una idea irracional, que consiste en la adopción del método científico a la vida diaria. El proceso inicial es descubrir todas aquellas creencias que originan la conducta para luego debatir la veracidad o falsedad de las mismas.
- El insight racional-emotivo: la meta principal de la técnica es ayudar a la persona a ver y reconocer con claridad la manera en que procesa las emociones y conductas desadaptativas, para que asuma la responsabilidad, acepte, busque y reconozca las fuentes filosóficas de sus síntomas.
- Debatir creencias irracionales: consiste en cuestionar y desafiar la validez de las creencias o hipótesis que la persona sostiene sobre sí misma, los otros y el mundo. Su finalidad es lograr un nivel de pensamiento pleno y lógico.
- Método socrático: se caracteriza por emplear una serie de preguntas sistemáticas que sirven como guía al razonamiento inductivo de cada sesión; su finalidad es cuidar y cultivar las habilidades del pensamiento conceptual y abstracto de la persona.
- Imaginación racional emotiva: se basa en la neuropsicología de las imágenes aprendidas como experiencias de vida real. Esta técnica le enseña a la persona a sentir, pensar y actuar de la manera que desee para crear hábitos emocionales más adaptativos (p. 11).

Así mismo, el enfoque cognitivo-conductual en el tratamiento del alcoholismo se vale del entrenamiento en estrategias de afrontamiento.

Esta técnica se basa en la teoría del aprendizaje social y tiene como meta “aumentar y reforzar las habilidades del paciente para enfrentar situaciones de alto

riesgo -ambientales e individuales- que inician y mantienen las conductas de consumo”
(Becoña y Cortés, 2008, p. 42).

Entre las estrategias de afrontamiento que mejores resultados ofrecen en el tratamiento de la adicción al alcohol se encuentran las mencionadas por Monasor, Jiménez y Palomo (2003):

- Intervención motivacional: el objetivo es promover un cambio en el paciente en su consumo de alcohol así como en su percepción de los problemas derivados de éste. Su base teórica es la entrevista motivacional. A través de este tipo de intervención se detectan las resistencias y ambivalencia respecto al tratamiento, teniendo como objetivo la evaluación del consumo, información del riesgo, consejo y la importancia de la responsabilidad en la conducta.
- Autocontrol: lo que se pretende con esta técnica es que los pacientes aprendan a controlar el deseo de beber y a manejar situaciones que puedan provocarlo. Para ello se les entrena en conductas asertivas, en habilidades de autoobservación, autoevaluación y autorrefuerzo/autocastigo y se discriminan situaciones donde es más fácil controlar el consumo.
- Entrenamiento en habilidades sociales: se intenta que el paciente desarrolle una serie de habilidades que le ayuden a manejar distintas áreas problemáticas relacionadas con su consumo. En muchas ocasiones, el beber está vinculado a determinadas personas y situaciones que lo propician y el paciente carece de la destreza de afrontarlo de una manera más positiva. Por esto, se trabaja en asertividad, en la expresión de sentimientos, en técnicas de

comunicación positiva, se entrena en el rechazo de bebidas alcohólicas y se desarrollan conductas alternativas al consumo.

- **Prevención de recaídas:** se orienta a ayudar y enseñar al paciente a evitar las recaídas en su consumo problemático de alcohol. Las principales estrategias utilizadas son: discusión de la ambivalencia del paciente, identificación de desencadenantes emocionales y ambientales del deseo y consumo de alcohol, desarrollo de habilidades para afrontar el estrés interno y externo, análisis de las consecuencias del consumo y aprendizaje de los episodios breves de recaída para que la prevención sea eficaz
- **Contrato de contingencias:** se utilizan consecuencias positivas o negativas para recompensar o castigar las conductas adaptativas o desadaptativas, respectivamente, y desincentivar el consumo de alcohol. Estas consecuencias se deciden entre terapeuta y paciente.
- **Prevención de respuestas a la exposición a estímulos:** se trata de una técnica de desensibilización que consiste en disminuir el craving (ganas de consumir) cuando el individuo se expone sistemáticamente a distintos estímulos (ambientes, personas, circunstancias) que anteriormente producían deseo de consumo de alcohol. La técnica consiste en exponer al sujeto a aquellos estímulos previniendo la ejecución de respuestas disfuncionales, es decir, de consumo o recaída. (pp. 32-33).

7.7 Enfoque cognitivo-conductual en el tratamiento de la adicción a videojuegos, Internet y redes sociales

Para tratar la adicción a los videojuegos, Internet y redes sociales, a partir del enfoque cognitivo-conductual, Marco y Chóliz (2014), diseñaron un tratamiento que consta de cinco fases: 1) motivacional y de valoración psicosocial, 2) superación del deseo y síndrome de abstinencia, 3) cambios conductuales y actitudinales, 4) consolidación y prevención de recaídas y 5) seguimiento, el cual fue puesto en marcha con un único paciente y del cual reportaron los siguientes resultados:

Se produjo un aumento de la toma de conciencia del problema existente y de sus consecuencias; a lo largo de la intervención tuvo lugar un descenso del tiempo dedicado al ordenador y al juego, logrando el abandono de éste último en distintos periodos; se observa una mejoría muy relevante en áreas significativas de su vida personal y académica que estaban viéndose afectadas por el uso excesivo del ordenador y el juego, como los estudios, las relaciones interpersonales y familiares; el cambio subjetivo percibido por el propio paciente también fue personalmente significativo, ya que éste valoró que tenía un mayor autocontrol y que el nivel de enganche (con el juego) no era el mismo de antes, siendo capaz de priorizar actividades y cumplir sus obligaciones (p. 53).

Las fases del tratamiento, número de sesiones, estructura de las mismas y tareas que se dejaron para hacer en casa, se observan en la tabla 7.

Tabla 7.

