

**INTERVENCIÓN CLÍNICA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN ADOLESCENTE CON
CONDUCTA AUTOLESIVA.**

LAURA JULIANA HERRERA DÍAZ

SUPERVISORA

PAOLA XIMENA SANTOS URIBE



**ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
FLORIDABLANCA**

2016

**INTERVENCIÓN CLÍNICA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN ADOLESCENTE CON
CONDUCTA AUTOLESIVA**

LAURA JULIANA HERRERA DÍAZ

Trabajo de grado para optar al título de Especialista en Psicología Clínica

Supervisora

PAOLA XIMENA SANTOS URIBE

Especialista en Psicología Clínica

Maestranda en Educación

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Floridablanca

Mayo, 2016

TABLA DE CONTENIDO

Introducción	8
Metodología	23
Población.....	23
Muestra	23
Instrumentos.....	25
Consentimiento Informado.	25
Historia Clínica para Niños y Adolescentes del Instituto de Familia y Vida	26
Inventario de Depresión de Beck.....	26
Inventario de Ansiedad Estado Rasgo State-Trait Inventory (STAI)	26
Entrevista semiestructurada para el acudiente.	27
Procedimiento	27
Intervención general con los casos atendidos	28
Fases de intervención del estudio de caso (Ver Anexo 2).	29
Objetivos terapéuticos.....	33
Resultados	34
Figura 1.	34
Evaluación pretest-postest con el Inventario de Depresión de Beck	34
Figura 2.	35
Puntuaciones de los niveles de ansiedad en el pretest y postest.	35
Resultados de la intervención terapéutica.....	40
Discusión.....	42
Conclusiones	49
Recomendaciones	51

Referencias.....	52
ANEXOS	54
Anexo 1. Formulación de caso.....	54
Anexo 2. Descripción del proceso psicoterapéutico	65
Anexo 3. Consentimiento informado.....	70
Anexo 4. Historia Clínica Instituto de Familia y Vida UPB.....	71
Anexo 5. Inventario de Depresión de Beck.	79
Anexo 6. Inventario de Ansiedad Estado - Rasgo	84
Anexo 7. Entrevista semi-estructurada para padres y/o acudientes	87
Anexo 8. Casos atendidos en el proceso de práctica clínica.....	88

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Evaluación pretest - postest con el Inventario de Depresión de Beck

Figura 2. Puntuaciones de los niveles de ansiedad pretest - postest

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: INTERVENCIÓN CLÍNICA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN ADOLESCENTE CON CONDUCTA AUTOLESIVA

AUTOR(ES): LAURA JULIANA HERRERA DÍAZ

FACULTAD: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR(A): PAOLA XIMENA SANTOS URIBE

RESUMEN

El presente trabajo de grado presenta un estudio de caso clínico desde el Modelo Cognitivo-Conductual como resultado de práctica de la Especialización en Psicología Clínica, realizada en el Instituto de Familia y Vida de la Universidad Pontificia Bolivariana. El objetivo de la práctica consistió en efectuar procesos de atención psicológica que incluyeron la evaluación e intervención de las conductas problemáticas identificadas. Las intervenciones se realizaron en modalidad de consulta individual, dentro de las cuales, se seleccionó un caso para reportarlo en modalidad de trabajo de grado. El caso seleccionado corresponde al de un adolescente de 15 años con diagnóstico de Trastorno del Estado de Ánimo No Especificado y Trastorno de Ansiedad No Especificado. El caso fue elegido apelando al grado de empatía generada durante el proceso terapéutico, la asistencia a las sesiones, la realización de tareas, y la información completa suministrada por el paciente y su acudiente. Se administró el Inventario de Depresión de Beck, el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo, antes y después de la intervención, y una entrevista semiestructurada para padres. Se diseñó un plan de intervención con el objetivo de disminuir la conducta autolesiva y potencializar los recursos de afrontamiento; el cual, se basó en la modificación de los estilos de procesamiento de la información, la promoción de mecanismos de afrontamiento socialmente aceptados frente a los episodios de ansiedad, y el entrenamiento en habilidades sociales. En los resultados fue posible evidenciar una reducción significativa del número de lesiones autoinflingidas, el uso de mecanismos de afrontamiento socialmente aceptados ante las situaciones de ansiedad, el desarrollo de habilidades para la interacción con pares y el fortalecimiento de las redes de apoyo.

PALABRAS CLAVES:

Trastorno Estado del Ánimo, Trastorno de Ansiedad, conducta autolesiva, adolescencia.

GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: COGNITIVE-BEHAVIOURAL INTERVENTION IN TEENAGER WITH SELF-INJURIOUS BEHAVIOR

AUTHOR(S): LAURA JULIANA HERRERA DÍAZ

FACULTY: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR: PAOLA XIMENA SANTOS URIBE

ABSTRACT

This paper presents a study case from Cognitive and Behavioral Model as stage result of Specialization in Clinical Psychology at Institute "Familia y Vida" at University Pontificia Bolivariana. The target of the practice was to conduct psychological processes involving the evaluation and intervention of problematic behaviors identified. Interventions were made in individual sessions, within which a case was selected to report it in work mode grade. The selected case corresponds to a 15-year-old boy with a diagnosis of Mood Disorder Not Specified, Anxiety Disorder Not Specified and self-injury. The case was chosen because to degree of rapport generated during the therapeutic process, attending meetings, completing tasks, and complete information given by the patient and his mother. Was administered the Inventory Beck Depression, Inventory State Trait Anxiety, before and after intervention, and a semi-structured interview to parents. An intervention plan was designed with the aim of reducing self-injury and potentiate coping resources; which it was based on changing styles of processing information, promote socially acceptable coping mechanisms against episodes of anxiety, and social skills training. In the results it was possible to demonstrate a significant reduction in the number of self-inflicted injuries, use of coping mechanisms socially acceptable in situations of anxiety, development of skills for interaction with peers and strengthening support networks.

KEYWORDS:

Mood Disorder, Anxiety Disorder, self-injurious behavior, adolescence

Introducción

La adolescencia es un periodo en el desarrollo biológico, psicológico, sexual y social inmediatamente posterior a la niñez, que constituye una fase del ciclo vital a partir de la cual se gestan ciertas estructuras físicas, fisiológicas y cognitivas que van a ir perfilando las características comportamentales en la adultez (Díaz, 2008). Etimológicamente la palabra adolescencia significa “crecer” o “crecer hacia la madurez”, por lo que se plantea, que la adolescencia es el período de transición entre la niñez y la edad adulta (Papalía & Olds, 1997; Rice, 2000). Comienza con la pubertad y comprende entre los 10 y los 19 años aproximadamente. Se presenta cuando un niño o niña comienzan a experimentar los cambios que los transformarán en adultos. Este proceso, va acompañado no sólo de cambios físicos que llevarán a su cuerpo a la maduración, sino que también, implica cambios de tipo cognoscitivo y socio-emocionales (Morris & Maisto, 2005).

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. Dicha etapa demanda una reorganización de esquemas psicosociales que incluyen el establecimiento de nuevos modelos de autoridad e innovadoras metas de desarrollo, por lo que, sin las adecuadas condiciones, las nuevas interacciones personales y sociales pueden favorecer la emergencia de conductas de riesgo y comportamientos que interfieren con el bienestar y la calidad de vida de los adolescentes y sus familias (Berger, 2006).

De acuerdo al consenso socialmente establecido, el desarrollo humano tiene por meta el enriquecimiento personal y social progresivo que avanza en la adolescencia mediante la actualización de capacidades que permitan la convivencia social positiva, rescatando las necesidades personales y el progreso colectivo en un ajuste e integración al medio circundante. De acuerdo con Krauskopf (1999) la adolescencia es el período en que se produce con mayor intensidad la interacción entre las tendencias individuales, las adquisiciones psicosociales, las metas socialmente disponibles, las fortalezas y desventajas del entorno. Puede afirmarse, por lo tanto que "el desarrollo adolescente es un proceso de cambios y transformaciones, que permite un enriquecimiento personal y progresivo en una interacción con los entes sociales del entorno; su valoración tiene como referente no sólo la biografía del individuo, sino también la historia y el presente de su sociedad" (Krauskopf, 1999).

Así, la adolescencia se configura como una etapa evolutiva de gran inestabilidad emocional, puesto que los múltiples cambios a los que deben hacer frente los adolescentes pueden generar o aumentar sus niveles de estrés, al desconocer las situaciones que se van presentando y no poseer los recursos para enfrentarlas asertivamente y darles una solución eficaz. Lo anterior, puede repercutir en un desajuste psicológico presente o futuro, lo que incrementa en esta etapa la posibilidad de derivar en conductas de riesgo tales como, el consumo de sustancias psicoactivas, los embarazos no planeados, el pandillismo, la deserción escolar, la conducta autolesiva, entre otras.

Algunos de los síntomas indicadores de sufrimiento psíquico en la adolescencia son la conducta autolesiva, las tentativas suicidas y el pensamiento autolítico, los cuales provocan gran impacto social, puesto que la búsqueda de la sobrevivencia es un principio inherente tanto a los

seres humanos como al resto de los animales. En la práctica médica, estas conductas constituyen un problema clínico cada vez más frecuente (Villaroel, 2013).

Algunos estudios internacionales muestran que en adolescentes las prevalencias de autolesiones van del 13% al 23,2%, y se reporta un incremento de este fenómeno a lo largo del tiempo (Kirchner, 2011). Estudios realizados en España coinciden en afirmar que del 13% al 29% de los adolescentes han presentado esta conducta al menos una vez en su vida, con una edad promedio de inicio entre los 10 y 15 años (Baetens, 2011; Brausch & Gutierrez, 2010). Un estudio poblacional efectuado en Alemania reporta conductas autolesivas repetidas (4 o más veces al año) en el 4% de la población adolescente (Brunner, et al., 2007 citado por Villaroel, 2013).

En Colombia, las estadísticas oficiales que muestran la incidencia de este fenómeno a nivel nacional no se encuentran del todo sistematizadas; no obstante, existen investigaciones en diferentes municipios del país que han permitido hacer una aproximación al estudio de la autolesión en adolescentes. Así, se encontró que entre 2011 y 2013 una institución educativa de la ciudad de Medellín recibió 400 casos de estudiantes que acudieron al consultorio de psicología a causa de cortes en el cuerpo provocados por ellos mismos, específicamente en brazos y piernas, llegando al punto, en ciertos casos, de producirse heridas profundas, teniendo que ser atendidos en Centros de Salud (Ángel, 2014).

Entre tanto, en 2015, la Personería Municipal de la ciudad de Cali documentó 13 casos de adolescentes que se autolesionaban, los cuales fueron identificados por los padres de familia. De acuerdo con el reporte del personero, las auto-agresiones suelen ocurrir con mayor frecuencia en adolescentes entre los 12 y los 16 años de instituciones educativas tanto públicas como privadas,

los cuales se auto-agreden causándose heridas y lesiones en las muñecas, piernas, abdomen y antebrazos. Para estos casos, la subdirección de Menor y Familia, adscrita a la Dirección de Derechos Humanos de la Personería, estableció que dichos comportamientos obedecen a dificultades emocionales que generan cambios en los estados de ánimo, problemas de autoestima y ausencia de adecuados mecanismos de afrontamiento o mecanismos de protección en los adolescentes (El País, 2015).

En lo que refiere al contexto local más próximo, un aumento en el número de casos reportados e identificados en los planteles educativos ha llamado la atención de los entes gubernamentales en los últimos meses, razón por la cual, se adelantan programas preventivos que buscan reducir los riesgos frente a la tendencia de las autolesiones o “cutting”, como es conocido el fenómeno entre los estudiantes. Según datos de la Alcaldía del municipio de Ocaña en Norte de Santander, esta nueva tendencia, es practicada por jóvenes entre los 11 a 25 años (Alcaldía de Ocaña, 2015).

De otro lado, tradicionalmente se ha descrito que las conductas autolesivas son más frecuentes en las mujeres, existiendo suficiente evidencia de esto en la población adolescente. Se describe que las mujeres muestran preferencia por cortarse superficialmente los antebrazos, mientras que los hombres optan por golpearse o quemarse las extremidades (Villaroel, 2013). De modo que, según Villaroel (2013) son factores de riesgo para presentar conducta autolesiva, pertenecer al sexo femenino, ser adolescente, de bajo nivel socioeconómico, con orientación homosexual o bisexual y presentar el antecedente de haberse criado en un ambiente familiar adverso (violencia intrafamiliar, abuso, separaciones, madre muy joven, escaso nivel educacional, entre otros).

A la hora de hacer una aproximación a la definición conceptual y operacional de la autolesión, se hace necesario tener en cuenta algunas características tales como, la presencia de daño físico objetivo, es decir, la persona se produce a sí misma lesiones en la piel, habitualmente cortaduras con navajas u otros objetos; se incluyen las excoriaciones con material abrasivo (trozos de madera, tapas de envases, etc.). Asimismo, quemaduras con cigarrillo e irritaciones con material químico, tal como detergentes, ácidos, etc. (Levenkron, 2006). En esta característica también se incluye la introducción de objetos lesivos en orificios corporales, impedir la sanación de heridas, pincharse con objetos punzocortantes, golpearse, etc. La intencionalidad de la acción, se refiere al hecho de que la autolesión es deliberada, es decir, la persona decide conscientemente lesionar partes de su cuerpo. Otras conductas que implican riesgo, por ejemplo, la conducta alimentaria restrictiva, purgativa, la conducta violenta, la promiscuidad sexual, el sexo inseguro y conducta impulsiva en general no son contemplados dentro de esta clasificación (Walsh, 2006).

También se tiene en cuenta el factor de la baja letalidad, característica que marca una diferencia fundamental con el intento suicida, debido a que la persona que se autolesiona no busca conscientemente terminar con su vida (Nixon & Heath, 2009). Esta es una conducta socialmente inaceptable por lo que tiene a realizarse a solas o con grupos de pares, y se busca en la mayoría de los casos mantener oculto dicho comportamiento, dado el rechazo que genera entre quienes no la practican con el valor ímplicito asociado al deseo de causarse la muerte. Por tanto, en esta clasificación no se incluyen las modificaciones corporales que tienen significados religiosos y/o sociales, los tatuajes, perforaciones, autolesiones provocadas por rituales/grupales, etc.

Según Kirchner et al. (2011) la conducta autolesiva es la realización deliberada y socialmente inaceptable y repetitiva de cortes en las extremidades y el abdomen, golpes y otras formas de autoagresión (quemaduras, sobreingestas medicamentosas, sobredosis, envenenamientos, saltar desde un lugar de gran altura, entre otras) que causan lesiones físicas leves o moderadas, dado que es un acto con un resultado no fatal y es realizado de manera deliberada contra sí mismo, en ausencia de intencionalidad suicida. Al tratarse de un acto deliberado se descartan los accidentes, y debe hacerse claro el componente intencional y directo, es decir, que busca tener un impacto inmediato y dañino sobre el cuerpo. En general, con las autoagresiones no existe intención de morir; sin embargo, en la práctica clínica se encuentra que el tipo, la intensidad y algunas circunstancias que rodean dichas conductas en algunos casos pueden desencadenar en lesiones considerablemente graves con efectos irreversibles e incluso mortales (Villaroel, 2013).

Múltiples estudios muestran relación entre el comportamiento autolesivo y el suicidio, siendo las conductas autolíticas un factor de riesgo para el suicidio, puesto que, tras una autolesión el riesgo de cometer suicidio oscila entre 0,5 y 2% en el año siguiente; incluso, se considera que la conducta autolesiva y el suicidio hacen parte de un continuo en la medida en que en ambos está presente la autoinflcción de daño y únicamente se diferencian en la intención o intensidad de la lesión causada (Kirchner et al., 2011). Adicionalmente, se estima que las conductas autolesivas tienen un valor predictivo sobre el suicidio, especialmente en adolescentes sin seguimiento psicoterapéutico.

