

Cornisa: ESTUDIO DE CASO: PACIENTE JVG

1



Estudio de Caso: Paciente J.V.G

Diana Diazgranados Fernández

Estudio de Caso Único dirigido por:

Marleyn Serrano Ramírez

Barranquilla, 2019

Estudio de Caso: Paciente JVG

2

Estudio de Caso: Paciente JVG

Diana Diazgranados F

Estudio de Caso Único dirigido por:

Marleyn Serrano Ramírez

Nota de autor:

**Diana Diazgranados, CC 22506099 Estudiante de la Maestría en Psicología Clínica.
División de Humanidades y Ciencias Sociales. Departamento de Psicología. Fundación
Universidad del Norte.**

**El presente trabajo es presentado en la asignatura Psicoterapia Avanzada III:
Adultos, de la Maestría en Psicología Clínica, Facultad de Psicología, División de
humanidades y ciencias Sociales, Fundación Universidad del Norte.**

La correspondencia relativa a este trabajo debe ser dirigida a correo

dianacd34@hotmail.com

Estudio de Caso: Paciente JVG

3

1. RESUMEN

Este proyecto presenta todo el desarrollo de caso único, abordado desde la Psicología Clínica desde la perspectiva cognitivo conductual. Se hace un análisis funcional de las problemáticas principales y la consecuente formulación clínica, indagando por el pasado del paciente, sus relaciones familiares y sociales actuales, estilo de vida y creencias principales, características de personalidad y los aspectos afectivos emocionales. Como principales motivos de consulta se encuentran: el duelo no resuelto ya que el padre del paciente murió cuando este era niño, su relación actual conflictiva con padre y madres, escasa red de apoyo, y la consecuente afectación del desempeño académico, todo lo anterior asociado al abuso de sustancias psicoactivas y un estado de ánimo depresogénico en un paciente de 15 años. En el análisis del caso se identifican problemas intrafamiliares, vulnerabilidad a la dependencia y a la evitación y afecciones cognitivas de desamor y abandono.

Palabras Clave: Sustancias psicoactivas, pacientes institucionalizados, ansiedad, depresión, esquemas mal adaptativos, duelo no resuelto, problema intrafamiliares.

Contenido

1. Resumen	3
2. Introducción	7
3. Justificación	13
4. Área problemática	17
5. Objetivos	20
Objetivo General	20
Objetivos Específicos	20
6. Historia Clínica del paciente	21
Identificación	21
Motivo de consulta.....	21
Contacto inicial.	21
Descripción sintomatológica.	22
Aspectos cognitivos.....	22
Aspectos afectivo/emocionales.....	22
Aspectos conductuales/motores.....	22
Aspectos fisiológicos.....	22
Aspectos contextuales.	22
Aspectos relaciones.	22
Identificación de los problemas.....	22
Análisis descriptivo de los problemas.	23
Análisis Funcional.....	25
Relación molar de los problemas.....	27
Análisis Histórico.....	27
Historia personal.	27
Historia Familiar.	28
Historia Académica.	29
Historia Socio-afectiva.....	29
Historia Sexual.....	29
Historia del Problema.....	30
Factores de desarrollo.....	31
Genograma.....	34

Estudio de Caso: Paciente JVG

Proceso de evaluación	35
Resumen de resultados	40
7. Descripción detallada de las sesiones	45
8. Marco conceptual de referencia	61
9. Análisis del caso	84
Se logra por completo el objetivo general desde los diferentes aspectos así:.....	84
Caracterizar los componentes personales	84
Aspectos socios familiares	84
Aspectos evolutivos	85
Todo lo anterior ha hecho que este paciente sea vulnerable a la dependencia y ha creado en el un estilo de afrontamiento usualmente evitativo, desde la privación emocional que percibe desde niño a partir de la muerte del padre, la relación afectiva demandante y agresiva con la madre y distante y pasivo agresiva con el padrastro, refugiándose en amigos que están fuera de casa que también consumen, el busca refugio en estos amigos y en el consumo para evitar la soledad y tristeza que siente, estos aspectos actúan como factores de desarrollo y predisposición de vulnerabilidad psicológica para el consumo de sustancias de un adolescente, influenciando claramente la construcción de personalidad desde la vulnerabilidad y la carencia afectiva.	86
10. discusión Y Conclusiones	87
11. Referencias.....	93
12. Anexos	97

Estudio de Caso: Paciente JVG

6

LISTA DE TABLAS Y FIGURAS

Lista de Tablas

Tabla 7-1. Análisis funcional del problema 1.....	25
Tabla 7-2. Análisis funcional del problema 2.....	25
Tabla 7-3. Análisis funcional de problema 3.....	25
Tabla 7-4. Análisis funcional del problema 3.....	26
Tabla 7-5. Factores de desarrollo Problema 1.	32
Tabla 7-6. Factores de desarrollo Problema 2.	33
Tabla 7-7. Factores de desarrollo Problema 3.	33

Lista de Figuras

- Figura 4-1.** Relación molar de los problemas.
- Figura 4-2.** Genograma del paciente.
- Figura 8-1.** Terapia cognitiva en pacientes con abuso de sustancias

2. INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, según los datos estadísticos de la Oficina de las Naciones Unidas para las Drogas y el Delito (UNODC, 2018), unos 275 millones de personas, es decir, el 5,6% de la población mundial de edades comprendidas entre los 15 y 64 años, al menos alguna vez consumió drogas en el año 2016. (pág. 1).

Lo anterior denota un interés que va en aumento de personas que se inclinan al consumo de sustancias psicoactivas por factores que tienen que ver con la depresión, ansiedad, trastorno de la conducta, el trastorno de déficit de atención con hiperactividad, y el trastorno antisocial de la personalidad. (UNODC, 2018, pág. 14).

Entre tanto, de acuerdo con Beck y Clark (2012), el uso de alcohol y drogas, resulta ser para los sujetos que padecen ansiedad una alternativa para evitar los sentimientos y pensamientos relacionados a ésta, que conllevan a dependencia del consumo. (pág. 65).

Esto concuerda con las estadísticas que brinda la Organización Mundial de la Salud (2018), más de 300 millones de personas en el mundo sufren de depresión y/o ansiedad, consideradas además como las causas principales de discapacidad, contribuyendo de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad; a su vez, éste órgano mundial afirma que éstos trastornos conllevan al consumo de sustancias psicoactivas y al abuso de medicación. (pág. 3).

Es preciso tener presente que, los trastornos como la ansiedad y la depresión no son determinados por el consumo de sustancias psicoactivas, sino, más bien, éstas últimas son utilizadas como estrategias evitativas mal adaptativas. (Beck & Clark, 2012, pág. 65).

Estudio de Caso: Paciente JVG

8

Haciendo énfasis en cómo ha sido el comportamiento en cuanto al consumo de sustancias psicoactivas en el contexto colombiano, según el último Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas, realizado en el año 2013, prima el consumo de alcohol (58,7%), seguido por el tabaco (16,2%), con prevalencias más bajas de marihuana (3,3%) y cocaína (0,7%). (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

Entre tanto, en cuanto a los indicadores relacionados en la Encuesta Nacional de Salud Mental, realizada por el Ministerio de Salud y Protección Social (2015), la disfunción familiar en adolescentes entre 12 y 17 años fue del 3,1%, además de que el consumo de alcohol en exceso fue del 5,2% y en lo que respecta al abuso de consumo de alcohol el porcentaje fue de 2,8. Ahora bien, en lo que respecta a los eventos traumáticos, el porcentaje fue del 29,3%, siendo el trauma psicológico secundario del 88,6%. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

Aunque, cabe afirmar que cuando se precisa en las sustancias ilícitas, de acuerdo con el testimonio del total de los consumidores de drogas ilícitas, en el 2017, el 87% consumía marihuana, seguida por la cocaína, el bazuco y el éxtasis en sujetos en edad de 12 a 65 años. Dichas cifras resultan preocupantes tanto, como para ser entendidas como un problema de salud pública, debido a la manifestación de los entes gubernamentales colombianos sobre el crecimiento que se ha dado en los últimos años, especialmente en la edad escolar. (Observatorio de Drogas de Colombia , 2017, pág. 30).

Además, según el Boletín de Prensa N°101 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social, en Colombia, la preocupación de los miembros de los entes gubernamentales tiene que ver con el incremento del consumo de marihuana, cocaína, y en general de sustancias psicoactivas en la población juvenil; esto, debido al poco control por

Estudio de Caso: Paciente JVG

9

parte de las autoridades competentes en contextos como las universidades y, en algunas instituciones educativas de educación media, donde se aprecia un mayor consumo de las mismas. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018, pág. 7).

Ahora bien, en busca de las causas de este crecimiento, éstos, guardan asociación con las tasas porcentuales de depresión en Colombia, afectando, en el año 2017 al 4,7% de la población, siendo esta una cifra que supera el promedio mundial que es del 4,4%. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018, pág. 9).

Dicha problemática, aunque positivas en lo que respecta a las cifras en Latinoamérica, ha sido destacada como una situación que atender en cuanto a salud mental, aunque, las políticas que garantizan la atención de traumas como la ansiedad y la depresión no cobijan los casos que requieren de la ayuda profesional, siendo tan solo el 38,5% de los adultos entre 18 y 48 años los que han recibido la atención, conllevando al consumo de sustancias psicoactivas, y llegando, muchas veces hasta el suicidio. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018, pág. 9).

Debe entenderse que, la depresión y la ansiedad están ancladas a situaciones como problemas personales, familiares y otros, como también, según las aseveraciones de Young (1999), las debilidades en aspectos como los afectos seguros con otras personas, autonomía, competencia y sentido de identidad, libertad para expresar las necesidades y emociones, espontaneidad y juego y límites realistas y autocontrol. (pág. 20), los cuales están asociados a lo que éste llama esquemas mal adaptativos, describiéndolos como creencias incondicionales acerca de uno mismo en relación con el contexto, verdades concebidas como absolutas sin ser cuestionadas, que tienen que ver con la relación familiar del sujeto, la cual determina de cierta manera sus conductas. (pág. 20).

Estudio de Caso: Paciente JVG

10

Por tanto, a través la fundamentación teórica anterior, resulta posible comprender que, el consumo de sustancias psicoactivas guarda relación con la falta de autocontrol autonomía y otros factores, que tienen que ver además con padecimientos del sujeto tales como la ansiedad y la depresión que desencadenan una serie de acciones del individuo en busca de persuadir los pensamientos que de éstas se desprenden.

Enfatizando en lo anterior, se ha propuesto, con el fin abordar este estudio, el siguiente orden de ideas:

A través de la justificación, se establecieron los argumentos de tipo teórico, clínico, científico, estadístico y metodológico, presentándose la conexión que se hace palmaria entre el consumo de sustancias psicoactivas y las relaciones de tipo afectivo-emocional y su incidencia en los aspectos evolutivos, es decir, en el proceso de la construcción de la personalidad.

En cuanto al área problemática, se presentaron los puntos clave que conllevaron a la realización del estudio, teniendo en cuenta la incidencia del consumo de sustancias psicoactivas en el comportamiento de los adolescentes, en base a que el caso que se estudia está dentro de la población adolescente; por ello, se muestran argumentos científicos y teóricos con el fin de formular la pregunta problema que sirvió de fundamento para el desarrollo del estudio. A su vez, se plantearon los objetivos de la investigación, para luego presentar la historia clínica del paciente, teniendo en cuenta aspectos como, identificación, motivo de consulta, contacto inicial, descripción sintomatológica, operacionalización de la queja, análisis histórico y proceso de evaluación.

Por su parte, entre otros aspectos a tratar, se hará una descripción detallada de las sesiones, también, se presentarán los aspectos conceptuales de referencia anclados a las

Estudio de Caso: Paciente JVG

11

variables de estudio, para finalmente, dar cuenta de las discusión y conclusiones que se obtuvieron a lo largo del estudio.

De acuerdo a tal organización del documento actual, el propósito principal del estudio de caso fue, caracterizar los componentes personales, socios familiares y evolutivos que actúan como factores de desarrollo y predisposición de vulnerabilidad psicológica para el consumo de sustancias de un adolescente y la influencia en la construcción de su personalidad.

Para lograr el propósito anterior, entonces, se comprendió la incidencia de los estilos de crianza y educativos del ambiente socio-familiar en construcción del auto-esquema y en la conducta de consumo del adolescente tratado, como también, se determinaron los componentes cognitivo-afectivos y comportamentales que actuaron como elicitadores de las alteraciones del estado de ánimo y conducta, al igual que se conocieron las características de personalidad del caso, aplicando el cuestionario de creencias centrales de los trastornos de personalidad y el inventario de pensamientos automáticos.

Fue así, como, entre los resultados que se evidenciaron de acuerdo con las técnicas e instrumentos utilizados y que se detallan a lo largo del estudio, se evidenció una incidencia del ambiente socio-familiar, que son determinantes para el consumo de sustancias psicoactivas como *cannabis sativa*, siendo evidente la falta de figura de autoridad paterna, siendo este un aliciente para episodios diarios de irritabilidad. Por tanto, los componentes cognitivo afectivos y comportamentales que actuaron como elicitadores de las alteraciones del estado de ánimo y de conducta fueron la falta de afecto, la necesidad de atención y conductas asociales que no permiten al adolescente establecer relaciones interpersonales asertivas con otras personas de su edad.

Estudio de Caso: Paciente JVG

12

Entre tanto, se evidenció además que el adolescente padece de depresión leve, donde se aprecia, de acuerdo a las sesiones y a las respuestas obtenidas a través de cuestionarios y entrevistas síntomas de humor deprimido, disminución en el nivel de energía, molestias físicas, cambios en los patrones de alimentación y sueño, pensamiento y movimiento lentos en menor intensidad y gravedad, con pronóstico de mayor manejo de la sintomatología y que pueden perdurar en menor tiempo.

Por lo anterior, la tesis fundamental de este estudio se centró en la existencia de una relación entre los problemas socio-afectivos (que implican la relación familiar, social, escolar, y otros entornos) y el consumo de sustancias psicoactivas, tal y como se pudo comprobar a través de los resultados que se obtuvieron y que se detallaron a lo largo de este estudio. Al respecto el paciente verbaliza que prefiere consumir para olvidar toda la problemática familiar, y para no enfrentarse día tras día a la mala convivencia en su hogar, por ello prefiere esta fuera de casa con sus amigos y consumir con ellos, además el consumo le ayuda también a mitigar el dolor de los recuerdos de la niñez.

Organiza el argumento de la justificación teniendo en cuenta: conveniencia, relevancia social, implicaciones prácticas, valor teórico y utilidad metodológica

3. JUSTIFICACIÓN

Una de las principales causas por las cuales los adolescente y jóvenes aducen consumir SPA, es el tema de la mala convivencia familiar, problemas de violencia intrafamiliar, problemas económicos y malas relaciones con los padres marcadas por conflictos agresivos o indiferencia, de acuerdo con la investigación realizada por Palacios y Cañas (2010), la situación familiar, la disponibilidad de las sustancias psicoactivas, la situación económica y la asociación con amigos o compañeros consumidores, son determinantes para que, especialmente en la etapa adolescente, se recurra al consumo de drogas como la marihuana, empezando por aquellas sustancias psicoactivas legales como el alcohol y el cigarrillo.

Socialmente, este es uno de los temas de mayor relevancia como bien lo muestran cifras del Ministerio de Salud y Protección Social (2018), en Colombia, al menos, 520 mil estudiantes de colegio, en edades entre los 12 y 18 años, han consumido drogas por lo menos una vez, siendo la marihuana la sustancia ilegal más usada, cuya edad promedio de consumo es de 14 años, además de ser ésta sustancia psicoactiva la más fácil de conseguir con un 37,3%. (pág. 15).

Estudio de Caso: Paciente JVG

14

Por tanto, al observarse el aumento del interés de los adolescentes por las sustancias psicoactivas, se requiere de la intervención frecuente por parte de las instituciones gubernamentales encargadas de la salud pública, puesto que, las consecuencias del consumo de sustancias como la marihuana trae consigo afecciones tales como el deterioro cognitivo, síndrome de abstinencia, trastorno del sueño, relaciones interpersonales poco asertivas, dificultad para la autorregulación y dificultad de autocontrol.

De acuerdo con el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (2010), el abuso de Sustancias Psicoactivas, aumenta el riesgo de desarrollar enfermedades mentales y físicas, asociadas a sus efectos tóxicos. A su vez, indica que dichas sustancias pueden alterar el comportamiento de los individuos, e interferir con el desenvolvimiento en distintos entornos (escolar, familiar, social).

Ahora bien, de acuerdo con Krauskopof (1999), en la adolescencia se replantea la definición personal y social del ser humano, a través de una segunda individuación que moviliza procesos de exploración, diferenciación del medio familiar, búsqueda de pertenencia y sentido de vida.

Por ello, demandan para el medio adulto, una reorganización de esquemas psicosociales que incluyen el establecimiento de nuevos modelos de autoridad e innovadoras metas de desarrollo. Por tanto, teniendo en cuenta estos aspectos fundamentales en lo que respecta a la construcción de la personalidad del adolescente, el Ministerio de Salud y Protección Social (2018), considera que el interés por el consumo de las sustancias psicoactivas está asociado a la exploración del adolescente en aras de comprender su entorno, al igual que identificar claramente sus afinidades, buscando a iguales para compartir dichos gustos y mostrarse como un sujeto maduro ante los demás

Estudio de Caso: Paciente JVG

15

para tener mayor aceptación, por tanto, recurre al consumo de sustancias psicoactivas legales (cigarrillo y alcohol), para luego, trascender al consumo de marihuana.

Teniendo en cuenta os aspectos teóricos antes mencionados, en lo que respecta a la metodología, se hizo énfasis en un proceso de indagación caracterizado por el examen sistemático y en profundidad de casos de un fenómeno. Además, supone un método de investigación cualitativa que se ha utilizado ampliamente para comprender en profundidad la realidad social, haciendo una descripción y análisis detallados de un determinado sujeto, es decir, el estudio de la particularidad y de la complejidad de un caso singular; para llegar a comprender su actividad en circunstancias concretas. Es así como en el estudio de caso del que es objeto esta investigación, se tuvo en cuenta la observación directa, haciendo uso de la entrevista clínica, el inventario de depresión de Beck, el inventario de pensamientos automáticos y el cuestionario EMT.

En cuanto a la importancia de este trabajo, de acuerdo con Monteagudo *et al.*, (2013), procesos emocionales prolongados durante la adolescencia como lo son la desesperanza, la tristeza, la soledad o el nerviosismo permiten definir el estado de ánimo negativo, siendo éste el vestigio que puede conllevar a trastornos afectivos mayores, a la vez que al consumo de sustancias psicoactivas como una manera de afrontar las situaciones. Esto concuerda con la aseveración de Oruño *et al.*, (2014), considerando que, durante la adolescencia, se inician numerosas conductas de riesgo como el consumo de sustancias psicoactivas.

Por lo tanto al hacer este estudio de caso único, permite determinar a profundidad diferentes problemáticas psicológicas y de convivencia familiar en adolescentes y jóvenes que se convierten en fuertes antecedentes para el ingreso de esta población al consumo de SPA. Lo anterior se vuelve una importante fuente de consulta, para anticiparse en otros

Estudio de Caso: Paciente JVG

16

casos donde adolescentes estén iniciando consumo de SPA, puesto que a través de los hallazgos y tratamiento de caso único materia del presente trabajo, se muestran las relaciones entre diferentes categorías desencadenantes y la consecuente afectación en la salud física y mental del paciente, además del deterioro creciente en sus relaciones familiares y emocionales.

4. ÁREA PROBLEMÁTICA

El énfasis del caso objeto de estudio está basado en el área de la psicología clínica, haciendo énfasis en el ámbito cognitivo conductual, indagando sobre las características de personalidad y los aspectos afectivos emocionales asociados al abuso de sustancias psicoactivas en un paciente consumidor en la ciudad de Santa Marta, Magdalena, el cual está en edad de 15 años, que afirma ser consumidor activo de marihuana (Cannabis).

Evidentemente el consumo de SPA en adolescentes puede ser desencadenante de comportamientos inadecuados de riesgos o de agresión hacia sí mismo y hacia los demás. Como lo señalan el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y la Dirección Nacional de Estupefacientes (DNE) en un estudio que realizaron en el 2010, existe clara relación entre el consumo y conductas delictivas. Por lo tanto la realización de este estudio permite prevenir comportamientos agresivos y delictivos en el sujeto de caso único y además muestra de manera suficiente la importancia de los aspectos relacionales familiares y su entorno con el consumo en adolescentes, en concordancia con el desarrollo teórico de diferentes autores mencionados en este trabajo.

Además un estudio de caso único permite la profundización en los datos cualitativos a través de los relatos del propio sujeto, por ello, este estudio facilita el análisis a profundidad de la problemática de consumo de SPA en adolescentes en la Costa Atlántica de Colombia, este trabajo permite desde el caso único el planteamiento de algunos estándares y modelo de ruta de diagnóstico e intervención de la psicoterapia clínica y además cumple con el interés por la profundidad en las problemáticas (Roussus, 2007).

De otra parte el hecho de que este caso único relacionado con patologías de adicciones, se haya tratado desde la terapia cognitiva concuerda con lo planteado por Llorente del Pozo, J e Iraurgi, I (2008), cuando indican que este tipo de terapias son las más indicadas en pacientes que expresan su deseo por querer salir de la problemática pero continúan en consumo, y aborda al paciente de manera integral, además que este tipo de terapias responde al abordaje complejo que implican las patologías de adicciones en adolescentes, puesto que generalmente están asociadas a otros problemas y patologías de base, lo cual puede evidenciarse con mayor claridad a través de la metodología de caso único utilizada en este estudio.

El aporte de esta investigación en cuanto a los estudios realizados en adolescentes tiene que ver con el estudio exhaustivo en cuanto a las características de personalidad y los aspectos afectivos emocionales y su relación con el consumo de sustancias psicoactivas, enfatizando en un estudio de la comorbilidad en el caso JVG, en lo que respecta a la depresión, problemas familiares, esquemas mal adaptivos, creencias centrales de los trastornos de personalidad y pensamientos automáticos, siendo importante, en cambio para los estudios antes mencionados el indagar únicamente en los aspectos familiares por medio de encuestas de autopercepción, que permiten determinar si se presentan en los adolescentes estudiados una variedad de trastornos mentales que guarden relación entre sí, lo cual limita los procedimientos a seguir para el trato multidisciplinario e interdisciplinario cuando se trata de pacientes institucionalizados.

Por ello, los argumentos teóricos y científicos que permiten plantear una pregunta problema desde lo clínico, teórico y metodológico del caso, están anclados a los postulados

de Beck y Clark (2012), quienes consideran que el consumo de sustancias psicoactivas, resulta ser para los sujetos que padecen ansiedad (ya sea leve o ulteriores), una alternativa para evitar los sentimientos y pensamientos relacionados a ésta, que conllevan a dependencia del consumo. (pág. 65).

Por su parte, para Young (1999), las debilidades en aspectos como los afectos seguros con otras personas, autonomía, competencia y sentido de identidad, libertad para expresar las necesidades y emociones, espontaneidad y juego y límites realistas y autocontrol, están asociados a la depresión y la ansiedad. (pág. 20), los cuales están asociados a lo que éste llama esquemas mal adaptativos, describiéndolos como creencias incondicionales acerca de uno mismo en relación con el contexto, verdades concebidas como absolutas sin ser cuestionadas, que tienen que ver con la relación familiar del sujeto, la cual determina de cierta manera sus conductas. (pág. 20). Por lo anterior, el autor se refiere a *esquemas mal adaptativos*, describiéndolos como creencias incondicionales acerca de uno mismo en relación con el contexto, verdades concebidas como absolutas sin ser cuestionadas, que tienen que ver con la relación familiar del sujeto, la cual determina de cierta manera sus conductas, a la vez que son premisa para la construcción de la personalidad de los adolescentes.

Por tanto, de acuerdo con lo antes planteado, se planteó la siguiente pregunta problema:

¿Cuáles son los componentes personales, socio familiares y evolutivos que actúan como factores de predisposición para el consumo de SPA y para la vulnerabilidad en la construcción de su personalidad?

5. OBJETIVOS

Objetivo General

- Caracterizar los componentes personales, socios familiares y evolutivos que actúan como factores de desarrollo y predisposición de vulnerabilidad psicológica para el consumo de sustancias de un adolescente y la influencia en la construcción de su personalidad.