Fases, sesiones, contenidos, técnicas y tareas para casa

Fase	Sesión	Plan de sesiones	Tareas para la casa
I	1	Entrevista inicial. Evaluación con la familia	
I	2	Evaluación	Autorregistro uso de Internet/juego
I	3	Finalización de la evaluación. Detalles formales de la terapia	Autorregistro uso Internet/juego, listado de posibles actividades de ocio y cambios a realizar en el núcleo familiar, y planificación
I y II	4	Explicación del concepto de dependencia y del análisis funcional. Aumento de la motivación para el cambio y establecimiento de objetivos terapéuticos. Compromiso de no jugar al menos hasta que termine el curso	Balance decisional (análisis de las ventajas e inconvenientes de continuar usando PC y juego de forma excesiva). Autorregistro uso Internet/juego y planificación semanal de actividades/trabajos
II	5	Contrato conductual para alcanzar los objetivos: reducir horas de uso del ordenador, aprobar el curso y mejorar la convivencia	Autorregistro, aplicar las pautas del contrato, planificación trabajos y estudio. Se establecen normas en casa respecto a la relación padres-hijo: se acuerda comer juntos en la mesa, hablar de temas que no sean conflictivos, hablarse de forma menos violenta, haciendo peticiones concretas
II	6	Control de estímulos (horario de uso del ordenador, uso exclusivo para realizar trabajos, hora de apagado por la noche) supervisión de los padres del cumplimiento del contrato	Autorregistro, aplicación del contrato, planificación trabajos y estudio Compromiso del paciente de asistir a clase y entregar los trabajos pendientes
II	7	Control de estímulos Supervisión del cumplimiento del contrato Estrategias de afrontamiento	Autorregistro, aplicación del contrato, planificación trabajos y estudio Pensar actividades de ocio y tiempo libre, y normas de casa (por ejemplo: fregará sus platos y bajará su ropa sucia, a cambio de un menor control por parte de sus padres).
II y III	8	Supervisión y nuevas pautas para reducir tiempo dedicado al ordenador Establecimiento de normas para la convivencia/contrato	Autorregistro, aplicación del contrato, planificación trabajos y estudio Se añaden las siguientes pautas: si va a estar más tiempo del previsto inicialmente en el PC tendrá que avisar, e intentará reducir el tiempo de uso una hora.
II y III	9	Supervisión y nuevas pautas (ha vuelto a jugar) Valoración de los cambios realizados y cambios pendientes o a realizar	Autorregistro, aplicación del contrato, planificación de actividades Se planifica qué va a hacer cuando se conecte a Internet, se establece un tiempo máximo diario para el uso del PC

Tabla 7 (continuación)

Fase	Sesión	Plan de sesiones	Tareas para la casa
III y IV	10	Supervisión y refuerzo de la reducción del número de horas de juego/ordenador Acuerdo de reducción de horas ordenador Valoración cambios realizados e introducción en prevención de recaídas (PR)	Autorregistro Tarea para identificar situaciones de alto riesgo Planificación de actividades alternativas de ocio
III y IV	11	Supervisión y abordaje de la situación de conflicto familiar Compromiso de jugar menos horas PR	Autorregistro Cumplimiento del contrato Demora forzada: tiene que esperar cinco minutos al llegar a casa antes de usar el ordenador Análisis de situaciones de alto riesgo
IV	12	Supervisión y prevención de recaídas Propuesta de normas mínimas para la convivencia PR	Autorregistro Análisis de las ventajas de abandonar el juego Efecto de violación de la abstinencia
IV	13	Supervisión y prevención de recaídas	Citación para seguimiento
V	14	Seguimiento 1 (al mes)	Citación para segundo seguimiento
V	15	Seguimiento 2 (a los tres meses)	Citación para tercer seguimiento

Fuente: Marco y Chóliz (2014, pp. 49-50)

Cabe anotar que se incluye este tratamiento de manera textual, debido a que la adicción a los videojuegos, Internet y redes sociales aún se encuentra en etapa de estudio, por lo cual no se ha llegado a un consenso en cuanto al establecimiento de criterios clínicos diagnósticos.

Se trata de una adicción relativamente nueva, detectada por la comunidad científica en el transcurso del siglo XXI (17 años). Por tanto, las estrategias para su tratamiento aún son escasas. Este modelo de Marco y Chóliz se constituye en un punto de partida desde el enfoque cognitivo-conductual.

8. Análisis del caso

El paciente GM presenta conductas adictivas hacia el alcohol, la práctica de videojuegos y el acceso a Internet y redes sociales, lo que le ha traído problemáticas en sus estudios y en las relaciones con su núcleo familiar.

El tipo de apego inseguro-evitativo y el estilo de crianza permisivo, han podido conducir al paciente a un patrón cognitivo caracterizado por las ideas irracionales; factores éstos, que mancomunadamente estarían relacionados con sus adicciones.

GM no considera que el abuso de alcohol o su excesiva conexión a videojuegos, redes sociales e Internet sean un problema. El paciente cree que estas conductas son propias de su edad; las ve como completamente normales no solo en él mismo, sino en el grupo de pares con los que se relaciona y adquieren sentido en la medida que son asociadas con la diversión y el uso del tiempo libre.

Sin embargo, en este caso de estudio, las conductas mencionadas ocupan gran parte del tiempo de GM, no solo sus ratos libres, y le han ocasionado problemas relevantes.

Es necesario entonces considerar que el caso de GM no se trata de una simple relación causa efecto: conductas adictivas = problemas, sino que en el desarrollo de sus adicciones y las consecuencias de éstas, se hallan implicados diferentes factores.

Hay que partir de la niñez del paciente. Estuvo relativamente solo, al cuidado de una empleada debido a las ocupaciones de sus padres y no encontró en su hermana mayor una compañera de crianza o de juegos, debido a su diferencia de edad.

El acompañamiento de sus padres en esta etapa fue escaso; la madre se caracterizó por ser sobreprotectora y el padre por querer imponer algún tipo de disciplina o control, lo que lógicamente llevó a la inconsistencia en las pautas de crianza

y a la falta del establecimiento de normas y límites en el comportamiento de GM. Así, desde niño aprendió a no responsabilizarse de sus acciones, puesto que al surgir algún problema, la madre siempre estuvo allí para solucionarlo.

Adicionalmente, su rendimiento académico no era el mejor, a diferencia del de su hermana, quien siempre se ha caracterizado por obtener las mejores calificaciones y por mostrar un comportamiento considerado como excelente por sus padres y demás familiares, estableciendo comparaciones entre los hermanos.

Cuando era pequeño, GM encontró compañía y diversión a través de los videojuegos que practicaba con un vecino. A medida que creció, aprendió a competir virtualmente y a manejar las redes sociales; así mismo, otorgó mayor importancia a su grupo de pares y a las actividades que realiza con ellos, dejando en un segundo plano compartir momentos con su familia.

Las circunstancias que prevalecieron en su niñez: soledad, poco acompañamiento de sus padres, comparaciones con su hermana, sobreprotección de la madre, intentos fallidos por parte del padre para imponer control y disciplina, hacen que el paciente no se sienta realmente vinculado a su familia. Ha desarrollado un tipo de apego inseguro-avoidante; no siente afiliación verdadera con su núcleo familiar y ve a la madre como un salvavidas a quien recurrir en momentos de dificultad.

Así, el joven solo logra sentirse aceptado y relajado con su grupo de amigos, quienes, al igual que él, asocian la diversión con el consumo de alcohol.

Su estado de ánimo se ha visto afectado por las continuas discusiones que se dan en el núcleo familiar a causa de su comportamiento: peleas con su papá y su hermana quien según él lo critica de forma despectiva, mientras que la madre lo consuela.