Un análisis desde el modelo cognitivo-conductual, permite comprender que frente a situaciones que generan estrés, las personas ponen en marcha esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar, reducir, minimizar, dominar o tolerar las demandas internas y externas que son percibidas como una carga que excede los recursos personales. Estas formas de

hacer frente a las situaciones estresantes, se denominan mecanismos o estrategias de afrontamiento, las cuales se clasifican, según Moos (2011) en estrategias de aproximación al problema, destinadas a transaccionar de forma directa con la fuente estresante; y estrategias de evitación, dirigidas a estabilizar el estado emocional (Kirchner et al., 2011).

Se estima que en la adolescencia las estrategias de aproximación, es decir, la resolución de problemas, la reestructuración cognitiva y la reevaluación positiva, y las estrategias que se focalizan en el problema se encuentran asociadas con el mantenimiento de la salud mental. Mientras que las que se basan en la retirada, entendiéndose la evitación cognitiva y conductual, aceptación resignada, descarga emocional, pensamiento basado en ilusiones y culparse o criticarse excesivamente a sí mismo; o las estrategias que se focalizan en la emoción están más asociadas a sintomatología psicológica clínicamente relevante que va a redundar en trastornos de orden mental (Frías, Vázquez, Del Real, Sánchez, & Giné, 2012).

En adolescentes el déficit en las estrategias de afrontamiento, el autoconcepto deficiente y la baja autopercepción de capacidades para manejar situaciones estresantes se asocia con pensamiento suicida y tentativas autolíticas. Adicionalmente, Campo-Arias, Cogollo y Díaz (2008) plantean que la conducta autolesiva puede constituir en algunos adolescentes una estrategia de afrontamiento al malestar emocional, puesto que después de autolesionarse manifiestan sentir un rápido alivio de la tensión (Frías et al., 2012).

Estos mismos autores proponen una explicación funcional del comportamiento autolesivo, la cual permite suponer que los adolescentes con autolesiones utilizan más estrategias de actuación ante el estrés, centradas en las emociones que la tarea, para ello, algunos de los recursos evitativos utilizados en estos casos son la disociación cognitiva, la supresión o la rumiación del

pensamiento; o como se mencionó anteriormente, la conducta autolesiva puede constituirse en una estrategia de afrontamiento para autorregular estados emocionales aversivos (Frías et al., 2012).

La anterior explicación se sustenta en la teoría unifactorial de la conducta autolesiva, la cual plantea que el principal mecanismo psicológico implicado en dicha conducta es el refuerzo negativo, apoyado por el modelo de evitación experiencial, el cual señala que estos adolescentes tienden a reducir la disforia interpersonal a través de la comisión de la conducta autolesiva. El proceso, a través del cual la autolesión alivia el malestar emocional, sigue siendo un terreno altamente especulativo, planteándose la acción de los opiáceos endógenos. En relación a esta hipótesis, existen además hallazgos de laboratorio que constatan una menor sensibilidad al dolor en adolescentes que se autolesionan.

Por otra parte, la conducta autolesiva cumple otras funciones, aparte de la autorregulación de emociones negativas. Se ha hallado que la autolesión puede explicarse a través de cuatro factores no excluyentes, integrados en dos dimensiones dicotómicas, los cuales se mencionan a continuación:

Aproximación comprensiva de las motivaciones para desarrollar conductas autolesivas

Klonsky (2011) resume los principales modelos biopsicosociales propuestos por otros autores:

1. Modelo de la regulación de los afectos. Sugiere que la autoinjuria es una estrategia para aliviar afectos negativos agudos e intensos. Desde la perspectiva cognitiva, se postula que ambientes tempranos invalidantes dificultan el desarrollo de apropiadas estrategias de afrontamiento del estrés emocional. Se estima que los adolescentes que se han desarrollado en

estos ambientes y son vulnerables biológicamente hacia la inestabilidad emocional, pueden encontrar en las conductas autolesivas medios útiles para regular afectos negativos intolerables.

2. Modelo de la disociación. Comprende la autoinjuria como una respuesta a la aparición de estados de disociación, de despersonalización y/o desrealización. Algunos sujetos temperamentamente vulnerables pueden precipitarse en estados de disociación cuando se alejan de un objeto amado; este estado displacentero puede gatillar una conducta lesiva con el objetivo de recontactarse con el sentido de mismidad y propiedad corporal a través del dolor, permitiéndoles sentirse reales y revitalizados.

3. Modelo de conducta suicida alternativa. La conducta autolesiva aparecería como un mecanismo adaptativo de resistirse al deseo genuino de quitarse la vida. Producirse una lesión cutánea sería una forma alternativa de expresar pensamientos y sentimientos autodestructivos, sin el riesgo directo de morir.

4. Modelo de influencia interpersonal. La conducta autolesiva sería usada para influir sobre las conductas, afectos y decisiones de otras personas significativas. Autolesionarse es utilizado como una voz de alarma, un medio para evitar el abandono o un intento por ser valorado.

5. Modelo de los límites interpersonales. Sostiene que las personas que no han desarrollado un sentido de identidad integrado vivencian una dolorosa dificultad para individuarse y separarse de objetos significativos. Dañarse la piel como órgano que separa físicamente al individuo de su entorno y los otros, le permitiría distinguir concretamente su identidad física para armar su autonomía.

6. Modelo del castigo. Los sujetos que han crecido en ambientes tempranos desfavorables

aprenden que el castigo y la invalidación son aceptables e incluso necesarios para moldear comportamientos. La autolesión es vivida egosintónicamente, constituyéndose en una conducta de autocontrol dirigida a incentivar y mantener comportamientos deseables colectivamente.

7. Modelo de búsqueda de sensaciones. Comprende la autolesión como una forma de generar excitación o regocijo en un sujeto necesitado de emociones intensas para sentirse contactado con la vida. Se plantea que biológicamente tendrían un estado hipohedónico basal que los impulsaría a la búsqueda activa de sensaciones límites placenteras y a la vez dolorosas. Estas conductas se caracterizan por ser repetidas adictivamente, privilegiando la obtención de novedad por sobre la evitación de daño a sí mismo.

La autolesión puede llevarse a cabo en forma ritualizada y habitualmente sin testigos, puesto que la finalidad es modificar y reducir estados emocionales perturbadores (Favazza, 1996).

Como se mencionó anteriormente, dicha conducta puede iniciar por imitación puesto que en la cultura adolescente suele existir un fuerte reforzamiento de este comportamiento, pero el significado atribuido a la autolesión es personal, el cual es distinto para cada consultante (Favazza, 1996). Especialmente en los años recientes en donde se observa con asombro por parte de los docentes y padres de familia el aumento de las autolesiones en brazos y muñecas, práctica que ha recibido el nombre de *cutting*, y que ha encendido las alarmas dado el número de niños, niñas y adolescente implicados diariamente en estos comportamiento al interior de los planteles educativos, configurando así, una problemática de carácter escolar, sanitario y social, cuyas consecuencias están tomando valor entre la comunidad.

8. Mecanismo de enfrentamiento. La literatura concuerda en señalar que la principal función que tiene este comportamiento para el perpetrador es la reducción de estados emocionales

perturbadores (Mc Kay & Wood, 2007). Se ha descrito que estas personas experimentan emociones intensas, difíciles de manejar en forma asertiva; tales emociones varían desde la ira, la ansiedad, la tristeza, el desamparo, la culpa, etc., por lo que según sus correlatos la autoagresión les permite retornar al estado de funcionamiento previo, anterior a la emoción intensamente perturbadora (Armev & Crowther, 2008).

La conducta autolesiva no es exclusiva de los pacientes psiquiátricos puesto que, la incidencia de este fenómeno se ha incrementado especialmente en la población adolescente en general, razón por la cual, se considera necesario la realización de estudios que permitan delimitar los orígenes, consecuencias y factores asociados con este comportamiento, posibilitando, el diseño de estrategias enfocadas a la prevención, evaluación y tratamiento. Asimismo, Mena, Correa y Nader (2007) enfatizan que los individuos quienes presentan comportamientos autolesivos, son particularmente jóvenes con rasgos de la personalidad definidos, que incluyen conductas impulsivas, agresivas o ánimo inestable.

De otro lado, se analiza la influencia de los ambientes escolares en el comportamiento de los adolescentes, así, se estima que los ambientes poco saludables u hostiles, caracterizados por episodios de agresión, consumos de sustancias psicoactivas, porte de armas, práctica de relaciones sexuales precoces y sin protección, incrementan la probabilidad de desajuste psicológico entre los estudiantes y a su vez propician la aparición de comportamientos disruptivos. Al igual que en el caso de la familia, también en la escuela, el clima o conjunto de percepciones subjetivas que profesores y estudiante comparten acerca de las características del contexto escolar y del aula influye en el comportamiento de los estudiantes. Se considera que el clima escolar es positivo cuando el estudiante se siente cómodo, valorado y aceptado en un ambiente fundamentado en el apoyo, la confianza y el respeto mutuo entre profesorado y

estudiante, y entre iguales. Por tanto, y siguiendo a Yoneyama y Rigby (2006), los dos principales elementos que constituyen el clima escolar son: la calidad de la relación profesor estudiante y la calidad de la interacción entre compañeros en el grupo de iguales en la escuela puede constituir tanto un factor de protección como de riesgo en el desarrollo de problemas de comportamiento (Jiménez, Moreno, Murgui y Musitu, 2008); la amistad puede significar una oportunidad única para el aprendizaje de valores, actitudes y habilidades sociales como el manejo del conflicto y la empatía, pero también puede ejercer una influencia decisiva en la implicación en conductas violentas, si así es el comportamiento del grupo de iguales en el que el adolescente se encuentra.

También se ha examinado la relación existente entre la calidad del clima escolar y el bienestar del estudiante, y se han señalado determinados factores de riesgo frente al desarrollo de problemas de ajuste en niños y adolescentes escolarizados.

Así mismo, el estudio de la problemática debe hacer énfasis al entorno familiar, un contexto de relevancia incuestionable en el desarrollo adolescente, dentro del cual es posible subrayar el clima familiar como uno de los factores de mayor importancia en el ajuste psicosocial del joven (Estévez, Musitu y Herrero, 2005). El clima familiar está constituido por el ambiente percibido e interpretado por los miembros que integran la familia, y ha mostrado ejercer una influencia significativa tanto en la conducta, como el desarrollo social, físico, afectivo e intelectual de los integrantes. Un clima familiar positivo hace referencia a un ambiente fundamentado en la cohesión afectiva entre padres e hijos, el apoyo, la confianza e intimidad y la comunicación familiar abierta y empática; se ha constatado que estas dimensiones potencian el ajuste conductual y psicológico de los hijos.

Un clima familiar negativo, por el contrario, carente de los elementos mencionados, se ha asociado con el desarrollo de problemas de comportamiento en niños y adolescentes. Diversos

estudios han mostrado que el clima familiar negativo caracterizado por los problemas de comunicación entre padres e hijos adolescentes, así como la carencia de afecto y apoyo, dificulta el desarrollo de determinadas habilidades sociales en los hijos que resultan fundamentales para la interacción social, tales como la capacidad de identificar soluciones no violentas a problemas interpersonales o la capacidad empática.

El modo en que se ejerce la crianza redundante en efectos a lo largo de todo el ciclo vital lo cual se relaciona estrechamente con los estilos parentales. Los estilos parentales han sido abordados de dos modos distintos, de manera dimensional, y categorialmente. El modo dimensional propone dimensiones globales que componen el fenómeno, usualmente identificadas como respuesta y demanda; la primera comprende manifestaciones de cariño, diálogo, implicación, contención, apoyo, calidez; la segunda, incluye exigencias, límites, prohibiciones, castigos, reglas o normas, disciplina. Por otra parte, en un enfoque diferente y de acuerdo con criterios teóricos o estadísticos, se construyeron distintas categorizaciones de los estilos de parentalidad. La más utilizada es aquella propuesta por Maccoby y Martin (1983), que postula cuatro estilos constituidos mediante la combinación de las dos dimensiones antes nombradas: el autoritario (alta demanda y baja respuesta), el permisivo (baja demanda y alta respuesta), el negligente (baja demanda y baja respuesta) y el autoritativo (alta demanda y alta respuesta).

La intervención con niños y adolescentes, parte por tanto, de una evaluación del desarrollo cognitivo, del nivel de adaptación y funcionamiento, así como del medio familiar y social en el cual el menor se desenvuelve; de esta manera una psicoterapia con niños y adolescentes conlleva la participación de los adultos responsables, quienes a menudo actuarán como coterapeutas (Kaplan, Thompson & Searson, 1995). Desde esta perspectiva, la terapia cognitivo conductual se

posiciona como particularmente útil en el trabajo terapéutico con adolescentes, especialmente por las metas clínicas explícitas, la actitud de mutua colaboración que favorece el involucramiento del menor y sus padres, la práctica de una relación cordial con un adulto, la naturaleza sencilla y adaptable de las técnicas y, finalmente la práctica en tareas cognitivas que favorece la sofisticación de las habilidades del menor.

De acuerdo con Kaplan, Thompson y Searson (2015) los niños y adolescentes tratados con terapia cognitivo conductual en los casos de conductas ansiosas o depresivas, no sólo son capaces de adquirir las herramientas, sino que además las recuerdan y aplican para problemas futuros; con esto se asume que este modelo de terapia los dota de habilidades que favorecen la adaptación constructiva y la búsqueda de soluciones para enfrentar la regulación de emociones (identificación de emociones, validación emocional, incremento de la tolerancia al malestar emocional), mentalización (mindfulness), entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento en solución de problemas y manejo conductual de la ausencia de límites y normas o ser excesivamente permisivo con el adolescente versus implicarse en métodos de crianza coercitivos, limitando la libertad, la autonomía y la independencia.

Entre tanto, los tratamientos que han mostrado eficacia para estos trastornos se basan en teorías de aprendizaje, conductuales y cognitivas. Su principio fundamental propone generar cambio en las emociones, mediante la modificación de los pensamientos y conductas problemáticas. Los pensamientos blancos de modificación, son pensamientos distorsionados acerca de uno mismo, el futuro, situaciones y objetos (Barlow et al., 2004; Hernández, 2010).

Teniendo en cuenta que el enfoque cognitivo conductual descansa en gran parte en la premisa de que los pensamientos, las emociones y la conducta se entrelazan e influyen mutuamente. La forma en que la persona percibe o evalúa una situación ejerce una influencia sobre sus respuestas

emocionales y su conducta, las que a su vez afectan la apreciación de nuevas situaciones. El tratamiento cognitivo-conductual implica enseñar a los adolescentes, en este caso, acerca del triángulo pensamientos-emociones-conducta y modificar junto con ellos sus pautas de pensamiento de tal forma que, en el futuro, afronten con mejores recursos las situaciones desafiantes. El tratamiento implica la asignación de tareas y la implementación de técnicas que los adolescentes deben practicar en casa o en los entornos fuera de consulta (Hernández, 2010).

La reestructuración cognitiva se aplica a cada pensamiento automático relativo a las situaciones o estímulos que el adolescente propone durante la jerarquización de situaciones o estímulos, siguiendo el orden en la jerarquía de situaciones o estímulos, empezando por los que le producen más ansiedad (Hernández, 2010).

Los anteriores postulados teóricos sustentan y orientan el estudio de caso que se presenta a lo largo del documento, cuyo objetivo consistió en documentar paso a paso, justificar, explicar y comprender el proceso interventivo a partir del modelo cognitivo-conductual, realizado con un paciente adolescente diagnosticado con trastorno del estado de ánimo no especificado y conducta autolesiva.