Objetivos Específicos

- Comprender la incidencia de los estilos de crianza y educativos del ambiente socio familiar en construcción del auto-esquema y en la conducta de consumo del adolescente tratado.
- Determinar los componentes cognitivo-afectivos y comportamentales que actúan como elicitadores de las alteraciones del estado de ánimo y su conducta.
- Conocer las características de personalidad del caso a través del cuestionario de creencias centrales de los trastornos de personalidad y el inventario de pensamientos automáticos.

6. HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE

Identificación

- **Nombre:** JVG
- **Edad:** 14 años.
- **Sexo:** Masculino.
- **Escolaridad:** 2do año de básica secundaria (7°, repitente por segunda vez).

Motivo de consulta

El Paciente que ingresa en compañía de la madre, siendo esta la que informa que el menor consume sustancia psicoactivas, además de tener alteración del comportamiento por *el mismo antecedente de consumo*. Relata la madre que el adolescente presenta conductas de irritabilidad, ansiedad, aumento del sueño y del apetito, aislamiento familiar, permanencia en la calle con jóvenes que son consumidores de drogas. La afirmación de la madre en la consulta fue la siguiente:

“Él es muy grosero conmigo” “En el colegio le va muy mal y no le veo ánimo de estudiar” “No se quiere bañar y no quiere hacer nada de oficios en la casa”.

Contacto inicial.

JVG, se mostró desinteresado en su problema el cual no acepta completamente, ingresa al consultorio por sus propios medios, consciente, orientado en tiempo y espacio, tono de voz bajo, pensamiento lógico, sostiene contacto visual, actitud poco colaboradora, manifestando que el actualmente no está consumiendo.

Descripción sintomatológica.

Aspectos cognitivos.

“Extraño mucho a mi padre si él estuviera aquí no me estuviera pasando esto” “mi mama y padrastro me tratan muy mal” “yo no estoy consumiendo” “Cuando consumía lo hacía por tristeza y soledad”. Tengo rabia con mi madre porque mi mama se enredó con este señor apenas él se murió. “Al colegio lo que se va hacer es desorden.

Aspectos afectivo/emocionales.

Irritabilidad, tristeza, rabia.

Aspectos conductuales/motores.

Consumo de sustancia psicoactivas (marihuana), discusión con madre y padrastro.

Salir de la casa (posterior a una discusión) y no va a clase.

Aspectos fisiológicos.

Aumento del sueño y del apetito.

Aspectos contextuales.

Hogar y escuela.

Aspectos relaciones.

Con la madre, padrastro, hermano y hermana mayor.

Identificación de los problemas

P1: Alteración de las relaciones intrafamiliares

P2: Alteración del estado de ánimo: tipo Depresivo e Irritable

P3: Alteración de la conducta: consumo

Análisis descriptivo de los problemas.

P1: Alteración de las relaciones intrafamiliares:

JVG manifiesta que las relaciones con su madre y su padrastro no son muy buenas, refiriendo que no se siente contento con el trato que le están dando, manifestando que la madre lo insulta siempre delante de los amigos y lo hace avergonzar y su padrastro cuando le tiene que decir algo se lo dice con malas palabras y eso le causa rabia.

Desde hace aproximadamente dos años desde que inició el consumo, las relaciones han empeorado. Tiene un hermano mayor con el que tiene buena comunicación y acude a este en situaciones en las que se siente muy mal y con el que tiene pensado ir a vivir cuando salga airoso del año escolar que cursa. La relación con su hermana mayor la manifiesta como normal, aunque en entrevista con la hermana, esta afirma que es muy grosero con todos en la familia. Las discusiones son diarias con una intensidad de media hora. (consumo y problemas académicos).

P2 Alteración del estado de ánimo: *Tipo depresivo e irritable.*

El estado de irritabilidad en JVG se ha observado en las situaciones de conflicto con la madre, padrastro y la hermana mayor, como respuesta al malestar que genera al sentirse presionado maltratado verbalmente. En una escala de medición del estado de irritabilidad de 1 al 10, se ubica en el grado 5, con frecuencia intermedia; en un día puede llegar a irritarse dos veces, con duración de 30 minutos desde hace aproximadamente dos años. Esta situación le genera tristeza, rabia y se dice a si mismo que si su papá aún

Estudio de Caso: Paciente JVG

24

estuviese vivo esto no le nada de esto estaría sucediendo. Siendo lo anterior un determinante para que el que el paciente salga de la casa a consumir.

P3 Alteración de la conducta: *Consumo.*

JVG manifiesta que la conducta de consumo de sustancias psicoactivas se dio hace 2 años después de una discusión con la madre, por lo cual salió y en ese momento le brindaron marihuana, la cual no rechazó; luego suspendió por dos meses e inicio nuevamente el consumo después de tener otra discusión con la madre y ha continuado con el consumo de forma regular con personas de su barrio mayores que él.

El paciente consume los fines de semana y en algunas ocasiones en la semana donde se fuma un *bareto*. Los fines de semana lo hace tipo 2 y 30 pm y el día que lo hace en la semana es en horas de la noche.

Aunque actualmente el menor informa que tiene un mes que no consume en cita del día (agosto/1/2018) aunque su hermana y madre manifiestan que si lo está haciendo. Informa que en horas del medio día le da ansiedad de consumo. En el día de cita del 16 agosto del 2018 informa que si lo hizo en una ocasión pero ya fue por gusto.

P4 Trastorno de adaptación: *Duelo patológico*

En varias oportunidades el paciente expresa que extraña a su padre, quien murió cuando él era niño, que lo extraña, que si no hubiera muerto todo estaría mucho mejor. Su estado de ánimo y la sensación de tristeza se asocian frecuentemente con la muerte del padre.

Estudio de Caso: Paciente JVG

25

En las creencias disruptivas, el paciente piensa que la mala relación actual con su madre se debe a que después de la muerte de su padre, empezó una relación con su padrastro, un año después de la muerte de su padre, con lo cual nunca ha estado de acuerdo.

Se evidencian varios momentos de tristeza recordando al padre muerto, y expresiones frecuentes de la necesidad de que el estuviera vivo.

Análisis Funcional.

- Problema 1

Tabla 6-1. Análisis funcional del problema 1.

Antecedente		JVG se sienta con los amigos en la esquina después de 8:00 pm e inicia ofensiva verbal parte de la madre quien le expresa que ya es hora de irse a la casa y el tipo de amistades con la que está.
Conducta	Rta. Cognitiva	“porque ella no respeta ” “será que ella me puede decir esas cosas dentro de la casa” “siempre desconfiando de mi si yo no estoy haciendo nada”
	Rta. Afectiva/Emocional	Siente rabia, enojo
	Rta. Motora /comportamental	Entra a la casa, lo observa, empuña la mano, se toma la pastilla que le envió la psiquiatra y va a la habitación y se encierra
	Rta. Fisiológica	Hiperventilación, aceleración del ritmo cardiaco, dolor de cabeza.
Consecuencia		Se reactiva los pensamientos de desamor, rechazo (R-), conducta de escape y evitación el encerrarse a la habitación frente al reclamo (R+)

- Problema 2.

Tabla 6-2. Análisis funcional del problema 2.

Antecedente		Cuando me acuerdo de mi papá
Conducta	Rta. Cognitiva	“ si mi papa estuviera aquí todo fuera diferente” “me siento solo”
	Rta. Emocional	Siente ira y enojo, irritabilidad
	Rta. Motora /comportamental	Me voy a estar solo y me dan ganas de llorar
	Rta. Fisiológica	Aceleración del ritmo cardiaco, tensión en la cabeza, ojos llorosos
Consecuencia		Consumo (R+) - estado de ánimo (R-), reactivación del esquema de abandono, estar solo.

- Problema 3

Tabla 6-3. Análisis funcional de problema 3.

Antecedente	Cuando se siente solo y/o discute con los padres
--------------------	--

Estudio de Caso: Paciente JVG

26

Conducta	Rta. Cognitiva	Siento que no tengo a alguien. Necesito salir y distraerme.
	Rta. Emocional	Aburrido – Desanimo
	Rta. Motora /comportamental	Sale a la calle, camina hacia un monte donde los amigos consumidores de marihuana.
	Rta. Fisiológica	Sensación de hormigueo, se me acelera el pulso y la respiración
Consecuencia		Consumo de marihuana para evitar malestar emocional y fisiológico (R-) se incrementa la conducta de consumo de drogas.

Tabla 6-4. Análisis funcional del problema 3.

Antecedente		Quando estoy en clase y los profesores me llaman la atención
Conducta	Rta. Cognitiva	“a la clase se viene a jugar” “ los profesores creen que uno tiene que hacer lo que ellos diga”
	Rta. Emocional	Ira – Enojo – Irritabilidad
	Rta. Motora /comportamental	Me pongo hablar con los compañeros, me salgo de clase
	Rta. Fisiológica	No hay en este momento
Consecuencia		Consumo de marihuana para evitar malestar emocional y fisiológico (R-) se incrementa la conducta de consumo de drogas.

- **Problema 4**

Tabla 6-5. Análisis funcional del problema 4.

Antecedente		Muerte del padre cuando el paciente era niño
Conducta	Rta. Cognitiva	“Extraño mucho a mi padre si él estuviera aquí no me estuviera pasando esto”
	Rta. Afectiva/Emocional	“Cuando consumía lo hacía por tristeza y soledad” “Tengo rabia con mi madre porque mi mama se enredó con este señor apenas él se murió”
	Rta. Motora /comportamental	Relación distante con padre y madre, aislamiento “Mi padrastro y mi mamá me tratan muy mal”
	Rta. Fisiológica	Desgano, ojos llorosos, silencio
Consecuencia		Se reactiva los pensamientos de desamor, rechazo (R-), poco relacionamiento con padrastro, dialogo agresivo o no dialogo con la madre (R +) estado de ánimo depresivo

Relación molar de los problemas

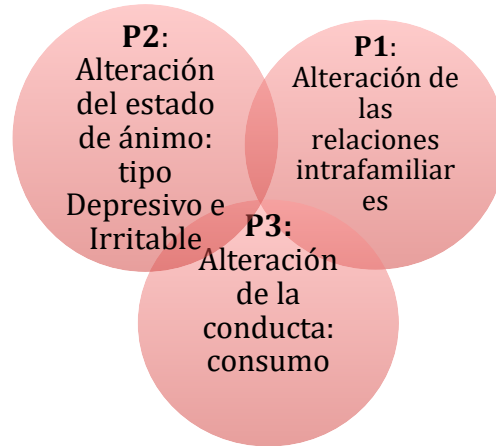


Figura 6-1. Relación molar de los problemas.

La anterior es una relación molar anidada, donde se presenta el problema principal, el cual viene a ser el estado depresogénico, el cual es sostenido por las alteraciones intrafamiliares y el consumo (neurobiológicamente y a nivel de conducta). Es entonces cuando se detallan los aspectos evidentes a través de la valoración del paciente, en cuanto la alteración del estado de ánimo, de tipo depresivo e irritable, la cual se hace manifiesta a su vez en las relaciones intrafamiliares que han sido determinantes para el consumo de *Cannabis Sativa* y por ende, la alteración de la conducta.

Análisis Histórico

Historia personal.

JVG nació el 15 de diciembre del 2003. Fue el tercer hijo del matrimonio de sus padres; nació en San Juan, donde vivió hasta la edad de 4 años aproximadamente; vivía en casa familiar con su madre y con su hermana, ya que el padre estaba en otro pueblo.

Estudio de Caso: Paciente JVG

28

Luego, a la edad de cinco años se muda a Hatonuevo, donde a esta edad su padre muere en un accidente. Se queda viviendo en este pueblo hasta la edad de 7 años donde es trasladado a Santa Marta. Al pasar menos de 1 año de la muerte de su padre, su madre se compromete con el que es ahora su padrastro, lo cual de acuerdo a la percepción del paciente expresada en verbalizaciones nunca ha aceptado totalmente. En las vacaciones siempre se iba con su hermana al pueblo donde está la abuela, pero estas última vacaciones no lo hizo porque su padrastro según conversación escuchada por él le dijo que no los dejara ir ya que eso era demasiado gasto lo cual también lo disgustó. Actualmente vive con la madre, padrastro y hermana con apoyo afectivo de hermano que vive en otra ciudad.

Historia Familiar.

La madre de JVG es ama de casa, además atiende la tienda la cual siempre ha tenido desde que está en Santa Marta. El padre murió cuando el menor tenía 5 años y el padrastro tiene su negocio independiente y además ayuda también en la tienda.

JVG manifiesta que la relación con la madre es afectiva, exigente y autoritaria, la relación con el padrastro es poco afectiva pero llega en algunas ocasiones a manifestarle que lo quiere mucho, exigente y autoritaria. La relación con su hermana es una relación que transcurre normal que discuten cuando la hermana se da cuenta que se ha consumido y le dice muchas cosas.

La abuela materna es de gran apoyo la cual le da mucha confianza y afecto y la extraña en muchas ocasiones manifestando ser feliz cuando está con ella.

Su hermano mayor lo tiene de referente quien lo ve como figura paterna lo llama cada vez que se siente solo y hablan de su problema de adicción, prometiéndole que no lo iba hacer más. Otra hermana mayor con la que poco se relaciona ya tiene su hogar.

Estudio de Caso: Paciente JVG

29

Tiene cuatro hermanos más los cuales eran hijos de su padre (padraastro) con otra señora con los que poco se relaciona.

Historia Académica.

JVG inicia su estudio desde la edad de 4 años en guarderías e inicia su primaria a la edad de 7 años cuando llega a la ciudad de Santa Marta donde se mantiene en el mismo colegio hasta séptimo grado en 2016 cuando pierde el año y fue su inicio de consumo de sustancias psicoactivas. Luego pasa a un segundo colegio donde inicia nuevamente séptimo y vuelve y lo pierde justificando que en ese colegio la disciplina era muy mala y no enseñaban, e inicia séptimo en un nuevo colegio actualmente 2018 donde su rendimiento académico es bajo.

Historia Socio-afectiva.

JVG es un adolescente que manifiesta una necesidad de atención, afecto y comunicación asertiva, se caracteriza por establecer amistades desde los 7 años con jóvenes que están fuera de casa en el barrio o en las esquinas, con dificultad para relacionarse con figuras de autoridad ejemplo madre, padraastro, hermanos o docentes.

Historia Sexual.

Inicio de vida sexual a los 14 años, ha tenido 1 encuentro sexuales con una amiga mayor que él, refiere uso de preservativo, actualmente tiene cinco meses en una relación donde aún no le ha contado nada a su madre.

Historia del Problema.

JVG actualmente se encuentra en la etapa de la adolescencia en la cual la integración en grupos y el desarrollo de las relaciones sociales especialmente con pares cobran una vital importancia.

Ante los límites que están intentando poner los padres y la forma autoritaria para llamados de atención que utilizan y los pocos refuerzos positivos que de ellos recibe, JVG cree que no lo quieren en su familia, tiene sentimiento de desamor, lo cual hace que busque más a los amigos, incluidos quienes consumen, lo cual no es asertivo; el contexto socioeconómico y cultural hace que busque amistades que no son las mejores con las que inicia el consumo.

JVG manifiesta que actualmente la convivencia en casa es negativa y por tal motivo no quiere pasar mucho tiempo allí; siente que siempre lo ponen a hacer cosas pero nunca lo que hace está bien, allí empiezan las diferencias y regaños, nuevamente se activan sentimientos de tristeza, soledad y desamparo por lo que busca de **la compañía de los** amigos y quiere estar todo el tiempo en la calle donde empieza su conducta adictiva, esto se vuelve un ciclo ya que vuelven a presentarse confrontaciones familiares ya que la madre empieza con los llamados de atención inasertivos porque él está todo el tiempo en la calle, esto nuevamente refuerza los pensamientos de tristeza y soledad en el paciente,

Estudio de Caso: Paciente JVG

31

umentando su estado depresogénico, esta conducta adictiva de igual forma afecta su parte cognitiva y conductual y se impacta negativamente el rendimiento académico.

Expresa tristeza a través de irritabilidad, aislamiento, aburrimiento. JGV refiere que consume para sentirse mejor y no pensar en todas las cosas que le están pasando, además indica que llega a casa y se duerme inmediatamente, lo cual viene haciendo desde hace dos años. Por lo anterior el paciente es traído a la consulta médica con psiquiatría ya que la madre se enteró que está consumiendo.

Edad	Jvg nació el 15 de diciembre del 2003
5 años	Muere su padre y se muda a otro sitio
6 años	Madre comienza una nueva relación y se muda a la ciudad de <u>Santa Marta</u>
12 años	Inician los inconvenientes en el colegio, consumo de spa y problemas con los padres Se va de la casa (escapa) para donde la abuela materna a su pueblo natal y la madre lo va a buscar a la semana
14 años	Consulta por primera vez a psiquiatría y psicología por consumo Está repitiendo nuevamente su año escolar Hay quejas en el colegio por su conducta de poca atención.
15 años (Dic 2018)	A los 15 años en diciembre es internado por un mes en centro de rehabilitación dura 4 meses sin consumir y presenta recaída actualmente. Comienza a repetir por tercera vez séptimo de bachillerato.

Factores de desarrollo.

Los factores de desarrollo de los problemas, corresponden a aquellos aspectos que inciden en las conductas del adolescente, siendo éstos *de predisposición, adquisitivos, desencadenantes y de mantenimiento*. Es aquí entonces cuando se presenta el análisis de los factores de desarrollo, teniendo presente los problemas identificados, que vienen a ser la

Estudio de Caso: Paciente JVG

32

alteración de las relaciones intrafamiliares, alteración del estado de ánimo y la alteración del tipo de conducta.

Tabla 6-5. Factores de desarrollo Problema 1.

PROBLEMAS	FACTORES DE PREDISPOSICION	FACTORES ADQUISITIVOS
Alteración de las relaciones intrafamiliares	<p>BIOLOGICOS: No reporta</p> <p>PSICOLÓGICO: vulnerabilidad cognitiva a la depresión, pobre mecanismo de regulación emocional. Vínculo afectivo inseguro e inestable. Madre muy autoritaria.</p> <p>SOCIAL: Ambiente poco estimulante y aversivo, barrio o comunidad con alta vulnerabilidad de vandalismo y expendido de drogas, escuelas con falta de motivación de estrategias eficientes para hacer frente a los problemas de comportamiento del alumnado.</p> <p>FAMILIAR: historia de muerte de su padre, malas relaciones con su actual figura paterna.</p>	<p>Las conductas inadecuadas de JVG las aprende por aprendizaje vicario observando a otros como lo señala Bandura, a través de una motivación e incentivo en este caso la conducta de agresividad, modelos familiares madre, padre, con conductas similares desde etapa temprana de aprendizaje, crianza y modelado.</p> <p>La conducta de consumo de drogas es una conducta por teoría de condicionamiento clásico donde el paciente aprende que consumiendo se siente tranquilo y de esta forma hay aislamiento, conducta de escape.</p>
	FACTORES DESENCADENANTES	FACTORES DE MANTENIMIENTO
	<p>DISTAL: Ambientes limitantes y castigadores, falta de reforzadores positivos e incentivo por parte de miembros de la familia. Muerte del padre a la edad de 5 años.</p> <p>PROXIMAL: A los 15 años discusión con padrastro, enojo con la madre por no defenderlo de las palabras obscenas y no separarse de esta persona.</p>	<p>Condicionamiento operante: Refuerzos negativos tipo evitación y escape con conductas tipo: aislamiento familiar y consumo de drogas, que mantienen las conductas problemas.</p> <p>Reactivación de esquemas de desamor, desamparo, rechazo, a través condicionamiento operante refuerzo positivo porque aumenta la sintomatología depresiva y adictiva.</p>

Estudio de Caso: Paciente JVG

Tabla 6-6. Factores de desarrollo Problema 2.

PROBLEMAS	FACTORES DE PREDISPOSICION	FACTORES ADQUISITIVOS
<p>Alteración del estado de ánimo: depresogenico - irritable</p>	<p>BIOLOGICOS: No reporta</p> <p>PSICOLÓGICO: vulnerabilidad cognitiva a la depresión, pobre mecanismo de regulación emocional. Vínculo afectivo inseguro e inestable. Madre muy autoritaria.</p> <p>SOCIAL: Ambiente poco estimulante y aversivo, barrio o comunidad con alta vulnerabilidad de vandalismo y expendido de drogas, escuelas con falta de motivación de estrategias eficientes para hacer frente a los problemas de comportamiento del alumnado.</p> <p>FAMILIAR: historia de muerte de su padre, malas relaciones con su actual figura paterna.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Las conductas inadecuadas de JVG las aprende por aprendizaje vicario observando a otros como lo señala Bandura, a través de una motivación e incentivo en este caso la conducta de agresividad, modelos familiares madre, padre, con conductas similares desde etapa temprana de aprendizaje, crianza y modelado. • La conducta de consumo de drogas es una conducta por teoría de condicionamiento clásico donde el paciente aprende que consumiendo se siente tranquilo y de esta forma hay aislamiento, conducta de escape.
	FACTORES DESENCADENANTES	FACTORES DE MANTENIMIENTO
	<p>DISTAL: Ambientes limitantes y castigadores, falta de reforzadores positivos e incentivo por parte de miembros de la familia. Muerte del padre a la edad de 5 años.</p> <p>PROXIMAL: A los 15 años discusión con padrastro, enojo con la madre por no defenderlo de las palabras obscenas y no separarse de esta persona.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Condicionamiento operante: Refuerzos negativos tipo evitación y escape con conductas tipo: aislamiento familiar y consumo de drogas, que mantienen las conductas problemáticas. • Reactivación de esquemas de desamor, desamparo, abandono a través condicionamiento operante refuerzo positivo porque aumenta la sintomatología depresiva y adictiva.

Tabla 6-7. Factores de desarrollo Problema 3.

PROBLEMAS	FACTORES DE PREDISPOSICION	FACTORES ADQUISITIVOS
	<p>BIOLOGICOS: No reporta</p>	<p>Las conductas inadecuadas de JVG las aprende por aprendizaje vicario observando a</p>

Estudio de Caso: Paciente JVG

34

<p>Alteración de la conducta tipo: adictiva</p>	<p>PSICOLÓGICO: vulnerabilidad cognitiva a la depresión, pobre mecanismo de regulación emocional. Vínculo afectivo inseguro e inestable. Madre muy autoritaria.</p> <p>SOCIAL: Ambiente poco estimulante y aversivo, barrio o comunidad con alta vulnerabilidad de vandalismo y expendido de drogas, escuelas con falta de motivación de estrategias eficientes para hacer frente a los problemas de comportamiento del alumnado.</p> <p>FAMILIAR: historia de muerte de su padre, malas relaciones con su actual figura paterna.</p>	<p>otros como lo señala Bandura, a través de una motivación e incentivo en este caso la conducta de agresividad, modelos familiares madre, padre, con conductas similares desde etapa temprana de aprendizaje, crianza y modelado.</p> <p>La conducta de consumo de drogas es una conducta por teoría de condicionamiento clásico donde el paciente aprende que consumiendo se siente tranquilo y de esta forma hay Aislamiento, conducta de escape.</p>
	<p>FACTORES DESENCADENANTES</p>	<p>FACTORES DE MANTENIMIENTO</p>
	<p>DISTAL: Ambientes limitantes y castigadores, falta de reforzadores positivos e incentivo por parte de miembros de la familia. Muerte del padre a la edad de 5 años.</p> <p>PROXIMAL: A los 15 años discusión con padrastro, enojo con la madre por no defenderlo de las palabras obscenas y no separarse de esta persona.</p>	<p>Condicionamiento operante: Refuerzos negativos tipo evitación y escape con conductas tipo: aislamiento familiar y consumo de drogas, que mantienen las conductas problemáticas.</p> <p>Reactivación de esquemas de desamor, desamparo, rechazo, a través de condicionamiento operante refuerzo positivo porque aumenta la sintomatología depresiva y adictiva.</p>

Genograma.