El joven sabe que hay un problema pero lo niega; se siente culpable y es incapaz de ver todas las aristas de la situación. Evade la realidad juntándose con sus amigos, jugando, chateando o bebiendo; espera que las cosas se resuelvan por sí solas y se niega a recibir ayuda profesional. Es tal su deseo de alejarse de la situación, que está haciendo todo lo posible por convencer a sus padres de viajar a Australia al término de sus estudios; dice que “tiene derecho” porque a su hermana le han concedido este tipo de beneficios.

La situación del paciente es compleja. No sabe qué quiere hacer con su vida, si estudiará o no, está atravesando por un vacío existencial, que pretende llenar a través del hedonismo, concentrándose en el ahora; es incapaz de autocomprenderse y autorregularse.

En este momento presenta abuso de alcohol, que si no logra controlar, puede desembocar en una dependencia, que además de afectar su salud física, tiene el potencial de conducirlo a desarrollar problemas graves del estado de ánimo como cuadros depresivos, maníacos o mixtos.

La evaluación del caso llegó hasta el plan de tratamiento, debido a que el adolescente logró convencer a sus padres y viajó a Australia, lo que impidió que se llevara a cabo la intervención.

Dicha intervención se plantea desde el enfoque cognitivo-conductual, dados los resultados favorables reportados en la literatura científica acerca de su efectividad para el tratamiento de las adicciones. Específicamente, se apunta a la modificación de las creencias irracionales del paciente a partir de las técnicas acuñadas por Albert Ellis y el desarrollo de estrategias efectivas de afrontamiento, con el objetivo de alcanzar, no solo el abandono de las adicciones, sino la mejoría de su estado de ánimo.

Para ello es necesario el establecimiento de una relación terapéutica basada en las habilidades que debe poseer todo terapeuta cognitivo-conductual, que Barraca (2009) sintetiza así: empatía, aceptación, autenticidad, cordialidad, respeto a la deontología profesional. Además, habilidades de escucha como clarificación, paráfrasis, síntesis, y de acción verbal como preguntas, confrontación, interpretación y análisis.

Estas habilidades de la terapeuta facilitarán a GM una mejor comprensión del problema que enfrenta y de la necesidad del tratamiento; así mismo, ayudarán a fomentar su colaboración y minimizar la resistencia, para establecer de manera conjunta con la terapeuta las metas que se desea alcanzar.

A través del trabajo encaminado a modificar las creencias irracionales de GM, puede llegar a comprender que tiene una baja percepción del riesgo en cuanto al consumo de alcohol y hacerse responsable de que la ingesta excesiva de esta sustancia, así como la gran cantidad de tiempo que dedica a los videojuegos, Internet y redes sociales han afectado considerablemente su vida.

Así mismo, entender las causas que lo llevaron a la adquisición de estas conductas y modificar sus patrones de pensamiento minimizando los sentimientos de culpa y fracaso, y potenciando su autoestima y autoeficacia.

El tratamiento, además de modificar los patrones de pensamiento de GM, simultáneamente le proveerá de estrategias de afrontamiento que le lleven a desarrollar un locus de control interno capaz de superar el craving tanto hacia el alcohol como a la Internet, redes sociales y videojuegos.

Respecto a esta última conducta, es conveniente aplicar en GM el modelo de tratamiento diseñado por Marco y Chóliz (2014) quienes han reportado buenos resultados.

Esta propuesta para el tratamiento de las conductas adictivas será socializada con los padres de GM a quienes también se les instruirá respecto del compromiso que deben asumir con el tratamiento y se espera que el joven, al regreso de su viaje la considere y decida llevarla a cabo.

9. Discusión y conclusiones

Este estudio de caso único buscó establecer la relación entre el tipo de apego, el estilo de crianza y las conductas adictivas de un paciente adolescente, para contribuir en el mejoramiento de estrategias de intervención.

Teniendo en cuenta que los pacientes adictos suelen tener ideas irracionales, adolecen de estrategias adecuadas de afrontamiento y sus conductas adictivas suelen afectar sus estados de ánimo, luego de la entrevista con los padres y con el paciente, se aplicaron a éste tres instrumentos de evaluación: 1) Test de Creencias Irracionales validado en población colombiana por Chaves y Quiceno (2010), 2) Escala de estrategias de Coping - modificada (EEC-M) Londoño, Henao, Puerta, Posada y Arango (2006) y 3) Inventario de Depresión de Beck-II BDI II.

Los resultados de estos instrumentos evidenciaron las creencias irracionales del paciente, la falta de estrategias de afrontamiento y una depresión moderada.

Según la literatura científica revisada, Ellis (1981), como se citó en Carbonero, Martín y Feijó (2010) lograron evidenciarse en GM los tres principales grupos de creencias irracionales: “tengo que actuar bien y ganar la aprobación por ello, tú debes actuar de forma agradable y justa conmigo y, mi vida debe ser lo suficientemente buena y fácil para conseguir lo que quiero sin demasiado esfuerzo”. Ideas irracionales que según Luciano y Valdivia (2006) como se citó en Carbonero et al. (2010) pueden ser fruto de “la dualidad placer-sufrimiento de la vida humana que observa que las culturas “avanzadas”: se vive buscando el placer inmediato y evitando el dolor” (p. 289).

De este modo, la adicción del paciente al alcohol, los videojuegos, Internet y redes sociales le brinda un placer inmediato pero pasajero, que a largo plazo, lo único

que hace es reforzar su malestar y el resultado es la apatía para llevar a cabo acciones potencialmente valiosas para abandonar las adicciones.

Respecto a sus estrategias de afrontamiento, se pudo establecer que GM carece de “estrategias cognitivas analíticas y racionales para alterar la situación y solucionar el problema” (Fernández y Palmero, 1999) como se citó en Londoño, et al. (2006, p. 339).

Específicamente, niega tener un problema, se rehúsa a recibir apoyo profesional, en muy pocas ocasiones busca apoyo social o familiar y se mantiene inactivo en la búsqueda de soluciones; cree que todo se arreglará por sí solo con el paso del tiempo.

En el BDI II el paciente puntuó una depresión moderada, al reportar pérdida del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente le eran placenteras, aumento de la fatigabilidad, pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad, reproches hacia sí mismo y sentimientos de culpa, falta de decisión y vacilaciones, alteraciones del sueño y cambios del apetito, cumpliendo con los criterios establecidos para la identificación de esta patología en el CIE 10.

Para conocer el tipo de apego desarrollado por GM y el estilo de crianza, el joven respondió otros dos instrumentos: 1) Versión reducida del cuestionario CaMir (CaMir-R) para la evaluación del apego en adolescentes (2011) y 2) Escala de Estilos de Crianza de Steinberg (1993) adaptada por Merino y Arnd (2004).

Se encontró que GM ha desarrollado un estilo de apego inseguro-ambivalente, específicamente con su madre y tuvo un estilo de crianza permisivo.