Metodología

Población

La práctica de Especialización en Psicología Clínica que sustenta el presente trabajo de grado, fue desarrollada en el Instituto de Familia y Vida de la Universidad Pontificia Bolivariana de Bucaramanga (IFV) que ofrece los servicios de atención psicológica a nivel individual, de pareja y de familia, promueve programas de desarrollo y educación familiar (escuela de padres, formación de maestros, pautas de crianza, manejo de la autoridad, ciclo vital familiar, entre otros), así como el trabajo en aspectos pastorales del matrimonio y la familia. En total se atendieron 10 pacientes de los cuales el 60% (n=6) eran hombres y el 40% restante (n=4) eran mujeres. Las edades oscilaron entre los 4 y 34 años, estratos socioeconómico bajo y medio-bajo. Los principales motivos de consulta obedecieron a dificultades académicas en estudiantes de primaria y secundaria, comportamientos problemáticos de niños, niñas y adolescentes en la casa y en la escuela, y alteraciones en el estado de ánimo. Los pacientes cumplieron con el criterio de asistencia al menos a tres citas programadas (Ver Anexo 5).

Muestra

La formulación del estudio de caso se realizó con uno de los 10 pacientes atendidos en consulta. La selección del caso se realizó con base en el número de sesiones realizadas, cumplimiento, interés y permanencia del paciente en el proceso, los instrumentos de evaluación empleados y la posibilidad de dar seguimiento al caso clínico. Al igual, en el proceso de atención psicológica se evidenció un grado alto de empatía con el consultante, aspecto que favoreció su cumplimiento con las citas y las tareas terapéuticas asignadas, así como, su evolución satisfactoria.

El caso seleccionado para presentar en el marco de trabajo de grado corresponde al paciente

DB, un adolescente de 15 años de edad, nacido en el municipio de Bucaramanga, y residente del municipio de Floridablanca. Es el primero de tres hermanos varones de 10 y 3 años de edad, con quienes vive junto a sus padres. La madre permanece en el hogar al cuidado de los hijos y el padre trabaja fuera del país durante periodos de tres meses y descansa un mes en Colombia. DB mantiene una relación distante pero respetuosa con su madre, una comunicación poco afectiva y restringida a las actividades propias del hogar; mientras que con el padre tiene una relación cercana, caracterizada por la confianza y la empatía, sin embargo, los contactos con su padre son intermitentes en razón a sus condiciones de trabajo. Luego de cursar octavo grado por segunda vez, actualmente, el adolescente se encuentra cursando noveno grado, en una institución educativa de carácter oficial, en donde mantiene un desempeño académico regular, falta de interés, dificultades para relacionarse con sus compañeros; reporta ser víctima de agresiones verbales y psicológicas por parte de ellos, se encuentra expuesto a conductas de riesgo como consumo de sustancias, pandillismo, riñas, amenazas, encuentros sexuales sin medidas de protección, etc. Ha estudiado en varios centros educativos, en la mayoría de los cuales se han presentado las mismas dificultades, razón por la cual, sus padres lo han trasladado en cuatro oportunidades. DB refiere que las situaciones de aislamiento, burlas, rechazo y amenazas en la institución educativa le generan sentimientos de ansiedad y malestar psicológico, desinterés por otras actividades, desesperanza, sensación de constante aburrimiento, sentimientos de intranquilidad. Presenta una conducta autolesiva caracterizada por la realización de cortes en brazos y muñecas con elementos cortopunzantes tales como, navajas y restos de pasta de lapicero. Igualmente, en las noches refiere dificultad para conciliar el sueño, momento en el cual, lo invaden sensaciones de angustia y pensamientos negativos asociados con su incapacidad para realizar actividades como por ejemplo, tocar instrumentos, hacer y mantener amigos,

practicar deportes. Se percibe a sí mismo como una persona torpe, poco apreciada por otros y con pocos talentos en comparación con sus primos de la misma edad. No tiene establecido un proyecto de vida ni metas claras. Las relaciones que establece con sus amigos son poco duraderas, logra entablar amistades con adolescentes que presentan las mismas características de personalidad y situaciones de vida similares, con quienes algunas veces practica la conducta autolesiva.

Dentro de los antecedentes relevantes se refiere la conducta de consumo de sustancias psicoactivas del padre y un episodio de tristeza profunda por parte de la madre después del nacimiento del último hijo y la separación de su esposo. Adicionalmente, la situación de separación temporal de sus padres por infidelidad del padre y posterior regreso al hogar; hechos por los cuales, DB había decidido ir a vivir solo con su padre. El estilo parental educativo de los padres se caracteriza por la evitación de las situaciones de agresión, el comportamiento pacífico y respetuoso hacia los demás, la restricción en el uso de palabras vulgares u ofensivas. Refiere la madre que el niño en sus primeros años fue comparado constantemente con su primo de la misma edad por no presentar las mismas habilidades y destrezas para desarrollar ciertas tareas; acontecimiento que fue muy significativo para el niño, que en repetidas ocasiones expresaba sus sentimientos de tristeza y angustia frente a la situación, dado que, se sentía constantemente invalidado por el abuelo paterno (Ver Anexo 1).

Instrumentos

La evaluación psicológica del paciente se llevó a cabo con los siguientes instrumentos y formatos de valoración clínica:

Consentimiento Informado. Documento a través del cual se informó al consultante en que

consistía y cuáles eran los objetivos del proceso terapéutico adelantado por el profesional de psicología del Instituto de Familia y Vida de la UPB. Igualmente, se solicitó al consultante su autorización para llevar a cabo la atención psicológica, teniendo en cuenta que la información recolectada y las intervenciones realizadas en el marco de un ejercicio académico como parte de la práctica clínica de especialización (Ver Anexo 3).

Historia Clínica para Niños y Adolescentes del Instituto de Familia y Vida. Formato de recolección de información diseñado por IFV bajo las normativa legal que rige el ejercicio de los psicólogos clínicos en Colombia (Código Deontológico y Bioético; Resolución No. 1995 de 2006). El documento se constituye es un instrumento de registro que recaba datos relevantes para la comprensión del caso; explora aspectos relativos al motivo de consulta, la historia de la situación, la percepción de los consultantes, las redes de apoyo, la configuración familiar, el proceso de desarrollo infantil, la escolaridad, la condiciones médicas, entre otros (Ver Anexo 4).

Inventario de Depresión de Beck. Instrumento de auto informe diseñado para evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva. Está constituido por 21 ítems y se aplica de manera colectiva o individual en adultos o adolescentes. Los niveles de severidad de depresión se obtienen a través de la sumatoria de los 21 ítems: (0-13) Depresión leve, (14-19) Depresión leve, (20-28) Depresión moderada, (≥ 29) Depresión grave). El IDB- II presenta un nivel de consistencia interna más elevado que la primera versión, con un coeficiente alfa de 0.89 (Sanz, Perdígón, & Vázquez, 2003; Sanz, Navarro, & Vázquez, 2003) (ver Anexo 5).

Inventario de Ansiedad Estado Rasgo State-Trait Inventory (STAI) (Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1970). Instrumento diseñado originalmente para evaluar una dimensión estable de la personalidad (la ansiedad como “rasgo” o la tendencia a la ansiedad), pero incluye

también una subescala de “estado”, que, permite detectar las conductas de ansiedad en la situación actual del paciente. Es uno de los instrumentos de evaluación más utilizados en psicoterapia principalmente por demostrar alta sensibilidad con respecto al cambio sintomático. Esto lo hace de gran utilidad en tratamientos breves para evaluar el curso de la evolución sintomática y el grado de malestar subjetivo que presenta el paciente. Se suele administrar en etapas intermedias del tratamiento y al finalizarlo (Maristany, 2009). Las puntuaciones de las dos escalas del STAI pueden variar desde 0 hasta 60 puntos. En la elaboración del STAI se han intercalado los ítems directos e inversos para evitar el efecto de aquiescencia. La corrección se efectúa con plantilla, contando los puntos de los ítems de ansiedad positivos y los negativos y trasladando el valor resultante a la fórmula impresa en la esquina superior derecha del Ejemplar. También se puede realizar la corrección directamente, sumando las puntuaciones para cada una de las sub-escalas. Los puntajes no indicativos de sintomatología oscilan entre 0 y 30, puntajes superiores indican niveles de ansiedad de consideración clínica (ver Anexo 6).

Entrevista semiestructurada para el acudiente. Instrumento de recolección de información diseñado con el objetivo de recopilar información de manera organizada sobre la historia de vida del paciente, las características de crianza parentales, sus estilos de comportamiento y posibles eventos significativos en el desarrollo del adolescente. Este instrumento fue construido durante el proceso de práctica clínica. Incluye preguntas abiertas que orientan el discurso del padre o acudiente (Ver Anexo 7).

Procedimiento

En primer lugar, se hace mención del procedimiento general adelantado con los casos atendidos en proceso de práctica clínica. La atención de los casos se realizó a través del procedimiento que se presenta a continuación:

Intervención general con los casos atendidos

Apertura de Historia Clínica. En el primer encuentro con el paciente se efectuó la firma del formato de Consentimiento Informado y el diligenciamiento de los primeros campos de la historia clínica, elaboración del contrato terapéutico y establecimiento de empatía para indagar por el motivo de consulta y las primeras impresiones de los casos.

Evaluación cognitivo-conductual. Por medio de entrevista clínica, observación comportamental y establecimiento del motivo de consulta de los pacientes, y en el caso de los menores de edad, de sus padres o acudientes, se establecieron las características de cada caso, con base en las cuales se seleccionaron los instrumentos de evaluación bajo el modelo cognitivo-conductual.

Análisis de resultados de la evaluación. Una vez calificados e interpretados los instrumentos de medición, se procedió a su análisis con el propósito de identificar conductas blanco, afirmar o descartar las hipótesis construidas y, sustentar la estructura y características del caso.

Diseño del plan de intervención. Establecidos los objetivos terapéuticos se eligió el conjunto de técnicas y actividades a desarrollar para alcanzarlos. El plan diseñado fue socializado con cada paciente.

Intervención clínica. Consistió en la aplicación de las técnicas y procedimientos correspondientes al plan de intervención diseñado para cada caso. En algunos casos se fueron

realizando ajustes en el plan de intervención de acuerdo con el curso de las sesiones y las respuestas de evolución o abandono del proceso por parte de los pacientes

Cierre del caso. Finalizado el proceso de intervención se realizó una evaluación de la terapia teniendo en cuenta los objetivos planteados para cada caso; esta evaluación se realizó en conjunto con el consultante. Cabe resaltar que la totalidad de los procesos terapéuticos iniciados no fueron finalizados, en razón al abandono de los consultantes.

Fases de intervención del estudio de caso (Ver Anexo 2).

Valoración del caso. Fase de evaluación cuyo propósito se encontraba encaminado a la recolección de información para establecer las características del caso clínico. Incluyó la aplicación de instrumentos de medición al adolescente y a su acudiente, acompañado de entrevista clínica y observación. Esta fase se llevó a cabo en cuatro sesiones. A partir de la información recopilada y su análisis fue posible establecer la hipótesis diagnóstica y los objetivos terapéuticos.

Identificación y definición de valores personales. Esta fase pretendía llevar al paciente a la identificación de los valores que para él resultaban más relevantes a la hora de interactuar con los demás (amigos, familiares, docentes, compañeros de clase), al tiempo que se identificaban y operacionalizaban las conductas emitidas por DB en dirección al cumplimiento de esos valores. Allí fue posible establecer que el adolescente, tenía en su estructura psíquica valores protectores, que se encontraban en disonancia con sus comportamientos, los cuales generaban malestar emocional. Esta fase se efectuó con el propósito de determinar los aspectos o circunstancias de la vida que resultaban valiosas para el consultante y en esa medida establecer una guía que

orientara el proceso de modificación de la conducta.

Psicoeducación frente a los síntomas asociados con depresión y ansiedad. Una vez identificados síntomas de ansiedad y depresión a través de los instrumentos aplicados y la observación clínica, fue importante señalar al adolescente los factores fisiológicos y cognitivos en los que se traducen y cuáles son sus efectos en las personas. Igualmente, el comportamiento de DB fue explicado desde el modelo cognitivo-comportamental tanto a él como a sus padres.

Distinción entre emociones, pensamientos y conductas. El propósito de esta fase de intervención consistió en enseñar al adolescente a distinguir entre las emociones, los pensamientos y las conductas; además de aclarar la conexión que existe entre estos. La explicación de las premisas del modelo cognitivo – conductual fue fundamental para que el paciente comprendiera que los eventos, las personas y/o los lugares por sí mismos, no provocaban en él los sentimientos que le generaban ansiedad o malestar psíquico; en su lugar, eran sus pensamientos frente a los eventos, las personas y/o los lugares los que provocaban sus emociones. Acto seguido, se hizo énfasis en que a través de la terapia cognitivo-conductual, era posible modificar la forma como procesaba la información, es decir, el adolescente podía modificar sus pensamientos, en la medida en que él tiene el control de los pensamientos y puede inducir o suprimir las emociones que éstos producen.

Adicionalmente, se llevó a DB a identificar aquellos pensamientos negativos que lo llevaban a experimentar las sensaciones ansiosas, y las circunstancias: lugares, personas, objetos, situaciones, que le provocaban dichos pensamientos negativos. De igual forma, se educó sobre los pensamientos automáticos negativos; aquellos que vienen a la cabeza de repente y producen instantáneamente una emoción desagradable que le genera sensaciones de malestar, pero que

también pueden ser positivos y generar emociones contrarias.

Bloqueo de los pensamientos automáticos negativos. Esta etapa se encontraba orientada a que DB controlara o bloqueara aquellos pensamientos negativos que lo invadían en las situaciones en las que experimentaba sentimientos de ansiedad, por ejemplo, permanecer aislado y solo en el salón de clase, en el patio de juegos o en las noches mientras intentaba conciliar el sueño. Se capacitó a DB con el propósito de que remplazara los pensamientos relacionados con su percepción de minusvalía y victimización por pensamientos positivos que estuvieran orientados a resaltar sus talentos, capacidades y gustos. Se intentó, además, mostrar desde el modelo cognitivo conductual las tipología del procesamiento de la información, la generación de malestar psicológico y la modificación de los errores observados en dicho proceso.

Elección de conductas socialmente aceptadas para reducir la ansiedad. Las respuestas de DB frente a sentimientos de ansiedad estaban orientadas a la autolesión. El trabajo en estas sesiones estuvo dirigido hacia la identificación de conductas preferidas de DB y socialmente aceptadas para remplazar la conducta autolesiva, en los momentos en que experimentaba una sensación de angustia, desespero o intranquilidad. El paciente propuso y eligió las conductas a realizar en los momentos en los que experimentaba fuertes sensaciones de ansiedad. Las conductas elegidas fueron dibujar en un cuaderno, hablar con un compañero, levantarse del puesto, y en las noches, se optó por tomar un vaso de agua, toca la guitarra o hacer flexiones de pecho, lectura de artículos de interés.

Entrenamiento en habilidades sociales. El entrenamiento en habilidades sociales consistió en dotar al adolescente de las destrezas o capacidades para exponerse a las situaciones que implicaban la interacción con sus pares. Para lograr el entrenamiento, se empleó la técnica de

modelamiento y representación de papeles o roles en sesión. Para ello, la psicóloga actuó como modelo, con el fin de que DB imitara lo que se esperaba de él en una interacción saludable con sus pares. Luego se le pidió al paciente que realizara la conducta modelada, y se practicó varias veces más, siguiendo el modelo de aproximación de conductas sucesivas hasta que lograra realizar la conducta deseada y esta llegara a ser elogiada por el terapeuta.

