

Trastornos de depresión y ansiedad a causa del consumo de spa, en población infantil y adolescente carentes de valores y habilidades emocionales

Carolina Del Carmen Molina Aragón
Universidad del Sinú – seccional Cartagena

Resumen

Los trastornos mentales, son afecciones que impactan su pensamiento, sentimientos, estado de ánimo y comportamiento, la ansiedad, es una de las primeras formas de enfermedad mental que se presenta en niños y adolescentes, su desarrollo, en general, se considera crónico y persistente en el tiempo, lo que a la larga puede aumentar la probabilidad de otros problemas de salud mental. El objetivo de este estudio fue identificar conductas del paciente, y aplicar técnicas adecuadas para sus síntomas. Se trata de un paciente de 17 años de sexo masculino con escolarización completa, cursando un técnico, que presenta dificultades en su entorno personal a causa del consumo de sustancias psicoactivas, generándoles diferentes trastornos, como ansiedad, depresión. Se le brinda acompañamiento psicológico usando algunas técnicas conductuales, trabajando en 9 sesiones cada una de ellas, donde se lograron resultados significativos, aprendió a regular sus emociones, modificación de su pensamiento, tomar decisiones racionales y como actuar ante situaciones conflictivas, mejoró su entorno familiar y externo y decidió continuar con sus metas académicas.

Palabras claves: Depresión, ansiedad, sustancias psicoactivas, conductas disruptivas, terapia cognitivo conductual.

Abstract

Mental disorders are conditions that impact your thinking, feelings, mood and behavior, anxiety is one of the first forms of mental illness that occurs in children and adolescents, its development, in general, is considered chronic and persistent over time, which in the long run can increase the likelihood of other mental health problems. The objective of this study was to identify patient behaviors and apply appropriate techniques for their symptoms. This is a 17-year-old male patient with complete schooling, studying a technician, who presents difficulties in his personal environment due to the consumption of psychoactive substances, generating different disorders, such as anxiety, depression. Psychological support is provided using some behavioral techniques, working in 9 sessions each, where significant results were achieved, he learned to regulate his emotions, modify his thinking, make rational decisions and how to act in conflict situations, improved his family environment and external and decided to continue with his academic goals.

Keywords: Depression, anxiety, psychoactive substances, disruptive behaviors, cognitive behavioral therapy.

Introducción

Dentro de los trastornos mentales, nos encontramos con el trastorno de ansiedad, este es una de las primeras formas de psicopatologías que se presentan en niños y adolescentes, su desarrollo, en general, es considerado crónico y persistente en el tiempo, lo cual a largo plazo puede incrementar los riesgos de tener otras psicopatologías en la adultez, como son los trastornos depresivos o consumo de sustancias (Wehry, Beesdo-Baum, Hennelly, Connolly, & Strawn, 2015).

La ansiedad es una reacción emocional que se produce ante una situación percibida como amenazante, es decir, una respuesta anticipatoria a una amenaza futura (American Psychiatric Association [APA], 2013). De acuerdo con Beesdo, Knappe y Pine (2009), es una emoción básica que está presente desde la infancia y la niñez, mostrando diferentes manifestaciones según la edad, con una función adaptativa y de supervivencia.

En España, los estudios epidemiológicos señalan una prevalencia ligeramente superior, entre un 13% y un 27%, observando también mayor incidencia en las mujeres y durante el curso de la adolescencia (Aláez, Martínez- Arias y Rodríguez-Sutil, 2000; Navarro-Pardo, Meléndez, Sales y Sancerni, 2012).

Definir la depresión en la infancia y adolescencia resulta complejo dado que se trata de un período evolutivo lleno de cambios tanto físicos como anímicos. En las clasificaciones diagnósticas actuales (DSM-5 y CIE-10) no se incluyen trastornos afectivos específicos de la infancia y adolescencia, aunque sí se describen algunas características propias de este grupo de edad. Para el diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor la persona debe haber presentado al menos un Episodio Depresivo Mayor (que se englobaría dentro del trastorno del estado de ánimo

en cuestión, dado que no se pueden codificar episodios de manera aislada en el DSM), que se caracteriza necesariamente por la presencia de tristeza o ánimo irritable (en el caso de los niños), o por una pérdida de placer o interés por las actividades cotidianas. Otros indicadores son la pérdida o aumento significativo de peso o de apetito (en niños puede suponer no alcanzar la ganancia de peso esperada para el crecimiento a su edad), insomnio o hipersomnia, agitación o retraso psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva o inapropiada (que pueden ser delirantes), menor capacidad de pensar, concentrarse o indecisión, pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a morir), e intento o ideación suicida. Para el diagnóstico deben manifestarse al menos cinco de estos síntomas que deben perdurar de forma prácticamente continuada durante al menos dos semanas.