Al respecto, clínicos como Lorenzini y Fonagy (2014) han evidenciado que el trastorno de la personalidad con abuso de sustancias o alcohol se asocia al tipo de apego inseguro-evitativo, y las personas que han desarrollado este tipo de apego suelen negar o minimizar las amenazas del ambiente. También caracteriza las relaciones co-

dependientes (Salas y García, 2012) que se dan cuando al niño no se le permite separarse de la madre o figura protectora en el momento oportuno para permitir que se convierta en una persona independiente. Esta co-dependencia según Becerril y Álvarez (2012) “hace al individuo proclive a las relaciones destructivas, a emociones negativas, a alteraciones mentales y a una vida de fantasía pero sin una gestión real de la situación” (p. 12).

Por su parte, el estilo de crianza permisivo, evidenciado en GM, según Estévez, Jiménez y Musitu (2007) como se citó en Bardales y La Serna (2015) trae consigo que los hijos puedan presentar problemas de conducta, ya que en el momento de disciplinar los padres tienden a evitar la confrontación y ceden a las solicitudes de los hijos, además muestran baja tolerancia a la frustración; en cuanto al aspecto conductual, presentan dificultad para controlar impulsos, problemas escolares y por lo mismo son más proclives al consumo de sustancias tóxicas (drogas y alcohol).

Capano y Ubach (2013) sostienen que los hijos de padres permisivos suelen presentar problemas de conducta y abuso en el consumo de sustancias. Guallpa y Loja (2015) afirman que en este estilo, las personas responsables de los adolescentes acceden con mucha facilidad a sus deseos y en cuanto a su comportamiento, no se establecen reglas consistentes. El estilo caracterizado por una elevada permisividad se relaciona con las variables de consumo de alcohol.

Dada la evidencia recolectada a través de los instrumentos aplicados a GM y la revisión de la literatura científica, puede afirmarse que sí existe una relación entre el tipo de apego, el estilo de crianza y las conductas adictivas.

Finalmente, se sugiere para futuras investigaciones, plantear intervenciones con el involucramiento de los miembros de la familia haciendo uso de la Terapia Centrada

en Esquemas, para que logren identificar cómo sus esquemas disfuncionales tempranos han podido contribuir a la adquisición de adicciones por parte de alguno de sus miembros, más concretamente, los hijos.

Esta terapia permite darse cuenta cómo algunos patrones disfuncionales de pensamiento y acción se perpetúan en el núcleo familiar, tales como desconexión y rechazo, perjuicio en autonomía y desempeño, límites inadecuados, tendencia hacia el otro y sobrevigilancia e inhibición.

La perpetuación se da por distorsiones cognitivas, así como por estilos de afrontamiento y respuestas desadaptativas.

La terapia busca la cura de los esquemas mediante la evaluación y educación que conduzcan al cambio utilizando técnicas cognitivas, experienciales y conductuales, apoyadas en la relación paciente-terapeuta.

Referencias

- Balluerka, N., Lacasa, F., Gorostiaga, A., Muela, A. y Pierrehumbert, B. (2011). Versión reducida del cuestionario CaMir (CaMir-R) para la evaluación del apego en adolescentes. *Psicothema*, 23(3), 486-494. Recuperado de: www.academia.edu/
- Bardales, E. y La Serna, D. (2015). *Estilos de crianza y desajuste del comportamiento psicosocial en adolescentes de una institución educativa estatal, Chiclayo-2014*. Trabajo de pregrado (Licenciatura en Psicología). Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Recuperado de: tesis.usat.edu.pe/
- Barraca, J. (2009). Habilidades clínicas en la terapia conductual de tercera generación. *Clínica y Salud*, 20(2), 109-117. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/>
- Becerril, E. y Álvarez, L. (2012). *Teoría del apego en las diferentes etapas de la vida*. Universidad de Cantabria. Recuperado de: <https://repositorio.unican.es/>
- Becoña, E. y Cortés, M. (2008). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. Barcelona: Sociedad Científica Española sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías (SOCIDROGALCOHOL).
- Caballo, V. (2007). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Madrid: Siglo XXI.
- Capano, A., Del Luján, M. y Massonnier, N. (2016). Estilos relacionales parentales: estudio con adolescentes y sus padres. *Revista de Psicología*, 34(2), 413-444. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/>
- Capano, A. y Ubach, A. (2013). Estilos parentales, parentalidad positiva y formación de padres. *Ciencias Psicológicas*, VII(1), 83-95. Recuperado de: <http://www.scielo.edu.uy/>

- Carbonero, M., Martín, L. y Feijó, M. (2010). Las creencias irracionales en relación con ciertas conductas de consumo en adolescentes. *European Journal of Education and Psychology*, 3(2), 287-298. Recuperado de: <https://formacionasunivep.com/>
- Cía, A. (2013). Las adicciones no relacionadas a sustancias (DSM-5, APA, 2013): un primer paso hacia la inclusión de las Adicciones Conductuales en las clasificaciones categoriales vigentes. *Revista de Neuropsiquiatría*, 76(4), 210-217.
- Colegio Colombiano de Psicólogos (2014). *Perfil y competencias del psicólogo en Colombia, en el contexto de la salud*. Bogotá, D.C.: El Colegio. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/>
- Colop, A. (2016). *Terapia racional emotiva-conductual y sentimiento de culpa*. Quetzaltenango: Universidad Rafael Landívar. Recuperado de: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/>
- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (2013). *Evaluación del Inventario BDI-II*. Madrid: El Consejo. Recuperado de: <https://www.cop.es/>
- Costa, M. (2014). *Funcionamiento familiar percibido en la familia y el drogodependiente en proceso de recuperación*. TFM (Psicología y Relaciones Humanas). Rosario-Argentina: Universidad Abierta Interamericana. Recuperado de: <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/>
- Cox, M., Calamari, J. y Langley, M. (1998). Habilidades de afrontamiento para la conducta de beber y asesoramiento motivacional sistemático: dos tratamientos cognitivo-conductuales para las personas que tienen problemas con el alcohol. En Caballo (Ed.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (pp. 83-121). Madrid: Siglo XXI.