Paso seguido, se indicó al adolescente que replicara la conducta aprendida en el momento en que se encontrara en el colegio (salón, baños, patio de recreo, etc.) con sus compañeros, esto con el objetivo de que se enfrentara en vivo a los pensamientos y emociones que se estaban trabajando dentro del proceso psicológico. Se indagó con DB por su desempeño en la tarea solicitada en vivo, y fue posible identificar que el entrenamiento debía continuar para fortalecer y asegurar la conducta deseada.

Entrenamiento en autoverbalizaciones positivas o autoinstrucción. Esta técnica pretendía modificar el monólogo interno del paciente, de forma que las autoverbalizaciones negativas fueran sustituidas por autoverbalizaciones positivas.

Prevención de recaídas y evaluación del postest: Se analizó cuál ha sido la evolución del problema, desde el inicio hasta la finalización del tratamiento, se realizó un resumen de las técnicas aprendidas a lo largo de las sesiones, se identificaron los comportamientos de mejoría y aquellos sobre los que se deberá continuar trabajando, así como, el afrontamiento de posibles problemas futuros.

Se llevó a cabo una evaluación postest, a través de la cual se obtuvo las puntuaciones del Inventario de Depresión de Beck y el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo una vez finalizada la intervención.

Objetivos terapéuticos

Identificar e implementar estrategias de afrontamiento socialmente aceptadas frente a las situaciones que le generan ansiedad al paciente.

Desarrollar habilidades para darle a los conflictos soluciones asertivas.

Promover la modificación de los tipos de procesamiento de la información por procesamientos menos perturbadores.

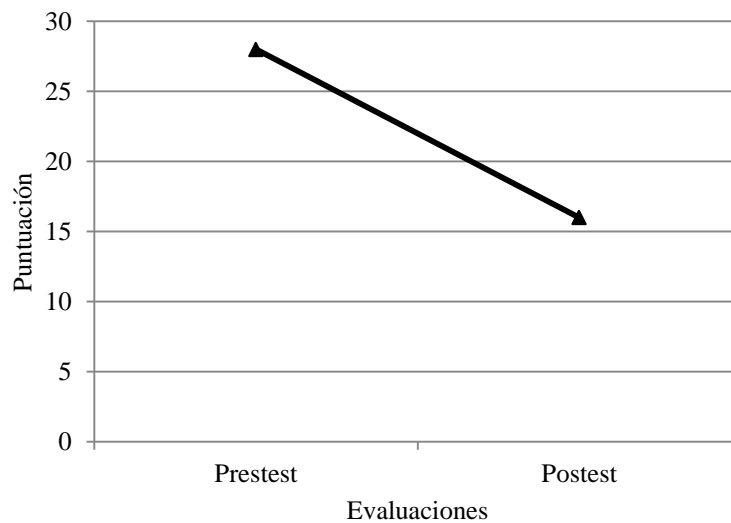
Resultados

Los resultados del estudio de caso se presentan a continuación. En primer lugar se muestran los resultados obtenidos a través de los instrumentos de evaluación clínica.

Inventario de Depresión de Beck. La medición de los posibles niveles de depresión presentados por el paciente se evaluó por medio del Inventario de Depresión de Beck, en dos momentos distintos. El primero o pretest, se administró en la fase de evaluación preliminar a la intervención, y el segundo o postest, seis meses después de su primera aplicación. En la primera evaluación DB obtuvo una puntuación igual a 28 puntos que corresponden a un nivel de *depresión moderada*. Pasados seis meses, los resultados del postest reportaron una puntuación de 16 puntos, los cuales corresponden a un nivel *leve de perturbación del estado del ánimo*. Los anteriores resultados muestran una disminución en la puntuación entre la valoración inicial del paciente (pretest) y la evaluación del proceso terapéutico (postest).

Figura 1.

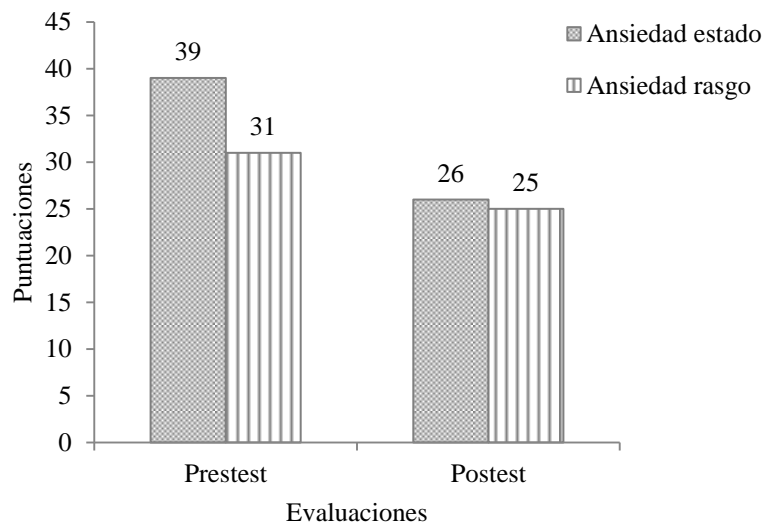
Evaluación pretest-postest con el Inventario de Depresión de Beck



Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI). Así mismo se administró el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo, siguiendo un modelo de evaluación pretes - postest con el objetivo de medir posibles indicadores de ansiedad en el paciente, hacerle un seguimiento luego de pasados seis meses, al tiempo que se evalúan los efectos de la intervención realizada. Las puntuaciones obtenidas en la primera medición permitieron evidenciar una puntuación de 39 puntos para la subescala Ansiedad Estado, y 31 puntos para la subescala Ansiedad Rasgo. En el postest, las puntuaciones disminuyeron en ambas subescalas, así, 26 puntos para la subescala Ansiedad Estado, y 25 puntos para la subescala Ansiedad Rasgo. Al igual que en los resultados asociados con síntomas depresivos, las puntuaciones relacionadas con los niveles de ansiedad indican una disminución antes y después de la intervención.

Figura 2.

Puntuaciones de los niveles de ansiedad en el pretest y postest.



Otros resultados obtenidos corresponden a los derivados del análisis funcional de la conducta, el cual se realizó con base en los siguientes factores:

Factores de predisposición

- Padre con historial de consumo de sustancias
- Madre con síntomas asociados a un estado ánimo deprimido
- Embarazo no deseado

Factores de adquisición

- Medio escolar agresivo y conductas de riesgo
- Grupo de pares que se autolesiona
- Exposición a música y videos con contenido melancólico

Factores desencadenantes

- Separación temporal de sus padres
- Presencia intermitente del padre en casa
- Cambios continuos de casa y colegio
- Vínculo con la madre desprovisto de afecto
- Comparación de menor valía con sus primos

Factores de mantenimiento

- Grupo de pares que practican la misma conducta autolesiva
- Institución educativa caracterizada por un ambiente hostil, agresivo, vulgar con el que el adolescente no se siente identificado
- Comunicación distante con su madre
- Pocos vínculos con otros adolescentes de su edad
- Atención excesiva a su conducta que se convierte en reforzadora de la misma
- Aislamiento

Factores protectores

- Apoyo de sus padres, abuelos y tíos

- Gusto y habilidades por las artes
- Reconocimiento del riesgo que genera su comportamiento
- Deseo de mejorar y buscar alternativas de solución

Análisis funcional de la conducta

El análisis funcional de la conducta de DB permite evidenciar algunos factores de riesgo predisponentes a nivel personal como resultan serlo, un locus de control externo, puesto que el paciente percibe que la causa de sus malestar se encuentra en sus compañeros de clase que son diferentes a él y, en otras personas que no lo comprenden o lo rechazan; a nivel contextual se percibe un estilo educativo permisivo y distante por parte de la madre, quien se encuentra encargada de la crianza de DB, situación que se refleja en el incumplimiento de las normas de convivencia del hogar como por ejemplo, compartir más tiempo con los miembros de la familia o colaborar en las tareas domésticas.

De otro lado, la exposición temprana a problemas familiares podría relacionarse con el desarrollo de estrategias de afrontamiento internalizantes y, situaciones relacionadas con el consumo de sustancias por parte del padre y episodios de sintomatología depresiva de la madre, según su relato en la entrevista clínica.

En cuanto a los factores de mantenimiento se observa en el adolescente un estilo atribucional disfuncional, distorsiones cognitivas negativas relacionadas con la catastrofización, el etiquetamiento, el pensamiento dicotómico, la abstracción selectiva, y estrategias de afrontamiento disfuncionales que lo llevan a autolesionarse en situaciones de estrés/ansiedad.

En cuanto a los factores contextuales del sistema de tratamiento, se observa una tendencia por parte de los padres a minimizar la gravedad o ignorar la conducta autolesiva de D. B. o a poner

en manos de terceros la responsabilidad y la resolución de la problemática, en este caso de la institución educativa, el orientador escolar, o el psicólogo que lleva el caso.

Entre tanto, se evidencia un vínculo inseguro entre la madre y el adolescente, a diferencia del vínculo que se establece con el padre que está fuertemente construido con base en el involucramiento afectivo. El estilo educativo de la madre es sobreprotector y poco cercano, aspectos que refuerzan la conducta autolesiva y el aislamiento de D. B., a lo que se suma la ausencia de su padre por largas temporadas.

Algunos factores precipitantes identificados son el cambio de casa en dos ocasiones consecutivas, pasar de vivir con sus padres y abuelos paternos, a vivir con su abuelo materno y solo con su madre en razón a la situación de separación temporal de sus padres, y pasar posteriormente a vivir con ambos padres. Varios cambios de colegio a causa de la intimidación escolar que recibía de sus compañeros, pérdida de los amigos con los que mantenía lazos fuertes de amistad por cambios de colegio y vivienda.

Hipótesis explicativa

La conducta autolesiva de DB podría estar relacionada con estrategias de afrontamiento caracterizadas por la internalización de sentimientos y la ausencia de mecanismos asertivos para manifestar por vías socialmente aceptadas la frustración y los sentimientos negativos que experimenta. Se observa que la mayor parte del tiempo permanece acostado en cama escuchando música y revisando videos; momentos en los que es invadido por pensamientos automáticos negativos que lo llevan a experimentar un estado de ánimo deprimido. De otro lado, experimenta episodios de ansiedad al encontrarse aislado en el salón de clase mientras los demás estudiantes interactúan entre sí. Según el proceso realizado es posible advertir, de acuerdo con el

modelo cognitivo conductual, que el aislamiento de su grupo de pares subyace al mantenimiento de esquemas y creencias rígidas integradas por las formas de comportamiento que los otros deberían tener y que son calificadas como inadecuadas por DB, razón por la que rechaza a quienes no se comportan de acuerdo a sus estándares adecuados de comportamiento. El adolescente consigue disminuir el estrés fisiológico causado por la autoexclusión del grupo de pares y mejorar la respuesta corporal minimizando las reacciones emocionales subjetivas negativas y amplificando las positivas, a través de cortes con “cuchillas” o “pasta de lapiceros” en muñecas y antebrazos.

De otro lado, es posible evidenciar esquemas de pensamiento asociados con discrepancias en el autoconcepto, caracterizados por una auto percepción negativa de invalidez, incapacidad, inutilidad que contrasta con creencias de superioridad y mayor valía ante sus pares. Estas autorrepresentaciones negativas y ambivalentes podrían asociarse con un estado de ánimo deprimido que afecta su sociabilidad, debilitan su sistema inmunológico e impiden el mantenimiento de emociones positivas, en contraste con esquemas del sí mismo que tienden a generar un malestar o una sensación de desconcierto o incomodidad personal.

DB mantiene un pensamiento rígido y centralizado puesto que muestra una tendencia a enfocarse en un único aspecto de un problema, en este caso las burlas que hacen de él sus compañeros de clase. Además esquemas rígidos que le dificultan la interacción con otras personas, especialmente adolescentes de su misma edad, además tiende a presuponer las emociones y los pensamientos de sus compañeros de clase, a lo que responde aislándose, ya que piensa que lo van a rechazar de antemano y que aislándose por iniciativa propia, evitaría el malestar causado por otros. También se advierte sobre una ubicación educativa inapropiada, puesto que se encuentra rodeado de estudiantes que practican conductas de riesgo como el

consumo de alcohol y sustancias, pandillismo, robos, vocabulario soez, etc., hecho que se relacionada con la baja adaptabilidad que ha mostrado el consultante para incorporarse a este ambiente y sentirse cómodo, no obstante, es importante advertir que esta no sería la una causa del desajuste de D. B., factores actitudinales y pensamientos frente a la situación potencian el aislamiento y la sensación de ansiedad asociada con el rechazo.

Resultados de la intervención terapéutica

Como resultado general de la intervención el paciente logró reemplazar la conducta autolesiva de cortar sus brazos y muñecas por dibujar, hablar con un amigo, leer artículos de interés o escuchar música. Los cortes fueron disminuyendo durante el proceso terapéutico, de modo que, para los últimos dos meses de intervención no se registraron, de acuerdo con el reporte del adolescente y la verificación realizada por el terapeuta en consulta, revisando sus brazos y muñecas e indagando con su acudiente.

Así mismo, se observó una modificación en el estilo de pensamiento negativo y rígido, el cual fue reemplazado por un estilo de pensamiento algo más flexible y optimista. Lo anterior, se sustenta en verbalizaciones expresadas por DB, tales como, “ahora siento que le importo a alguien”, “las personas se portan de una manera diferente a la mía porque tienen problemas”, “son “ñeros” pero no tienen la culpa”, “tengo ganas de hacer muchas cosas”.

El entrenamiento en habilidades sociales le permitió reconocer maneras distintas de aproximarse a los demás, siendo asertivo en sus demandas y respuestas, afrontando las situaciones displacenteras de cuales solía huir por temor a exponer sus sentimientos. Por autoreporte del adolescente, fue posible fortalecer la habilidad de escucha y la operacionalización de sus emociones a la hora de darlos a conocer a otras personas.

Se hace referencia al hecho de haber tenido en cuenta la sugerencia realizada durante el proceso terapéutico, relacionada con el cambio de institución educativa, a una de un ambiente escolar menos perjudicial para DB, puesto que en la anterior, se presentaban comportamientos intolerables para el adolescente, a los cuales les era difícil integrarse generando constante angustia y preocupación por las burlas de la que era víctima.

Adicionalmente, la evolución del paciente fue medida a través de registros y de una evaluación pretest - postest empleando los mismos instrumentos utilizados en la evaluación inicial. La evaluación postest se realizó aproximadamente seis meses después de iniciado el proceso terapéutico; dicha evaluación mostró una disminución en los niveles de depresión y ansiedad identificados al inicio del proceso terapéutico. El decremento de los niveles rastreados fueron del orden de 12 puntos para el caso de la sintomatología depresiva, pasando de un estado de depresión moderada a un estado de *leve de perturbación del estado del ánimo*. Para el caso de los niveles de ansiedad, la disminución se presentó en el orden de 18 puntos para el indicador Ansiedad – Estado, y 6 puntos para Ansiedad – Rasgo, de modo que en esta medición los niveles de ansiedad no se mostraron clínicamente representativo.

Discusión

La intervención desarrollada con DB permite dar cuenta del cumplimiento de los objetivos terapéuticos, en la medida en que fue posible para el adolescente sustituir la conducta autolesiva, por conductas de afrontamiento asertivas, es decir, acciones socialmente aceptadas, que redujeran los riesgos asociados a las autoagresiones. Las conductas implementadas fueron elegidas por el adolescente, luego de ensayar con varios comportamientos en los momentos de malestar emocional, y observar que unas resultaban más efectivas que otras. Este proceso hizo parte del trabajo realizado en consulta, orientado a la identificación de las acciones que podrían sustituir la conducta autolesiva y que también contribuyeran con la liberación de la tensión y proporcionaran una sensación de bienestar. La puesta en marcha de estas acciones debían realizarse principalmente fuera de consulta, por lo que el grado de compromiso e implicación del paciente fue significativamente relevante para dar cumplimiento a este objetivo y a las demás tareas terapéuticas sugeridas.