El genograma viene a ser una representación gráfica de la información básica de al menos tres generaciones de una familia; incluye información sobre su estructura y las relaciones que mantienen entre ellos. Por tanto, en la siguiente figura, se presentan los aspectos afectivos de la familia con la que el paciente interactúa, con el fin de comprender las situaciones problemáticas que se presentan en el núcleo familiar y que son factores determinantes para la continuidad de los problemas antes descritos

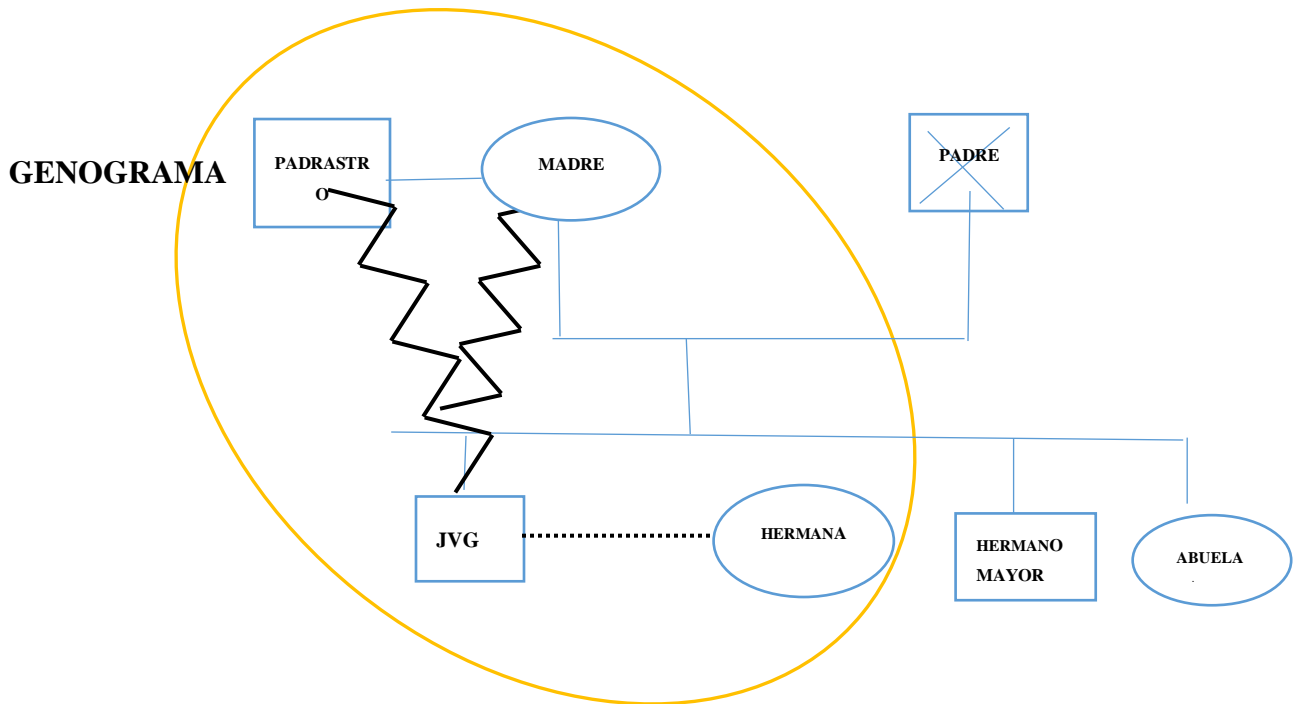


Figura 6-2. Genograma del paciente.

Proceso de evaluación

A través del proceso de evaluación, se rastrearon los componentes depresogénicos a nivel afectivo, cognitivo y de conducta de irritabilidad que el paciente demandaba.

También, se evaluó la crisis adolescente, teniendo en cuenta la vivencia, la significación y la simbología de dicha crisis. Entre tanto, se valoraron las competencias que el paciente tiene para afrontar las condiciones de la crisis adolescente, a la vez que se caracterizaron los aspectos de su personalidad. Finalmente, se evaluó el auto-esquema y la conducta de consumo.

Lo anterior se realizó por medio de distintas técnicas, siendo estas,

Observación directa: La observación es el método básico usado por todos los modelos de psicología que tiene como objetivo previo la recolección de datos.

Entrevista clínica: la entrevista es un método de investigación en la psicología, que nos permite buscar información. La entrevista puede subdividirse en abierta o cerrada. En la cerrada, las preguntas ya están diseñadas, con un orden y forma planeada, no existe libertad por parte del entrevistador para alterar alguna de la característica. Sin embargo, en la abierta, el entrevistador cuenta con amplia libertad. La entrevista abierta permite una adecuación de la misma, en función a las características del sujeto, logrando de esta forma una mayor recolección de información.

Ya no estamos en busca de datos completos sobre la vida del paciente, sino una percepción completa del comportamiento durante la entrevista. Por medio de la capacidad de escucha y de observación.

Teniendo en cuenta que el terapeuta profesional es alguien que facilita la exploración y resolución de aspectos y problemas presentados por un cliente o por cualquier persona que solicite ayuda. En las interacciones asistenciales se reconocen cuatro componentes (1) alguien que solicita ayuda, (2) evaluación y establecimientos de metas. (3) es capaz de o está habituado a hacerlo (4) en un entorno que permita dar y recibir dicha ayuda (Hackney & Cormier, 1988, p.2).

La mayoría de las interacciones terapéuticas y asistenciales también implican estadios terapéuticos primarios:

1. Relación.
2. Evaluación y establecimiento de metas.
3. Selección y aplicación de estrategias
4. Evaluación y conclusión.

Inventario de Depresión de Beck, El Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI) (Beck y cols, 1961) fue desarrollado inicialmente como una escala de 21 ítems para evaluar la gravedad de la depresión, conteniendo cada ítem varias frases autoevaluativas que el entrevistador leía al paciente para que este seleccionase la que mejor se adaptase a su situación; sin embargo, con posterioridad su uso se ha generalizado como escala autoaplicada. Esta versión fue adaptada al castellano y validada por Conde y cols (1975), y ha sido durante mucho tiempo la versión más conocida en nuestro país¹.

Cuestionario de creencias centrales de los trastornos de la personalidad, CCE-TP

Es un cuestionario que se construyó para evaluar creencias centrales asociadas con los trastorno de la personalidad, fundamentadas en el Modelo de la terapia cognitiva.

El cuestionario de creencias centrales de los Trastornos de personalidad (CCE-TP) fue construido con la finalidad de evaluar las creencias disfuncionales de los trastornos de personalidad, de acuerdo con las categorías del perfil cognitivo: a) Creencias sobre uno mismo; b) Creencias relacionadas con los demás; c) creencias sobre las amenazas percibidas, y d) Creencias sobre las estrategias interpersonales.

Cuestionario EMT: la relación que existe entre los proceso cognitivos y otros estados emocionales y problemas psicológicos además de la depresión, se encuentra actualmente bien documentada (Beck et al, 1985, Hawton et al 1985), intereses más recientes han llevado a profundizar en el papel desempeñados por las creencia y los

esquemas en el desarrollo y el mantenimiento de los problemas psicológicos. Ellos queda resumido en la labor consagrada al estudio de los esquemas cognitivos desarrollada por Young (1990), quien propone que los esquemas desadaptativos que cristalizaron durante el transcurso de la niñez desembocan en unas pautas contraproducente de conductas, las cuales se repiten una y otra vez a lo largo de la vida. Los esquemas mal adaptativos estarían asociados a unos determinados estilos de educación por parte de los padres, y se ven impulsados en el caso de que las necesidades emocionales esenciales del niño no sean satisfechos. Existe evidencia a favor de la existencia de 15 esquemas principales (Schmidt et al., 1995).

Teniendo en cuenta que las terapias de esquemas se han demostrado útil para el tratamiento de la depresión o de la ansiedad crónica. Trastornos alimentarios, problemas de pareja complejos y dificultades persistentes para mantener relaciones íntimas satisfactorias. También ha sido útil para el tratamiento de maltratadores y para prevención de recaídas en pacientes por abuso de sustancia.

Inventario de Pensamientos Automáticos.

La terapia cognitivo- conductual se interesa por comprender la forma de interpretar los hechos y las experiencias y por identificar y modificar las distorsiones o los déficits que se producen durante el transcurso del procesamiento cognitivo.

Sobre la base en gran medida de la obra de Aaron Beck. El modelo sugiere que las primeras experiencias y la educación temprana conducen al desarrollo de una forma bastante fija y rígida de pensar (esto es, algunas creencias y esquemas nucleares). La información y las experiencias novedosas evalúan a la luz de estas creencias y esquemas

nucleares (ej.: “tengo que triunfar”), y en lo sucesivo la información que contribuye a reforzar y mantener estas creencias es convenientemente seleccionada y filtrada. Las creencias y esquemas nucleares son desencadenantes o activado por acontecimientos importantes (ej.: “para sacar una buen nota tendré que pasarme el día entero estudiando”). Ello a su vez genera toda una corriente de pensamientos automáticos relacionados con la persona en particular (ej.: la única explicación es que soy tonto”), con su rendimiento (ej.: “no me estoy esforzando suficientemente”) y con el futuro (“jamás conseguiré aprobar estos exámenes y no podré ir a la universidad”), conocidos comúnmente como la triada cognitiva. A su vez, estos pensamientos automáticos pueden generar una serie de cambios emocionales (ej.: ansiedad, tristeza), cambios conductuales (ej.: no salir de casa, quedarse estudiando todo el tiempo) y cambios somáticos (ej.: pérdida del apetito o alteración del sueño)

Es por ello que el interés sobre los pensamientos automáticos se da gracias al desarrollo de la terapia cognitiva, puesto que por medio de ellos se logra identificar determinadas distorsiones cognitivas que afectan la estabilidad de la persona (Hernández y De la Cruz, 2007). Empero, Ruiz e Imbernon (1996) determinan una diferencia entre las distorsiones cognitivas y los pensamientos automáticos: estos son como una autocharla interna que se desarrolla a nivel mental, vinculándose con aspectos emocionales muy significativos y que aparecen de forma involuntaria sin capacidad de un análisis lógico cuya finalidad es brindar un mensaje exagerado a fin de obtener la razón o aprobación del contexto. Es por ello que, en 1991, Ruiz y Lujan, basados en la propuesta de Beck, catalogan determinados pensamientos que se asocian a 15 tipos de distorsiones cognitivas, creando para su medición el Inventario de Pensamientos Automáticos, el cual brinda la

posibilidad de identificar cuáles son los pensamientos más frecuentes que puede tener una persona y cómo estos revelan los tipos de distorsiones presentes en cada individuo.

Resumen de resultados

Observación directa: Observación realizada desde el inicio del proceso evaluativo; este método permitió verificar datos suministrados por el paciente, conducta, actitudes, adaptación, manejo del síndrome de abstinencia, estado de ánimo.

Entrevista clínica: Se realizó el proceso de entrevista estructurada con el paciente con el objetivo de la evaluación diagnóstica, siendo este instrumento uno de los principales métodos para lograr conocer las quejas principales, identificación de los problemas, el análisis descriptivo, funcional, histórico (personal, familiar, académica, socio-afectiva y sexual,).

El Inventario de Depresión de Beck: En el Inventario de Depresión de Beck el paciente obtuvo el siguiente resultado: este inventario fue autoaplicado por el paciente, con ayuda en el proceso de lectura. El tipo de depresión que se logró identificar en a través de este inventario fue: Depresión Leve, el cual también describe que está presentando síntomas que incluyan humor deprimido, disminución en el nivel de energía, molestias físicas, cambios en los patrones de alimentación y sueño, pensamiento y movimiento lentos, en menor intensidad y gravedad, con pronóstico de mayor manejo de la sintomatología y que pueden perdurar en menor tiempo. Al momento el estado depresogénico no está bien marcado, es una conducta depresogénica muy infantil más de la irritabilidad de la conducta del desafío me voy a consumir para causarle daños.

Estudio de Caso: Paciente JVG

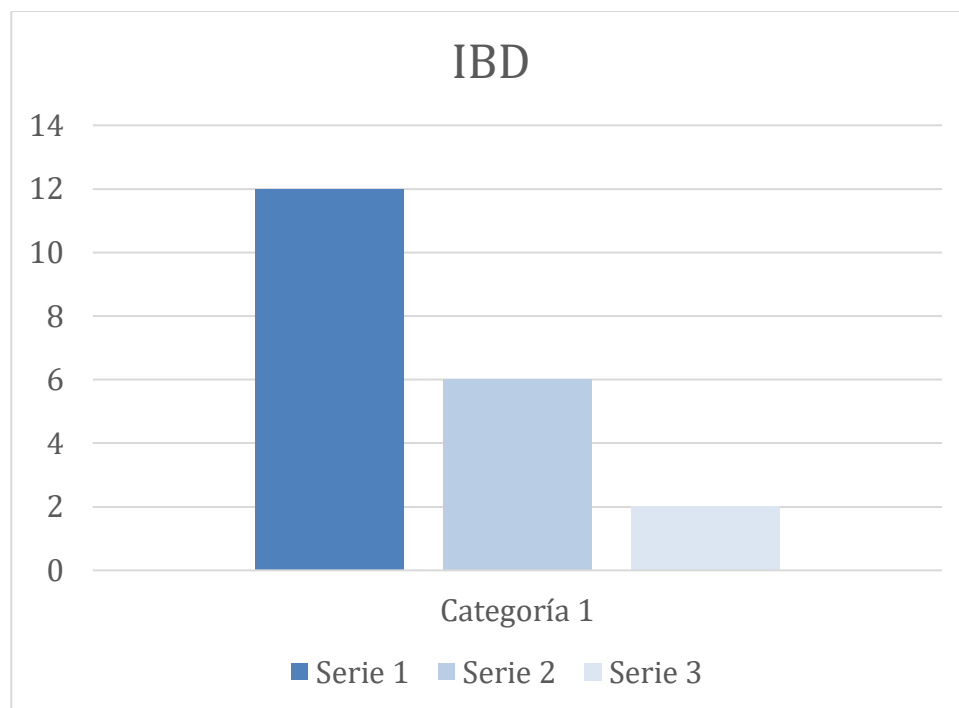
41

Entre tanto, se realizó la prueba tres veces, donde se obtuvieron los siguientes resultados:

8 de agosto de 2018, Depresión leve: Pesimismo, insatisfacción, culpa, expectativas de castigo, auto-desprecio (3), autocritico, irritabilidad, indecisión, insomnio, preocupaciones somáticas.

27 de septiembre de 2018, persiste depresión leve: (Insatisfacción, culpa, auto-desprecio (1), indecisión, irritabilidad, preocupación somática.

8 de febrero de 2019, no hay conceptualización diagnóstica.

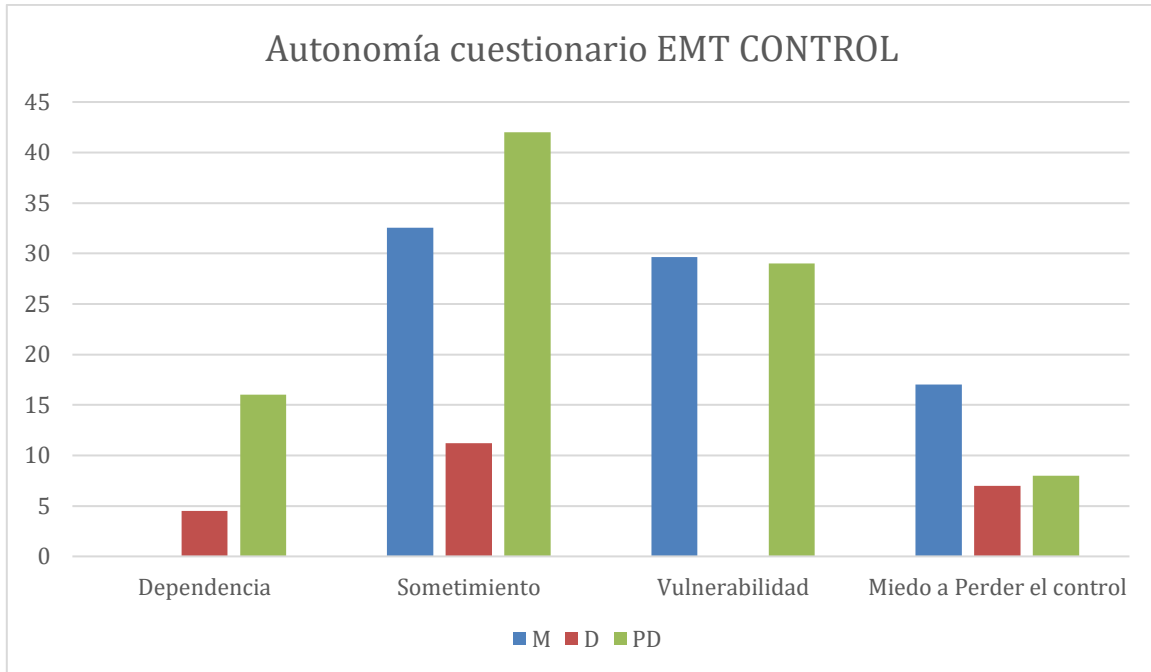


ANALISIS: Paciente que llega con una depresión leve y luego vemos cómo va pasando del afecto a la conducta a cognición. Todo esto indica que es un síntoma propio de la adolescencia, no es síntoma clínico.

Estudio de Caso: Paciente JVG

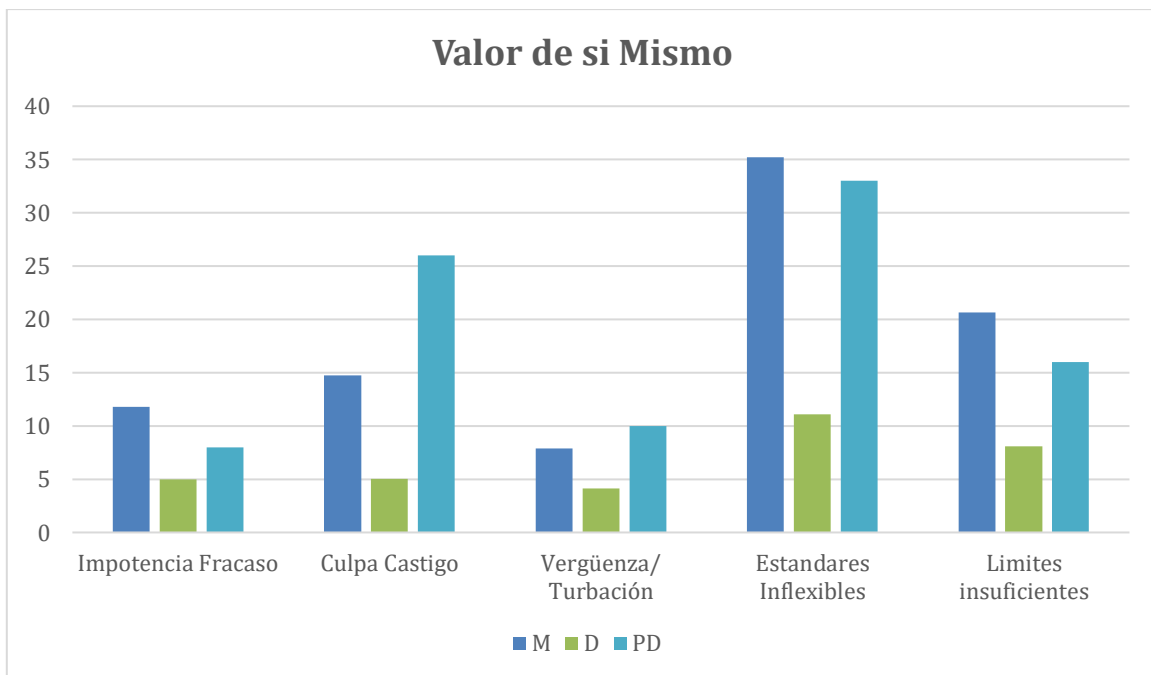
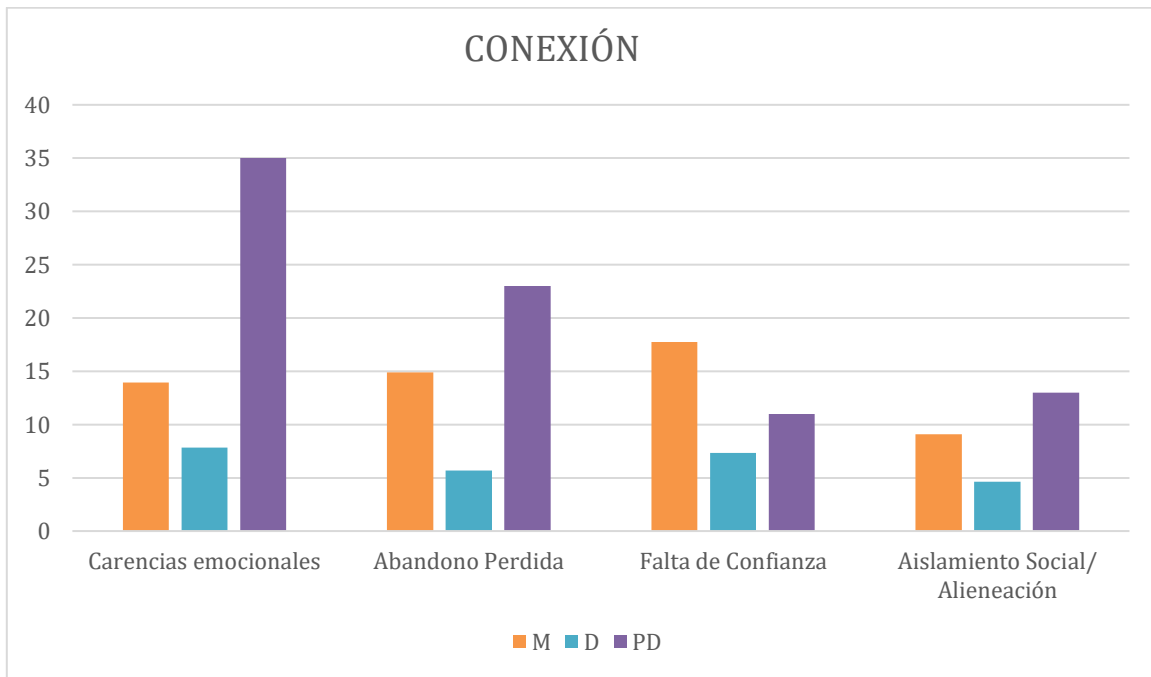
42

Cuestionario ESQUEMAS MALADAPTATIVOS TEMPRANOS (EMT):



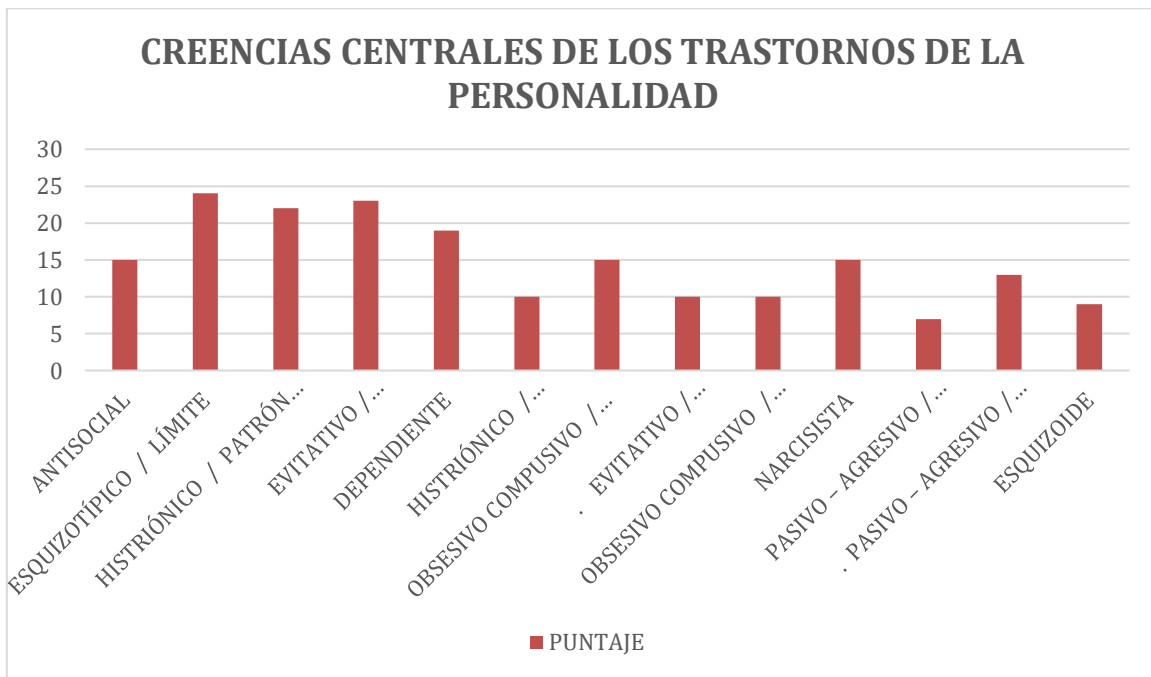
Estudio de Caso: Paciente JVG

43



ANÁLISIS: todo esto asociado a la vulnerabilidad afectiva, el más afectado es la conexión y visión de sí mismo lo que indica que todo es un proceso de la adolescencia.