- Chaves, L. y Quiceno, N. (2010). Validación del Cuestionario de Creencias Irracionales (TCI) en población colombiana. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 2(3), 41-56. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/>
- Echeburúa, E. (2012). Factores de riesgo y factores de protección en la adicción a las nuevas tecnologías y redes sociales en jóvenes y adolescentes. *Revista Española de Drogodependencias*, 37(4), 435-447. Recuperado de: <http://www.aesed.com/>
- Espada, J., Botvin, G., Griffin, K. y Méndez, X. (2003). Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. *Papeles del Psicólogo*, 23(84), 9-17. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/>
- Fernández, M. (2013). La autonomía personal. *Revista Claseshistoria* (362), 1-12. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/>
- Garrote, G. (2013). *Uso y abuso de tecnologías en adolescentes y su relación con algunas variables de personalidad, estilos de crianza, consumo de alcohol y autopercepción como estudiante* (Tesis doctoral). Universidad de Burgos. Recuperado de: <http://riubu.ubu.es/>
- Gualpa, N. y Loja, B. (2015). *Estilos de crianza de los padres de estudiantes con bajo rendimiento*. TFM (Psicología educativa - Orientación profesional). Universidad de Cuenca. Recuperado de: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/>
- Lancheros, M., Amaya, M. y Baquero, L. (2014). Videojuegos y adicción en niños - adolescentes: una revisión sistemática. *Revista de Terapia Ocupacional de Galicia*, 11(20), 1-22. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/>
- Londoño, H., Henao, G., Puerta, I., Posada, S., Arango, D. y Aguirre, D. (2006). Propiedades psicométricas y validación de la Escala de Estrategias de Coping

- Modificada (EEC-M) en una muestra colombiana. *Universitas Psychologica*, 5(2), 327-349. Recuperado de: www.scielo.org.co/
- Lorenzini, N. y Fonagy, P. (2014). *Apego y trastornos de la personalidad: breve revisión*. Recuperado de: <https://revistamentalizacion.com/>
- Luengo, A. (2004). Adicción a Internet: conceptualización y propuesta de intervención. *Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual* (2), 22-52. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/>
- Marco, C. y Chóliz, M. (2014). Tratamiento cognitivo-conductual en un caso de adicción a Internet y videojuegos. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 13(1), 125-141. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/>
- Melero, R. y Cantero, M. (2008). Los estilos afectivos en la población española: un cuestionario de evaluación del apego adulto. *Clínica y Salud*, 19(1), 83-100. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/>
- Monasor, R., Jiménez, M. y Palomo; T. (2003). Intervenciones psicosociales en alcoholismo. *Trastornos Adictivos*, 5(1), 32-36. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/>
- Pérez, A., Mejía, J., Reyes, M. y Cardozo, F. (2015). *Consumo de alcohol en menores de 18 años. Colombia: 2015*. Bogotá, D.C.: Corporación Nuevos Rumbos. Recuperado de: <http://nuevosrumbos.org/>
- Pichot, P. (Coord.) (1995). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Pinto, P. (1998). Las drogas en la historia. *Salud Uninorte*, 13(1), 23-30. Recuperado de: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/>

- Portero, G. (2015). DSM-5. Trastornos por consumo de sustancias. ¿Son problemáticos los nuevos cambios en el ámbito forense? *Cuadernos de Medicina Forense*, 21(3-4), 96-104. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/>
- Salas, E. y García, M. (2012). *Co-dependencia*. TFM (Magíster en intervención familiar). Chile: Universidad del Bío Bío. Recuperado de: <http://cybertesis.ubiobio.cl/>
- Secretaría de Salud Pública de México, D.F. (2012). *Evolución histórica de las adicciones*. Recuperado de: www.salud.gob.mx/
- Sobrino, L. (2008). Niveles de satisfacción familiar y de comunicación entre padres e hijos. *Avances en Psicología*, 16(1), 109-137. Recuperado de: <http://www.unife.edu.pe/>
- Vega, V., Roitman, D. y Barrionuevo, J. (2011). Influencias del apego a la madre en el vínculo con los pares en la adolescencia. Diferencias entre una muestra femenina clínica y no clínica. *Anuario de Investigaciones* (18), 381-398. Recuperado de: www.scielo.org.ar/

Anexo 2. Escala de estrategias de Coping – modificada (EEC-M)

Escala de estrategias de Coping – modificada (EEC-M)
Londoño, Henao, Puerta, Posada, Arango y Aguirre (2006)

Instrucciones:

A continuación se plantean diferentes formas que emplean las personas para afrontar los problemas o situaciones estresantes que se les presentan en la vida. Las formas de afrontamiento aquí descritas no son ni buenas ni malas, ni mejores o peores. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras, dependiendo de la situación problema. Trate de recordar las diferentes situaciones o problemas más estresantes vividos durante los últimos años, y responda encerrando con un círculo el número que mejor indique qué tan habitual ha sido esta forma de comportamiento ante las situaciones estresantes.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre

1. Trato de comportarme como si nada hubiera pasado	1	2	3	4	5	6
2. Me alejo del problema temporalmente (tomando unas vacaciones, descansando, etc.)	1	2	3	4	5	6
3. Procuro no pensar en el problema	1	2	3	4	5	6
4. Descargo mi mal humor con los demás	1	2	3	4	5	6
5. Intento ver los aspectos positivos del problema	1	2	3	4	5	6
6. Le cuento a familiares o amigos cómo me siento	1	2	3	4	5	6
7. Procuro conocer mejor el problema con la ayuda de un profesional	1	2	3	4	5	6
8. Asisto a la iglesia	1	2	3	4	5	6
9. Espero que la solución llegue sola	1	2	3	4	5	6
10. Trato de solucionar el problema siguiendo unos pasos concretos bien pensados	1	2	3	4	5	6
11. Procuro guardar para mí los sentimientos	1	2	3	4	5	6
12. Me comporto de forma hostil con los demás	1	2	3	4	5	6
13. Intento sacar algo positivo del problema	1	2	3	4	5	6
14. Pido consejo u orientación a algún pariente o amigo para poder afrontar mejor el problema	1	2	3	4	5	6
15. Busco ayuda profesional para que me guíen y orienten	1	2	3	4	5	6
16. Tengo fe en que puede ocurrir algún milagro	1	2	3	4	5	6
17. Espero el momento oportuno para resolver el problema	1	2	3	4	5	6
18. Pienso que con el paso del tiempo el problema se soluciona	1	2	3	4	5	6
19. Establezco un plan de actuación y procuro llevarlo a cabo	1	2	3	4	5	6
20. Procuro que los otros no se den cuenta de lo que siento	1	2	3	4	5	6
21. Evado las conversaciones o temas que tienen que ver con el problema	1	2	3	4	5	6
22. Expreso mi rabia sin calcular las consecuencias	1	2	3	4	5	6
23. Pido a parientes o amigos que me ayuden a pensar acerca del problema	1	2	3	4	5	6
24. Procuro hablar con personas responsables para encontrar una solución al problema	1	2	3	4	5	6
25. Tengo fe en que Dios remedie la situación	1	2	3	4	5	6
26. Pienso que hay un momento oportuno para analizar la situación	1	2	3	4	5	6
27. No hago nada porque el tiempo todo lo dice	1	2	3	4	5	6
28. Hago frente al problema poniendo en marcha varias soluciones	1	2	3	4	5	6
29. Dejo que las cosas sigan su curso	1	2	3	4	5	6
30. Trato de ocultar mi malestar	1	2	3	4	5	6
31. Salgo al cine, a dar una vuelta, etc., para olvidarme del problema	1	2	3	4	5	6
32. Evito pensar en el problema	1	2	3	4	5	6
33. Me dejo llevar por mi mal humor	1	2	3	4	5	6
34. Hablo con amigos o familiares para que me animen o tranquilicen cuando me encuentro mal	1	2	3	4	5	6
35. Busco la ayuda de algún profesional para reducir mi ansiedad o malestar	1	2	3	4	5	6