El análisis funcional de la conducta de DB permitió observar un estado emocional condicionado a lugares y situaciones específicas, caracterizado por una percepción subjetiva de sentimientos de aprensión, temor, poca valía, incapacidad y tristeza; a los que se sumaba la activación o depresión del Sistema Nervioso Autónomo.

De acuerdo con Kirchner et al. (2011) se entiende que las estrategias de aproximación a los problemas empleadas por DB se caracterizan por la evitación cognitiva y conductual. La evitación cognitiva se identificó en respuestas como evitar pensar en el problema, negar la existencia de problemas de socialización, negar los sentimientos experimentados ante el rechazo;

y la evitación conductual, en el aislamiento en el aula de clase, hacer trabajos grupales de manera individual, permanecer en el salón o pasillos durante el tiempo de descanso, permanecer en su cuarto la mayor parte del tiempo con la puerta cerrada. A esta respuesta de retirada, se suma la atribución de culpabilidad y crítica excesiva frente a los eventos en los que no se percibe exitoso, permitiendo suponer que los adolescentes con autolesiones utilizan adicionalmente, más estrategias de actuación ante el estrés, centradas en las emociones que la tarea.

Según Campos et al. (2004) las respuestas de retirada o evitación están asociadas a sintomatología psicológica característica de condiciones clínicamente relevantes o trastornos mentales. En un amplio número de casos, este tipo de conductas evitativas dan cabida a pensamientos de tipo negativo o perturbadores que inciden en el estado de ánimo de los adolescentes. Mientras que las respuestas de afrontamiento del tipo compartir o hablar sobre las emociones, la búsqueda de apoyo instrumental, dan cuenta de mejores recursos psicológicos que favorecen la salud mental; comportamientos que se pretendían efectuar con el paciente.

Como parte del tratamiento, una de las estrategias implementadas por DB para la disminución de las sensaciones de ansiedad al descargar la tensión fue la búsqueda de apoyo social, para lo cual, se trazó un plan direccionado al incremento del número de contacto con pares y familiares, con el fin de dar paso a la práctica de conductas como por ejemplo, el consuelo, recibir y dar consejos.

De otro lado, se observó en DB una predisposición cognitiva a interpretar ciertas situaciones como amenazantes, lo cual pudo inferirse a partir del discurso de la madre en entrevista clínica inicial y en las sesiones de psicoeducación. Esto se sustenta con base en las verbalizaciones de la madre, relacionadas con un estilo de pensamiento negativo, victimización, rigidez y percepción de poca valía. Aspectos que soportan la hipótesis según la cual, los ambientes tempranos

invalidantes dificultan el desarrollo de apropiadas estrategias de afrontamiento del estrés emocional en la adolescencia y la adultez (Ulloa et al., 2008).

La identificación de los factores de predisposición asociados con el consumo de sustancias psicoactivas del padre y síntomas depresivos por parte de la madre, da paso al planteamiento de la hipótesis explicativa, según la cual, mecanismos de afrontamiento problemáticos caracterizados por un aumento del estrés fisiológico, la maximización de las reacciones emocionales subjetivas negativas y la minimización de las positivas, así como reforzar el auto-concepto negativo, aumentar los castigos y disminuir las recompensas; son aprendidos y/o heredados por los padres al adolescente en la dinámica de su entorno familiar (Campos, Iraurgi, Páez, & Velasco, 2004). Tanto el consumo de sustancia psicoactivas como la conducta autolesiva podrían asociarse con un mecanismo de afrontamiento de evitación, en donde la persona consume bebidas alcohólicas o sustancias nocivas con el fin de “olvidarse” de los problemas y no experimentar estrés emocional. Dichos estilos de afrontar los problemas, llegan a originar a largo plazo efectos secundarios nocivos para la salud física y mental.

Este análisis permite suponer que el consultante posee un repertorio deficiente de mecanismos de afrontamiento asertivos como resultado de un patrón de aprendizaje de los modelos de autoridad, lo cual explica en parte, el conjunto de respuestas agresivas-evitativas que emite frente a situaciones que le son desconocidas, desagradables, inesperadas o aversivas. Con base en este argumento, se estableció dentro de los objetivos terapéuticos la promoción o el entrenamiento y aplicación de dichos comportamientos más provechosos en situaciones que sobrepasan sus capacidades cognitivas, o que representan un reto para su estructura de pensamiento.

A la hora de abordar las motivaciones de DB para practicar la autolesión, se logró hipotetizar que son de diferente naturaleza, en primer lugar se estipula que la autoinjuria fue empleada como

una estrategia para aliviar afectos negativos agudos e intensos. Al igual, la influencia interpersonal, justificada por la generalización de esta práctica entre los niños, niñas y adolescentes de las instituciones educativas de todo el país, al punto que ha llegado a convertirse en moda, implantándose entre la población estudiantil. Igualmente, se estima que las autolesiones serían usadas como un medio para manifestar sus sentimientos frente a los cambios familiares significativos que ha vivido en poco tiempo y frente a las actitudes y decisiones tomadas por sus padres.

Por otra parte, se reconoce como positivo el cambio de institución educativa efectuado por DB con el apoyo de sus padres, en razón a que se logró identificar que el ambiente pedagógico al que se encontraba expuesto era poco reforzante para él, y por el contrario, era percibido como un entorno amenazante, en el que constantemente debía enfrentar episodios con un grado alto de tensión emocional, que demandaban por tanto, grandes esfuerzos cognitivos y conductuales que sobrepasaban su capacidad psíquica; sobre todo, teniendo en cuenta, como se mencionó con anterioridad, que el adolescente mostraba un repertorio de mecanismos de afrontamiento asertivos y estrategias de resolución de problemas desprovistos de recursos que le permitieran tener éxito o resolver exitosamente las situaciones percibidas como problema. Adicionalmente, el cambio a una institución educativa con un clima social y relacional menos conflictivas, resultó significativo en la integración de DB a su grupo de pares, con quienes ha logrado iniciar la construcción de nuevos vínculos que han favorecido su percepción de bienestar, han contribuido con la disminución de los niveles de ansiedad rastreados al inicio del proceso y fortalecido sus redes de apoyo.

Aunque se reconoce como positiva la medida terapéutica adoptada en cuanto al cambio de institución educativa, es relevante reconocer el hecho de que en la historia escolar de DB, se

enumeran varios cambios de colegio a causa de las dificultades de tipo relacional que ha presentado en las distintas instituciones. Lo anterior, permite inferir que el comportamiento que asume el adolescente a la hora de interactuar con sus pares genera respuestas de rechazo de los compañeros y autoexclusión. El análisis funcional de su conducta permitió establecer que DB se aparta o aleja de los grupos de pares en los momentos en que sus verbalizaciones o acciones no son reconocidas positivamente, lo que hace suponer que algunos de sus patrones de comportamiento están determinados por programas de reforzamiento tanto positivo como negativo, suponiendo que en los eventos en que no es reforzado, la probabilidad de que repita su conducta disminuye, y es sustituida por una conducta que tiende a ser hostil y agresiva, a fin de protegerse o evitar un daño emocional.

Respecto a la intervención realizada con la familia de DB, aunque no tan extensa y focalizada, la madre logró “darse cuenta” de la influencia que el entorno familiar ejercía sobre el comportamiento del adolescente, de forma que se logró comprender que DB era el síntoma de una serie de dificultades en los sistemas de relacionales del hogar, que se estaban expresando a través de la autoagresión de uno de sus miembros. Este tipo de intervención con la familia cobra importancia, teniendo en cuenta que un clima familiar negativo caracterizado por problemas de comunicación entre padres e hijos adolescentes, así como la carencia de afecto y apoyo, dificulta el desarrollo de determinadas habilidades sociales en los hijos, que resultan fundamentales para la interacción social, tales como la capacidad de identificar soluciones no violentas a problemas interpersonales, ya sea que las agresiones sean dirigidas hacia otros o hacia sí mismo, o la capacidad empática. Así que, se señala que la percepción del adolescente acerca de la calidad de la relación con sus padres influye tanto en su ajuste emocional como conductual.

De otro lado, las dificultades académicas reportadas al inicio del curso fueron afrontadas

satisfactoriamente con el repertorio de habilidades desarrolladas, y se observa una mejoría en la calidad de las relaciones entre iguales, estrechamente relacionada con el desempeño de los estudiantes en los procesos de enseñanza-aprendizaje, por lo que se espera que los estudiantes que afrontan episodios de acoso y agresión escolar muestren un rendimiento académico considerablemente bajo, dado que el tiempo que debe ser destinado para reforzar dichos procesos, los estudiantes lo dedican a buscar estrategias de huida y escape, y en otras oportunidades se quedan inmóviles ante dichas situaciones.

Cummings, Goeke y Papp (2003) proponen la estrecha relación existente entre la percepción de un clima positivo en estos contextos y el ajuste personal en la adolescencia, entendido éste como un ajuste integral del individuo en los ámbitos emocional y conductual. De este modo, se ha constatado el vínculo entre la calidad del clima familiar y diferentes indicadores de desajuste personal en los hijos adolescentes, por ejemplo, se ha observado, que un clima familiar negativo caracterizado por la presencia de frecuentes conflictos la existencia de problemas de comunicación entre padres e hijos, así como la carencia de cohesión afectiva y apoyo parental, se asocian con el desarrollo de conductas disruptivas y antisociales en edades adolescentes. La presencia de estos elementos en el sistema familiar se ha relacionado igualmente con ciertos problemas emocionales en los hijos como la ansiedad, la depresión, el estrés y el sentimiento de soledad (Oliva, Parra, & Sánchez, 2002) .

Se estima que en la adolescencia las estrategias de aproximación, es decir, la resolución de problemas, la reestructuración cognitiva y la reevaluación positiva, y las estrategias que se focalizan en el problema se encuentran asociadas con el mantenimiento de la salud mental. Mientras que las que se basan en la retirada, entendiéndose la evitación cognitiva y conductual, aceptación resignada, descarga emocional, pensamiento basado en ilusiones y culparse o

criticarse excesivamente a sí mismo; o las estrategias que se focalizan en la emoción están más asociadas a sintomatología psicológica clínicamente relevante que va a redundar en trastornos de orden mental (Frías, Vázquez, Del Real, Sánchez, & Giné, 2012).

En suma, se señala que la intervención cognitivo- conductual reporta efectividad a la hora de abordar casos de conductas autolesivas asociadas a síntomas de ansiedad y depresión, especialmente, dado que cuenta con un número robusto de técnicas aplicables que favorecen el funcionamiento de la personas y suficiente evidencia empírica que soporta sus intervenciones.

Finalmente, es posible establecer la utilidad de la intervención en el proceso, puesto que se observaron ciertas mejorías en el comportamiento del paciente, luego de haber llevado un plan de intervención basado en la modificación del pensamiento y la conducta.

Conclusiones

La conducta autolesiva en adolescentes puede estar asociada a mecanismos de afrontamiento de evitación/huida, rumiación, aislamiento social y focalización en las emociones y no en los eventos estresantes que generan tensión emocional. Dichas estrategias que utilizan los adolescente, y en general, las personas, son el resultado de un proceso complejo multidimensional que responde tanto al ambiente en términos de demandas y recursos, como a las disposiciones de personalidad.

El entrenamiento en habilidades sociales se constituye en una herramienta de intervención útil a la hora de potencializar los recursos del adolescente para relacionarse con sus pares y establecer redes de apoyo.

La intervención cognitivo-conductual efectuada permite concluir que una mejoría en la capacidad para relajarse, concentrarse, bloquear los pensamientos negativos y sustituirlos por auto-instrucciones positivas, posibilita una reducción en los niveles de activación psicofisiológica asociada a la tensión emocional inhabilitante que en varios casos es seguida por la autolesión.

Los ambientes escolares están estrechamente relacionados con el comportamiento de los estudiantes. Así, se estima que ambientes escolares aversivos, caracterizados por episodios de violencia, burlas, pandillismo, consumo de sustancias psicoactivas, etc., propician la aparición de trastornos mentales y conductas disruptivas entre los niños, niñas y adolescentes.

Los estilos de crianza y el contexto familiar y social en el que se desarrollan los niños, niñas y

adolescentes, van a determinar en parte, la forma como estos se aproximan a los problemas, es decir, los estilos de afrontamiento ante las situaciones displacenteras.

El estudio de caso permite inferir una relación directamente proporcional entre la disminución de la conducta autolesiva en el paciente y la disminución de la sintomatología depresiva y ansiosa.

Por último, se estima que la utilización de técnicas cognitivo-conductuales en la intervención clínica reporta resultados positivos que apoyan la evidencia existente en cuanto a la disminución y desaparición de la conducta autolesiva.

Recomendaciones

En primer lugar, se sugiere realizar el seguimiento del caso a través de contacto telefónico una vez al mes, los primeros tres meses después de finalizado el procedimiento; y posteriormente, cada tres meses hasta completar un año de seguimiento. Lo anterior, se justifica en la medida en que la atención telefónica puede contribuir con la prevención de recaídas y facilita la identificación de las mejoras conseguidas durante la intervención que se mantienen vigentes con el paso del tiempo; lo cual, viabilizaría la evaluación de la efectividad del tratamiento.

En lo que refiere al estudio teórico del caso, se sugiere la ampliación del referente conceptual direccionado a la identificación de indicadores clínicos asociados con la conducta autolesiva en adolescentes, tales como los trastornos de personalidad, los trastornos de la conducta alimentaria y otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia.

Teniendo en cuenta que el contexto familiar representa el eje central del ciclo vital de acuerdo con el cual transcurre la existencia de las personas, pues se constituye en una institución social fundamentada en relaciones afectivas desde las que el niño y adolescente aprehende los valores, creencias, normas y formas de conducta apropiadas para la sociedad a la que pertenece; en esta medida, se sugiere ampliar el trabajo terapéutico realizado con los padres para implicarlos en el proceso de desarrollo, construcción y definición del adolescente, y con ello contribuir a la disminución de los síntomas clínicos.

Referencias

- Angel, C. (2014). Cortes a flor de piel: una aproximación psicoanalítica a la conducta de la autoincisión en la adolescencia. *Katharsis*, 18, 117-140.
- Baetens I, Claes L, Muehlenkamp J, Grietens H, Onghena P. Non-suicidal and suicidal self-injurious behavior among Flemish adolescents: A web-survey. *Arch Suicide Res* 2011; 15: 56-67.
- Brausch, A. M, Gutiérrez, P. M. (2010). Differences in non-suicidal self-injury and suicide attempts in adolescents. *Journal of Youth Adolescence*, 39, 233-42.
- Brown, M., Comtois, K., Linehan, M. (2002). Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *J Abnorm Psychol*, 111, 198-202
- Brunner R, Parzer P, Haffner J, et al. (2007). Prevalence and psychological correlates of occasional and repetitive deliberate self-harm in adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 161, 641-649.
- Campo-Arias, A., Cogollo, Z., & Díaz, C. E. (2008). Comportamientos de riesgo para la salud en adolescentes estudiantes: prevalencia y factores asociados. *Salud Uninorte*, 24(2), 226-234.
- Campos, M., Iraurgi, J., Páez, D., & Velasco, C. (2004). Afrontamiento y regulación emocional de hechos estresantes un meta-análisis de 13 estudios. *Boletín de Psicología*, 82, 25-44.
- Díaz, A. C., Gonzalez, A. M., Minor, F., Moreno, O. (2008). La conducta autodestructiva relacionada con trastornos de personalidad en adolescentes mexicanos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 11(4).
- Díaz, A., González, A., Minor, N., & Moreno, O. (2008). La conducta autodestructiva relacionada con trastornos de personalidad en adolescentes mexicanos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 11(4), 46-63.
- El País. Personería denuncia casos de autoagresión en adolescente de Cali. (Mayo-2015). Recuperado de <http://www.elpais.com.co/elpais/judicial/noticias/personeria-denuncia-casos-autoagresion-adolescentes-cali>
- Hernández, L., Benjet, C., Andar, M. A., Bermúdez, G., & Gil, F. (2010). Guía clínica para el tratamiento psicológico de trastornos psiquiátricos en niños y adolescente. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.
- Kirchner, T., Ferrer, L., Forns, M., & Zanini, D. (2011). Conducta autolesiva e ideación suicida en estudiantes de Enseñanza Secundaria Obligatoria. Diferencias de género y relación con estrategias de afrontamiento. *Actas Esp Psiquiatr*, 39(4), 226-35.
- Klonsky, E., Oltmanns, T., & Turkheimer, E. (2003). Deliberate self-harm in a nonclinical population: Prevalence and psychological correlates. *Am J Psychiat*, 60, 1501-8.