Depresión y Consumo de Sustancias Psicoactivas En Adolescentes en la Ciudad de Bogotá

En la actualidad es común observar en el aula escolar adolescentes con síntomas de depresión ocasionados por múltiples problemas emocionales, familiares, ambientales y sociales que muchas veces desencadenan comportamientos de «escape» como son el consumo de sustancias psicoactivas, convirtiéndolos en el tercer grupo con mayor prevalencia de ingesta de sustancias ilícitas a nivel nacional y distrital (Alcaldía de Bogotá, 2009; Ministerio de Protección Social, 2008).

Entre las variables que influyen en la toma de decisiones por parte de los adolescentes frente al consumo de sustancias psicoactivas está la situación familiar que es un punto neurálgico en el desarrollo de habilidades sociales, ya que la poca o nula atención por parte de los padres se ha convertido en un factor predictor de consumo. (Ledoux, Sizaret, Hassler, & Choquet, 2000).

A los problemas anteriores se suma el hecho de que en el contexto social y económico de la crisis actual, muchos adolescentes que viven en zonas marginadas o excluidas en América Latina, deben enfrentar problemas como la pobreza (UNICEF, 2002).

Igualmente, evidencian frustración cuando no se cubren las necesidades de seguridad, posesión, afecto y autorrealización; presentando comportamientos desesperanzados con algunos rasgos depresivos asociados al consumo de sustancias psicoactivas en la medida en que estas constituyen una forma rápida para experimentar sensaciones placenteras, modificar los sentimientos asociados al malestar emocional, reducir los trastornos emocionales, mitigar la tensión y el estrés, afrontar cambios y presiones del entorno (Varela, Salazar, Cáceres, & Tovar, 2007). De esta forma, el individuo afectado por problemas personales descubre en los productos psicoactivos un alivio inmediato a sus angustias cotidianas reforzando así la conducta de consumo (Restrepo, 2002).

La depresión es una de las principales causas del consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes, sin embargo, la depresión puede ser también consecuencia del consumo (Ministerio de Protección Social, 2003) estableciéndose así una relación en ambos sentidos, convirtiéndola en uno de los mayores problemas de salud pública en las sociedades actuales (Cassano & Fava, 2002).

Teniendo en cuenta lo anterior, el objetivo del presente artículo es documentar el proceso de evaluación y proyectar un diseño de intervención de un adolescente con antecedentes de consumo de SPA, acompañado de una alteración en el estado de ánimo relacionado a un malestar psicológico producido por antecedentes depresivos que marcaron el desarrollo del individuo afectando su calidad de vida, desarrollando en él respuestas ansiosas como conductas de llanto, desobediencia, aislamiento y consumos de sustancias.

Identificación Del Paciente

Paciente de nombre J.T , de 17 años y 8 meses, de sexo masculino, nacido en Cartagena,,con rango de escolaridad bachiller y actualmente estudiante de curso de sistema, vive con su abuela materna de crianza, madre de crianza, hermana de crianza, padrastro; Tiene 6 hermanos biológicos y un hermano de crianza de 8 años de edad.

Análisis Del Motivo De Consulta

Paciente quien se encuentra en etapa de adolescencia tardía, estuvo en proceso de rehabilitación en la institución de salud mental, por cuadro clínico de consumo de SPA (pepa, frippi) desde hace aproximadamente 4 años (paciente refirió no recordar fecha exacta del primer consumo, pero si recuerda que fue luego de la muerte de figura materna biológica hace aproximadamente 4 años, refiere que se encontraba en un estado de tristeza), quien se encuentra en la actualidad recibiendo seguimientos Psicológico individual e integral de manera virtual.