1 Nunca	2 Casi nunca	3 A veces	4 Frecuentemente	5 Casi siempre	6 Siempre
------------	-----------------	--------------	---------------------	-------------------	--------------

36. Rezo	1	2	3	4	5	6
37. Hasta que no tenga claridad frente a la situación, no puedo darle la mejor solución	1	2	3	4	5	6
38. Pienso que lo mejor es esperar a ver qué puede pasar	1	2	3	4	5	6
39. Pienso detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema	1	2	3	4	5	6
40. Me resigno y dejo que las cosas pasen	1	2	3	4	5	6
41. Inhibo mis propias emociones	1	2	3	4	5	6
42. Busco actividades que me distraigan	1	2	3	4	5	6
43. Niego que tengo problemas	1	2	3	4	5	6
44. Me salgo de casillas	1	2	3	4	5	6
45. Por más que quiera no soy capaz de expresar abiertamente lo que siento	1	2	3	4	5	6
46. A pesar de la magnitud de la situación tiendo a sacar algo positivo	1	2	3	4	5	6
47. Pido a algún amigo o familiar que me indique cuál sería el mejor camino a seguir	1	2	3	4	5	6
48. Pido ayuda a algún médico o psicólogo para aliviar mi tensión	1	2	3	4	5	6
49. Acudo a la iglesia para poner velas o rezar	1	2	3	4	5	6
50. Considero que las cosas por sí solas se solucionan	1	2	3	4	5	6
51. Analizo lo positivo y negativo de las diferentes alternativas	1	2	3	4	5	6
52. Me es difícil relajarme	1	2	3	4	5	6
53. Hago todo lo posible para ocultar mis sentimientos a los otros	1	2	3	4	5	6
54. Me ocupo de muchas actividades para no pensar en el problema	1	2	3	4	5	6
55. Así lo quiera, no soy capaz de llorar	1	2	3	4	5	6
56. Tengo muy presente el dicho "al mal tiempo buena cara"	1	2	3	4	5	6
57. Trato que algún familiar o amigo me escuche cuando necesito manifestar mis sentimientos	1	2	3	4	5	6
58. Intento conseguir más información sobre el problema acudiendo a profesionales	1	2	3	4	5	6
59. Dejo todo en manos de Dios	1	2	3	4	5	6
60. Espero que las cosas se vayan dando	1	2	3	4	5	6
61. Me es difícil pensar en posibles soluciones a mis problemas	1	2	3	4	5	6
62. Trato de evitar mis emociones	1	2	3	4	5	6
63. Dejo a un lado los problemas y pienso en otras cosas	1	2	3	4	5	6
64. Trato de identificar las ventajas del problema	1	2	3	4	5	6
65. Considero que mis problemas los puedo solucionar sin la ayuda de los demás	1	2	3	4	5	6
66. Pienso que no necesito la ayuda de nadie y menos de un profesional	1	2	3	4	5	6
67. Busco tranquilizarme a través de la oración	1	2	3	4	5	6
68. Frente a un problema, espero conocer bien la situación antes de actuar	1	2	3	4	5	6
69. Dejo que pase el tiempo	1	2	3	4	5	6

Anexo 3. Inventario de Depresión de Beck-II BDI II

Inventario de Depresión de Beck-II BDI II

BDI-II

FECHA: 22-JUNIO-2017

Nombre: Edad: 16 Sexo: M
 Estado civil: soltero Profesión: Estudios: 10º grado
 ¿Ha tomado medicación antidepresiva durante los últimos dos meses? No
 ¿Cuál?

INSTRUCCIONES: Este cuestionario consiste en 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos y, a continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor el modo en el que se ha sentido **DURANTE LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS, INCLUYENDO EL DÍA DE HOY**. Rodee con un círculo el número que se encuentre escrito a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro del mismo grupo, hay más de una afirmación que considere igualmente aplicable a su caso, señálela también. **Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.**