Cuestionario de creencias centrales de los trastornos de la personalidad, CCE-TP



Justifica en términos de proceso evolutivo

ANALISIS: Este cuestionarios se realiza para ver que tendencia de personalidad hay en el paciente ya que tiene 14 años aún no se ha establecido una personalidad y se trabaja en prevenir que se instaure uno de estos.

La inestabilidad, la percepción negativa que él tiene y la agresividad a la crítica frente a la autoridad todo esto indica que las creencias están en una desorganización del yo adolescencia, pero con vulnerabilidad a la dependencia y la vulnerabilidad a la característica negativa evitativa, ya que consume con una característica evitativa.

Estudio de Caso: Paciente JVG

45

Inventario de Pensamientos Automáticos:



ANALISIS: El estado depresogenico sigue estando de manera fuerte.

7. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LAS SESIONES

A continuación se registran apartes relevantes de las sesiones, en las cuales se describe el proceso del contacto inicial, encuadre, exploración de motivo de consulta, proceso de evaluación psicométrica, manifestaciones cognitivas, afectivas, fisiológicas y conductuales del paciente, seguimiento a tareas asignadas que permitan explorar el componente cognitivo del paciente y explicar la configuración de la problemática reportada.

7.1. Primera Sesión

La primera sesión tuvo como objetivo principal establecer el contacto inicial, en el marco de una alianza terapéutica empática, realizando motivando al paciente a la manifestación sincera y genuina de sus necesidades, procurando a través de la observación y la entrevista realizar examen de los siguientes componentes: Porte, actitud, cuidado e higiene personal, estado de consciencia, motivación, conducta motora, lenguaje verbal y no verbal, postura, ademanes, nivel de atención, estado de ánimo, entre otros aspectos. Previamente se realiza el encuadre acorde a la realidad contextual, manifestando interés de participación voluntaria y de manera autónoma en el proceso.

Posteriormente se indaga por datos generales (fichas sociodemográficas, información personal y familiar), se examina a través de la entrevista el motivo de consulta e identificación de aspectos problemáticos más representativos, jerarquizando nivel de prioridad y de incidencia en otras esferas. Se procede a explorar de manera específica el problema, indagando sobre el nivel de severidad de cada uno en términos de intensidad, frecuencia y duración, además de aspectos relacionales y contextuales intervinientes. Paralelamente se sondean quejas a nivel cognitivo, conductual, fisiológico de los problemas mencionados.

Se plantea la necesidad de utilizar pruebas psicométricas para la obtención de datos específicos relevantes que favorezcan el proceso de valoración, el establecimiento de objetivos terapéuticos y plan de intervención. Así mismo, se explican generalidades del modelo en el cual se enmarca la terapia (modelo cognitivo – conductual) resaltando la importancia del empirismo colaborativo como elemento primordial para el desarrollo de las sesiones y logro de metas, mencionando la necesidad de cumplir con tareas que se

Estudio de Caso: Paciente JVG

47

asignarán con el fin de realizar seguimiento y consecución de objetivos específicos. Paso seguido se plantea la línea base de pensamiento – emoción – conducta en el marco de la información dada hasta el momento. El paciente menciona presencia esporádica de pensamientos relacionados con la muerte razón por la cual se dirige la sesión a realizar un debate de las razones para vivir y se manifiesta la necesidad de recibir apoyo. Menciona tratamiento actual con psiquiatría, con irregular adherencia al tratamiento.

Por último, se da paso al paciente para que mencione sus motivaciones y expectativas frente al proceso que inicia y los resultados que espera alcanzar, mencionando la pertinencia de establecer objetivos realistas y alcanzables. Se realiza el cierre de la sesión realizando una retroalimentación de los elementos abordados, en relación a los problemas y quejas del paciente, a los alcances, objetivos, reglas y compromisos en el marco del modelo terapéutico.

7.2. Segunda Sesión

El paciente acude a consulta a la hora estipulada, solo, brindando condiciones físicas amenas que faciliten el encuentro.

Posteriormente el paciente plantea la necesidad de reducir el nivel de malestar asociado a las quejas manifestadas durante la primera sesión, indicando como precipitante de su condición emocional, las dificultades en el contexto intrafamiliar. Por lo anterior se explora de manera detallada cada queja y se desglosa las manifestaciones que cada una presenta, resaltando las respuestas fisiológicas presentes, especialmente en el contexto universitario y asociadas a temor a perder el control y a que algo malo ocurra, razón por la cual se procede a explicar cadena de respuestas fisiológicas de la ansiedad y se resalta la importancia de

Estudio de Caso: Paciente JVG

48

realizar entrenamiento en respiración abdominal procediendo a realizar un primer ejercicio en sesión el cual culmina con éxito. Resalta como aspecto relevante importantes dificultades en su núcleo familiar, con continuas discusiones con ambos padres por inconformidad en el cumplimiento de labores del hogar, así como rechazo por parte de su padrastro, hecho que fue determinante durante su adolescencia y lo que no ha permitido que se mantenga un vínculo estrecho.

Se menciona la pertinencia de iniciar registro de manifestaciones emocionales disfuncionales y de las cogniciones y respuestas asociadas a estas, que permitan a futuro identificar situaciones y cogniciones que exacerban la aparición de los síntomas que generan malestar. En la sesión se aplicó el Inventario de Depresión de Beck -BDI- (Beck Depression Inventory, BDI) (Beck y cols, 1961) el cual fue desarrollado como una escala autoaplicada de 21 ítems para evaluar la gravedad (intensidad sintomática) de la depresión, el cual contiene ítem con frases autoevaluativas, el cual se caracteriza por ser ágil, sencillo y con reactivos relacionados con los criterios diagnósticos del DSM-V. Es un instrumento reconocido por sus propiedades psicométricas de alta validez y fiabilidad, se aplicó teniendo en cuenta el reporte histórico por parte del paciente de episodios de depresión en la última semana, obteniendo un puntuación directa de 12 puntos lo cual es un indicador de síntomas de depresión grave, al presentar tristeza, con encierro en su habitación, anhedonia, abulia y pensamientos relacionados con la muerte, preocupación por su situación actual (salud mental y apariencia física) y desesperanza.

Para finalizar, se le solicita al paciente que realice un breve resumen de los elementos tratados en el desarrollo de la sesión, momento en el cual se realiza retroalimentación favoreciendo la integración y compromiso en su proceso. Teniendo en

cuenta que el contexto donde más se presentan alteraciones es el familiar, se sugiere la posibilidad de vincular a su familia (nuclear) dado que se determina que este componente ha participado como predisponente, precipitante y mantenedor de los problemas mencionados.

7.3. Tercera sesión

El paciente en compañía de la madre acude al centro de atención psicológica solicitando ayuda y atención inmediata al referir sentirse mal, se evidencia en alto estado de activación, alerta, sudoración abundante, temblores en extremidades, tensión y rigidez muscular (espalda), incapacidad de quedarse quieto. Refiere frecuencia cardíaca aumentada, hiperventilación, sensación de frío, mareo y al evaluar nivel de malestar subjetivo percibido lo puntúa en 10. Frente a la condición del paciente y la disminuida capacidad de responder preguntas para valorar otros componentes de su estado mental, se procede a realizar ejercicios de respiración abdominal profunda, tomando varios minutos en la reducción gradual del malestar. A medida que se focaliza la atención del paciente en la ejecución de la tarea asignada se logra reducir la marcada respiración torácica, los temblores y la incapacidad de permanecer quieto, reportando así una disminución en la tasa cardíaca. Luego de varios minutos y a medida que se hace evidente la reducción de la manifestación sintomática, se procede a indagar por el nivel de malestar percibido, indicando que se presenta con una intensidad de 3. Al explorar los antecedentes de la actual condición, manifiesta estar tranquilo, sentado, conversando con su grupo de pares y de repente presentar la activación fisiológica descrita, al indagar por las cogniciones asociadas al evento, identifica que justo antes de presentar los síntomas sintió “miedo” de su

condición de salud mental y de que ocurriese lo peor, asociando a aparición de las respuestas ansiedad posterior a la activación cognitiva. Se realiza una explicación del funcionamiento del organismo a nivel físico y la incidencia de la cognición en las respuestas fisiológica, evidenciando en el curso de la misma adecuada capacidad de atención y concentración en la tarea indicando mejora significativa de los síntomas. Se procede a indicar la ejecución de estos ejercicios en casa y otros escenarios y realizar supervisión en la próxima sesión, por lo cual se da por finalizado el encuentro.

7.4. Cuarta sesión

De manera empática se apertura la sesión, elemento que ha incido en el fortalecimiento de la relación terapéutica, enmarcando la necesidad de establecer objetivos alcanzables, aportando al logro de los mismos de manera adaptativa. Lo mencionado favoreció la estructuración de una relación favorable. Acto seguido se indaga por el episodio de ansiedad que requirió atención inmediata en la sesión anterior, reportando ausencia de eventos similares y desarrollo de las tareas encomendadas.

Se procede a revisar los objetivos acordados en la pasada sesión, mencionando el inicio de entrenamiento en técnica de respiración abdominal que permita reducir la sintomatología asociada a la ansiedad, se brindan instrucciones y explicaciones de uso en el hogar y clases, realizando ejercicio en vivo bajo supervisión del terapeuta.

Posteriormente se inicia una revisión de auto registro asignado para el hogar, con el fin de identificar las situaciones y contextos en los cuales se manifiestan mayores respuestas de ansiedad y demás manifestaciones de malestar, en donde se realiza un análisis

Estudio de Caso: Paciente JVG

51

del repertorio cognitivo que se activa ante dichas circunstancias y de las conductas asociadas a las mismas. Se presenta a continuación un apartado de la entrevista realizada:

Terapeuta: ¿Te parece bien si conversamos un poco sobre la tarea de registro asignada la sesión pasada?

Paciente: Sí. Yo hice el intento pero no sé cómo quedó.

T: Bueno, revisemos las situaciones que reportas en la última semana en la que reportas mayor malestar. Observo que la emoción que más registras es la rabia y la tristeza, y la situación que antecede a esta respuesta es algo relacionado con tu familia. Precisas que luego procedes a discutir, llorar y evitas el escenario de discusión encerrándote en tu habitación por horas donde aumenta tu nivel de tristeza (en 9 en una escala de 0 – 10).

P: Si es que esa gente no me entiende, siempre tiene que estar molestándome como si yo me metiera con ellos. No entienden que lo que quiero es tener una vida normal, que pueda salir con mis amigos y que me dejen ser como soy, no lo que hacen que todo el tiempo es criticando. Mi mamá y yo evitamos discutir porque ella y yo somos iguales, pero si ella se mete conmigo me encuentra. El problema es mi padrastro, no me entiende, “quiere que sea como él es”, yo quisiera tener buena relación con él pero me hace enojar siempre y pierdo el control.

T: Luego de esas dificultades con tu familia ¿qué ocurre contigo? Me refiero a lo que pasa por tu mente, tu cuerpo y cómo reaccionas.

P: Discuto con mi familia y la verdad es que les hablo feo pero ellos no me respetan, no tengo por qué hacerlo yo. Entonces pienso que lo mejor es no seguir con ellos, no seguir en esa situación, pienso que mi padrastro no me entiende.

T: ¿Qué más ocurre?

P: Los insulto y abandono la conversación, quiero que me dejen en paz, lo que más deseo es independizarme.

T: ¿Te parece bien que podamos registrar los pensamientos, sentimientos y comportamientos que presentes para que podamos comprenderlos y modificarlos?

P: Me parece, si quiero (...)

El paciente refiere que las discusiones con el padrastro se dan principalmente por el tema de consumo y en el no querer ayudar en el trabajo y en oficios de la casa, la madre tiene una tienda donde el paciente debe colaborar en algún momento del día.

En el apartado del diálogo entre terapeuta-paciente, se presenta como eje principal la incidencia de la problemática familiar en el repertorio de respuestas. Se entrega al paciente el formato de registro de pensamiento explicando la importancia de identificar ante las emociones las cogniciones manifiestas y las conductas asociadas. Se realiza la conclusión de la sesión y se plantean compromisos para el próximo encuentro.

7.5. Quinta Sesión

Para la quinta sesión se prosigue con el análisis del registro de pensamientos asignado como tarea para el hogar, con el fin de explorar la dinámica presente a nivel de cognición, emoción y conducta. Se realiza ponderación de manera subjetiva de la intensidad y frecuencia de la sintomatología presente en el paciente y su impacto en el ajuste psicosocial. A continuación un aparte del diálogo terapeuta paciente durante el desarrollo de la sesión:

Estudio de Caso: Paciente JVG

53

Terapeuta: ¿Cómo te fue con el registro de conductas, pensamientos y sentimientos en casa?

Paciente: Creo que me fue bien, no sé por qué tengo que ser así, me dejo afectar por todo, cuando discuto con mi familia me siento mal y me siento peor cuando discuto con mis amigos, cuando ocurre me siento destruido porque con ellos prefiero estar todo el tiempo y si peleamos entonces no puedo estar con ellos y eso me da mucho miedo.

T: ¿Sucedió algo particular esta semana?

P: Si, ahí se lo puse en el registro. He tenido aproximadamente 4 amigas especiales, me gustan diferentes chicas, me gusta coquetear con una niña de 12 años al frente de mi casa, le pedí algunas fotos atrevidas. Por otro lado tengo mis amigos con los que juego futbol, pero terminamos consumiendo a veces. Ya me había alejado un poco, pero ahora nos estamos volviendo a ver con ellos.

T: ¿Tienes claridad que es inadecuado pedir este tipo de fotos a una menor de edad? Eso como te hace sentir?

P: Al principio me dio emoción, pero después me sentí mal como con culpa y ansiedad, lo pondría en un 8, cuando la tengo al frente empiezo a sudar y el corazón me palpitaba mucho. Cuando ya pensé bien sobre las fotos desnuda que le pedí comencé a sentirme muy mal. Cuando llegué a la casa ni quería comer de la tristeza que tenía, la pondría en 9 y demoré así todo el fin de semana.

T: Es muy importante el ejercicio que has realizado, logras identificar las emociones y los pensamientos que se asocian a ellas, igualmente resaltas la manifestaciones fisiológicas.

Dices que frente a la situación con tus amigos piensas en por qué la gente tiene que ser así, sin embargo ¿podrías decirme qué otras cosas vinieron a tu mente en ese momento?

Estudio de Caso: Paciente JVG

54

P: La verdad es que quiero que me prefieran a mí, pienso que yo necesito todo de todos, quiero obtener todo de la gente y quiero que hagan lo que a mí se me antoja.

T: Siguiendo con lo que mencionas ahora ¿eso qué significa para ti?

P: Que no podría hacer las cosas por mí mismo, que necesito ser aceptado.

T: Y tu necesidad de ser aceptado significa que...

P: Que necesito ser querido y que dependo de los demás.

T: Muy bien acabas de identificar elementos que explican tus emociones y conductas, los cuales conocemos como esquemas o creencias centrales, son interpretaciones tan fundamentales y profundas que las personas frecuentemente no las expresan ni aún a sí mismas, no tienen clara conciencia de ellas. Estas creencias nucleares desarrolladas desde la infancia consisten en definiciones, evaluaciones o interpretaciones de sí mismos, de las otras personas y del mundo. Se realiza aplicación del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) evidenciando previas manifestaciones fisiológicas de elevada activación por lo que se continua con el entrenamiento en respiración abdominal.

Se concluye la sesión, haciendo una retroalimentación del proceso terapéutico y la identificación de los compromisos adquiridos informando la necesidad de aplicación de instrumentos psicométricos como apoyo diagnóstico y de la vinculación de la familia al proceso. Se planea la aplicación de la pruebas YSQ-L2 y Creencias Centrales de los Trastornos de la Personalidad.

7.6. Sexta y séptima sesión

Para la sexta sesión se continuó con el análisis del auto-registro y monitoreo de los pensamientos, productos afectivos y conductas, con el que se pretende acopiar información relevante sobre el perfil cognitivo del paciente.

Se realiza retroalimentación del proceso resaltando el interés y el aporte del paciente en la identificación de los pensamientos automáticos, y las creencias intermedias y centrales. Se dará continuidad al monitoreo del auto-registro de las variables cognitivas, afectivas y conductuales y se realiza aplicación del Inventario de Depresión de Beck –BDI, evidenciando mejoría en sintomatología depresiva (PD 11 – depresión leve), con ausencia de pensamientos asociados a la muerte, lo cual se comenta y se hace devolución en sesión explicando la incidencia que tienen los pensamientos en la emoción y la conducta, y la manera en la cual puede precipitar la aparición de respuestas de ansiedad. Entre la sesión sexta y séptima se realiza aplicación del YSQ-L2, CCE-TP (creencias centrales de los trastornos de la personalidad). En el cierre de la sexta sesión se planea la vinculación de los padres en entrevistas individuales para las dos siguientes sesiones.

7.7. Octava sesión

A la consulta se cita al padrastro, pero no va, quien acude es la madre e informa que él no va a asistir. A continuación se presentan apartados de la entrevista con la madre:

(...) Terapeuta: ¿Me puede indicar elementos que considere relevantes a nivel histórico de la dinámica familiar?

Estudio de Caso: Paciente JVG

56

Madre: Bueno, desde que mi hijo estaba pequeño yo trabajaba mucho, pero procuraba estar pendiente de lo que necesitara. Cuando llegaba del trabajo yo me encargaba de su cuidado consintiéndolo y estando pendiente del niño, porque mi pareja o sea el padrastro, siempre ha sido frío y distante con él, hemos tenido discusiones por eso.

T: Entonces me dice que el vínculo de usted con su hijo ha sido cercano...

Madre: Si, así ha sido y así se ha mantenido, tanto con él como con mis otros hijos procuro estar pendiente de ellos, les brindo la confianza, el cariño y el apoyo que necesitan. Pero desde hace unos años las cosas han cambiado porque yo lo cuido, y él pelea conmigo porque le digo que debe cuidarse de los peligros de la calle pero cree que exagero, pero usted sabe yo estoy muy preocupada porque sé que él está en drogas por esos amigos que tiene, y además no ayuda ni colabora en nada, casi siempre solo llega a la casa a dormir. Todo eso me duele porque de mi ha recibido el ejemplo, yo estoy siempre en el trabajo y en la casa con ellos, pero él no ve eso, entonces cuando le digo las cosas me insulta, ahí empieza toda la pelea y discusiones fuertes.

T: Con ustedes también vive su hija menor, bajo ese escenario que me comenta ¿cuál es su lugar o su rol?

Madre: Siempre pienso en ella, porque queda como tan indefensa en el medio de la disputa entre nosotros tres. Si él no está molesto con ella pues no dice nada, pero hay momentos en los cuales él también me la insulta, le hace mofas, inclusive dice que la va a golpear. Ella opta por hacerse a un lado y no intervenir. Siempre he corregido a mi hijo, pero siempre quiso hacer lo que quería y le va mal en el estudio, ya lo echaron de un colegio, y ahora sigue en las mismas pero todo el tiempo es agrediendo verbalmente, peleando y exigiendo cosas que no le puedo dar (...), o se encierra y no habla nada por mucho tiempo.

Se explica a la madre generalidades de la dinámica familiar y la manera en la cual la interacción de cada uno repercute en la conducta del otro. Se realiza psico-educación del ciclo evolutivo en el que se encuentra su hijo, mencionando los cambios propios de la etapa de adolescencia en la que se encuentra, incluyendo las manifestaciones emocionales, pero también se le muestra que su hijo tiene comportamientos diferentes a los de otros chicos de su edad, por el tema del consumo y como esto incide en sus pensamientos, reacciones físicas y emocionales lo cual es aceptado y comprendido por ella. Durante el cierre manifiesta intencionalidad de continuar su participación en el proceso.

7.8. Novena sesión

A la consulta acude de manera voluntaria la madre del paciente, quien amablemente se presenta y agradece la oportunidad de participar en el proceso de su hijo. A continuación se presentan apartados de la entrevista:

(...) Terapeuta: ¿Me puede indicar elementos que considere relevantes de la vida de su hijo y de la dinámica familiar?

Madre: Bueno, cuando su papá estaba vivo, permaneció pendiente de él aunque no vivía con nosotros, el papá murió cuando el niño tenía 4 años, de ahí nos quedamos un tiempo con la abuela, con mi mamá, pero después nos fuimos a vivir a otra parte, más o menos un año después conocí a mi pareja actual y me fui a vivir con él, desde ese tiempo, pero mi hijo nunca lo aceptado, y la relación entre ellos dos ha sido fría, ahora discuten mucho por lo del consumo y porque se la pasa en la calle.

T: ¿Puede contarme en un breve resumen cómo era su relación con su hijo desde la infancia? ¿Cómo fue su embarazo?

Estudio de Caso: Paciente JVG

58

M: Bueno, él fue un niño esperado con agrado, no teníamos lujos, pero el embarazo fue normal, sin mayores preocupaciones, cuando el niño nació mi mamá nos ayudaba.

T: ¿Puede contarme cómo expresaba y expresa hoy su cariño hacia su hijo?

M: Yo lo quiero, es mi hijo, la verdad es que nunca he sido buena para decir esas cosas, sólo procuro cumplir con mis labores de madre y ellos saben que los quiero a todos. Él siempre me reclama porque dice que quiero más a su hermana menor pero es mujer, tal vez compartimos más o nos entendemos mejor, con ella discuto menos porque con él no se puede hablar. También me reclama porque a ella le doy más cosas, pero resulta que su papá y yo tenemos distribuidos los gastos de la casa incluyendo los gastos de ellos, entonces a su papá le corresponde los gastos generados por él y a mí los de la niña, entonces como a mi marido a veces no le alcanza para darle todo lo que le daba antes se altera, le pelea a él y de paso me reclama a mí, pero yo lo pongo en su sitio. También peleamos porque él tiene responsabilidades en los quehaceres del hogar y se tarda demasiado en hacerlos, sabiendo que tiene que cumplir con eso entonces también toca obligarlo, él sabe lo que tiene que hacer, ya está grandecito como para estar en ese juego y continúa, es como si quisiera hacernos la vida más difícil.

Se explica a la madre generalidades de la dinámica familiar y la manera en la cual la interacción de cada uno repercute en la conducta del otro. Se realiza psico-educación del ciclo evolutivo en el que se encuentra su hijo, mencionando los cambios propios de la etapa en la que se encuentra, incluyendo las manifestaciones emocionales, y la afectación general del comportamiento por el consumo, lo cual es aceptado y comprendido por ella, sin embargo resalta la importancia de que él se comprometa a cumplir con las reglas

establecidas y mejore el trato hacia su hermana menor de quien se mofa e insulta. Durante el cierre manifiesta intencionalidad de continuar su participación en el proceso.

7.9. Décima sesión

Durante la sesión se retroalimenta al paciente sobre los resultados de las pruebas YSQ-L2, CCE-TP, realizando una integración de los hallazgos con la conceptualización cognitiva. De acuerdo con los resultados se destaca lo siguiente:

Se evidencia un desajuste en diversas áreas del paciente, lo que explica sus problemáticas a nivel conductual, cognitivo y afectivo.

Por lo anterior, se realiza una línea de tiempo y se plantean los eventos significativos como factores de predisposición y desencadenantes que en la configuración de creencias centrales a partir de la experiencia de aprendizaje. A nivel cognitivo se relaciona al sujeto con un procesador activo de información, que construye su realidad con en sus experiencias especialmente las tempranas, de las cuales selecciona, transforma, decodifica, almacena, recuerda y, en términos generales, procesa la información, lo cual aporta en la construcción de su sistema de creencias, con las estructuras o esquemas cognitivos como la base explicativa de dicho sistema. Se brinda explicación al paciente de su padecimiento de acuerdo al modelo cognitivo conductual.

7.10. Onceava sesión

Se apertura la sesión, sustrayendo los avances en las semanas en las que ha transcurrido el proceso terapéutico, reportando disminución de la sintomatología manifiesta en el plano afectivo emocional y la conducta de consumo de sustancia, reportando

Estudio de Caso: Paciente JVG

60

abandono de marihuana y pepas benzodicepinas indicando que sólo de manera ocasional (mediado por la interacción con su grupo de pares) fuma marihuana. El punto central de esta sesión, estuvo centrado en retomar hallazgos de las pruebas, contrastado con las experiencias vitales tempranas a fin de realizar una confrontación sistemática y paulatina mediante el debate “socrático” de los productos cognitivos. Se consolida junto con el paciente un análisis funcional de la problemática manifiesta y se mantiene impresión diagnóstica principal reportada en epicrisis del médico psiquiatra tratante, para síntomas depresogénicos y un trastorno por consumo. Realizada la conceptualización cognitiva y la formulación clínica del caso se explica la intención de realizar una investigación del caso, aceptando su participación y realizando el debido consentimiento informado. Finalmente se hizo retroalimentación de lo realizado haciendo mención del progreso en el proceso.