Historia Del Problema

Paciente quien aceptó el proceso de rehabilitación propuesto por figura materna de crianza, con la finalidad de evitar perder su familia adoptiva, de igual forma para construir un proyecto de vida que le contribuya en una mejor calidad de vida. Al ser ingresado fue diagnosticado con trastorno mental y del comportamiento por consumo de sustancias psicoactivas. Iniciaron con el proceso de intervención con los siguientes profesionales: Psiquiatra, psicólogo, médico general, jefe de enfermería, enfermeras y terapeuta. El psiquiatra ordenó tratamiento intrahospitalario

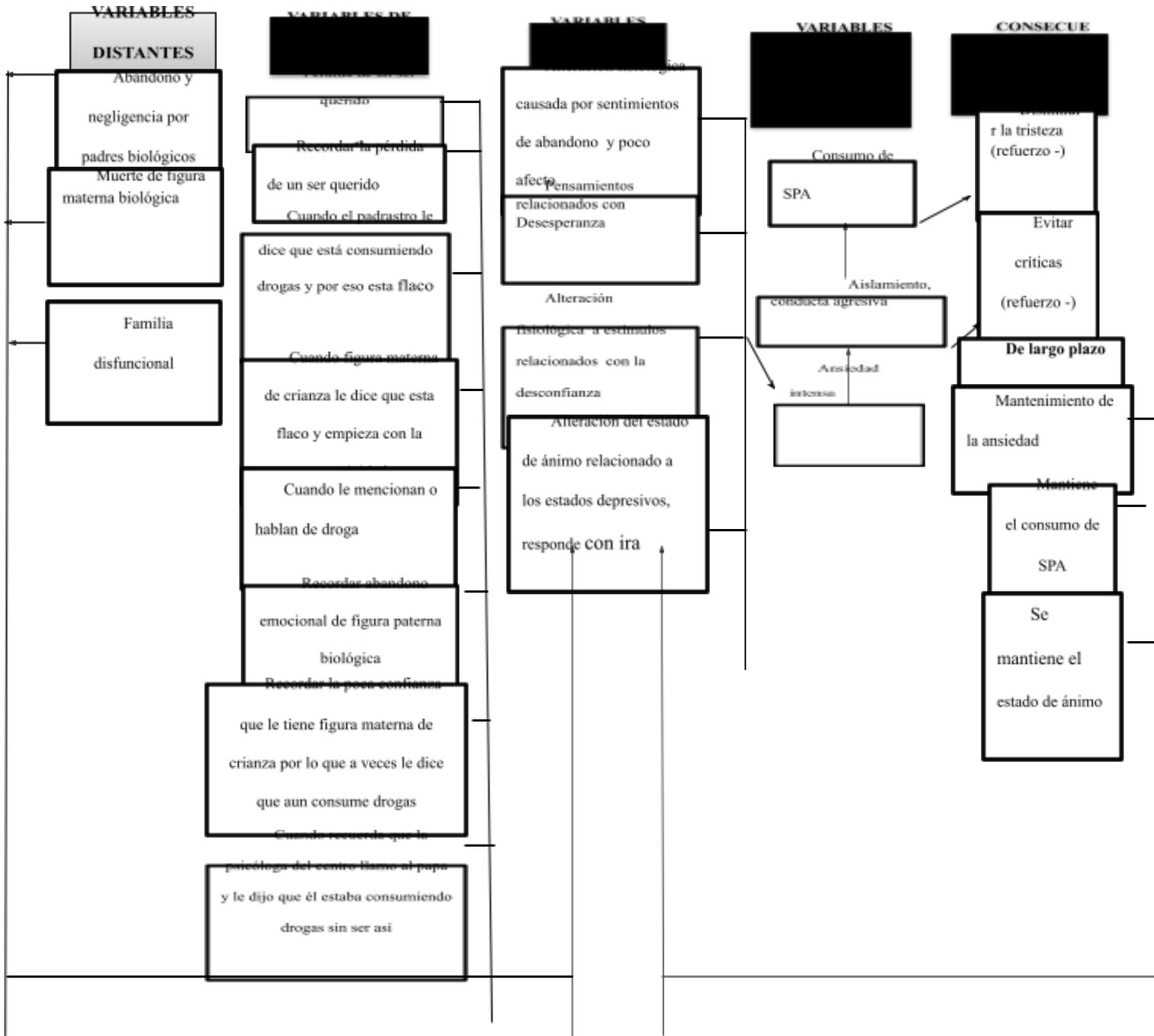
el cual fue administrado de forma correcta mientras estuvo internado (Es importante mencionar que se solicitó conocer el nombre y dosis de tratamiento que recibía el paciente en el proceso de hospitalización pero la institución CEMIC unidad de salud mental no quiso mencionar o dar a conocer el tratamiento). Dentro del centro de rehabilitación, individuo estuvo en proceso de hospitalización por dos meses y medio pues evoluciona de forma satisfactoria, respondiendo de forma adecuada a las intervenciones individuales y grupales, mejorando su conducta y reflejando un buen comportamiento, por lo antes mencionado equipo interdisciplinario concluyen la terminación de proceso de hospitalización. En el egreso del de centro de rehabilitación, continúa con tratamiento ambulatorio (carbamazepina tableta 200 mg 1 v o c/ 8 horas - sertralina tableta 50 mg 1 v o c/ 12 horas, al momento del egreso brindan al familiar psicoeducación sobre la forma de administración de tratamiento antes mencionado, se mencionan la importancia de no dejar tratamiento al alcance del paciente y que este sea suministrado por tutor responsable. Se lleva a cabo la psicoeducación interdisciplinaria, el cual también contó con una terapia ocupacional un día a la semana.