- Krauskopof, D. (1999). El desarrollo psicologico en la adolescencia: las transformaciones en una época de cambios. *Adolescencia y salud*, 1(2),
- MacAniff, L., & Kiselica, M. (2001). Understanding and counseling self-mutilation in female adolescents and young adults. *J Counseling Development*, 79, 46-52.
- Moos, R. (1993). Coping Responses Inventory – Youth Form manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Moreno, D., Estévez, E., Murgui, S., Musitu, G. (2009). Relación entre el clima familiar y el clima escolar: el rol de la empatía, la actitud hacia la autoridad y la conducta violenta en la adolescencia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9, 1, 123-136.
- Musitu Ochoa, Gonzalo, Estévez López, Estefanía, Murgui Pérez, Sergio, Moreno Ruiz, David López, E., Murgui, S., Musitu, G., & Moreno, R. (2008). Clima familiar, clima escolar y satisfacción con la vida en adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 25(1), 119-128.
- Ulloa, R. E., Contreras, C., Paniagua, K., & Victoria, K. (2008). Frecuencia de autolesiones y características clínicas asociadas en adolescente que acudieron a un hospital psiquiátrico infantil. *Salud Mental*, 36, 417-420.
- Walsh, B. (2005). Treating self-injury: A practical guide. New York: Tercera edición; Guilford Press.

ANEXOS

Anexo 1. Formulación de caso

Formulación de caso

1. Datos sociodemográficos

Nombre del consultante: DB

Edad: 15 años

Ocupación: Estudiante

Curso escolar actual: Noveno bachillerato

Lugar de nacimiento: Bucaramanga

Estrato: 3

Domicilio actual: Floridablanca

Centro escolar: Institución Educativa Vicente Azuero

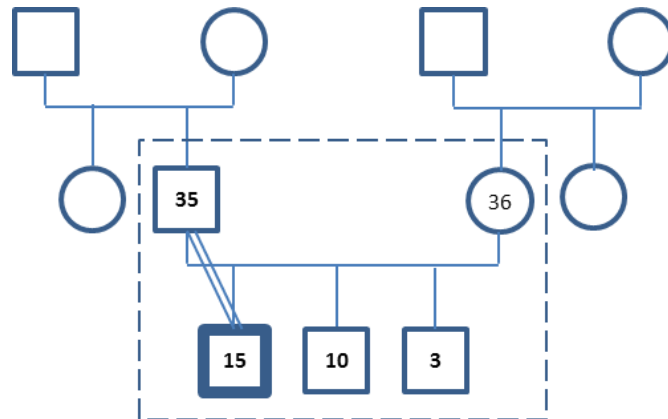
Fecha: 08 de agosto de 2015

Remitido: Si

Motivo de la remisión: El orientador escolar de la institución educativa donde estudia DB, sugiere que su caso sea atendido por un profesional en psicología, en razón a que se está autoagrediendo con bastante frecuencia y mantiene poco contacto con sus compañeros de clase. La familia se encuentra muy preocupada por la situación.

Composición familiar: Padre, madre, dos hermanos.

2. Genograma



DB vive con su padre, su madre y sus dos hermanos de 10 y 3 años. El padre no permanece en el hogar dado que trabaja fuera del país, visita el hogar cada tres meses por un periodo de 20 días. La madre permanece en casa al cuidado de sus hijos. La relación de DB con su padre es cercana y segura, mientras que la relación con su madre es distante, pero respetuosa. La relación con sus hermanos es cercana y en ocasiones conflictiva. Antes de vivir en su hogar actual, el adolescente vivía, además, con sus abuelos paternos.

3. Motivo de consulta

Madre: "DB viene con problemas desde el año pasado y ha empeorado cortándose. Hemos hablado muchas veces pero sigue haciéndolo".

Adolescente: "Me siento triste todo el tiempo, no tengo ganas de hacer nada. Me siento muy solo, muy triste, sin saber que hacer, queriendo que el día se termine para que sea otro".

4. Descripción de la historia de vida

DB fue un niño no planeado, la madre quedó en embarazo a los 19 años, por lo que fue expulsada de la casa de sus padres y tuvo que ir a vivir con la familia de su pareja. La madre experimentó profunda tristeza por el rechazo de sus padres, y le fue difícil adaptarse a las nuevas condiciones de vida, puesto que en casa de sus suegros no contaba con el mismo trato brindado por sus padres, y debía realizar labores domésticas a las que no estaba acostumbrada. Refiere la madre, que luego de algunos meses de convivencia con el padre de DB descubrió su adicción al consumo de "marihuana"; situación que afectó su relación y generó en la madre sentimientos de angustia en razón a que el padre no mostraba interés por abandonar el consumo. Después de varios años de intentarlo, el padre de DB interrumpió el consumo.

El nacimiento de DB no presentó dificultades y el niño nació en condiciones óptimas. Ingresó a la escuela mostrando un excelente desempeño académico, gusto e interés por las actividades descolar. A los cinco años, la familia se traslada a vivir al campo, donde DB ingresa a una escuela rural. Una vez allí, el niño comenzó a mostrar desinterés por las actividades escolares, manifestando sus deseos de no asistir a la escuela y bajo rendimiento académico. Más adelante, regresaron a la ciudad y fue ingresado en una institución educativa regular, en la que empezó a ser agredido por los demás estudiantes y nuevamente presentó bajo interés para realizar tareas e ir a clases.

La madre manifiesta que desde muy pequeño en casa le enseñaron a ser una persona tranquila, poco conflictiva, pacífica, evitar el uso de groserías, peleas o gritos. Cuando se presentaban las situaciones de agresión en la escuela, DB no respondía a las agresiones, permanecía sentado y permitía que los estudiantes lo golpearan. El rendimiento académico del niño continuaba siendo bajo y era necesario estar pendiente de él para que realizara las tareas. A raíz de la situación surgida en el colegio, sus padres decidieron cambiarlo a una nueva institución educativa, en la cual se presentaron las mismas dificultades de agresiones, para ese entonces, el estudiante se encontraba en tercero primaria.

DB era constantemente comparado con su primo, quien se mostraba, ante los abuelos paternos como más asertivo y mejor estudiante; episodio que el niño asumía con gran tristeza. Una vez en la nueva institución educativa, logró adaptarse y establecer vínculos positivos con sus compañeros, aunque el rendimiento académico continuaba decayendo y los padres eran citados constantemente al colegio. Al ingresar al grado sexto de bachillerato, se presentaron situaciones de acoso escolar, DB comenzó a aislarse y a tener pocos amigos.

Mientras tanto en casa, la relación de pareja entre sus padres estaba afrontando dificultades, entre las que pueden citarse la infidelidad del padre con una mujer de menor edad. A raíz de este episodio, los padres decidieron separarse, por lo que la madre y los tres hijos se fueron de la casa donde vivían juntos a los abuelos paternos. Inicialmente, se ubicaron en casa de la abuela materna de DB, sin embargo, allí se presentaron dificultades con los demás miembros de la familia, por lo que tuvieron que cambiar a casa del abuelo paterno. La madre intentó buscar trabajo pero no le era posible, y en razón a la distancia entre la nueva casa y el colegio de DB, el adolescente fue retirado del colegio a mediados de septiembre y no finalizó el grado octavo. La conducta autolesiva del adolescente inició por esta época inducido por algunos amigos y por información en la web.

Pasados algunos meses, el padre regresó con la intención de unirse nuevamente con su esposa. Decidieron volver a vivir juntos. En esta oportunidad, por petición de la madre fueron a vivir solos a un apartamento, puesto que, ella venía teniendo discusiones con los abuelos paternos de DB. Para el siguiente año, el adolescente fue ingresado a una nueva

institución educativa, allí cursó el grado octavo y se encuentra en noveno grado. Ha venido presentando dificultades con sus compañeros, tiene pocos amigos, no se integra en la actividades de clase, en el descanso permanece aislado, recibe amenazas de sus compañeros, burlas y apodos. Mantiene contacto con algunos pocos estudiantes con quienes se siente identificado en razón a que, ellos también se autolesionan.

Los docentes han notado la situación y han reportado los hechos a la coordinación y a psico-orientación donde el estudiante ha estado en seguimiento por varias semanas sin mostrar evolución, razón por la cual, fue remitido a atención psicológica especializada.

5. Evaluación

La evaluación se llevó a cabo en cuatro sesiones; una sesión de entrevista con la madre y el adolescente, dos sesiones de entrevista solo con el adolescente, y una sesión de entrevista con la madre.

Instrumentos empleados

- Inventario de Depresión de Beck
- Escala de ansiedad estado rasgo STAI

6. Áreas de funcionamiento

Área académica

- Comprensión de los temas
- Asistencia a clase
- Bajo rendimiento en algunas asignaturas
- Interés por recuperar las materias perdidas

Área social

- Pocos amigos dentro y fuera de la institución educativa
- Contactos esporádicos con algunos compañeros de grados inferiores
- Mantiene una relación de noviazgo con una niña de un grado inferior

Área familiar

- Apoyo de los padres y abuelos
- Relación cercana con el padre y la tía paterna
- Algunos conflictos propios de la edad con sus hermanos
- Supervisión de la madre

Área sexual

- Interés propio de la etapa del desarrollo.

7. Conductas problema

- Aislamiento del grupo de pares en el colegio
- Estado de ánimo asociado a sintomatología depresiva y ansiosa
- Pocas habilidades sociales
- Conducta autolesiva (cortes en brazos y muñecas)

8. Identificación de factores de predisposición, adquisición, mantenimiento, desencadenantes, protección.

Factores de predisposición

- Embarazo no deseado
- Consumo de sustancias psicoactivas por parte del padre

Factores desencadenantes

- Estilo de crianza flexibles
- Inestabilidad familiar (Constantes mudanzas de domicilio)
- Agresiones por parte de los pares escolares
- Cambios repetidos de escuela
- Separación conyugal de los padres
- Separación de los abuelos paternos
- Factores de mantenimiento
- Vínculos relacional débil con la madre
- Ausencia del padre en el hogar
- Inexistentes procesos funcionales de comunicación especialmente con la madre
- Factores de protección
- Gusto por el arte y la música
- Interés por recibir orientación psicológica
- Apoyo familiar en el proceso terapéutico

9. Análisis funcional

DB experimenta estados de gran angustia y algunos síntomas de depresión especialmente el colegio cuando se observa excluido del grupo de pares o en la noche antes de ir a dormir.

El análisis funcional de la conducta de DB permite evidenciar algunos factores de riesgo predisponentes a nivel personal como resultan serlo, un locus de control externo, puesto que el paciente percibe que la causa de sus malestar se encuentra en sus compañeros de clase que son diferentes a él y, en otras personas que no lo comprenden o lo rechazan; a nivel contextual se percibe un estilo educativo permisivo y distante por parte de la madre, quien se encuentra encargada de la crianza de Daniel, situación que se refleja en el incumplimiento de las normas de convivencia del hogar como por ejemplo, compartir más tiempo con los miembros de la familia o colaborar en las tareas domésticas.

De otro lado, la exposición temprana a problemas familiares podría relacionarse con el desarrollo de estrategias de afrontamiento internalizantes y, situaciones relacionadas con el consumo de sustancias por parte del padre y episodios de sintomatología depresiva de la madre, según su relato en la entrevista clínica.

En cuanto a los factores de mantenimiento se observa en el adolescente un estilo atribucional disfuncional, distorsiones cognitivas negativas relacionadas con la catastrofización, el etiquetamiento, el pensamiento dicotómico, la abstracción selectiva, y estrategias de afrontamiento disfuncionales que lo llevan a autolesionarse en situaciones de estrés/ansiedad.

En cuanto a los factores contextuales del sistema de tratamiento, se observa una tendencia por parte de los padres a minimizar la gravedad o ignorar la conducta autolesiva de D. B. o a poner en manos de terceros la responsabilidad y la resolución de la problemática, en este caso de la institución educativa, el orientador escolar, o el psicólogo que lleva el caso.

Entre tanto, se evidencia un vínculo inseguro entre la madre y el adolescente, a diferencia del vínculo que se establece con el padre que está fuertemente construido con base en el involucramiento afectivo. El estilo educativo de la madre es sobreprotector y poco cercano, aspectos que refuerzan la conducta autolesiva y el aislamiento de D. B., a lo que se suma la ausencia de su padre por largas temporadas.

Algunos factores precipitantes identificados son el cambio de casa en dos ocasiones consecutivas, pasar de vivir con sus padres y abuelos paternos, a vivir con su abuelo materno y solo con su madre en razón a la situación de separación temporal de sus padres, y pasar posteriormente a vivir con ambos padres. Varios cambios de colegio a causa de la

intimidación escolar que recibía de sus compañeros, pérdida de los amigos con los que mantenía lazos fuertes de amistad por cambios de colegio y vivienda.

10. Hipótesis diagnóstica

Evaluación multiaxial

Eje I.

F39 Trastorno del estado de ánimo no especificado [296.90].

F41.9 Trastorno de ansiedad no especificado [300.00]

Z63.9 Problemas de relación no especificado [V62.81].

Eje II.

Z03.2 Ningún diagnóstico [V71.09]

Eje III. Ninguno

Eje IV.

Perturbación familiar por separación.

Cambio de hogar.

Apoyo social inadecuado.

Ambiente escolar inadecuado.

Problemas académicos.

Eje V.

EEAG = 65 (al ingreso)

11. Hipótesis explicativa

La conducta ansiosa seguida de la autolesión, se presenta, especialmente, en el colegio en los momentos en que el adolescente se encuentra solo, es rechazado o se burlan de él; la situación, también se presenta en casa cuando intenta conciliar el sueño en la noche.

El análisis funcional de la conducta de DB permite evidenciar algunos factores de riesgo predisponentes a nivel personal como resultan serlo, un locus de control externo, puesto que el paciente percibe que la causa de sus malestar se encuentra en sus compañeros de clase que son diferentes a él y, en otras personas que no lo comprenden o lo rechazan; a nivel contextual se percibe un estilo educativo permisivo y distante por parte de la madre, quien se encuentra encargada de su crianza principalmente, situación que se refleja en el incumplimiento de las

normas de convivencia del hogar como por ejemplo, compartir más tiempo con los miembros de la familia o colaborar en las tareas domésticas, no cerrar las puertas de las habitaciones, abrir ventanas; a diferencia del cumplimiento de las normas cuando estas son señaladas por el padre.

De otro lado, la exposición temprana a problemas familiares podría relacionarse con el desarrollo de estrategias de afrontamiento internalizantes y, situaciones relacionadas con el consumo de sustancias por parte del padre y episodios de sintomatología depresiva de la madre, según su relato en la entrevista clínica. Así mismo, un estilo de crianza orientado a la pasividad frente a las situaciones, la evitación de los conflictos en lugar de su enfrentamiento, la negación en la expresión de las emociones tanto positivas como negativas.