8. MARCO CONCEPTUAL DE REFERENCIA

8.1 Adolescencia, como proceso crítico de la construcción de personalidad

En esta etapa los jóvenes se encuentran en un periodo de su vida bastante desafiante tanto para ellos como para sus padres, entran en nuevos esquemas de socialización, empiezan a reemplazar a los padres como figuras cercanas por los amigos, están en el despertar de su sexualidad y las temáticas que tratan son más de la cercanía con sus pares que con sus padres. Los individuos en estas edades y en este contexto empiezan a descubrir nuevos límites en el mundo, conocen cosas buenas pero también negativa como: el abuso de drogas, el matoneo y aumentan los riesgos de caer en situaciones complejas, que pueden menguar su desarrollo personal y cognitivo. Precisamente Moreno (2015) explica que: “a lo largo de estos años, se modifica nuestra estructura corporal, nuestros pensamientos, nuestra identidad y las relaciones que mantenemos con la familia y la sociedad”

En este momento de la vida, los jóvenes están más expuestos a situaciones que los pueden desestabilizar emocional, afectiva, psíquica y físicamente, ya empiezan a surgir emociones turbulentas que tanto los agobian, por un lado está el entorno social que los influencia a insertarse en grupos que adoptan costumbres y maneras de pensar de manera compleja, por que al estar expuestos a peligrosos escenarios como son el alcohol o las drogas, la presión que ejercen entre pares por destacarse, clasificarse socialmente y asumir liderazgo social, son algunas de las cosas que pueden llevar a problemas familiares muy difíciles, como si esto no fuera poco se disparan los cambios hormonales, las situaciones de índole sexual son para ellos tema del día así como los riesgos que ello conlleva como embarazos no deseados,

Estudio de Caso: Paciente JVG

62

las relaciones frenéticas y la definición de sus tendencias sexuales, aunado a los cambios físicos y emocionales que atraviezan, todo les molesta, se sienten limitados y sus preferencias por el estudio y las actividades que impliquen trabajo, cumplimiento y responsabilidad, fastidian.

Evidentemente el adolescente todavía no tiene muchas cosas claras, ni está totalmente enfocado en lo que quiere hacer en la vida, no sabe a ciencia cierta, cuáles son sus potencialidades o debilidades para ello, que es lo que mejor lo hace sentir. Por ser este un momento conflictivo en la vida están llenos de inseguridades, de temores, de sueños y expectativas, un día quieren una cosa y otro día otra, todo esto se suma a las presiones de los pares, del colegio, de los padres y del contexto en general. Así entonces, el adolescente debe esforzarse por empezar a identificar lo que siente, monitorear si en general esos sentimientos son negativos o positivos, indagar por lo que piensa sobre si, saber si se está sobredimensionado creyéndose más o menos que los demás o si realmente tiene un concepto que se ajusta a lo que es. Su autoimagen es fundamental porque están en juego todos los cambios fisiológicos y sociales que está viviendo, en este tema su grupo de pares y el contexto juegan un papel trascendental en la forma como se relaciona con su cuerpo, como se viste y cómo cree que los ven los demás.

Por supuesto la autoeficacia que se refiere a que tan capaces nos sentimos o no de hacer las cosas, de lograr metas, es definitiva en el adolescente, si tiene un conocimiento cercano de hasta donde es capaz de llegar, de que tan enfocado está, con que fortalezas y personas cuenta, será más sencillo que pueda trazar objetivos alcanzables en su proyecto de vida.

En la adolescencia debe ejercer su autonomía es cierto, pero la autonomía implica responsabilidad, en estas edades se tiene la errónea idea que la autonomía es hacer todo lo

que se quiere en cualquier momento y de cualquier manera, y resulta que no, la autonomía es ejercer la libertad con responsabilidad, lo cual hasta ahora están en proceso de lograr, por ello y por su falta de experiencia pueden estar cometiendo errores que les cambia para mal el rumbo que querían dar a su vida. En ello los padres, la escuela y la sociedad tienen un rol fundamental, porque les compete formar adecuadamente a estos jóvenes, en la toma de decisiones y en el asumir la responsabilidad, si se quiere lograr una meta alta se requiere de mucho esfuerzo, dedicación, compromiso, de renunciar a otras cosas para poder alcanzar esa meta. (Ministerio de Trabajo y asuntos sociales de España. 2006).

En estas edades los adolescentes suelen ser un poco más distraídos que en años anteriores, y pierden en alguna medida el interés por los temas académicos, prefieren aprender sobre la vida y centran sus intereses en los pares y en asuntos que les signifiquen mucho para la realidad de la etapa que están viviendo.

Evidentemente los muchachos en esta etapa, tienen notorios cambios físicos, psicológicos, cognitivos, sociales y emocionales, por lo cual la forma en que aprenden cambia profundamente de como lo hacían cuando eran niños, ya no se les puede tratar como tal por qué no lo son, lejos de hacerlos sentir bien, el tratarlos como un infante los minimiza y los ofende, porque sus razonamientos ya son diferentes, pasando de un apego total y exclusivo de sus padres y de la familia, a apegos profundos con amigos de su misma edad.

No podemos dejar por fuera la influencia de lo afectivo y lo relacional en el aprendizaje de estos adolescentes, donde están todas las emociones en su momento más alto, expresadas en extremos de alta intensidad o de muy baja intensidad, lo que algo o alguien les hace sentir se vuelve un derrotero para estos chicos y se dejan guiar principalmente por este medidor, lo cual es completamente coherente con la etapa de desarrollo que están viviendo

Grupo de pares

La importancia de la conformación de grupos sociales en los adolescentes es fundamental, varios estudios científicos han revelado que los chicos que se incentivan positivamente con algún grupo social, mejoran sustancialmente su relación y trato con los demás miembros de la familia, de igual manera, su desempeño académico y su desarrollo cognitivo se catapultan a mejores niveles de desempeño.

Para los adolescentes, la amistad es un sentimiento muy importante, porque es la frontera a un mundo especial, donde se cimentaran capacidades muy importantes como habilidades de comunicación o competencias para resolver conflictos, los amigos también generan otro tipo de sensaciones a los chicos como diversión, identificación ideológica y protección.

Ellos se aconsejan entre sí, se clasifican socialmente y se apoyan en ideas y proyectos de toda índole, lo que más atesoran de esta relación es la valía de la lealtad y el apego con las ideas del grupo. Es importante recordar que los jóvenes de ahora en adelante pasaran más tiempo con sus amigos que con su familia, así mismo la principal unidad social será el grupo, en el ellos podrán encontrar los amigos con los cuales se identifican y les lleva a establecer relaciones de otra índole ya que en el establecimiento de los grupos hay mayor facilidad de conocer personas del otro sexo o del mismo sexo, que les atraen y esto cautiva la mente de los chicos de manera muy fuerte.

Por otro lado un adolescente que se aísla de los grupos sociales, que no tiene amigos con quienes compartir, o que se relaciona con grupos negativos, son chicos tristes y retraídos y esto genera otra serie de consecuencias como bajo rendimiento académico, su auto estima se ve afectada y lo más grave es que son bastante susceptibles y fácilmente influenciables,

Estudio de Caso: Paciente JVG

65

lo que los puede arrastrar a correr riesgos e involucrarse en actividades delictivas, es por ello que se deben identificar a tiempo comportamientos y situaciones manifiestas.

De acuerdo a Lanni (2002) los mínimos aspectos que los adolescentes necesitan conocer y aprender para saberse relacionar con sus pares son:

- Interactuar: se refiere al relacionamiento general normal, para este caso dentro de una institución educativa, el barrio o los contextos usuales del adolescente.
- Interrelacionarse: esto ya se refiere a vínculos, amistad, afecto. Para los adolescentes las interrelaciones giran principalmente alrededor de sus pares y amigos.
- Dialogar: este se refiere a un proceso completo de comunicación donde se escucha y se es escuchado, donde los mensajes verbales y no verbales son claros y asertivos. Se ha repetido a lo largo de este texto que es la estrategia por excelencia para que los adolescentes aprendan a relacionarse.
- Participar: cuando el adolescente tiene voz y voto en una conversación, en un proyecto, en una solución, realmente se siente participe del proceso, por ello si logra establecer diferentes temas y escenarios de participación con sus pares que los lleven a acciones constructivas reales les permitirá no solo relacionarse adecuadamente entre sí, sino también involucrarse en causas y tomar conciencia de ir más allá de sí mismos para aportar a otros. Pero además hacer partícipes a los adolescentes de las dinámicas familiares y educativas les permiten sentirse motivados, al vincularse como parte de.
- Comprometerse: Todos los pasos anteriores generan en los grupos de pares adolescentes compromisos auténticos con quienes se relacionan entre ellos mismos dándose cuenta que la amistad no solo es para divertirse y pasarla bien, sino que también es para apoyar a los pares cuando están pasando por una situación difícil, para escuchar, para

Estudio de Caso: Paciente JVG

66

compartir con ellos, para respetar las diferencias que surjan. Pero a la vez cuando asumen un compromiso y un acuerdo logran comprometerse profundamente para cumplir lo asumido sin imposiciones, más bien por convicciones y motivaciones.

- Compartir propuestas: si en el grupo de pares surgen problemas o simplemente intereses, una excelente y positiva forma de relacionarse en compartir propuestas de solución, de innovación, de descubrimiento, de creatividad, de innovación, ya que son mentes exageradamente activas que necesitan generar acciones interesantes que les permita canalizar adecuadamente todo su potencial y energía.

- Discutir: lejos de la concepción coloquial, discutir, no es pelear, no es agredir, no es gritar, es compartir adecuadamente ideas, posturas, creencias diferentes entre unos y otros, esto debe ser aprendido desde ya por los adolescentes para que comprendan claramente que el pensar, actuar o ser diferente no implica que otros nos ataquen o que ataquemos a quienes tienen diferencias con nosotros, por el contrario implica escucharlos, no juzgarlos, respetarlos siempre aunque estemos en desacuerdo.

- Disentir: es tener claro que definitivamente las ideas de uno son diferentes a las del otro, que no necesariamente debemos ni podemos estar de acuerdo en todo, sino que la diferencia es parte normal del cotidiano humano en todas las partes del planeta.

- Acordar: Es buscar aspectos comunes, ideas relacionadas aunque no exactamente iguales, concordancias, necesariamente conlleva el ceder en unos puntos y el ganar en otros de lo contrario será imposible llegar a acuerdos, esto debe enseñarse de manera sencilla a los adolescentes para que lo pongan en práctica en su relación con pares.

- Reflexionar: es pensar sobre cómo nos hemos comportado, lo que hemos dicho, como nos ha ido con los demás, sobre nuestras propias ideas para monitorear si estamos

equivocados o no. Algunas reflexiones deben plantearse antes de actuar para evitar implicaciones negativas innecesarias, pero como no nacemos aprendiéndolo todo inevitablemente otras reflexiones nos surgen después de haber hecho o dicho algo sea positivo o negativo.

8.2 Vulnerabilidad psicológica y proceso de construcción de personalidad

Cuando los niños y niñas llegan a los siete y ocho años, comienzan a experimentar cambios significativos en su crecimiento y desarrollo, por ejemplo entran a la segunda fase de su desarrollo cognitivo donde el manejo de la capacidad simbólica es determinante para aprender a seguir modelos, aprender patrones y desarrollar procesos sin necesidad de tener representaciones del mismo, es un momento propicio para el desarrollo de talentos, artísticos y competencias cognitivas como idiomas, procesos matemáticos o razonamientos aplicados, en la parte física ya no crecen tan rápido como en los primeros años pero su cuerpo se empieza a fortalecer y es un momento ideal para desarrollar la psicomotricidad, en aspectos de agilidad, destreza y fortaleza, el niño empieza a definir su personalidad, desarrolla la constitución de una identidad, toma importancia la necesidad de preservar la vida, el camino de expresión de la conciencia y la oportunidad de relacionarse con el mundo.

Pese a los fuertes cambios que ha sufrido la familia actual, esta sigue siendo el núcleo primario y principal donde se forman en el niño aspectos de socialización, expresión de sentimientos, autoestima y todos aquellos elementos fundamentales para el desarrollo de la personalidad, es pro de que se llegue a vivir una vida feliz, con logros, donde se saben

sortear los altibajos o por el contrario, es en la familia donde tristemente estamos formando niños inseguros que nunca cuentan con sus padres, que son maltratados constantemente y que no reciben lo mejor de ellos, dejándolos en condiciones de completa vulnerabilidad.

Las familias tienen un papel fundamental en los logros que se realizan en los primeros años de vida, como es el caso del desarrollo de su personalidad, la identidad de género y la psicomotricidad o la adquisición del lenguaje oral, también deben proporcionar a los hijos oportunidades de desarrollo cognitivo.

Por las extensas jornadas laborales y diferentes motivos personales y familiares, los padres cuentan con menos tiempo para dedicarse a sus hijos, argumentando que trabajan para ellos, para sacarlos adelante, las actividades de convivencia en familia han sido relegadas a un segundo plano y hoy en día son reemplazadas por otros menesteres donde los padres creen estar supliendo el tiempo dedicado a los hijos, por ejemplo considerar que sentarse horas frente a un televisor sin cruzar palabra con ellos, es acompañarlos.

Estos pueden ser síntomas de algo muy serio, evidenciándose que hay una interferencia en el proceso de comunicación con los jóvenes, porque se rompen los lazos de confianza, comunicación y diálogo, el proceso de formación en valores también se afecta y los chicos empiezan a verse influenciados por aspectos negativos, como el estrés, las angustias y los afanes de los padres por cumplir con las obligaciones, laborales, financieras y sociales, lo que hace que estos adolescentes se releguen por no querer ser una carga más y empiecen a tomar decisiones que consideran correctas desde su modo de pensar y desde la óptica de su entorno.

A esto se le suma que como los padres pueden sentirse culpables por no dedicarles el tiempo y espacio que los hijos requieren, empiezan a compensarlos con cosas materiales y

con darles largas en actividades de entretenimiento con personas fuera del ámbito familiar, en ambos casos el abusar de estos estímulos será perjudicial para ambas partes, para ellos porque se acostumbraran a exigir siempre algún tipo de compensación y terminaran utilizando argumentos de este tipo para obtener beneficios a su favor, para los padres lógicamente esta evidenciada una pérdida de autoridad y de preferencia de los jóvenes hacia los padres en el momento de querer hablar sobre las cosas que les preocupan, les atormentan o les motivan.

Otra de las realidades que debemos aceptar pero que es necesario identificar como elemento disonante en el proceso formativo de los hijos es el aumento considerable del número de familias mono parentales, donde la ausencia de alguna de las figuras parentales afecta de manera significativa el desarrollo emocional, personal y cognitivo de los niños y a ello se suma que las edades de inicio de la escolaridad no obligatoria son cada vez menores (párvulos, pre-kínder, etc.); lo cual evidencia una conciencia cada vez mayor desde el punto de vista educativo, sobre las implicaciones que tiene la responsabilidad ante la existencia de los hijos.

Las diferentes reconstituciones familiares han modificado mucho la forma de educar a los chicos y de relacionarse con ellos, por supuesto en la etapa de la adolescencia todo se exagera y los conflictos se vuelven frecuentes y van tomando dimensiones más complejas que en otras etapas, ya que por una parte los hijos están bombardeos por cambios físicos, psicológicos, emocionales, por las exigencias de sus pares y de su entorno y por otro los padres no se sienten preparados para estos cambios fuertes y para saber afrontar los conflictos que surgen de la mejor manera posible

Si la familia es disfuncional, si no ha existido un acompañamiento y apoyo por parte de las figuras paternas al desarrollo personal del chico, lo que se encontrara es un comportamiento disonante, alejado del entorno con desarraigo hacia la familia y en ocasiones hasta inversión de valores y adquisición de malos hábitos.

Claramente se expresa en el libro Vida y Familia de la Universidad del Tercer Milenio, (2017):

”En nuestra cultura actual, el término “familia”, además de aludir a la comunidad de parentesco formada en torno a los esposos, hijos, abuelos, etcétera, se emplea también para designar convivencias de muy diversos orígenes, estructura y capacidad de articulación, personal y social.”(p.4)

Las dinámicas actuales, los diversos y acelerados cambios y las nuevas condiciones sociales, han transformado profundamente los roles familiares y las formas de concebir y vivir la familia en la actualidad. Dichas reconstituciones se dan después de un divorcio o después de la muerte de alguno de los padres; estas situaciones alcanzan elevados índices y son producidas por múltiples causas, entre ellas: falta de diálogo, alta carga laboral, problemas económicos, infidelidad, consumo de alcohol o sustancias psicoactivas, incompatibilidad de caracteres, violencia, desplazamiento, enfermedad entre otros muchos factores. Después de dicho proceso la mayoría de padres separados o viudos reorganizan su vida con otras parejas y los hijos de la anterior relación quedan en situaciones complejas, donde por ejemplo el fin de semana viven con un padre y entre semana con otro, con el padre que viven se adaptan a un padrastro o a una madrastra al igual que a los hermanos medios que surgen de esa nueva relación. Por supuesto esto genera confusión en la crianza y desarrollo de estos hijos que en ocasiones no tienen claras pautas y normas, afectivamente

no saben si se sienten más seguros con el padre o la madre, entran en algunos momentos a manipular, diciéndole a la mamá y al papá que si no les dan tal o cual cosa se irán de la casa. Pero también por supuesto, se generan en ellos traumas, problemas comportamentales, psicológicos y emocionales, bajo nivel académico, desmotivación general o agresión. En este tipo de padres separados hay quienes asumen con toda responsabilidad la crianza conjunta, dialogada y negociada de esos hijos de su antigua relación pero esto no se da en muchos casos, la mayoría de veces los padres están tan involucrados en reconstituir su vida familiar, emocional, económica y hasta laboral que no dan el tiempo necesario a estos hijos o entran en guerras insanas para terminar la relación anterior, para definir el tema económico, para rehacer su vida, que los hijos pasan a ser lo último en el proceso.

Aclarando el tema de las reconstituciones familiares, Flórez, C. (2016) aclara que:

Las familias en Colombia, al igual que en el resto de países de la región Latinoamericana, han sufrido transformaciones en las últimas décadas, asociadas a los procesos de transición demográfica, modernización, revolución sexual, transformación educativa, inserción de la mujer en la fuerza laboral, entre otros (p. 8).

Son diferentes los conflictos a los que estos chicos se enfrentan, aunque los padres no lo perciban, por una parte, el dolor y complejo afrontamiento frente al hecho que la relación de sus padres terminó, o que uno de los padres murió, que tenían un hogar donde sabían cuál era su rol de hijo y que sus padres estaban allí para él, sin comprender claramente los temas de adultos y porque se separaron, tema que en oportunidades no se dialoga con ellos ni son tenidos en cuenta.

Otro conflicto es la relación con la nueva familia del padre con quien no vive, cuando va a visitarlo o a pasar tiempo con este, puede sentirse totalmente ajeno a esta nueva familia y hasta rechazado por sus miembros. En últimas está en una encrucijada donde no sabe con claridad a donde pertenece, cuáles son sus vínculos, referentes de ejemplo, normas y lazos de afecto. Como se indica arriba algunos padres logran manejar estas situaciones de la mejor manera posible poniendo por encima de todo a los hijos, pero se debe reiterar que esto sucede en pocas ocasiones.

Otra reconstitución familiar muy usual hoy, es la del rol de los abuelos como apoyo al rol de padres e incluso reemplazando a los verdaderos padres, es decir, las parejas de hoy tienen altas cargas laborales y diferentes ocupaciones, por eso y por otras razones se apoyan en sus padres para que coadyuven en la crianza de los nietos, pero no en pocas oportunidades esto se vuelve una obligación para los abuelos y no tienen otra opción. Así que por una parte, los abuelos no tienen la libertad de tiempo que deseaban después de haber criado a sus hijos propios, por otro lado los hijos criados por sus abuelos no tienen claridad sobre hábitos, normas y a quien obedecer por que pasan la mayor parte del tiempo con los abuelos quienes en algunas ocasiones los malcrían y consienten demasiado y en los pocos momentos que están los padres presentes para reclamar su autoridad y su rol esto se complica porque los hijos no los respetan.

En fin son diversas las nuevas formas en que hoy se reconstituyen las familias lo cual responde a las presiones y necesidades del contexto actual, esto es perfectamente viable siempre y cuando se pongan los hijos por encima de los conflictos entre la pareja, o entre los adultos que intervienen en la crianza. (Arregui, Z. P., Rodríguez, I. A., & Tavares, D. M. 2017)

8.3 Duelo no resuelto

El duelo se entiende como el proceso que se vive después de perder a alguien querido, y aunque el más común es la muerte de alguien allegado, también están los divorcios, el que alguien cercana haya tenido que irse a vivir lejos, la pérdida de un trabajo, la pérdida de alguna parte del cuerpo, entre otras.

Cuando la pérdida ocurre en la niñez hasta los 6 años, es fundamental considerar los siguientes elementos:

- Creen que ellos y sus allegados van a vivir por siempre (no se entiende la universalidad de la muerte)
- Estos chicos piensan que el cuerpo de quien muere sigue funcionando normalmente
- Por su etapa de desarrollo creen que algo que hicieron mal pudo haber causado la muerte de algún allegado, pero que igualmente con quererlo intensamente podrán lograr que esa persona vuelva a vivir
- Regresan en su desarrollo y se reviven temores, como no dormir solos, pueden orinarse en la cama, se incrementa el temor a la separación. (Artaraz, B & cols. 2017)

En la adolescencia se presentan unos cambios muy importantes respecto a la percepción de la muerte y la elaboración del duelo:

- Comprenden la pérdida y muerte de un ser querido como el adulto, pero las emociones y sentimientos de dolor emocional son más intensos
- Entienden que pueden morir en cualquier momento, y pueden fantasear sobre ello, si están en tendencias depresivas pueden tener ideas suicidas
- No quieren hablar, ni demostrar ante los adultos el dolor que les causa el duelo
- Es muy común que idealicen a quien murió

Al respecto Artaraz, B & cols (2017), advierten que un duelo no resuelto en la adolescencia se manifiesta con: alta irritabilidad y cambios repentinos de humor, alta agresividad e impulsividad, pensamientos recurrentes sobre la muerte, abuso de consumo de sustancias, bajo rendimiento académico, aislamiento, entre otros.

8.4 Consumo y abuso de sustancias en la adolescencia

En los temas relacionados con consumo en adolescentes la familia se asume como un ente protector, al respecto Batllori (2016) indica: “La influencia de los padres en el comportamiento de los hijos, es mucho mayor de lo que consideran y está perfectamente comprobada. Es por ello, que debe ser activa su intervención” (p. 13). Sin embargo evidentemente muchas veces la misma familia y sus dinámicas se pueden convertir en un importante factor de riesgo.

Toma de decisiones

Evidentemente tanto en padres como en adolescentes que consumen, existe una enorme falla en la toma de decisiones. Es la experiencia, y las consecuencias de los comportamientos lo que realmente puede formar a los jóvenes en este aspecto, sin embargo allí la familia debe ejercer un rol de equilibrio, sobre todo porque el adolescente quiere probarlo todo tenga consecuencias positivas o negativas, no es necesario experimentar algo muy negativo que puede tener consecuencias irreversibles como por ejemplo pandillismo, delincuencia, adicciones para decidir sobre ello, ya que el solo probarlo cambiara para siempre y sin reversa su vida, muy seguramente vera frustrados todos sus sueños y no podrá ser quien quería ser.

Estudio de Caso: Paciente JVG

75

Es tan importante decir sí, que decir no ante alguna circunstancia, por ejemplo si él no se refiere a no ayudar a otros, es un acto de rebeldía que lo único que le trae es soledad y aislamiento, sin embargo si es no a seguir alguna tendencia juvenil que puede dañarlo para siempre, esa decisión debe ser firme y saber que aunque se deba pagar una alto precio por haberla tomado, bien vale la pena y redundara en beneficios a mediano y largo plazo y esto debe ser formado en casa y en la escuela. Por el contrario si se trata de decidirse por un sí hacer cosas que lo enriquecen, a compartir con personas que lo construyen, a comprometerse en el logro de sus sueños, pues seguramente tomara buenas decisiones, pero cuando el sí se enfoca a involucrarse en conductas de riesgo para sí mismo y para los demás la decisión es incorrecta.