<p>1. Tristeza</p> <p><input type="radio"/> 0 No me siento triste habitualmente. <input checked="" type="radio"/> 1 Me siento triste gran parte del tiempo. <input type="radio"/> 2 Me siento triste continuamente. <input type="radio"/> 3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.</p> <p>2. Pesimismo</p> <p><input type="radio"/> 0 No estoy desanimado sobre mi futuro. <input checked="" type="radio"/> 1 Me siento más desanimado sobre mi futuro que antes. <input type="radio"/> 2 No espero que las cosas mejoren. <input type="radio"/> 3 Siento que mi futuro es desesperanzador y que las cosas sólo empeorarán.</p> <p>3. Sentimientos de fracaso</p> <p><input type="radio"/> 0 No me siento fracasado. <input checked="" type="radio"/> 1 He fracasado más de lo que debería. <input type="radio"/> 2 Cuando miro atrás, veo fracaso tras fracaso. <input type="radio"/> 3 Me siento una persona totalmente fracasada.</p> <p>4. Pérdida de placer</p> <p><input type="radio"/> 0 Disfruto de las cosas que me gustan tanto como antes. <input checked="" type="radio"/> 1 No disfruto de las cosas tanto como antes. <input type="radio"/> 2 Obtengo muy poco placer de las cosas con las que antes disfrutaba. <input type="radio"/> 3 No obtengo ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba.</p> <p>5. Sentimientos de culpa</p> <p><input type="radio"/> 0 No me siento especialmente culpable. <input checked="" type="radio"/> 1 Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho. <input type="radio"/> 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo. <input type="radio"/> 3 Me siento culpable constantemente.</p>	<p>6. Sentimientos de castigo</p> <p><input type="radio"/> 0 No siento que esté siendo castigado. <input type="radio"/> 1 Siento que puedo ser castigado. <input type="radio"/> 2 Espero ser castigado. <input checked="" type="radio"/> 3 Siento que estoy siendo castigado.</p> <p>7. Insatisfacción con uno mismo</p> <p><input type="radio"/> 0 Siento lo mismo que antes sobre mí mismo. <input type="radio"/> 1 He perdido confianza en mí mismo. <input checked="" type="radio"/> 2 Estoy decepcionado conmigo mismo. <input type="radio"/> 3 No me gusta.</p> <p>8. Auto-críticas</p> <p><input type="radio"/> 0 No me critico o me culpo más que antes. <input checked="" type="radio"/> 1 Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser. <input type="radio"/> 2 Critico todos mis defectos. <input type="radio"/> 3 Me culpo por todo lo malo que sucede.</p> <p>9. Pensamientos o deseos de suicidio</p> <p><input checked="" type="radio"/> 0 No tengo ningún pensamiento de suicidio. <input type="radio"/> 1 Tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevaría a cabo. <input type="radio"/> 2 Me gustaría suicidarme. <input type="radio"/> 3 Me suicidaría si tuviese la oportunidad.</p> <p>10. Llanto</p> <p><input type="radio"/> 0 No lloro más de lo que solía hacerlo. <input checked="" type="radio"/> 1 Lloro más de lo que solía hacerlo. <input type="radio"/> 2 Lloro por cualquier cosa. <input type="radio"/> 3 Tengo ganas de llorar continuamente, pero no puedo.</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>11. Agitación</p> <p>0 No estoy más inquieto o agitado que de costumbre. <input checked="" type="radio"/> Me siento más inquieto o agitado que de costumbre. 2 Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta estar quieto. 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo.</p> <p>12. Pérdida de interés</p> <p>0 No he perdido el interés por otras personas o actividades. <input checked="" type="radio"/> Estoy menos interesado que antes por otras personas o actividades. 2 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas. 3 Me resulta difícil interesarme en algo.</p> <p>13. Indecisión</p> <p>0 Tomo decisiones más o menos como siempre. 1 Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre. <input checked="" type="radio"/> Tengo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre. 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.</p> <p>14. Inutilidad</p> <p>0 No me siento inútil. 1 No me considero tan valioso y útil como solía ser. <input checked="" type="radio"/> Me siento inútil en comparación con otras personas. 3 Me siento completamente inútil.</p> <p>15. Pérdida de energía</p> <p><input checked="" type="radio"/> Tengo tanta energía como siempre. 1 Tengo menos energía de la que solía tener. 2 No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas. 3 No tengo suficiente energía para hacer nada.</p> <p>16. Cambios en el patrón de sueño</p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño.</p> <hr/> <p>1a Duermo algo más de lo habitual. <input checked="" type="radio"/> Duermo algo menos de lo habitual.</p> <hr/> <p>2a Duermo mucho más de lo habitual. 2b Duermo mucho menos de lo habitual.</p> <hr/> <p>3a Duermo la mayor parte del día. 3b Me despierto 1 o 2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.</p>	<p>17. Irritabilidad</p> <p>0 No estoy más irritable de lo habitual. <input checked="" type="radio"/> Estoy más irritable de lo habitual. 2 Estoy mucho más irritable de lo habitual. 3 Estoy irritable continuamente.</p> <p>18. Cambios en el apetito</p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.</p> <hr/> <p><input checked="" type="radio"/> Mi apetito es algo menor de lo habitual. <input type="radio"/> Mi apetito es algo mayor de lo habitual.</p> <hr/> <p>2a Mi apetito es mucho menor que antes. 2b Mi apetito es mucho mayor de lo habitual.</p> <hr/> <p>3a He perdido completamente el apetito. 3b Tengo ganas de comer continuamente.</p> <p>19. Dificultad de concentración</p> <p><input checked="" type="radio"/> Puedo concentrarme tan bien como siempre. 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente. 2 Me cuesta mantenerme concentrado en algo durante mucho tiempo. 3 No puedo concentrarme en nada.</p> <p>20. Cansancio o fatiga</p> <p>0 No estoy más cansado o fatigado que de costumbre. <input checked="" type="radio"/> Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre. 2 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer muchas cosas que antes solía hacer. 3 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer.</p> <p>21. Pérdida de interés en el sexo</p> <p><input checked="" type="radio"/> No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo. 1 Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar. 2 Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora. 3 He perdido completamente el interés por el sexo.</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

11 Puntuación página 1

10 Puntuación página 2

21 PUNTUACIÓN TOTAL (págs. 1+2)

Anexo 4. Escala de Estilos de Crianza de Steinberg (1993) adaptada por Merino y Arnd (2004)

Escala de Estilos de Crianza de Steinberg (1993) adaptada por Merino y Arnd (2004)

Instrucciones:

Por favor, responde a TODAS las siguientes preguntas sobre los padres (o apoderados) con los que tú vives. Si pasas más tiempo en una casa que en otra, responde las preguntas sobre las personas que te conocen mejor. Es importante que seas sincero.

Si estás MUY DE ACUERDO haz una X en la columna (MA)
Si estás ALGO DE ACUERDO haz una X en la columna (AA)
Si estás ALGO EN DESACUERDO haz una X en la columna (AD)
Si estás MUY EN DESACUERDO haz una X en la columna (MD)

		MA	AA	AD	MD		
1. Puedo contar con la ayuda de mis padres si tengo algún tipo de problema				X			
2. Mis padres dicen o piensan que uno no deberla discutir con los adultos			X				
3. Mis padres me animan para que haga lo mejor que pueda en las cosas que yo haga					X		
4. Mis padres dicen que uno deberla no seguir discutiendo y ceder, en vez de hacer que la gente se moleste con uno		X					
5. Mis padres me animan para que piense por mí mismo				X			
6. Cuando saco una baja nota en el colegio, mis padres me hacen la vida "difícil"		X			X		
7. Mis padres me ayudan con mis tareas escolares si hay algo que no entiendo					X		
8. Mis padres me dicen que sus ideas son correctas y que yo no deberla contradecirlas		X					
9. Cuando mis padres quieren que haga algo, me explican por qué					X		
10. Siempre que discuto con mis padres, me dicen cosas como, "lo comprenderás mejor cuando seas mayor"			X				
11. Cuando saco una baja nota en el colegio, mis padres me animan a tratar de esforzarme					X		
12. Mis padres me dejan hacer mis propios planes y decisiones para las cosas que quiero hacer				X			
13. Mis padres conocen quiénes son mis amigos				X			
14. Mis padres actúan de una manera fría y poco amigable si yo hago algo que no les gusta		X			X		
15. Mis padres dan de su tiempo para hablar conmigo				X			
16. Cuando saco una baja nota en el colegio, mis padres me hacen sentir culpable							
17. En mi familia hacemos cosas para divertirnos o pasarla bien juntos		X					
18. Mis padres no me dejan hacer algo o estar con ellos cuando hago algo que a ellos no les gusta				X			
19. En una semana normal, ¿cuál es la última hora hasta donde puedes quedarte fuera de la casa de LUNES A JUEVES?	No tengo permiso	Antes de las 8:00	De 8:00 a 8:59	De 9:00 a 9:59	De 10:00 a 10:59	11:00 o más	Tan tarde como yo decida
					X		

**Anexo 5. Versión reducida del cuestionario CaMir (CaMir-R) para la evaluación
del apego en adolescentes (2011)**

**Versión reducida del cuestionario CaMir (CaMir-R) para la evaluación del apego en
adolescentes. Balluerka, Lacasa, Gorostiaga, Muela y Pierrehumbert (2011)**

Instrucciones:

Por favor, responda encerrando con un círculo el número que mejor indique su percepción acerca de cada uno de los ítems que se plantean a continuación.