En cuanto a los factores de mantenimiento se observa en el adolescente un estilo atribucional disfuncional, distorsiones cognitivas negativas relacionadas con la catastrofización, el etiquetamiento, el pensamiento dicotómico, la abstracción selectiva, y estrategias de afrontamiento disfuncionales y las pocas habilidades sociales que no le permiten identificar y poner en marcha estrategias asertivas para reducir los niveles de ansiedad en los momentos en que se presenta.

En cuanto a los factores contextuales del sistema de tratamiento, se observa una tendencia por parte de los padres a minimizar la gravedad o ignorar la conducta autolesiva de DB o a poner en manos de terceros la responsabilidad y la resolución de la problemática, en este caso de la institución educativa, el orientador escolar, o el psicólogo que lleva el caso.

Por otra parte, se evidencia un vínculo inseguro entre la madre y el adolescente, a diferencia del vínculo que se establece con el padre que está fuertemente construido con base en el involucramiento afectivo. El estilo educativo de la madre es sobreprotector y poco cercano, aspectos que refuerzan la conducta autolesiva y el aislamiento de D. B., a lo que se suma la ausencia de su padre por largas temporadas. El estilo de educativo de la madre guarda relación con el repertorio de recursos o herramientas que tiene el adolescente para enfrentar problemas, puesto que, en la mayoría de episodios significativos de su vida donde ha tenido que tomar decisiones, la madre lo ha hecho por él, resolviendo los inconvenientes que se presentan. La anterior hipótesis se sustenta en conductas de la madre como por ejemplo, acudir constantemente al colegio a indagar por su comportamiento; hacer acuerdos y compromisos con los docentes según su propio criterio, sin consultarlo previamente con DB.

Algunos factores precipitantes identificados son el cambio de casa en dos ocasiones consecutivas, pasar de vivir con sus padres y abuelos paternos, a vivir con su abuelo materno y solo con su madre en razón a la situación de separación temporal de sus padres, y pasar posteriormente a vivir con ambos padres. Varios cambios de colegio a causa de la

intimidación escolar que recibía de sus compañeros, pérdida de los amigos con los que mantenía lazos fuertes de amistad por cambios de colegio y vivienda.

12. Objetivos terapéuticos

- Identificar e implementar estrategias de afrontamiento socialmente aceptadas frente a las situaciones que le generan ansiedad al paciente.
- Desarrollar habilidades para darle a los conflictos soluciones asertivas.
- Promover la modificación de los tipos de procesamiento de la información por procesamientos menos perturbadores.

13. Intervención

La intervención estuvo orientada a la disminución de los pensamientos automáticos negativos, los cuales estaban asociados a una respuesta ansiosa, seguida de las autolesiones. De igual forma, se pretendió modificar el estilo perturbador de procesamiento de la información, el cual generaba sentimientos de minusvalía y sintomatología ligada con un estado de ánimo deprimido. Al tiempo se promovieron comportamientos sociales asertivos para dar respuesta a las situaciones generadoras de síntomas fisiológicos relacionados con ansiedad y habilidades sociales de modo que el paciente ampliara sus redes de apoyo y con ello, aumento la taza de refuerzo social y disminuya los pensamientos sobre sentirse inútil, poco querido por los demás, poro eficaz.

Identificación y definición de valores personales.

El trabajo en esta fase de intervención estuvo orientado a rastrear los valores que conducen la vida del adolescente en las distintas esferas donde se desarrolla. Identificar en una escala de jerarquías los principios, actitudes, que resultan ser más valiosos. Lo anterior, tenía el objetivo de establecer las dimensiones personales en las cuales el paciente deseaba concentrar el trabajo del proceso terapéutico.

Identificar los valores relevantes para DB permitió al mismo tiempo, rastrear estilos de procesamiento de la información, sobre todo, aquellos estilos perturbadores.

En cuanto a las esferas identificadas, fue posible observar que para el adolescente resultan ser muy relevantes los modos de *relacionarse entre personas*, haciendo referencia explícita al respeto, el uso de palabras correctas y cordiales, la evitación del conflicto; y rechazando de otro lado, el uso de un vocabulario grosero, la provocación de peleas, el involucramiento en situaciones de riesgo tales como, el consumo de sustancias

psicoactivas, las prácticas sexuales sin protección, el uso de armas o elementos cortopunzantes, la extorsión escolar y comportamientos desafiantes de la autoridad.

A nivel *escolar*, se identificó un interés por cumplimiento de los deberes escolares, la asistencia a las clases, el respeto a los docentes y las acciones de refuerzo en casa. A nivel familiar se percibió, la importancia del trato amable, comprensivo y respetuoso; el respaldo incondicional hacia su padre, el cumplimiento de las normas, la calidad de las relaciones filiales incluso con miembros de la familia que se encuentran lejos, etc.

Psicoeducación desde el modelo cognitivo conductual

Teniendo en cuenta que la mayoría de personas que asisten a un proceso psicológico no tiene un conocimiento claro sobre los principios teóricos que sustentan el comportamiento y su comprensión; fue significativo abordar con el paciente la explicación del comportamiento desde el modelo cognitivo- conductual. Así, por medio de un cuadro comparativo de ejemplificó la triada cognitiva: pensamiento – emoción – conducta. Este abordaje se realizó con las situaciones puntuales que le ocurrían al paciente. La aproximación a la comprensión del funcionamiento del comportamiento, y el conocimiento de que este puede ser modificado por la persona, constituyó en sí mismo una herramienta terapéutica para DB, en la medida en que, en que la percibió con una estrategia de solución para su problema.

Bloqueo de los pensamientos automáticos negativos

El propósito de la intervención se orientó a que DB adquiriera la capacidad de hacer a un lado los pensamientos negativos que generalmente lo sorprendían en algunos momentos del día. Estos pensamientos automáticos negativos eran tomados por el adolescente para aplicar sobre ellos la “rumiación del pensamiento”; acción que desencadenaba una respuesta en cadena de más pensamientos negativos que lo llevaban a experimentar un estado de ánimo deprimido o ansioso. Se entrenó al paciente en técnica de "la parada de pensamiento o aserción encubierta" y la distracción sin parada, con el objetivo de detener la rumiación y evitar la cabida de dichos pensamientos durante su día.

Elección de conductas socialmente aceptadas para reducir la ansiedad.

Ante la respuesta autolesiva a las sensaciones de ansiedad, se mostró al adolescente la posibilidad de implementar otro tipo de respuestas diferentes a la auto-agresión, a través de las cuales pudiera reducir la tensión generada principalmente por el rechazo de sus compañeros de clase. Las conductas sustitutas se eligieron dentro de una lista de conductas preferidas por DB, las cuales, le resultaban altamente gratificantes a la hora de realizarlas, no obstante, dado que en ocasiones las respuestas fisiológicas ansiosas eran

considerablemente, incapacitantes, por ejemplo, para dibujar, o tocar guitarra, se optó por la elección para estos casos de conductas que involucraran el desplazamiento y el movimiento de buena parte del cuerpo, por ejemplo, ir al baño, caminar, correr o hablar con alguien. En esta fase, también se realizó un entrenamiento en relajación progresiva con respiración diafragmática, como otro recurso para emplear por DB, en situaciones de ansiedad donde no le fuera posible realizar las conductas antes mencionadas.

Anexo 2. Descripción del proceso psicoterapéutico

Proceso psicoterapéutico (evaluación e intervención)			
Sesión	Objetivo	Actividad	Resultados
1	Realizar contacto clínico inicial con el paciente.	Se recibió el caso, se indagó por el motivo de consulta, datos personales del paciente, se realizó la firma del consentimiento informado y la apertura de la Historia Clínica.	En esta primera cita con el paciente y su madre se llevó a cabo el encuadre, a través del cual se llegó al acuerdo de un horario de trabajo, duración de la sesión, espacio de encuentro, explicando el objetivo de un proceso terapéutico, sus alcances y posibilidades. Así mismo, se mencionaron las responsabilidades y los compromisos de cada una de las partes, para posteriormente realizar la firma del Consentimiento Informado e indagar por el motivo de consulta y demás información necesaria para adelantar la comprensión de caso.
2	Diligenciar Historia Clínica.	A través de una entrevista clínica semiestructurada se recopiló información necesaria suministrada por el paciente para diligenciar el formato de Historia Clínica.	Se realizó una serie de preguntas a la madre y al adolescente sobre las características de la problemática, la historia de la situación, su configuración familiar, datos sociodemográficos, antecedentes familiares y personales. Posteriormente, en conversación solo con el paciente se indagó sobre la percepción de la situación desde su punto de vista y demás información sobre del desarrollo, sentimientos y pensamientos.
3	Evaluar los síntomas reportados por el paciente a través de instrumentos estandarizados.	Aplicación de instrumentos de medición para recopilar información sobre el caso.	Se administró el 16PF, el Inventario de Depresión de Beck y el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo STAI. Adicionalmente, se pidió al paciente elaborar su autobiografía de manera detallada a través de un escrito para realizar en casa como tarea terapéutica.

4	<p>Evaluar la situación y la historia de la situación desde el discurso de la madre.</p>	<p>Aplicación de entrevista clínica semiestructurada construida para rastrear eventos, pensamientos y comportamientos de la historia personal y familiar de DB.</p>	<p>A la madre se le administró una entrevista semiestructurada con el objetivo de rastrear estilos de crianza, estilos de afrontamiento, eventos y demás aspectos fundamentales sobre la configuración familiar y el comportamiento de DB. La entrevista permitió recolectar información útil en la comprensión del caso. Durante la sesión surgieron nuevas preguntas.</p>
5	<p>Identificar los valores personales del adolescente, su autoconcepto y el autoconcepto social.</p>	<p>A DB se le presentaron diferentes situaciones problema y se indagó por su postura frente a las mismas, al igual, que las estrategias de solución que implementaría. Empleando un formato de jerarquización se le pidió que luego de determinar los valores que tienen para el mayor significado, los clasificara en orden de relevancia. También se pidió que completara una ficha con las descripciones que tienen los demás sobre él, de acuerdo con su percepción.</p>	<p>Las situaciones fueron leídas una a una, algunas de las cuales fueron ejemplificadas con situaciones de la vida cotidiana. A cada una de las situaciones el paciente debía proponer una solución. Además, se presentó un conjunto de valores, de los cuales debía señalar aquellos valores con los que más se identificaba, y posteriormente, los clasificó de acuerdo a la relevancia que tienen en su vida a la hora de actuar. El paciente incluyó valores personales que no se encontraban en la lista inicial. Para indagar por el autoconcepto DB realizó un dibujo de sí mismo, en el cual señaló sus cualidades y aspectos por mejorar. Así mismo, identificó la forma en la que lo perciben sus compañeros de clase, sus padres, abuelos, hermanos, primos, tíos, profesores y amigos.</p>
6	<p>Psicoeducar al paciente frente a los síntomas de su conducata.</p>	<p>Exponer al paciente los síntomas, el diagnóstico, causas identificadas alrededor de su comportamiento y acordar el plan terapéutico.</p>	<p>En un primer momento, se explicó al paciente lo que se comprende por conducta ansiosa y sintomatología depresiva, sus características, manifestaciones fisiológicas y cognitivas. Paso seguido se abordó con la forma en que puede explicarse su comportamiento desde el modelo cognitivo conductual, las posibles causas, los factores que mantienen la conducta y los posibles riesgos. Con base en sus expectativas frente al proceso terapéutico y los resultados de las evaluaciones realizadas, se</p>

			<p>acordaron con el paciente las situaciones problemáticas a trabajar y la forma como estas sería intervenidas.</p>
7	<p>Explicar el comportamiento desde el modelo cognitivo-conductual.</p>	<p>Identificar las emociones, los pensamientos, las conductas y la conexión entre ellos, a través de un cuadro de análisis: pensamiento - emoción - conducta. Y más adelante, explicar a través de ejemplos que son las de "debo-perturbaciones", "pensamientos dicotómicos", "inferencias arbitrarias", "abstracciones selectivas", "maximizaciones".</p>	<p>En primer lugar se realizó un reconocimiento y caracterización de las emociones distinguiéndolas entre "positivas" y "negativas" y se preguntó al paciente por experiencias emocionales y las manifestaciones somáticas y cognitivas que le indicaban que estaba experimentando una u otra emoción. Momento seguido, se abordó la explicación que se atribuye al comportamiento desde el modelo cognitivo-conductual, haciendo la distinción entre pensamientos, sentimientos y conducta, y la relación entre estos. Se le orientó a establecer relaciones entre su cognición, sus emociones y conducta. Allí fue posible observar que pensamientos como "Soy muy torpe", "No le intereso a nadie", "Soy un fracasado", etc. producían en DB reacciones fisiológicas como el aumento de la frecuencia cardíaca, sensación de ahogo, hormigueo en brazos y manos; reacciones que le generaban un malestar físico y emocional. Así mismo, se hizo énfasis en la capacidad que tiene el ser humano para controlar sus pensamientos, y por ende, inducir o suprimir las emociones.</p>
8	<p>Identificar los pensamientos negativos o perturbadores.</p>	<p>A través de la elaboración de un check list, se invitó a DB a reconocer y enumerar sus pensamientos automáticos negativos, los cuales provocaban las emociones que tanto le desagradaban y que trataba de evitar.</p>	<p>Se identificaron y jerarquizaron los pensamientos automáticos negativos asociados con las emociones displacenteras, actividad que se realizó de manera escrita. De igual forma se identificaron y rastrearon los pensamientos de tipo debo-perturbaciones, pensamientos dicotómicos, inferencias arbitrarias, abstracciones selectivas y maximizaciones, utilizando situaciones vividas por DB.</p>

8	Implementar una técnica para controlar los pensamientos negativos.	Explicar las técnicas que pueden llegar a ser útiles para controlar los pensamientos, especialmente aquellos que generan emociones negativas. Las estrategias explicadas fueron "la parada de pensamiento o aserción encubierta" y la distracción sin parada. Otras técnicas empleadas fueron la relajación y la respiración.	Empleando ejemplos de las técnicas más empleadas desde el modelo cognitivo a la hora de controlar los pensamientos, se logró que DB comprendiera la forma en que funciona cada una. Se estableció con el paciente que las técnicas a emplear serían tratar de distraerse, relajarse por medio de la respiración diafragmática, parar o suprimir el pensamiento, fijándose en lo que tiene alrededor, tratar de pensar en algo diferente, recordar una canción, dibujar, hablar con un compañero, caminar.
10	Identificar y seleccionar conductas socialmente aceptadas para reducir ansiedad.	Realizar un rastreo de las actividades preferidas de DB, para utilizarlas en reemplazo de la conducta autolesiva.	Se realizó con DB el ejercicio de enlistar sus actividades favoritas, por las cuales pudiera sustituir la conducta de cortar sus brazos y muñecas. Luego de identificarlas el adolescente eligió las que realizaría en el momento en que sintiera la necesidad de cortarse. En caso de que las estrategias acordadas no resultara útiles para reducir ansiedad, el propio debía identificar las acciones que eran útiles y practicarlas.
11	Entrenar al paciente en autoverbalizaciones positivas.	Mostrar que es una autoverbalización positiva. Detectar aquellos aspectos negativos o inhibitorios del diálogo interno y reemplazarlos por autoafirmaciones más racionales y facilitantes, teniendo en cuenta el supuesto de que el pensamiento influye en los estados de ánimo y el comportamiento de las personas.	Por medio de ejemplos de autoverbalizaciones positivas se mostró a DB, qué son y en que momentos son útiles emplearlas. Utilizando las situaciones que mayor ansiedad y preocupación le generaban, se identificaron y aplicaron autoverbalizaciones que le permitieran reducir los niveles de ansiedad, como por ejemplo: "Puedo relajarme", "Puedo dejar de sentirme preocupado", "Soy capaz de hacer amigos", "Ellos no están hablando de mí", "Puedo prestar atención en clase".
12	Reconocer prácticas y estilos de vida	A través de un video se presentaron algunas de las actividades que se clasifican como	Igualmente, se trató con el paciente el tema de estilos de vida saludables dentro de las cuales se incluyó la práctica de deporte, la alimentación

	saludable	actividades saludables que previenen la aparición de enfermedades mentales y físicas	balanceada. Se acordó con el paciente practicar el instrumento musical de su preferencia, permanecer fuera del cuarto mientras no esté durmiendo en la noche, colaborar en las actividades de casa tales como, lavar platos, pasear al perro, limpiar el mobiliario.
13	Reducir evitación a la solución de problemas y la toma de decisiones impulsiva.	Utilizando ejemplos de las situaciones de la vida real y empleando juego de roles, para el dramatizado de cada solución.	Se intentó entrenar a DB en la implementación de nuevas estrategias para la solución de problemas de una manera asertiva. La técnica de ensayo de la conducta o role-play, la cual consiste en que se representa un papel o se ejecuta un juego de roles en una situación artificial. En primer lugar, el adolescente reprodujo su propia conducta, es decir, la conducta inhabilitosa que generalmente realiza. En este caso se representó la conducta de aislamiento o arrinconamiento en el salón de clase, mientras la psicóloga representaba las veces de compañeros de clase. En un segundo momento, se invirtieron los roles, y el paciente represento la conducta de sus pares. Por último, el paciente ensayó lo aprendido, en una nueva situación antes sus compañeros de clase.
14	Incrementar el soporte y mejorar la comunicación entre padres e hijos.	Se indagó por la forma en que la madre suele hacer demandas a DB. Se expusieron situaciones puntuales de comunicación entre padre e hijos y se realizó la representación o rol de dicha interacción.	Cada repuesta en la cadena de comunicación entre madre e hijo se simuló en consulta, identificando palabras, frases, entonaciones no recomendadas, las cuales eran sustituidas por comunicaciones más asertivas para un adolescente. Se aprovechó para indagar sobre la conducta de DB según la percepción de la madre.
15	Prevención de recaídas	Empleando el discurso y el análisis de las verbalizaciones realizadas.	Esta última sesión se dedicó para valorar los cambios obtenidos a lo largo del tratamiento, recordar las técnicas aprendidas y estrategias para solucionar problemas.