Ahora bien en la toma decisiones existe mucho más que irse por un sí o un no, detrás hay todo un proceso donde el adolescente puede contemplar escenarios diferentes con sus posibilidades, anticipándose y tratando de sopesar que es lo que más le conviene, si lo que le agrada le hace daño así mismo u a otros, o si no, si tiene alta opción de ganar y tener consecuencias agradables o si por el contrario las posibilidades reales están en contra y la decisión que va a tomar al evaluarse a profundidad no es la más adecuada. El desarrollo de esta competencia debe ser apoyado permanentemente por padres y docentes, para que el adolescente se sienta acompañado y aprenda a decidir bien.

Factores de riesgo

El Departamento de Educación de los Estados Unidos (2006) indica que entre los principales aspectos detonantes de problemas de índole comportamental y afectiva que pueden resultar en adicciones y consumo por parte de los adolescentes se encuentran:

a. La pobreza: Esta una condición de vida, que afecta de manera significativa a los adolescentes, no podemos muchas veces juzgar a los padres por esta condición pero lo que sí es cierto es que debido a ella, las oportunidades de desarrollo del joven en el ámbito formativo se reducen, los círculos sociales donde se relaciona están mucho más cargados y complicados por las circunstancias y las problemáticas del entorno, el acceso a mejores oportunidades de educación se restringe, así como los recursos y apoyos que pueden complementar mejor su formación.

b. Vivir en hogares disfuncionales o desintegrados: El hecho de que un chico viva en un hogar donde solo hay uno de los padres, por divorcio o muerte, o que alguno de ellos haya reconstituido su vida de pareja con otra persona, afecta sensiblemente el desarrollo de los jóvenes en muchos aspectos, ya que se están generando desbalances, debido a que tanto padres como madre, juegan un rol fundamental en el crecimiento y formación de los adolescentes en aspectos como la educación, manutención, problemas con adicciones, sexualidad, rendimiento escolar y dificultades en el relacionamiento social.

c. Falta de supervisión adulta: Es uno de los factores que generan responsabilidad directa de los padres en los problemas que puedan generarse en los adolescentes, son ellos quienes deben poner límites y consecuencias adecuadas ante el desacato de las reglas y normas de la casa, así como ejercer ciertas funciones de supervisión, lo cual es fundamental para modelar el desarrollo y comportamiento en esta etapa. Pero es mucho más usual encontrar que no existe un acompañamiento asertivo por parte de los adultos, lo cual se ve reflejado en adolescentes, desorientados, airados y desesperados.

d. Ser temerarios y no calcular las consecuencias de las situaciones: El subestimar los riesgos es habitual en los adolescentes en diferentes circunstancias. Es más seguro que esto

se presente cuando está en juego su imagen, cuando quieren mostrarse frente a sus amigos como el más capaz. Cuando creen estar en capacidad de poder controlar los riesgos y/o tienen expectativas de daños pocos significativos, cuando se relacionan y quieren impresionar a alguien en especial o cuando tienen una actitud fatalista y creen que los riesgos son inevitables.

e. Tener malas relaciones con padres y otros adultos del entorno familiar: También es contraproducente, debido a que los lazos comunicacionales con los chicos en esa edad se dificultan notablemente, las conversaciones se limitan al colegio y los amigos; por lo tanto el abordaje de temas como el sexo, las relaciones de pareja, el consumo de sustancias psicoactivas o actividades privadas son prácticamente nulas. Cuando el tratamiento de estos temas es inadecuado por parte de los adultos, los jóvenes asumen esto como una intromisión abusiva en su vida, como control por parte de los padres y si adicional a ello, estos incumplen acuerdos, son injustos o no dan buen ejemplo, serán desafectados por estos hijos, perderán su confianza, por su parte los adolescentes buscaran otros interlocutores para comentar sus situaciones.

f. Autoestima deficiente: Cada adolescente va formando su propio camino en la vida y en ese trasegar también va desarrollando su autoestima, este es un proceso gradual, pero hay que tener cuidado para que no caiga en un cumulo de creencias negativas sobre sí mismo. Es importante establecer que pueden ocurrir hechos que afecten sensiblemente el desarrollo de la autoestima como ser víctima de abusos sociales, físicos, emocionales o sexuales y la respectiva pérdida del control asociada al tipo de abuso sufrido, también pueden surgir problemas por bajo desempeño académico, miedo a no cumplir con las expectativas que los padres tiene con respecto a ellos, sufrir discriminación o sentirse raros

y excluidos. Todo lo anterior afecta notoria y permanentemente su conducta y su calidad de vida.

g. Asistir a escuelas de baja calidad y pobre nivel académico: Afectan sustancialmente el desarrollo de los adolescentes, debido que los estamentos educativos que tienen esta condición, limitan las posibilidades formativas y de competencia del chico, si no se cuentan con recursos idóneos, profesores preparados, métodos de enseñanza, el tiempo dedicado a la instrucción y los recursos materiales de las escuelas que no sean los más adecuados, definitivamente se afectara el desempeño académico de los chicos y este problema se agrava cuando el entorno de la escuela está relacionado con las condiciones culturales y socioeconómicas locales, siendo ésta mayor en relación al trasfondo familiar en comunidades empobrecidas, lo que hace que niños tiendan a desertar del ámbito escolar.

El uso de sustancias psicoactivas en adolescentes afecta directamente el desempeño escolar, entendiendo este como: “Es por eso que se debe de tener claro lo que implica el hablar de rendimiento escolar y es así como se debe tener muy claro que éste no es un sinónimo de capacidad intelectual, aptitudes o competencias (Torres, 2006), el rendimiento escolar es el producto del proceso de enseñanza-aprendizaje (Castro, 1998), en el cual no se pretende ver cuánto el alumno ha memorizado acerca de algún tema en concreto, sino de aquellos conocimientos aprendidos en dicho proceso y como los va incorporando a su conducta el estudiante”. (Psicoinforma, sf.).

Los padres exigen alto rendimiento escolar a estos jóvenes, sin considerar las capacidades e intereses reales del adolescente, ni las problemáticas familiares y personales por las que puede estar pasando, esto hace que se siente presionado todo el tiempo, puede empezar a presentar altos niveles de ansiedad, por el temor a defraudar a sus padres y por

considerar que no puede permitirse fallar en lo más mínimo, lo cual entre todas las problemáticas que atraviesa el adolescente puede ser un factor de incremento de consumo y de pérdida total de interés en el estudio. En cuanto al ambiente familiar en general, si el chico llega a casa y se encuentra con constantes discusiones y gritos entre sus padres, con maltratos constantes hacia él mismo, seguramente se sentirá deprimido y desmotivado lo cual se verá reflejado en que no desarrolle sus deberes escolares o que los haga mal porque no puede concentrarse.

Precisamente enfatizando los factores de riesgo anteriormente mencionados Aguirre-Guiza, N. (2016) recalca nuevamente que entre los principales factores desencadenantes del abuso de sustancias en adolescentes es la falta de atención por parte de los padres, están la poca atención por parte de los padres, relaciones familiares disfuncionales y comunicación familiar agresiva o inasertiva.

Evidentemente el abuso de consumo de sustancias en la adolescencia, afecta directamente a su núcleo familiar, al respecto Ruíz, A. & cols (2012) indican claramente que:

Se reconoce que la familia, al ser el grupo primario, recibe las consecuencias directas de la adicción tales como: el deterioro de las relaciones familiares, hostilidad, desequilibrio afectivo y problemas de comunicación. De igual manera, el consumo de sustancias acarrea secuelas sociales, como el incremento de delincuencia, desintegración de las instituciones, baja productividad, incremento de accidentes y mortalidad. (pág. 111).

8.5 Terapia cognitiva en pacientes que presentan abuso de sustancias

La terapia cognitiva en pacientes que presentan abuso de sustancias, puede definirse desde Llorente del Pozo, J e Iraurgi, I (2008) como: “Este paradigma centra su atención en los pensamientos, las actitudes y las creencias que influyen en la conducta y, a su vez, regulan la relación entre el estímulo evocador del consumo y sus consecuencias” (p. 255). El centro de la terapia cognitiva se enfoca en lograr un diagnóstico lo más completo posible para encaminar el tratamiento hacia hacer re estructuración cognitiva de pensamientos y creencias falsas e inadecuadas por pensamientos más realistas y positivos que le permitan al paciente aumentar su percepción de autocontrol (mediante técnicas de autocontrol) para que la traduzca en los consecuentes comportamientos adecuados, trabajando específicamente y de manera conjunta con el terapeuta en el cambio de creencias adictivas, creencias orientadas al alivio y creencias permisivas.

Para esto los autores citados anteriormente, proponen un proceso de seis fases:

- a. Evaluar las creencias entre paciente y terapeuta, enseñándole al paciente como se hace.
- b. Orientar al paciente para que comprenda de que se trata la terapia cognitiva, y cuál es su rol en ella.
- c. Analizar y poner a prueba las creencias adictivas.
- d. Desarrollar creencias de control sobre la abstinencia.
- e. Poner en practica la activación de creencias de control de la conducta, sin el uso de sustancias psicoactivas.
- f. Entre una sesión y otra, el terapeuta asigna al paciente actividades para fomentar las creencias de control y el paciente se esfuerza por poner en práctica.

La terapia cognitiva en pacientes adolescentes que presentan abuso de sustancias, se enmarca en un modelo clínico, que parte de un diagnóstico cognitivo conductual para poder llegar al planteamiento y aplicación de un tratamiento adecuado al caso específico del paciente, a partir del estudio profundo del caso, teniendo como técnicas principales la entrevista a profundidad. (Maiquez, M & Capote, C. 2002).

Claramente el abordaje de las patologías de adicciones es complejo y no se plantea desde un solo modelo o enfoque, sin embargo específicamente la terapia cognitiva en pacientes con abuso de sustancias es de las más completas puesto que se interesa por los pensamientos, los comportamientos, los aspectos biológicos y el contexto del paciente. De acuerdo a Llorente del Pozo, J e Iraurgi, I (2008), estas terapias cognitivas son las más adecuadas con pacientes que expresan querer salir del consumo pero continúan con él. Igualmente Secades y Fernández-Hermida citados en Llorente del Pozo, J e Iraurgi, I (2008) indican que una de las tres terapias más eficaces en estos casos de abuso de consumos de sustancias, es precisamente la cognitivo - conductual de habilidades de afrontamiento.

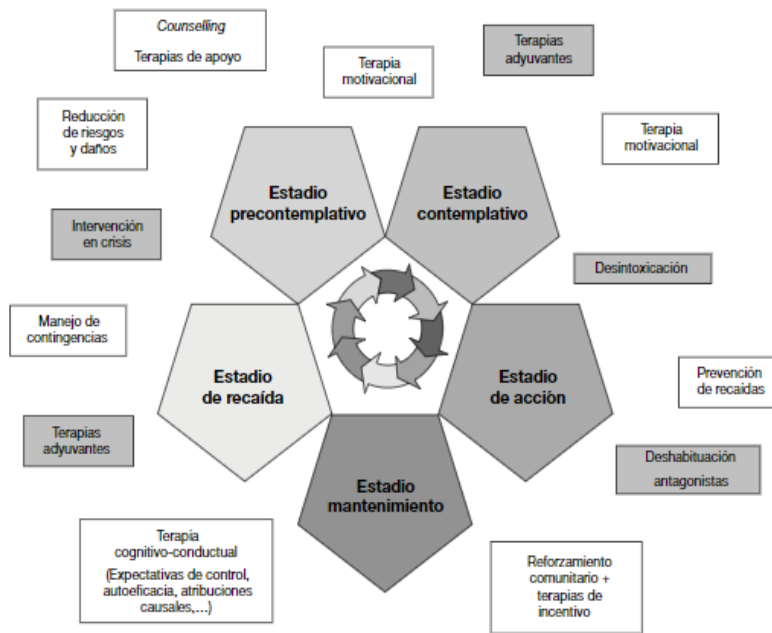
Este tipo de terapia ha puesto énfasis en las habilidades parentales, puesto que (Rueda, P. 2003), es un déficit recurrente en padres de adolescentes consumidores, por supuesto se acompaña de todo un trabajo en pautas de crianza. El tema se está tratando fuertemente también a nivel preventivo, especialmente en las escuelas de padres en colegios. Sin embargo, por su efectividad una de las principales tendencias actuales de la terapia cognitiva en pacientes que presentan abuso de sustancias es el enfoque familiar, especialmente en el caso de adolescentes buscando vincular en el proceso de recuperación no solo al joven, sino también a su núcleo familiar más cercano desde la comunicación

asertiva, generación de confianza y respeto a partir de espacio de diálogo abiertos y permanentes acompañados de cambios conductuales a partir de reestructuración cognitiva, igualmente desde el re enfoque de las relaciones familiares hacia la reconstrucción de pautas de crianza asertivas. Trabajando conjuntamente para que la familia deje de ser un factor de riesgo y se convierta en un factor protector.

En el marco de las terapias cognitivas en pacientes que presentan abuso de sustancias, es fundamental determinar los antecedentes y desencadenantes principales del problema, al respecto Soto, M. (2017), argumenta que en la mayoría de las familias de adolescentes consumidores, se presentan complejos conflictos familiares que usualmente datan de largo tiempo, además cuando el joven entra en consumo se genera codependencia en la familia, lo cual cambia fuerte y negativamente las dinámicas de quienes componen dichas familias, tener estas claridades desde la terapia cognitiva es fundamental para que el terapeuta pueda plantear un diagnóstico robusto, lo que a su vez le permite trazar los objetivos, estrategias y rutas más adecuadas.

En la siguiente figura, se muestra el rol de la terapia cognitiva en este tipo de problemáticas:

Figura 8-1 Terapia cognitiva en pacientes con abuso de sustancias



Tomado de: Llorente del Pozo, J e Iraurgi, I (2008)

9. ANÁLISIS DEL CASO

Se logra por completo el objetivo general desde los diferentes aspectos así:

Caracterizar los componentes personales

Una característica fundamental es la privación emocional que se viene dando desde que el paciente es un niño, por lo que se sintió indefenso porque percibe que no le han dado el amor suficiente y eso hace que caiga en sensación de abandono, por esta falta de amor se sintió vulnerable, y en sus creencias erróneas se arraiga el considerar que no tiene las competencias suficientes.

Denota tristeza constante que se expresa Irritabilidad, tristeza, rabia hacia padrastro y mamá, cotidianamente

Este adolescente manifiesta constante y alta necesidad de atención, afecto y comunicación asertiva, se caracteriza por establecer amistades desde los 7 años con jóvenes que están fuera de casa en el barrio o en las esquinas, con dificultad para relacionarse con figuras de autoridad ejemplo madre, padrastro, hermanos o docentes.

Aspectos socios familiares

Al momento de evaluar el inventario de Beck muestra una conducta depresogénica infantil más hacia la irritabilidad, desde la conducta del desafío “me voy a consumir para causarle daño”, su consumo es una conducta meditativa ahora que sabe que afecta a la familia ya que el padrastro no tiene una conducta proactiva con él. A partir de ese ambiente poco estimulante el paciente desencadena una conducta depresogénica o la necesidad de buscar algo que estimule como es el consumo.

Estudio de Caso: Paciente JVG

85

La relación con la madre y el padrastro empieza a complicarse desde que el paciente tiene 12 años, a fecha actual casi nunca habla con el padrastro porque está todo el día en la calle y llega a la casa solo a dormir, la relación con la mamá aunque es afectiva es percibida como altamente demandante, estos padres denotan pautas de crianza inasertivas, desde la agresión, el autoritarismo y la alta exigencia con poco espacio al dialogo, bajo refuerzo positivo y discusiones permanentes.

Aspectos evolutivos

Las problemáticas de bajo rendimiento escolar, inician a los 12 años, aunque realmente los antecedentes importantes datan desde los 4 años cuando muere el padre, luego a los 5 años la madre empieza una relación con el padrastro con lo el paciente nunca ha estado de acuerdo, luego a los 7 años se alejan de la abuela por que se radican en otro lugar, esto le afecta porque ella es una figura afectiva muy importante, escapa a los 12 de años de casa precisamente para devolverse donde la abuela pero la mamá lo busca, a los 13 años empieza a perder años, se inicia consumo, relaciona en contextos vulnerables con amigos que están en la calle, pasa cada vez más tiempo fuera de casa, a los 15 años el consumo se exagera, lleva ya dos años llegando tarde a casa solo a dormir, lo cual incrementa la sensación de tristeza y soledad que coincide con los resultados de conducta depresogenica. El duelo no resuelto respecto a la muerte del padre continua hasta la fecha actual. Es internado por su mamá respecto al tema de consumo.

Estudio de Caso: Paciente JVG

86

Se aplica la terapia cognitiva – conductual llevando primero al paciente desde una primera sesión donde no quería hablar nada, ni cooperar, a paulatinamente ir expresando sentimientos y carencias afectivas profundas, con reestructuración cognitiva frente a la negación de consumo, tema que se convirtió en el más complejo de avanzar hasta el final de las sesiones, también se fue llevando a reflexionar sobre lo que realmente le molesta o aprecia de su madre, y a entender que como red de apoyo real tiene a su hermano mayor que ya tiene un hogar propio, a su abuela, y a su mamá para poder restaurar la relación con ella.

Todo lo anterior ha hecho que este paciente sea vulnerable a la dependencia y ha creado en el un estilo de afrontamiento usualmente evitativo, desde la deprivación emocional que percibe desde niño a partir de la muerte del padre, la relación afectiva demandante y agresiva con la madre y distante y pasivo agresiva con el padrastro, refugiándose en amigos que están fuera de casa que también consumen, el busca refugio en estos amigos y en el consumo para evitar la soledad y tristeza que siente, estos aspectos actúan como factores de desarrollo y predisposición de vulnerabilidad psicológica para el consumo de sustancias de un adolescente, influenciando claramente la construcción de personalidad desde la vulnerabilidad y la carencia afectiva.

10. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En el análisis del caso se apreció estado de ánimo depresogénico, problemas intrafamiliares, vulnerabilidad a la dependencia y a la evitación y afecciones cognitivas de desamor y abandono. Los resultados obtenidos en el estudio de caso confirman las diferentes teorías ya mencionado anterior mente. El paciente fue objeto de estudio, en lo que respecta a los esquemas mal adaptativos, se aprecia una relación con los indicadores altos en la relación mala de los mismos con sus padres, siendo éste un criterio determinante que permite comprender la incidencia de la poca comunicación u orientación familiar sobre los efectos negativos del consumo de drogas, además de la relevancia que tiene el autocontrol y la toma de decisiones.

En total concordancia con Artaraz, B & cols (2017), cuando indican que un duelo no resuelto en la adolescencia se expresa a través de impulsividad, irritabilidad, agresividad, bajo rendimiento académico, aislamiento, etc, se encuentran todas estas problemáticas en el paciente de este caso, donde tiene frecuentes y fuertes discusiones con la madre y el padrastro por lo cual prefiere aislarse, además en los últimos años tiene bajo rendimiento académico y continua en consumo de SPA.

Precisamente en los duelos no resueltos desde la niñez, ya cuando el chico va creciendo se exacerban los sentimientos de culpa por que estuvieron convencidos que algún error en su comportamiento causo la muerte de su allegado, además el anhelo de volver a ver a esta persona puede incrementarse en etapas de pubertad y adolescencia porque se van dando cuenta que ese ser humano no va a regresar. Para cualquier persona es difícil superar un duelo especialmente de personas muy cercanas, más lo es para el adolescente que está en

una etapa de exacerbación de los sentimientos, duelos o traumas no resueltos adecuadamente en la niñez resurgen en esta etapa con gran fuerza.

Para el caso específico de este paciente el duelo no resuelto ni tratado adecuadamente que trae desde la niñez por la muerte de su padre es un antecedente fundamental, en el cual apalanca gran parte de su soledad y frustración, además expresa que consume para no sentir ese vacío del padre, aduciendo que si este estuviera vivo, él no tendría estos problemas

El caso objeto de estudio, concuerda con la investigación realizada por Guerrero *et al.* (2015), a través de un estudio cuantitativo de alcance descriptivo y corte transversal, el cual permitió conocer que los adolescentes en edad de 15 años consumidores de cannabis presentaron dificultad en cuanto al control del comportamiento, afectando además el desarrollo cognitivo de éstos, concordando además con el estudio realizado por Chaucharda *et al.* (2014), el cual a su vez dio cuenta de que el consumo de sustancias psicoactivas hace a los adolescentes mayormente propensos a estado de ánimo, problemas intrafamiliares, entre otros.

Se explica la predominancia de los dominios de orientación hacia los otros, desconexión-rechazo, sobrevigilancia e inhibición y autonomía-desempeño. En el primer dominio se destacan altas puntuaciones en el esquema de autosacrificio caracterizado por la percepción de cuidar a quienes les rodean, de escuchar y estar disponible para quienes le importa sin límites, lo cual puede estar sustentado sobre su necesidad de ser aprobado especialmente por su grupo de pares. En el dominio de desconexión y rechazo se acentúan los esquemas de privación y abandono que coinciden con temores a estar solo, de no ser

aceptado o querido por quienes lo rodean, lo cual correlaciona con la información obtenida de sus experiencias tempranas en su contexto familiar: escaso vínculo afectivo establecido con la madre vs vínculo seguro con el padre en la infancia pero con experiencias de rechazo de su progenitor a causa de su orientación sexual.

En los dominios de sobrevigilancia e inhibición y autonomía y desempeño, se explica que presenta puntuaciones con respecto al esquema de inhibición emocional por debajo del percentil inferior, demarca pocos o nulos límites a la hora de expresar emociones y sentimientos, lo que a la entrevista se corrobora manifestando la fuerte necesidad de dar a conocer a quienes le rodean su estado de ánimo, especialmente expresión de inconformismo, enojo, tristeza y desesperanza. En el dominio de límites insuficientes es de resaltar el insuficiente control y autodisciplina en la ejecución y terminación de tareas rutinarias, lo que se asocia con las continuas disputas en su núcleo familiar.

De acuerdo con los resultados, se plantea que los esquemas instaurados se han consolidado a través del tiempo en estructuras estables, activas, dinámicas y, especialmente contribuyentes de predisposición psicológica configurándose así su sistema de creencias.

Todo el aspecto de los esquemas encontrados en este paciente, concuerdan directamente con la teoría de Yung (1990) que enfatiza que los esquemas desadaptativos cristalizados en la niñez influirán altamente para el desarrollo de comportamientos inadecuados que se repiten a lo largo de las diferentes etapas del ciclo vital.

Aclarando el tema de las reconstituciones familiares, Flórez, C. (2016) aclara que: Las familias en Colombia, al igual que en el resto de países de la región Latinoamericana, han sufrido transformaciones en las últimas décadas, asociadas a los procesos de transición

Estudio de Caso: Paciente JVG

90

demográfica, modernización, revolución sexual, transformación educativa, inserción de la mujer en la fuerza laboral, entre otros (p. 8).

Las diferentes reconstituciones familiares han modificado mucho la forma de educar a los chicos y de relacionarse con ellos, por supuesto en la etapa de la adolescencia todo se exagera y los conflictos se vuelven frecuentes y van tomando dimensiones más complejas que en otras etapas, ya que por una parte los hijos están bombardeados por cambios físicos, psicológicos, emocionales, por las exigencias de sus pares y de su entorno y por otro los padres no se sienten preparados para estos cambios fuertes y para saber afrontar los conflictos que surgen de la mejor manera posible

Si la familia es disfuncional, si no ha existido un acompañamiento y apoyo por parte de las figuras paternas al desarrollo personal del chico, lo que se encontrara es un comportamiento disonante, alejado del entorno con desarraigo hacia la familia y en ocasiones hasta inversión de valores y adquisición de malos hábitos.

Un aspecto muy importante que se relaciona con las respuestas que ha venido presentando este paciente es que por otra parte, el insertarse en una nueva familia donde uno de los dos miembros de la pareja no es su padre o su madre, pero aun así esta nueva persona le da órdenes y él no comprende esta situación, surgen de esa nueva familia hermanos que pueden ser preferidos por parte de quien no es su padre y él se siente rechazado y molesto con todo esto pero no sabe cómo resolverlo, callando en la mayoría de ocasiones, pero estallando al final y generándose muchos conflictos dentro de esta nueva reconstitución familiar.