1	2	3	4
Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Muy de acuerdo

1. Cuando yo era niño(a) mis seres queridos me hacían sentir que les gustaba compartir su tiempo conmigo.	1	2	3	4
2. Cuando yo era niño(a) sabía que siempre encontraría consuelo en mis seres queridos.	1	2	3	4
3. En caso de necesidad, estoy seguro(a) de que puedo contar con mis seres queridos para encontrar consuelo.	1	2	3	4
4. Cuando yo era niño(a) encontré suficiente cariño en mis seres queridos como para no buscarlo en otra parte.	1	2	3	4
5. Mis seres queridos siempre me han dado lo mejor de sí mismos.	1	2	3	4
6. Las relaciones con mis seres queridos durante mi niñez me parecen, en general, positivas.	1	2	3	4
7. Siento confianza en mis seres queridos.	1	2	3	4
8. No puedo concentrarme en otra cosa sabiendo que alguno de mis seres queridos tiene problemas.	1	2	3	4
9. Siempre estoy preocupado(a) por la pena que puedo causar a mis seres queridos al dejarlos.	1	2	3	4
10. A menudo me siento preocupado(a), sin razón, por la salud de mis seres queridos.	1	2	3	4
11. Tengo la sensación de que nunca superaría la muerte de uno de mis seres queridos.	1	2	3	4
12. La idea de una separación momentánea de uno de mis seres queridos me deja una sensación de inquietud.	1	2	3	4
13. Cuando me alejo de mis seres queridos no me siento bien conmigo mismo.	1	2	3	4
14. Cuando yo era niño(a) se preocuparon tanto por mi salud y mi seguridad que me sentía aprisionado(a).	1	2	3	4
15. Mis padres no podían evitar controlarlo todo: mi apariencia, mis resultados escolares e incluso mis amigos.	1	2	3	4
16. Mis padres no se han dado cuenta de que un niño(a) cuando crece tiene necesidad de tener vida propia.	1	2	3	4
17. Desearía que mis hijos fueran más autónomos de lo que yo lo he sido.	1	2	3	4
18. Es importante que el niño aprenda a obedecer.	1	2	3	4
19. Los niños deben sentir que existe una autoridad respetada dentro de la familia.	1	2	3	4
20. En la vida de familia, el respeto a los padres es muy importante.	1	2	3	4
21. Mis padres me han dado demasiada libertad para hacer todo lo que yo quería.	1	2	3	4
22. Cuando era niño(a) tenían una actitud de dejarme hacer.	1	2	3	4
23. Mis padres eran incapaces de tener autoridad cuando era necesario.	1	2	3	4
24. Detesto el sentimiento de depender de los demás.	1	2	3	4
25. Nadie de mi entorno entiende del todo mis preocupaciones.	1	2	3	4
26. Solo cuento conmigo mismo para resolver mis problemas.	1	2	3	4
27. A partir de mi experiencia he comprendido que nunca somos suficientemente buenos para los padres.	1	2	3	4
28. Las amenazas de separación, de traslado a otro lugar, o de ruptura de los lazos familiares son parte de mis recuerdos infantiles.	1	2	3	4
29. Cuando yo era niño(a) había peleas insoportables en casa.	1	2	3	4
30. Cuando yo era niño(a) tuve que enfrentarme a la violencia de uno de mis seres queridos.	1	2	3	4
31. Cuando yo era niño(a) a menudo mis seres queridos se mostraban impacientes e irritables.	1	2	3	4
32. Cuando yo era niño(a) teníamos mucha dificultad para tomar decisiones en familia.	1	2	3	4

Anexo 6. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO DE UN MENOR DE EDAD

Fecha _____

Información

Su hijo(a) va hacer parte de un proceso de intervención (psicológica), el cual será llevado a cabo por un estudiante de postgrado, quienes se encuentran en entrenamiento como parte de su formación. Cada uno de ellos con el apoyo de diferentes estrategias (entrevista, pruebas, test, etc.) realizarán una evaluación, una aproximación diagnóstica, para así, determinar un plan de tratamiento que le permitirá trabajar en las problemáticas por las cuales ha consultado, y en la medida de lo posible llegar a solucionarlas. No obstante, para que este proceso de intervención psicológica tenga éxito, es fundamental la participación voluntaria.

Se nos informa que el practicante es asesorado por un docente asignado por el programa de psicología y que por lo tanto, mi situación personal será discutida con el docente/asesor, con el objetivo de orientar la atención ofrecida. En ocasiones por las características del caso, podría requerir, ser consultado con otros profesionales de la Institución o terceros expertos, o para remitir a consulta con otro especialista buscando brindar el mejor tratamiento; para llevar a cabo lo anterior se contará con mi autorización expresa, pudiendo ser verbal o escrita, la cual será registrada en la Historia Clínica.

También se nos ha indicado que toda información concerniente de evaluación y tratamiento de mi hijo(a) es confidencial, y no será divulgada ni entregada a ninguna otra institución o individuo sin nuestro consentimiento escrito, excepto, cuando la orden de entrega provenga de una autoridad judicial competente. Asimismo se me ha informado la excepción de quebrantar el principio de confidencialidad en el caso de presentarse situaciones que pongan en grave peligro su integridad física o mental o de algún miembro de la comunidad, según lo previsto por la ley. La valoración, de la gravedad de la situación que permitirá quebrantar el principio de confidencialidad, será determinada por el supervisor, en concepto escrito, y será puesto en mi conocimiento, pero que no tiene que contar con mi aceptación expresa.

Manifestamos que hemos recibido toda la información necesaria acerca de las implicaciones y alcances de atención psicológica, acerca de la naturaleza del trabajo que se seguirán a lo largo del proceso. Así como el derecho que nos asiste como padres/cuidadores de suspender la intervención en el momento que así lo consideremos, sin que tenga implicación alguna, a tenor de lo estipulado en la ley 1090 del psicólogo.

Autorización

A partir de la anterior información brindada, explicada y dada la oportunidad de preguntar y ser resueltas las dudas, Yo, Fernando Martínez O. identificado con cédula de CC: 57228463 de Bogotá en calidad de padre y Ulivia González Henandez identificada con CC 51628422 de Bogotá en calidad de madre, aceptamos que participe en el proceso de atención en Psicología, nuestro hijo(a) de 15 años de edad, ofrecido por el _____

En constancia se firma a los _____ días del mes _____ del año 2017

(Firma) Fernando Martínez O.
(Nombre/padre) Fernando Martínez O.
C.C: _____

(Firma) Ulivia González Henandez
(Nombre/madre) Ulivia González H.
C.C: _____

(Firma) Blanca Jiménez
(Nombre terapeuta) Blanca Jiménez
C.C. _____ Reg. P. N° _____

(Firma) _____
(Nombre asesor) _____
Reg. P. _____

Revocatoria del Consentimiento Informado

Día: _____ Mes: _____ Año: _____ Hora: _____

(Firma) _____
(Nombre/padre) _____
C.C: _____

(Firma) _____
(Nombre/madre) _____
C.C: _____