Paciente vestido acorde a edad, sexo y cultura, con características consideradas propias adolescente, estatura normal para su edad, cabello oscuro, piel morena, consciente orientado en tiempo espacio y persona, buen contacto visual, lenguaje acorde sin alteraciones cognitivas, bajo nivel emocional quien responde a la entrevista de manera activa, se muestra con la disposición oportuna, labilidad cuando está hablando, lucidez mental y capacidad de mantener una conversación, refiere a la entrevista sentirse bien, menciona haber suspendido tratamiento farmacológico ambulatorio carbamazepina 200 mg 1voc/8 horas, sertralina tableta 50 mg 1 v o c/ 12 horas para evitar dependencia y alteraciones en el patrón del sueño (es que sentí que si no me lo tomaba no dormía y a lo último me quitaba hasta el sueño), refiere inicios del consumo

por bajo nivel emocional, pérdida de un ser querido (para llenar el vacío porque mi mamá biológica falleció), niega ideas suicidas, autolesiones, pérdida del patrón del sueño, alucinaciones visuales y auditivas, consumo luego de proceso de rehabilitación, refiere deseos de un proyecto de vida, pues en su historia familiar menciona abandono y negligencia por figuras paternas biológicas, pérdida de un ser querido (madre biológica), antecedentes de pobreza extrema, familia disfuncional, otros problemas relacionados con la crianza del niño. Paciente menciona inicios de consumo de SPA por bajo nivel emocional, pérdida de un ser querido “para llenar el vacío porque mi mamá biológica falleció”. Menciona tener contacto con figura paterna pero observa abandono y falta de interés por mantener una relación sana con el paciente, manifiesta que figura materna padecía de trastornos mentales “ella no era normal tubo varios hijos y los regalaba a familiares, a veces dormía en las calles, después le detectaron un tumor en la cabeza y ella no lo acepto se complicó y de eso murió, yo la veía de vez en cuando a veces llegaba y me traía cualquier cosita una papita cositas así, mis papas se separaron yo quede con mi papa pero como él trabajaba me dejaba donde la mamá que me crio ella tenía un hogar infantil el me dejaba y regresaba por las tardes me traía la leche y le daba cualquier cosa a mi mamá, cuando cumplí tres meses me dejó definitivamente, lo veía a veces, después no preguntaba por mí después me veía y era como si no fuera nada mío, cuando tenía como 15 o 16 yo lo busque como para tener un acercamiento con él pero no le vi interés por tenerlo conmigo”. Refiere haber controlado sus emociones, el deseo de consumo luego de haber presenciado consumo de spa después de proceso de rehabilitación “actualmente vivo con mi abuela desde hace como 2 años porque a mi mamá Ana María le pidieron la casa donde vivíamos y tubo que mudarse para una que es muy pequeña y solo tiene un cuarto y decidimos que iba a vivir con mi abuela perfecta, mi mamá vive

cerca de mi abuela y a veces la voy a visitar ahora que Salí del centro también voy a veces en la calle veo que consumen pero yo tengo la decisión de no consumir más”.