Estudio de Caso: Paciente JVG

91

Batllori (2016), advierte que el rol de la familia es fundamental como factor protector para evitar que los adolescentes puedan presentar consumo de SPA, en el caso de este paciente se encuentra que por el contrario el deteriorado relacionamiento con su madre y con su padrastro, lo hacen sentir triste, y querer estar fuera de la casa como lo indico el propio paciente en varias de las consultas, lo que además concuerda con los resultados de las pruebas aplicadas.

Si no hay un acompañamiento permanente al adolescente, este puede confundirse fácilmente o dejarse influenciar por personas o medios inadecuados como redes delictivas, adicciones, consumo de sustancias, entre otros muchos riesgos, cayendo muchas veces sin saberlo en pozos sin salida y otras veces de manera predeterminada conociendo por anticipado lo que puede sucederle, pero no le importa porque no tiene claros sus valores y lo más importante es para él en este momento es vivir de todo y de cualquier manera. En este caso precisamente vemos que en el afán de ser aceptado y sentirse amado, el paciente se deja influenciar fuertemente por su grupo de pares, hacia el consumo de SPA.

El Departamento de Educación de los Estados Unidos enfatiza en que, entre los principales factores de riesgo para problemas emocionales, psicológicos y comportamentales que pueden llevar a los adolescentes a consumir están: - Vivir en hogares disfuncionales o desintegrados - tener malas relaciones con padres y otros adultos del entorno familiar, - autoestima deficiente, - asistir a escuelas de bajo nivel académico.

Precisamente como se evidencia a través de entrevistas, observaciones y la aplicación de las pruebas, este paciente se encuentra diariamente entre todos estos factores de riesgo, por una parte nunca ha estado de acuerdo con que su mamá haya organizado una nueva

Estudio de Caso: Paciente JVG

92

vida con el padrastro, lo cual en los últimos ha años ha deteriorado significativamente la relación entre los tres con fuertes discusiones, ante las cuales el paciente prefiere estar afuera de la casa donde se relación con pares que consumen en un eterno complejo que propicia el consumo y su venta, todo lo anterior afecta su rendimiento académico y está repitiendo el grado séptimo por tercera vez, en su aspecto cognitivo la tendencia depresiva y ansiosa hace que se considere dependiente de los demás y con una alta necesidad de afecto y aprobación para llenar sus vacíos emocionales.

Los jóvenes que viven en hogares desintegrados tienen más riesgo de abandonar la escuela, están más expuestos a la condición de la pobreza, aparecen factores como el desarrollo cognitivo prematuro acompañado de una juventud temprana, lo que potencializa el desarrollo de desórdenes afectivos y conductuales-

11. REFERENCIAS

- Aguirre-Guiza, N. (2016). Factores familiares de riesgo de consumo de sustancias. O. B.-P.-I. Tolima, Colombia
- Andrade, J., & Torres, D. (2016). Estado del arte del consumo de sustancias psicoactivas en el departamento del Quindío, en el periodo 2019-2012. *Drugs and Addictive Behavior*, 1(1), 29-52. Obtenido de <https://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/DAB/article/view/1756/1437>
- Artaraz, B & cols. 2017. Guía sobre el duelo en la infancia y la adolescencia. Formación para madres, padres y profesorado. Colegio de Médicos de Bizkaia. España.
- Arregui, Z. P., Rodríguez, I. A., & Tavares, D. M. (2017). Familia: Historia y cultura. Universidad de Navarra. España
- Batllori, A. (2016). El consumo de drogas entre adolescentes: Prevención en la escuela y en la familia. Narcea, S.A de Ediciones. España. Disponible en: <https://ebookcentral.proquest.com>
- Beck, A., & Clark, D. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de Ansiedad*. (J. Aldekoa, Trad.) Bilbao: Desclee De Brouer. Obtenido de <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=WZz-DQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT4&dq=ansiedad+beck&ots=VmWkB6c7gC&sig=YE-NqKAE8oX4DssREm2VNGPWk8Q#v=onepage&q=drogas&f=false>
- Beck, A., & Steer, R. (2011). Manual. BAI. Inventario de Ansiedad de Beck. *Adaptación Española de Sanz, J.* Madrid: Pearson Educación.
- Castrellón, D., Chávez, L., Ferrer, A., Londoño, N., Maestre, K., Marín, C., & Schinitter, M. (2005). Validación del Yong Schema Questionnaire Long Form - Second Edition (YSQ - L2) en población colombiana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37(3), 541-560. Obtenido de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rlp/v37n3/v37n3a07.pdf>
- Chaucharda, E., Goutaudier, N., Valls, M., Melioli, T., Van Leeuwen, N., & Chabrol, H. (2014). Consommation de cannabis et comportements antisociaux dans un échantillon d'adolescents scolarisés. *L'Encéphale Journal*, 40(5), 378-391.
- Correa, A., & Pérez, A. (2013). Relación e impacto del consumo de sustancias psicoactivas sobre la salud en Colombia. *Liberabit*, 19(2), 153-162. Obtenido de <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v19n2/a01v19n2.pdf>

Departamento de Educación de los Estados Unidos, (2006). Como ayudar a sus hijos en los primeros años de la adolescencia. Oficina de Comunicaciones y Relaciones Comunitarias, Washington D.C

Flórez, C. (2016). Tipologías de Familias en Colombia: Evolución 1993 – 2014. Bogotá D.C. Colombia. Departamento Nacional de Planeación.

Espinoza, L. (2008). Perfiles clínicos de personalidad en consumidores y no consumidores de marihuana. *Revista Española de Drogodependencias*, 33(2), 206-222. Obtenido de <https://core.ac.uk/download/pdf/41563349.pdf>

García, V., Luque, B., & Santos, M. (2017). La autorregulación emocional en la depresión y el deterioro cognitivo de consumidores de sustancias psicoactivas. *Health and Addictions*, 17(2), 12-136. Obtenido de https://www.researchgate.net/profile/Carmen_Taberner/publication/320897189_La_autorregulacion_emocional_en_la_depresion_y_el_deterioro_cognitivo_de_consumidores_de_sustancias_psicoactivas/links/5a548945a6fdccf3e2e2ecee/La-autorregulacion-emocional-en-la-

Guerrero, M., Galván, G., Pinedo, J., Vàsquez, F., Torres, F., & Torres, J. (2015). Prevalencia de vida de uso de cannabis y rendimiento académico en adolescentes. *Salud Uninorte*, 31(3), 467-478. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.14482/sun.31.3.8046>

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), Dirección Nacional de Estupefacientes (DNE). (2010). Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes en conflicto con la ley en Colombia. Gobierno Nacional de Colombia. Alvi Impresores Ltda. Bogotá, Colombia.

Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas. (2010). Principios de tratamientos para la drogadicción. Una guía basada en las investigaciones. Estados Unidos: NIH.

Krauskopof, D. (1999). El desarrollo psicológico en la adolescencia: las transformaciones en una época de cambios. *Adolescencia y Salud*, 1(2), 23-31.

Lanni (2002). La convivencia escolar: una tarea necesaria, posible y compleja. Secretaria de Educación de Buenos Aires. Argentina.

Llorente del Pozo, J e Iraurgi, I (2008). Tratamiento cognitivo conductual aplicado en la deshabituación de la cocaína. Hospital de Día de Toxicomanías: Módulo de Asistencia Psicosocial. Vizcaya. España.

Luna, C., Castro, J., Castellanos, L., & Trujillo, M. (2017). Consumo de sustancias psicoactivas y trastornos de la personalidad: estudio comparativo entre personas consumidoras y no consumidoras. *Drugs and Addictive Behavior*, 2(2), 236-254.

Obtenido de

<https://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/DAB/article/view/2443/1862>

Maiquez, M & Capote, C. (2002). Modelos y Enfoques en Intervención Familia. Tenerife. España. Universidad de La Laguna.

Ministerio de Salud y Protección Social. (Junio de 2014). Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia - 2013. *Informe Final*. Bogotá, Colombia.

Obtenido de

https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio_de_Consumo_UNODC.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (Septiembre de 2015). Encuesta Nacional de Salud Mental. Bogotá, Colombia. Obtenido de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/presentacion-encuesta-nacional-salud-mental-2015.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (24 de Agosto de 2018). Consumo de drogas es un tema de salud mental. Bogotá, Colombia. Obtenido de

<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Consumo-de-drogas-es-un-tema-de-salud-mental.aspx>

Ministerio de Trabajo y asuntos sociales de España. (2006). Estrategias para prevenir y afrontar conflictos en las relaciones familiares (padres e hijos) (Vol. 3). Madrid, España: Subdirección General de Información Administrativa y Publicaciones.

Monteagudo, M., Rodríguez, T., Puello, J., Zabaleta, E., Mercader, M., García, J., & Bolívar, B. (2013). Gender differences in negative mood states in secondary school students: health survey in Catalonia. *Gaceta Sanitaria*, 27, 32-39.
doi:10.1016/j.gaceta.2012.01.009

Moreno, F. A. (2015). La adolescencia. Editorial UOC. (España). Disponible en: <https://ebookcentral.proquest.com>

Observatorio de Drogas de Colombia . (Octubre de 2017). Reporte de Drogas de Colombia - 2017. Bogotá . Obtenido de

http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/odc-libro-blanco/reporte_drogas_colombia_2017.pdf

Organización Mundial de la Salud. (22 de Marzo de 2018). Depresión. *Datos y cifras*. Ginebra. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/depression>

Oruño, J., Fonseca, E., Paíno, M., & Aritio, R. (2014). Prevalence of emotional and behavioral symptomatology in Spanish adolescents. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 7, 121-130. Obtenido de :10.1016/j.rpsm.2013.12.003

- Palacios, J., & Cañas, J. (2010). Características psicosociales asociadas al consumo de alcohol, tabaco y drogas en adolescentes de Chiapas. *Psicología iberoamericana*, 18(2), 27-36.
- Psicoinforma. (sf). Definición de rendimiento escolar. Recuperado de: <https://sites.google.com/site/psicoinforma05/rendimiento-escolar/definicion>
- Roussos, A. (2007). El diseño de caso único en investigación en psicología clínica. Un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVI (3), 261-270.
- Rueda, P. (2003). La intervención psicosocial: El psicólogo de la comunidad. Recuperado de: <https://ebookcentral.proquest.com>
- Ruiz Martínez, A. O., Hernández Cera, M. I., de Jesús Mayrén Arévalo, P. J., & De Lourdes Vargas, S. M. (2012). Funcionamiento familiar de consumidores de sustancias adictivas con y sin conducta delictiva. Universidad Autónoma del Estado de México, México.
- Soto, M. (2017). ¿Cómo Abordar la Adicción en la Familia? Una Mirada a lo Psicosocial desde la Terapia Familiar con Adictos a las Sustancias Psicoactivas. Fundación Universitaria Luis Amigó. Antioquia, Colombia.
- Universidad del Tercer Milenio. (2017). Vida y Familia. UNID Editorial- México.
- UNODC. (2018). Resumen, conclusiones y consecuencias en materia de políticas. *Informe Mundial sobre Drogas*. Ginebra. Obtenido de https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_ExSum_Spanish.pdf
- Vega, J., Coronado, O., & Mazzotti, G. (2014). Validez de una versión en español del Inventario de Depresión de Beck en pacientes hospitalizados de medicina general. *Neuropsiquiatr*, 77(2), 95-103. Obtenido de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v77n2/v77n2ao2.pdf>
- Young, J. (1999). *Reinventing Your Life*. New York: Plume.

Estudio de Caso: Paciente JVG

97

12. ANEXOS

Anexo A. Pruebas administrada (FORMATOS APLICADOS CON SUS RESPUESTAS)

1. ACUERDO QUE SE HIZO EN PRIMERA ENTREVISTA CON EL PACIENTE PARA ASISTIR A SUS TERAPIAS Y CUMPLIR LOS COMPROMISOS.


I.P.S. FUNDACION SANTA MARTA POR EL NIÑO
¡SU SALUD Y BIENESTAR, SON NUESTRA PRIORIDAD!


AGOSTO 8 DEL 2018

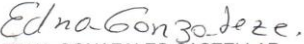
YO **JESUS VARGAS GONZALEZ** CON T.I **1051814202** ME COMPROMETO A QUE NO DEBO CONSUMIR DROGAS PSICOACTIVAS. EN CASO TAL DE QUE LO HAGA LO CONVERSARE CON MI MEDICO TRATANTE Y CON LA FAMILIA.

SI EN ALGUN MOMENTO CONSIDERAMOS QUE EL MENOR NO ESTA CUMPLIENDO CON LOS COMPROMISOS ESTABLECIDOS AERA INTERNADO EN CENTRO DE REHABILITACION

ATTE:


DIANA DIAZGRANADOS
MEDICO PSIQUIATRA


JESUS ALFONSO VARGAS
TI 1051814202


EDNA GONZALES CASTELLAR
CC 45465607

IPS FUNDACION SANTA MARTA POR EL NIÑO
¡SU SALUD Y BIENESTAR, SON NUESTRA PRIORIDAD! - NIT: 800.082.761-1
Dirección: Calle 26 # 4 - 05, El Prado. Teléfonos: 431 07 47 - Celular: 301 679 56 64.
Dirección electrónica: fusan_ips@hotmail.com
Santa Marta D.T.C.H., Magdalena - Colombia.

Estudio de Caso: Paciente JVG

98

2. CUESTIONARIO DE CREENCIAS CENTRALES DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD APLICADO EL DIA 23 DE AGOSTO DEL 2018

1. CUESTIONARIO DE CREENCIAS CENTRALES DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD, CCE-TP (Londoño, N.H., Maestre, K., Marín, C.A., Schnitter, M., Castrillón, D., Chaves, L. & Ferrer, A., 2007). Es un cuestionario que evalúa Creencias Centrales de los Trastornos de la Personalidad, de acuerdo con las categorías del perfil cognitivo: a) Creencias sobre uno mismo; b) Creencias relacionadas con los demás; c) Creencias sobre las amenazas percibidas; y d) Creencias sobre las estrategias interpersonales.

CREENCIAS CENTRALES DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD	PUNTAJE	VALORES DE REFERENCIA		DE ACUERDO A LOS PUNTAJES OBTENIDOS EL RESULTADO FUE:		
		X	Ds	BAJO Percentil 25	MEDIO Percentil 50	ALTO Percentil 75
1. ANTISOCIAL Items 1, 15, 29, 42, 52, 58, 62 y 64. <i>2 F 1</i> <i>1+1+3+3+2+2</i>	15	14,78	6,73	10	13	18
2. ESQUIZOTÍPICO / LIMITE Items 2, 16, 30, 43, 53, 59, 63 y 65. <i>3+2</i> <i>3+4+4+3+3+2</i>	24	14,40	6,84	9	12	17
3. HISTRIÓNICO / PATRÓN SEDUCTOR Items 3, 17, 31, 44, 54 y 60. <i>5+3+4+4+3+3</i>	22	19,85	6,5	15	20	24
4. PARANOIDE Items 4, 18, 32, 45, 55 y 61. <i>2+5+0+4+3+4</i>	23	17,16	6,75	12	17	21
5. EVITATIVO / AUTOPERCEPCIÓN NEGATIVA Items 5, 19, 33, 46 y 56. <i>3+2+2+3+3</i>	13	8,27	3,67	5	17	10
6. DEPENDIENTE Items 6, 20, 34, 47 y 57. <i>5+4+2+4+4</i>	19	10,41	4,91	7	9	13
7. HISTRIÓNICO / DEPENDENCIA EMOCIONAL Items 7, 21, 35 y 48. <i>1+2+2+5</i>	10	8,27	3,68	8	12	16
8. OBSESIVO COMPUSIVO / PERFECCIONISTA Items 8, 22, 36 y 49. <i>5+4+3+3</i>	15	15,07	4,82	11	15	19
9. EVITATIVO / HIPERSENSIBLE Items 9, 23, 37 y 50. <i>2+3+2+3</i>	10	11,97	4,97	8	11	15
10. OBSESIVO COMPUSIVO / CRÍTICO FRENTE A LOS DEMÁS Items 10, 24 y 38. <i>5+2+3</i>	10	6,5	3,4	4	6	8
11. NARCISISTA Items 11, 25, 39 y 51. <i>3+3+4+5</i>	15	11,42	4,73	8	11	15
12. PASIVO - AGRESIVO / TEMOR A SER DOMINADO Items 12, 26 y 40. <i>2+3+2</i>	7	11,98	3,94	9	12	15
13. PASIVO - AGRESIVO / CRÍTICO FRENTE A LA AUTORIDAD Items 13, 27 y 41. <i>6+2+5</i>	13	8,45	3,58	6	8	11
14. ESQUIZOIDE Items 14 y 28. <i>6+3</i>	9	4,2	2,38	2	4	6

Estudio de Caso: Paciente JVG

102

3. CUESTIONARIO ESQUEMA MAL ADAPTIVOS APLICADO EL DIA 28 DE AGOSTO DEL 2019.

CUESTIONARIO E.M.T.

Usted va a encontrar enumerada una serie de afirmaciones que cualquier persona podría usar para describirse a sí misma. Por favor lea cada afirmación y decida qué tan bien lo (a) describe a lo largo de su vida. Cuando encuentre algún conflicto, base su respuesta en lo que usted siente, no en lo que piensa debería contestar.

Valoración del puntaje:

1. No se ajusta a mí para nada durante mi vida.
2. Verdadero para mí, durante un período corto de mi vida, pero no por mucho tiempo.
3. Verdadero para mí ahora, pero no ha sido generalmente cierto durante mi vida.
4. Moderadamente verdadero para mí por un buen tiempo de mi vida.
5. Muy verdadero para mí por un buen tiempo de mi vida.
6. Me describe perfectamente en la mayor parte de mi vida.

	No	1	2	3	4	5	6
1 No me siento capaz de valerme por mí mismo.							
2 Necesito de otras personas que me ayuden a vivir	1	2	3	4	5	6	
3 No me siento que pueda enfrentarme bien a las cosas por mí mismo	1	2	3	4	5	6	
4 Creo que otras personas pueden cuidarme mejor de lo que yo mismo lo haría	1	2	3	4	5	6	
5 Tengo dificultades para empezar nuevas tareas a menos que alguien me guíe.	1	2	3	4	5	6	
6 Me veo a mí mismo como dependiente.	1	2	3	4	5	6	
7 Dejo que otras personas se salgan con la suya	1	2	3	4	5	6	
8 Pienso que si hago lo que quiero tendré problemas	1	2	3	4	5	6	
9 Siento que no tengo otras alternativas que ceder ante los deseos de los demás	1	2	3	4	5	6	
10 Antepongo las necesidades de los otros a las mías.	1	2	3	4	5	6	
11 En las relaciones interpersonales dejo que la otra persona lleve la delantera.	1	2	3	4	5	6	
12 Encuentro difícil ser yo mismo con otra gente.	1	2	3	4	5	6	
13 Realmente no se qué es lo que quiero para mí.	1	2	3	4	5	6	
14 No puedo expresar mi ira porque los demás me desaprobarán o me abandonarán.	1	2	3	4	5	6	
15 Pienso que las decisiones más importantes de mi vida no han sido realmente mías.	1	2	3	4	5	6	
16 Me siento culpable porque le quedo mal a la gente o los defraudo.	1	2	3	4	5	6	
17 Doy más a los demás de lo que recibo.	1	2	3	4	5	6	
18 Me preocupo por complacer a los demás.	1	2	3	4	5	6	
19 Acumulo dentro de mí un montón de ira y resentimiento que no puedo expresar	1	2	3	4	5	6	

No
Verdadero
Verdadero
Te describe perfectamente

Estudio de Caso: Paciente JVG

103

20	Tengo gran dificultad para pedir que mis derechos sean respetados y que mis sentimientos sean tenidos en cuenta.	1	2	3	4	5	6
21	Siento con frecuencia que algo va a ocurrir.	1	2	3	4	5	6
22	Pienso que un desastre (natural, criminal, financiero, médico)...	1	2	3	4	5	6
23	Me preocupa volverme un vagabundo o una persona de la calle.	1	2	3	4	5	6
24	Me preocupa la posibilidad de ser atacado.	1	2	3	4	5	6
25	Soy muy cuidadoso con el manejo del dinero para no correr el riesgo de terminar con nada.	1	2	3	4	5	6
26	Tomo grandes precauciones para no enfermarme o lastimarme	1	2	3	4	5	6
27	Me preocupa perder todo mi dinero y volverme pobre.	1	2	3	4	5	6
28	Me preocupo por la posibilidad de estar desarrollando una enfermedad grave, aún cuando nada serio ha sido detectado por el médico.	1	2	3	4	5	6
29	Soy una persona temerosa.	1	2	3	4	5	6
30	Prefiero hacer las cosas de la manera segura o familiar mas arriesgar lo inesperado.	1	2	3	4	5	6
31	Pienso mucho acerca de las cosas terribles que pasan en el mundo; el crimen, polución, etc.	1	2	3	4	5	6
32	Me preocupa perder el control de mis acciones	1	2	3	4	5	6
33	Pienso con frecuencia que podría enloquecer.	1	2	3	4	5	6
34	Siento con frecuencia que voy a tener un ataque de ansiedad	1	2	3	4	5	6
35	Me preocupa que yo pueda empezar a sonrojarme o a sudar delante de otros.	1	2	3	4	5	6
36	Con frecuencia me siento al borde del llanto incontrolable.	1	2	3	4	5	6
37	Me preocupa no ser capaz de controlar mis impulsos sexuales	1	2	3	4	5	6
38	Me preocupa que yo pueda dañar a alguien (física o emocionalmente) si mi ira se me sale de control.	1	2	3	4	5	6
39	Siento que tengo que controlar mis emociones e impulsos o algo malo puede ocurrir.	1	2	3	4	5	6
40	Nadie está disponible para satisfacer mis necesidades	1	2	3	4	5	6
41	No recibo suficiente amor ni atención.	1	2	3	4	5	6
42	No tengo a nadie que me pueda ayudar o aconsejar	1	2	3	4	5	6
43	No tengo a nadie que me mime, que comparta conmigo todo o que se preocupe profundamente por algo que me pase.	1	2	3	4	5	6
44	No tengo a nadie que quiera acercarseme afectivamente y que pase mucho tiempo conmigo.	1	2	3	4	5	6
45	Yo podría desaparecer de la faz de la tierra y nadie me extrañaría	1	2	3	4	5	6
46	Mis relaciones interpersonales son básicamente superficiales	1	2	3	4	5	6
47	No siento que yo sea especial para nadie	1	2	3	4	5	6

Estudio de Caso: Paciente JVG

104

48	Nadie realmente me escucha, entiende o está sintonizado con mis verdaderas necesidades y sentimientos	①	2	3	4	5	6
49	Estoy destinado a estar solo siempre.	①	2	3	4	5	6
50	Me preocupa que alguien que yo ame muera pronto, aún cuando hay poca evidencia médica para sustentar mi preocupación.	1	2	3	4	⑤	6
51	Me encuentro a mí mismo muy aferrado a la gente que quiero.	1	2	3	4	5	⑥
52	Me preocupa que la gente que yo quiero me deje o abandone.	1	2	3	4	5	⑥
53	Siento que me falta una base estable de apoyo emocional.	1	2	3	④	5	6
54	No siento que las relaciones interpersonales importantes durarán. Yo espero que ellas se acaben.	①	2	3	4	5	6
55	Siento que muchas personas están ahí para herirme o aprovecharse de mí	①	2	3	4	5	6
56	Me tengo que proteger contra los ataques y desaires de los demás.	1	②	3	4	5	6
57	La mejor forma para mí de evitar ser dañado es atacar primero.	①	2	3	4	5	6
58	Siento que tengo que vengarme de la forma como me ha tratado la gente.	①	2	3	4	5	6
59	Siento que no puedo bajar la guardia en presencia de otras personas.	①	2	3	4	5	6
60	Si alguien es querido conmigo, yo asumo que debe estar detrás de algo.	①	2	3	4	5	6
61	Es solo una cuestión de tiempo antes que la gente me traicione	1	②	3	4	5	6
62	La mayoría de las personas solo piensan en ellas mismas.	①	2	3	4	5	6
63	Me da muchísima dificultad confiar en la gente.	①	2	3	4	5	6
64	Soy muy suspicaz acerca de los motivos de los otros.	①	2	3	4	5	6
65	Yo no quepo, no me ajusto a las situaciones sociales.	1	2	3	④	5	6
66	Yo soy fundamentalmente diferente a los demás	1	2	3	4	5	⑥
67	Soy un solitario	①	2	3	4	5	6
68	Me siento alineado por otra gente	①	2	3	4	5	6
69	Me siento aislado y solo	①	2	3	4	5	6
70	Ninguna persona que yo desee podrá amarme una vez conozca mis defectos.	1	2	3	4	⑤	6
71	Ninguna persona que yo quiera querrá permanecer cerca de mí si conociera mi verdadero yo.	1	2	3	4	⑤	6
72	Yo soy esencialmente imperfecto y defectuoso.	①	2	3	4	5	6
73	No importa qué tanto lo intente, yo no puedo hacer que una persona significativa me respete o sienta que soy valioso.	①	2	3	4	5	6
74	Yo no soy merecedor de amor, atención y respeto de los demás.	①	2	3	4	5	6
75	No soy sexualmente atractivo	1	2	3	4	5	⑥