Anexo 3. Consentimiento informado



INSTITUTO DE FAMILIA Y VIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ identificado con documento número _____ de _____, por medio de la presente declaro que acepto recibir el acompañamiento psicológico brindado por el Instituto de Familia y Vida, donde me han aclarado aspectos relacionados con el proceso de atención psicológica, el pago de honorarios, la asignación de citas, entre otros.

De igual forma, refiero que he sido informado por la Psicóloga del Instituto de Familia y Vida, de los objetivos del proceso de atención psicológica y sé que la información entregada es CONFIDENCIAL y la Historia Clínica se maneja de acuerdo con lo estipulado en la normatividad vigente (Resolución No. 1995 de 1999; ley 1090 de 2006). No obstante, sé que soy libre de retirarme del proceso de atención psicológica en cualquier momento.

Del mismo modo, comprendo y acepto que durante el proceso no existe ni voy a recibir ningún tipo de retribución económica.

En constancia se firma en _____, a los _____ días, del mes _____ del año _____.


FIRMA: _____

D.I No.: _____

FIRMA: _____

Psicóloga Instituto de Familia y Vida.

Anexo 4. Historia Clínica Instituto de Familia y Vida UPB

 Universidad Pontificia Bolivariana		FORMATO HISTORIA CLÍNICA PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES Código: PS-FO-080 Versión: 01						
Fecha de recepción:	Día		Mes		Año		No. de historia	
1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS								
Nombres y Apellidos			Edad	Género		Documento de identidad		
Lugar y fecha de nacimiento			Dirección de residencia					
Estrato	No. teléfono residencia		No. teléfono celular					
Nivel de escolaridad	Ocupación		Nombre de la institución educativa					
Remitido por:	Entidad (EPS)		Tipo de afiliación a IPS					
2. DATOS DEL ACUDIENTE								
Nombre y Apellidos		Parentesco			Edad	Estado civil		
Dirección de residencia:		No. Teléfono Residencia			No. Teléfono Celular:			
3. SITUACIÓN ACTUAL DEL PACIENTE								
Motivo de consulta								
Observación general del paciente (Examen Mental)								

ASPECTOS FAMILIARES					
Familiograma					
Nombres y apellidos	Parentesco	Edad	Ocupación	Escolaridad	Relación del menor con esta persona
Observaciones generales del ambiente familiar					
4. HISTORIA DE DESARROLLO					
PRENATAL					
Edad de la madre al momento del embarazo			Control prenatal	Condición médica general	
Condiciones emocionales			Condiciones familiares		
Observaciones Generales					

PERINATAL							
Parto a término		Tipo			Duración		
Condiciones médicas del menor al nacer							
Observaciones generales							
POSNATAL							
Lactancia materna		Duración de la lactancia					
Tetero		Duración					
Observaciones del destete							
5. DESARROLLO PSICOMOTOR							
Sostén cefálico		Voltearse		Sentarse sin ayuda		Gatear	
Primeros pasos		Caminar		Control de esfínteres		Vesical	
Vestirse sin ayuda		Comer solo				Anal	
Observaciones del desarrollo psicomotor							

6. DESARROLLO DEL LENGUAJE					
Sostén cefálico		Sentarse sin ayuda		Frases completas	
Observaciones del desarrollo del lenguaje					
7. ESCOLARIDAD					
Edad de ingreso a institución educativa					
Descripción del proceso de adaptación					
Rendimiento escolar:	Bueno		Regular		Malo
Cursos reprobados					
Áreas de dificultad:					
Relación con maestros					
Percepción del maestro					

Relación con pares y compañeros			
Cambios de colegio			
Observaciones sobre escolaridad y área social (pertenecer a algún grupo)			
8. ANTECEDENTES MÉDICOS			
PERSONALES			
Enfermedades médicas presentadas		Tratamiento	
Enfermedades mentales presentadas		Tratamiento	
FAMILIARES			
Enfermedades médicas presentadas		Tratamiento	
Enfermedades mentales presentadas		Tratamiento	
Observaciones sobre antecedentes médicos			

Patrones de sueño y alimentación					
9. CONDUCTAS DE RIESGO					
CONDUCTA	EDAD DE INICIO			DIFICULTADES PRESENTADAS A CAUSA DE ESTA SITUACIÓN	ALTERNATIVAS PARA MANEJAR LA PROBLEMÁTICA
Actividad Sexual					
Uso de alcohol	Edad de inicio	Frecuencia de uso	Tipo de sustancia	Dificultades presentadas a causa de esta situación	Alternativas para manejar la problemática
Uso de drogas					
Otras situaciones de riesgo					
IMPRENSIÓN DIAGNÓSTICA					
PLAN TERAPEUTICO					

Anexo 5. Inventario de Depresión de Beck.

Inventario de Depresión de Beck.

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

1).

No me siento triste

Me siento triste.

Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.

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

2).

No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.

Me siento desanimado respecto al futuro.

Siento que no tengo que esperar nada.

Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3).

No me siento fracasado.

Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.

Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.

Me siento una persona totalmente fracasada.

4).

Las cosas me satisfacen tanto como antes.

No disfruto de las cosas tanto como antes.

Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.

Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5).

No me siento especialmente culpable.

Me siento culpable en bastantes ocasiones.

Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.

Me siento culpable constantemente.

6).

No creo que esté siendo castigado.

Me siento como si fuese a ser castigado.

Espero ser castigado.

Siento que estoy siendo castigado.

7).

No estoy decepcionado de mí mismo.

Estoy decepcionado de mí mismo.

Me da vergüenza de mí mismo.

Me detesto.

8).

No me considero peor que cualquier otro.

Me autocritico por mis debilidades o por mis errores.

Continuamente me culpo por mis faltas.

Me culpo por todo lo malo que sucede.

9) .

No tengo ningún pensamiento de suicidio.

A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.

Desearía suicidarme.

Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10).

No lloro más de lo que solía llorar.

Ahora lloro más que antes.

Lloro continuamente.

Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11).

No estoy más irritado de lo normal en mí.

Me molesto o irrito más fácilmente que antes.

Me siento irritado continuamente.

No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12).

No he perdido el interés por los demás.

Estoy menos interesado en los demás que antes.

He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.

He perdido todo el interés por los demás.

13).

Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.

Evito tomar decisiones más que antes.

Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.

Ya me es imposible tomar decisiones.

14).

No creo tener peor aspecto que antes.

Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.

Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.

Creo que tengo un aspecto horrible.

15).

Trabajo igual que antes.

Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.

Tengo que obligarme mucho para hacer algo.

No puedo hacer nada en absoluto.

16).

Duermo tan bien como siempre.

No duermo tan bien como antes.

Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.

Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17).

No me siento más cansado de lo normal.

Me canso más fácilmente que antes.

Me canso en cuanto hago cualquier cosa.

Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18).

Mi apetito no ha disminuido.

No tengo tan buen apetito como antes.

Ahora tengo mucho menos apetito.

He perdido completamente el apetito.

19).

Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.

He perdido más de 2 kilos y medio.

He perdido más de 4 kilos.

He perdido más de 7 kilos.

Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

20).

No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.

Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.

Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.

Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21).

No he observado ningún cambio reciente en mi interés.

Estoy menos interesado por el sexo que antes.

Estoy mucho menos interesado por el sexo.

He perdido totalmente mi interés por el sexo.

Anexo 6. Inventario de Ansiedad Estado - Rasgo

Ítem	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado	0	1	2	3
2. Me siento seguro	0	1	2	3
3. Estoy tenso	0	1	2	3
4. Estoy contrariado	0	1	2	3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3
6. Me siento alterado	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8. Me siento descansado	0	1	2	3
9. Me siento angustiado	0	1	2	3
10. Me siento confortable	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
12. Me siento nervioso	0	1	2	3
13. Estoy desasosegado	0	1	2	3
14. Me siento muy “atado” (como oprimido)	0	1	2	3
15. Estoy preocupado	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
19. Me siento alegre	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien	0	1	2	3

Ansiedad – Rasgo

	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
21. Me siento bien	0	1	2	3
22. Me canso rápidamente	0	1	2	3
23. Siento ganas de llorar	0	1	2	3
24. Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
26. Me siento descansado	0	1	2	3
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0	1	2	3
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
30. Soy feliz	0	1	2	3
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
32. Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3
33. Me siento seguro	0	1	2	3
34. No suelo afrontar las crisis o dificultades	0	1	2	3
35. Me siento triste (melancólico)	0	1	2	3
36. Estoy satisfecho	0	1	2	3
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3

38. Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
39. Soy un persona estable	0	1	2	3
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado	0	1	2	3

Anexo 7. Entrevista semi-estructurada para padres y/o acudientes

ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA PARA LA FAMILIA

A continuación se presentan algunas preguntas que orientarán la entrevista a profundidad, que usted como acudiente o padre de familia del niño, niña o adolescente debe responder en favor del proceso psicoterapéutico.

1. ¿Qué estrategias emplea su hijo (a) a la hora de resolver problemas?
2. ¿Identifica en él o ella comportamientos diferentes en los últimos tres meses?
3. ¿Cuáles son las principales fortalezas y aspectos por mejorar de su hijo(a)?
4. ¿Conoce el proyecto de vida de su hijo (a)?
5. ¿Comparten espacios para el diálogo?
6. ¿Cuándo algo le molesta de su hijo (a) se lo comunica? ¿Él o ella se lo comunican a usted?
7. ¿Cuáles son los problemas que en este momento perturban a su hija (o)?
8. Si pudiera cambiar algunas características de su hijo, ¿cuáles cambiaría?
9. ¿Cuáles son sus sentimientos frente a la situación actual?

Anexo 8. Casos atendidos en el proceso de práctica clínica

Datos sociodemográficos	“J. G.”	“N. F.”	“G. P.”	“F. ”	“G. L.”
Sexo	Masculino	Femenino	Femenino	Masculino	Masculino
Edad	14	14	34	8	9
Estrato	2	3	3	2	3
Profesión/ Escolaridad	Octavo	Séptimo	Técnico Comercial	Cuarto	Cuarto
Ocupación	Estudiante	Estudiante	Comerciante	Estudiante	Estudiante
Entidad	Particular	Particular	Particular	ICBF	Particular
Motivo de consulta	La madre refiere que: “Va mal en el colegio, yo no sé si es que le falta motivación, uno no sabe cómo decirle. Yo pienso como hacerle una prueba de aprendizaje”.	La tía refiere que: “Natalia empezó la etapa de la adolescencia, pelea todo el tiempo, es muy rebelde y ya ha perdido dos años. No avisa que tiene tareas y le da pereza hacer las tareas”.	La consultante refiere: “Me siento frustrada, no sé cómo me siento. A veces no sé cómo me siento. Tengo muchas cosas en que pensar, vengo a buscar ayuda, yo sé que la necesito”.	La madre del niño refiere que “después del abuso sexual el niño no hace tareas, no responde cuando se le habla, es lento”.	La abuela materna del niño refiere: “El niño está presentando mucha agresión, no come. Él tiene el poder de sacarme de quicio”. En la recepción de caso, la abuela manifiesta que considera que es hora de contarle al niño la verdad sobre la muerte de su madre, pero quiere asesoría especializada para hacerlo.
	El adolescente refiere: “Mi objetivo sería que cuando ya no tenga que venir, sería que mejoraría en muchas cosas como lo del colegio y sería mejor con mi mamá”.	La adolescente refiere: “Quiero cambiar, me hace falta. Quiero pasar el año, ya me da pena con 14 años			

Problemática identificada	otra vez en séptimo, cuándo me preguntan en qué grado voy, me da pena decir”.	Bajo rendimiento académico y dificultad en la adaptación entorno escolar.	Bajo rendimiento académico y conductas de riesgo (consumo de sustancias, huida de casa).	Relación de dependencia con la madre y esquemas disfuncionales de búsqueda de aprobación/reconocimiento.	Abuso sexual	Problemas de comportamiento (desobediencia, agresión) y bajo rendimiento académico.
---------------------------	---	---	--	--	--------------	---

Casos atendidos en el proceso de práctica clínica (continuación)

Datos sociodemográficos	“S. F.”	“T. F.”	“D. B.”	“M. F.”	“J. O.”
Sexo	Masculino	Femenino	Femenino	Masculino	Masculino
Edad	4	11	15	15	20
Estrato	3	3	3	3	4
Profesión/Escolaridad	Octavo	Séptimo	Noveno	Noveno	Quinto semestre
Ocupación	Estudiante	Estudiante	Estudiante	Estudiante	Estudiante
Entidad	Particular	Particular	Particular	Particular	Particular

Motivo de consulta	La madre refiere que el niño “a los 10 meses de edad presentaba un retraso en comparación con los demás niños de su misma edad. A diferencia de sus hermanas no hacía las cosas que debería hacer”.	La madre de la niña manifiesta que: “T. F. es desobediente, no hace las tareas, no valora las cosas que tiene. A mí me toca muy duro y ella no me colabora”.	La madre refiere que el joven “viene con problemas desde el año pasado y ha empeorado cortándose. Hemos dialogado muchas veces pero sigue haciéndolo”.	La madre refiere que: “María Fernanda va mal en el colegio, es grosera, desobediente y pelea mucho conmigo y la hermana”.	El joven acude a consulta manifestando que: “tengo ciertas dificultades que me han llevado a sentir depresión y baja autoestima. Ha sido muy difícil estudiar en la universidad, poderme concentrar sin pensar que me voy a bloquear. Siento que ya no puedo más”.
--------------------	---	--	--	---	--