Estudio de Caso: Paciente JVG

105

105	Tengo que ser el mejor en la mayoría de las cosas que yo hago, no puedo aceptar ser el segundo.	1	2	3	4	5	6
106	Me esfuerzo por mantener casi todo en perfecto orden	1	2	3	4	5	6
107	Tengo que lucir de la mejor forma la mayor parte del tiempo.	1	2	3	4	5	6
108	Yo trato de hacer lo mejor que puedo; no me puedo conformar con un simple "bien"	1	2	3	4	5	6
109	Tengo tanto que hacer que casi no tengo tiempo de relajarme.	1	2	3	4	5	6
110	Casi nada de lo que yo hago es lo suficientemente bueno; siempre puedo mejorar.	1	2	3	4	5	6
111	Yo tengo que cumplir todas mis responsabilidades.	1	2	3	4	5	6
112	Siento que hay una presión constante para que yo alcance y haga cosas.	1	2	3	4	5	6
113	Mis relaciones interpersonales se afectan, porque me presiono demasiado.	1	2	3	4	5	6
114	Mi salud se está afectando porque yo me pongo demasiada presión para hacer las cosas bien.	1	2	3	4	5	6
115	Con frecuencia sacrifico el placer y la felicidad para alcanzar mis propios estándares.	1	2	3	4	5	6

116	Tengo gran dificultad para aceptar un "NO" por respuesta cuando quiero algo de otra gente.	1	2	3	4	5	6
117	Con frecuencia me enojo o me irrito si no puedo conseguir lo que quiero.	1	2	3	4	5	6
118	Yo soy especial y no tengo que aceptar muchas de las restricciones que le ponen a los demás.	1	2	3	4	5	6
119	Odio sentirme frenado o restringido para hacer más cosas.	1	2	3	4	5	6
120	Tengo gran dificultad para aceptar aspectos de mi vida que no son de las cosas que yo quisiera que ellos fueran, aún cuando veo que objetivamente mi vida es buena.	1	2	3	4	5	6
121	Tengo gran dificultad para parar de beber, fumar, comer en exceso u otros problemas de comportamiento.	1	2	3	4	5	6
122	No parezco ser capaz de disciplinarme para completar rutinas o tareas.	1	2	3	4	5	6
123	Con frecuencia me permito a mí mismo dejarme llevar por impulsos o expresar emociones que me ponen en problemas o hieren a otras personas.	1	2	3	4	5	6

Estudio de Caso: Paciente JVG

Calificación EMT

1	2	32	1			92	1
2	1	33	1			93	2
3	6	34	1			94	6
4	1	35	1	65	4	95	6
5	1	36	1	66	6	94	1
6	5	37	1	67	1	97	6
1	16	38	1	68	1	98	3
7	6	39	1	69	1	99	1
8	6	4	8	8	13	12	26
9	5	40	2	70	5	100	5
10	1	41	3	71	5	101	1
11	5	42	6	72	1	102	2
12	5	43	6	73	1	103	1
13	6	44	5	74	1	104	1
14	1	45	2	9	13	13	10
15	2	46	4	75	6	105	5
16	1	47	5	76	6	106	6
17	1	48	1	77	1	107	5
18	1	49	1	78	1	108	4
19	1	5	35	79	2	109	1
20	1	49	1	80	1	110	1
2	42	50	5	81	3	112	6
21	4	51	6	82	1	113	4
22	1	52	6	10	21	114	1
23	1	53	4	83	1	14	33
24	1	54	1	84	1	115	2
25	6	6	23	85	1	116	1
26	5	55	1	86	1	117	2
27	1	56	2	87	1	118	2
28	2	57	1	88	1	119	2
29	1	58	1	89	1	120	3

	M	D	PD
1 Dependencia	11,68	4,5	16
2 Sometimiento	32,56	11,2	42
3 Vulnerabilidad	29,63	10,81	29
4 Miedo a Perder el control	17,03	6,99	8
5 Carencias emocionales	13,93	7,82	35
6 Abandono Perdida	14,9	5,69	23
7 Falta de Confianza	17,72	7,33	11
8 Aislamiento Social/ Alieneación	9,07	4,64	13
9 Defectos incapacidad de ser amado	7,17	3,42	13
10 Aceptación Social	11,64	5,44	21
11 Impotencia Fracaso	11,81	5	8
12 Culpa Castigo	14,72	5,03	26
13 Vergüenza/Turbación	7,9	4,11	10
14 Estandares Inflexibles	35,23	11,11	33
15 Limites insuficientes	20,65	8,09	16

Estudio de Caso: Paciente JVG

107

4. INVENTARIO DE BECK APLICADO EL 8 DE AGOSTO DEL 2018

Agosto 8/2018

Inventario para la Depresión de Aaron Beck
(Beck Depression Inventory, BDI; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979)

011 + 1 + 1 + 1 + 1 + 1

1. Tristeza.

0 No me siento triste. *Ahora No.*

1. Me siento triste.

2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.

3. Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

0. No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.

1 Me siento desanimado de cara al futuro. *Quiero ser futbolista profesional? vez viable no x que mi mamá no me apoya.*

2. siento que no hay nada por lo que luchar.

3. El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3. Sensación de fracaso

0. No me siento fracasado.

1 He fracasado más que la mayoría de las personas. *No disfruto las cosas como yo solía antes.*

2. Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro. *Cuando era un niño que no sabía de esto.*

3. Soy un fracaso total como persona.

4. Insatisfacción

0. Las cosas me satisfacen tanto como antes.

1. No disfruto de las cosas tanto como antes.

2. Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas.

3. Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.

5. Culpa

0. No me siento especialmente culpable.

1 Me siento culpable en bastantes ocasiones. *En la casa yo tengo la culpa de todo.*

2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.

3. Me siento culpable constantemente.

6. Expectativas de castigo

0. No creo que esté siendo castigado.

1 siento que quizás esté siendo castigado.

2. Espero ser castigado.

3. Siento que estoy siendo castigado.

7. Autodesprecio

- 0. No estoy descontento de mí mismo.
- 1. Estoy descontento de mí mismo.
- 2. Estoy a disgusto conmigo mismo.
- 3. Me detesto.

Me detesto por lo que
estoy pasando.

8. Autoacusación

- 0. No me considero peor que cualquier otro.
- 1. me autocrítico por mi debilidad o por mis errores.
- 2. Continuamente me culpo por mis faltas.
- 3. Me culpo por todo lo malo que sucede.

Tal vez. Acabo me
siento mal feo.

9. Idea suicidas

- 0. no tengo ningún pensamiento de suicidio.
- 1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.
- 2. Desearía poner fin a mi vida.
- 3. me suicidaría si tuviese oportunidad.

"No es nada lo que
uno se muera si no lo que
uno obra muerto".
Dionisio.

10. Episodios de llanto

- 0. No lloro más de lo normal.
- 1. ahora lloro más que antes.
- 2. Lloro continuamente.
- 3. No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.

11. Irritabilidad

- 0. No estoy especialmente irritado.
- 1. me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- 2. me siento irritado continuamente.
- 3. Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.

"Comportamiento raro
y moche"
que me manusea que
yo este curando

12. Retirada social

- 0. No he perdido el interés por los demás.
- 1. Estoy menos interesado en los demás que antes.
- 2. He perdido gran parte del interés por los demás.
- 3. he perdido todo interés por los demás.

5+3+1+1

13. Indecisión

- 0. tomo mis propias decisiones igual que antes.
- 1. Evito tomar decisiones más que antes.
- 2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- 3. Me es imposible tomar decisiones.

11 No puedo tomar decisiones
fuerzo que dialogar
con mi madre

14. Cambios en la imagen corporal.

- 0. No creo tener peor aspecto que antes
- 1. Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.
- 2. Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.
- 3. Creo que tengo un aspecto horrible.

15. Enlentecimiento

- 0. Trabajo igual que antes.
- 1. Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo
- 2. Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.
- 3. Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.

Como Catalogos el
Colegio " S
rie.

16. Insomnio

- 0. Duermo tan bien como siempre.
- 1. No duermo tan bien como antes.
- 2. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.
- 3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.

17. Fatigabilidad

- 0. No me siento más cansado de lo normal.
- 1. Me canso más que antes.
- 2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- 3. Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18. Pérdida de apetito

- 0. Mi apetito no ha disminuido.
- 1. No tengo tan buen apetito como antes.
- 2. Ahora tengo mucho menos apetito.
- 3. he perdido completamente el apetito.

10+

19. Pérdida de peso

- 0. No he perdido peso últimamente.
- 1. He perdido más de 2 kilos.
- 2. He perdido más de 4 kilos.
- 3. He perdido más de 7 kilos.

20. Preocupaciones somáticas

- 0. No estoy preocupado por mi salud
- 1. Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago, catarros, etc.
- 2. Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.
- 3. Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.

x el consumo

21. Bajo nivel de energía

- 0. No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.
- 1. La relación sexual me atrae menos que antes.
- 2. Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.
- 3. He perdido totalmente el interés sexual.

Novozgo hace 5 meses

= 10 Ptos
Depresión leve

13

INVENTARIO DE BECK APLICADO EL 27 DE SEPTIEMBRE DEL 2019

27/9/18

Inventario para la Depresión de Aaron Beck
(Beck Depression Inventory, BDI; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979)

1. Tristeza.

- 0. No me siento triste.
- 1. Me siento triste.
- 2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- 3. Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0. No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.
- 1. Me siento desanimado de cara al futuro.
- 2. siento que no hay nada por lo que luchar.
- 3. El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3. Sensación de fracaso

- 0. No me siento fracasado.
- 1. he fracasado más que la mayoría de las personas.
- 2. Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro.
- 3. Soy un fracaso total como persona.

4. Insatisfacción

- 0. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- 1. No disfruto de las cosas tanto como antes.
- 2. Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas.
- 3. Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.

5. Culpa

- 0. No me siento especialmente culpable.
- 1. Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- 2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- 3. Me siento culpable constantemente.

6. Expectativas de castigo

- 0. No creo que esté siendo castigado.
- 1. siento que quizás esté siendo castigado.
- 2. Espero ser castigado.

3. Siento que estoy siendo castigado.

7. Autodesprecio

0. No estoy descontento de mí mismo.

1. Estoy descontento de mí mismo.

2. Estoy a disgusto conmigo mismo.

3. Me detesto.

8. Autoacusación

0. No me considero peor que cualquier otro.

1. me autocrítico por mi debilidad o por mis errores.

2. Continuamente me culpo por mis faltas.

3. Me culpo por todo lo malo que sucede.

9. Idea suicidas

0. no tengo ningún pensamiento de suicidio.

1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.

2. Desearía poner fin a mi vida.

3. me suicidaría si tuviese oportunidad.

10. Episodios de llanto

0. No lloro más de lo normal.

1. ahora lloro más que antes.

2. Lloro continuamente.

3. No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.

11. Irritabilidad

0. No estoy especialmente irritado.

1. me molesto o irrito más fácilmente que antes.

2. me siento irritado continuamente.

3. Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.

12. Retirada social

0. No he perdido el interés por los demás.

1. Estoy menos interesado en los demás que antes.

2. He perdido gran parte del interés por los demás.

3. he perdido todo interés por los demás.

13. Indecisión

- 0. tomo mis propias decisiones igual que antes.
- 1. Evito tomar decisiones más que antes.
- 2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- 3. Me es imposible tomar decisiones.

14. Cambios en la imagen corporal.

- 0. No creo tener peor aspecto que antes
- 1. Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.
- 2. Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.
- 3. Creo que tengo un aspecto horrible.

15. Ententecimiento

- 0. Trabajo igual que antes.
- 1. Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.
- 2. Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.
- 3. Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.

16. Insomnio

- 0. Duermo tan bien como siempre.
- 1. No duermo tan bien como antes.
- 2. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.
- 3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.

17. Fatigabilidad

- 0. No me siento más cansado de lo normal.
- 1. Me canso más que antes.
- 2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- 3. Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18. Pérdida de apetito

- 0. Mi apetito no ha disminuido.
- 1. No tengo tan buen apetito como antes.
- 2. Ahora tengo mucho menos apetito.
- 3. he perdido completamente el apetito.

19. Pérdida de peso

0. No he perdido peso últimamente.

1. He perdido más de 2 kilos.
2. He perdido más de 4 kilos.
3. He perdido más de 7 kilos.

20. Preocupaciones somáticas

0. No estoy preocupado por mi salud

1. Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago, catarros, etc.
2. Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.
3. Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.

21. Bajo nivel de energía

0. No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.

1. La relación sexual me atrae menos que antes.
2. Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.
3. He perdido totalmente el interés sexual.

INVENTARIO DE BECH APLICADO EL 8 DE FEBRERO DEL 2019

Inventario para la Depresión de Aaron Beck
(Beck Depression Inventory, BDI; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979)

Feb/8/19

1. Tristeza.

- 0. No me siento triste.
- 1. Me siento triste.
- 2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- 3. Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0. No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.
- 1. Me siento desanimado de cara al futuro.
- 2. siento que no hay nada por lo que luchar.
- 3. El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3. Sensación de fracaso

- 0. No me siento fracasado.
- 1. he fracasado más que la mayoría de las personas.
- 2. Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro.
- 3. Soy un fracaso total como persona.

4. Insatisfacción

- 0. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- 1. No disfruto de las cosas tanto como antes.
- 2. Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas.
- 3. Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.

5. Culpa

- 0. No me siento especialmente culpable.
- 1. Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- 2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- 3. Me siento culpable constantemente.

6. Expectativas de castigo

- 0. No creo que esté siendo castigado.
- 1. siento que quizás esté siendo castigado.
- 2. Espero ser castigado.

3. Siento que estoy siendo castigado.

7. Autodesprecio

0. No estoy descontento de mí mismo.

1. Estoy descontento de mí mismo.
2. Estoy a disgusto conmigo mismo.
3. Me detesto.

8. Autoacusación

0. No me considero peor que cualquier otro.

1. me autocrítico por mi debilidad o por mis errores.
2. Continuamente me culpo por mis faltas.
3. Me culpo por todo lo malo que sucede.

9. Idea suicidas

0. no tengo ningún pensamiento de suicidio.

1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.
2. Desearía poner fin a mi vida.
3. me suicidaría si tuviese oportunidad.

10. Episodios de llanto

0. No lloro más de lo normal.

1. ahora lloro más que antes.
2. Lloro continuamente.
3. No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.

11. Irritabilidad

0. No estoy especialmente irritado.

1. me molesto o irrito más fácilmente que antes.
2. me siento irritado continuamente.
3. Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.

12. Retirada social

0. No he perdido el interés por los demás.

1. Estoy menos interesado en los demás que antes.
2. He perdido gran parte del interés por los demás.
3. he perdido todo interés por los demás.

13. Indecisión

- 0. tomo mis propias decisiones igual que antes.
- 1. Evito tomar decisiones más que antes.
- 2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- 3. Me es imposible tomar decisiones.

14. Cambios en la imagen corporal.

- 0. No creo tener peor aspecto que antes
- 1. Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.
- 2. Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.
- 3. Creo que tengo un aspecto horrible.

15. Ententecimiento

- 0. Trabajo igual que antes.
- 1. Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.
- 2. Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.
- 3. Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.

16. Insomnio

- 0. Duermo tan bien como siempre.
- 1. No duermo tan bien como antes.
- 2. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.
- 3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.

17. Fatigabilidad

- 0. No me siento más cansado de lo normal.
- 1. Me canso más que antes.
- 2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- 3. Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18. Pérdida de apetito

- 0. Mi apetito no ha disminuido.
- 1. No tengo tan buen apetito como antes.
- 2. Ahora tengo mucho menos apetito.
- 3. he perdido completamente el apetito.

19. Pérdida de peso

- 0. No he perdido peso últimamente.
- 1. He perdido más de 2 kilos.
- 2. He perdido más de 4 kilos.
- 3. He perdido más de 7 kilos.

20. Preocupaciones somáticas

- 0. No estoy preocupado por mi salud
- 1. Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago, catarros, etc.
- 2. Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.
- 3. Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.

21. Bajo nivel de energía

- 0. No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.
- 1. La relación sexual me atrae menos que antes.
- 2. Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.
- 3. He perdido totalmente el interés sexual.

4. Insatisfacción

- 0. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- 1. No disfruto de las cosas tanto como antes.
- 2. No obtengo ninguna satisfacción de las cosas.
- 3. Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.

5. Culpa

- 0. No me siento especialmente culpable
- 1. Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- 2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- 3. Me siento culpable constantemente

6. Expectativas de castigo

- 0. No siento que nadie me castigue
- 1. Me siento castigado a veces
- 2. Espero ser castigado

Estudio de Caso: Paciente JVG

119

5. INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMATICOS APLICADO EL 4 DE ABRIL DEL 2019.

**INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS
RUIZ Y LUJAN, 1991**

Abri 4/19

INSTRUCCIONES: A continuación encontrará una lista de pensamientos que suelen presentar las personas ante diversas situaciones. Se trata de que Usted valore la frecuencia con que suele pensarlos, siguiendo la escala que se presenta a continuación:

- 0 Nunca lo pienso
- 1 Algunas veces pienso eso
- 2 Bastantes veces lo pienso
- 3 Con mucha frecuencia lo pienso

*Puedo usarlo
Wuester*

No.	Pensamientos	Respuesta
1.	No puedo soportar ciertas cosas que me pasan	0 1 2 3
2.	Solamente me pasan cosas malas	0 1 2 3
3.	Todo lo que hago me sale mal	0 1 2 3
4.	Sé que piensan mal de mí	0 1 2 3
5.	¿Y si tengo alguna enfermedad grave?	0 1 2 3
6.	Soy inferior a la gente en casi todo	0 1 2 3
7.	Si otros cambiaran su actitud yo me sentiría mejor	0 1 2 3
8.	¡No hay derecho a que me traten así!	0 1 2 3
9.	Si me siento triste es porque son un enfermo mental	0 1 2 3
10.	Mis problemas dependen de los que me rodean	0 1 2 3
11.	Soy un desastre como persona	0 1 2 3
12.	Yo tengo la culpa de todo lo que me pasa	0 1 2 3
13.	Debería de estar bien y no tener esos problemas	0 1 2 3
14.	Sé que tengo la razón y no me entienden	0 1 2 3
15.	Aunque ahora sufra, algún día tendré mi recompensa	0 1 2 3
16.	Es horrible que me pase esto	0 1 2 3
17.	Mi vida es un continuo fracaso	0 1 2 3
18.	Siempre tendré este problema	0 1 2 3
19.	Sé que me están mintiendo y engañando	0 1 2 3
20.	¿Y si me vuelvo loco y pierdo la cabeza?	0 1 2 3
21.	Soy superior a la gente en casi todo	0 1 2 3
22.	Yo soy responsable del sufrimiento de los que me rodean	0 1 2 3
23.	Si me quisieran de verdad no me tratarían así	0 1 2 3
24.	Me siento culpable y es porque he hecho algo malo	0 1 2 3
25.	Si tuviera más apoyo no tendría estos problemas	0 1 2 3
26.	Alguien que conozco es un imbécil	0 1 2 3
27.	Otros tienen la culpa de lo que me pasa	0 1 2 3
28.	No debería cometer estos errores	0 1 2 3
29.	No quiere reconocer que estoy en lo cierto	0 1 2 3
30.	Ya vendrán mejores tiempos	0 1 2 3
31.	Es insoportable, no pudo aguantar más	0 1 2 3
32.	Soy incompetente e inútil	0 1 2 3
33.	Nunca podré salir de esta situación	0 1 2 3
34.	Quieren hacerme daño	0 1 2 3
35.	¿Y si les pasa algo malo a las personas a quienes quiero?	0 1 2 3
36.	La gente hace las cosas mejor que yo	0 1 2 3
37.	Soy una víctima de mis circunstancias	0 1 2 3
38.	No me tratan como deberían hacerlo y como me merezco	0 1 2 3
39.	Si tengo esos síntomas es porque soy enfermo	0 1 2 3
40.	Si tuviera mejor situación económica no tendría estos problemas	0 1 2 3
41.	Soy un neurótico	0 1 2 3
42.	Lo que me pasa es un castigo que merezco	0 1 2 3
43.	Debería recibir más atención y cariño de otros	0 1 2 3
44.	Tengo razón, y voy a hacer lo que me da la gana	0 1 2 3
45.	Tarde o temprano me irán las cosas mejor	0 1 2 3

**CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE CASO SOBRE
.....(título)**

Nombre de la psicóloga(o): Diana Diazgranados Fernandez

Señor(a) Jesus Vargas Gonzales (paciente) y Sra Edna Gonzalez (madre del paciente) le estamos invitando a participar en un estudio de caso de la Maestría en Psicología Clínica de la Universidad del Norte de Barranquilla.

Primero, nosotros queremos que usted conozca que:

- La autorización para utilizar en este estudio de caso el material o contenido desarrollado durante las sesiones es absolutamente voluntaria.
- Esto quiere decir que si usted lo desea puede negarse a autorizar utilizar el contenido de nuestras sesiones con fines académicos en la elaboración de un estudio de caso sin tener que dar explicaciones.
- Los temas abordados que serán analizados en este estudio de caso y sus datos personales se mantendrán en absoluta reserva.
- Usted no recibirá beneficio económico alguno del estudio actual. Los estudios de caso como este sólo producen conocimientos que pueden ser aplicados en el campo de la psicoterapia más adelante.

Procedimientos

En el estudio de caso, en el cual usted participará, se analizarán los contenidos dialogados durante las distintas entrevistas que le fueron o serán realizadas. Se que de la forma más autentica y sincera posible usted hable sobre su experiencia en particular.

La información obtenida en las entrevistas será sometida a un proceso de análisis en el que lo importante es poder llegar a comprender ¿Cuál es la eficacia y efectividad de la terapia cognitiva conductual en el trastorno por consumo de sustancia psicoactivas en un paciente de 15 años

Los resultados serán publicados (manteniendo total reserva sobre los datos personales) y entregados a la Universidad del Norte como requisito para el grado de la Maestría en Psicología. Usted recibirá retroalimentación sobre lo encontrado en el caso antes de ser socializados.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Después de haber leído comprensivamente toda la información contenida en este documento en relación con el estudio de caso sobre EFICACIA Y EFECTIVIDAD DELA TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL EN EL TRASTORNO DE CONSUMO DE SUSTANCIA PSICOACTIVA EN UN PACIENTE DE 15 AÑOS y de haber recibido del señor(a) Diana Diazgranados Fernández explicaciones verbales sobre la misma, así como respuestas satisfactorias a mis inquietudes, he decidido de

Estudio de Caso: Paciente JVG

121

forma libre, consciente y voluntaria aceptar participar en este caso. Además, autorizo a Diana Diazgranados para utilizar la información codificada en este caso en un artículo científico, en el cual se manejará con total confidencialidad y reserva todos mis datos de contacto.

En constancia, firmo este documento de consentimiento informado, en presencia del señor _____ y el testigo (si lo hay, lo cual se sugiere), en la ciudad de _____ el día _____ del mes de _____ del año _____.

Nombre, firma y documento de identidad madre del paciente

Nombre: Edno Gonzalez Firma: Edno Gonzalez
Cédula de ciudadanía: 45465607 de EPSINA

Nombre, firma y documento de identidad del paciente

Nombre: Jesús Vargas Gonzalez Firma: Jesús
Cédula de ciudadanía: 10651814202 de San Juan - Bolívar

Nombre, firma y documento de identidad de la psiquiatra:

Nombre: Diana Diazgranados Fdez Firma: Diazgranados
Cédula de ciudadanía: 172506095 de Bolívar
Teléfono: 3156712668, Correo electrónico: ddiazg34@hotmail.com

Nombre, firma y documento de identidad del Tutor del caso:

Nombre: _____ Firma: _____
Cédula de ciudadanía: _____ de _____
Teléfono: _____, Correo electrónico: _____