Grafico 1. Análisis y descripción de las conductas problema



Problema N° 1

Respuesta de Depresión. Alteración del estado de ánimo relacionado a los estados depresivos caracterizados por tristeza, desánimo, rabia causada por sentimientos de abandono y poco afecto lo que lo ha llevado a la toma de decisiones irracionales afectando su calidad de vida. Estas alteraciones del estado de ánimo y respuestas fisiológicas pudieron ser evidenciadas a través de la siguiente línea de tratamiento:

Escala – Hamilton

Se evidencia que el paciente manifiesta al preguntarle que siente tristeza, desesperanza, desamparo, sentimientos de inutilidad, se culpa a si mismo por haber decepcionado a seres queridos, al preguntarle el ítem sobre suicidio refiere positivo la siguiente repuesta “desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse, en los ítems relacionados al insomnio refiere buen patrón del sueño, referente a trabajos y actividades refiere ideas y pensamientos de incapacidad, fatiga o debilidad, en el ítem sobre ansiedad psíquica manifiesta preocupación por pequeñas cosas, en el ítem de ansiedad somática se concluye ansiedad de manera moderada, refiere en el ítem de ansiedad somáticos gastrointestinales manifiesta pérdida de apetito pero como sin necesidad de que lo estimulen, sensación de pesadez en el abdomen, paciente en el ítem de hipocondría selecciona sentirse preocupado por su salud, en pérdida de peso paciente responde de manera positiva, en la introspección (insight) paciente se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación.

La prueba muestra como conclusión una puntuación de 16 lo que se denomina según la prueba una puntuación mayo y que por ende su resultado es depresión moderada. De igual forma se lleva a cabo la aplicación de la prueba SRQ (Tés mide 5 áreas específicas: Depresión,

ansiedad, alcoholismo, psicosis y epilepsia): Se obtuvo una calificación en el tés donde el paciente presentó 14 respuestas positivas indicando que está presentando *Angustia Psicológica Significativa*, de igual formas presentó una respuesta positiva en el consumo de sustancias refiere a ver consumiendo en la actualidad cigarrillo, es importante mencionar que el paciente menciona que a causa de su consumo con anterioridad de SPA (se le olvidan algunas cosas), también respondió 3 preguntas positivas acerca de presencia de síntomas serios psicóticos lo que es importante remitir a psiquiatría.

Descripción del problema

Este problema se ha asociado al abandono y la negligencia por figuras paternas biológicas de igual forma por la pérdida de un ser querido (figura materna) pues estas alteraciones (rabia, tristeza, desánimo) aparecen cuando llegan pensamientos negativos desencadenando respuestas cognitiva con preguntas relacionadas del porqué de su abandono de igual manera siempre menciona sentir amor y carencia del afecto por su figura materna biológica "mi mamá me entrego a mi papa cuando apenas tenía días de nacido pero ella tenía como problemas mentales porque tuvo varios hijos y los entregaba, recuerdo que ella a veces llegaba a la puerta de la casa donde yo vivía y me llevaba cositas para comer ella murió y me dio tristeza de ahí me siento triste, me gustaría que mi mamá estuviera viva porque aunque no me crié con ella a veces llegaba a verme".

Problema N° 2

Respuesta de Ansiedad. Alteración fisiológica caracterizada por rabia, impotencia a estímulos relacionados con la desconfianza, conllevando al aislamiento y consumo de SPA.

Descripción del problema

Esta sintomatología se asocia a las críticas por parte de sus familiares sobre el consumo, por la poca atención que recibe de figura paterna ya que el paciente cuando recibe críticas relacionadas al consumo siente rabia, impotencia, desánimo, respiración agitada y resentimiento. El paciente ha manifestado en numerosas ocasiones sentir molestia porque sus padres le dicen que lo ven delgado y que seguramente está así porque continúa consumiendo SPA.

Problema N° 3

Respuesta de Consumo de SPA. Ansiedad caracterizada por respuestas fisiológicas como lo son la rabia, tristeza, impotencia, desánimo, respiración agitada y a su vez pensamientos y sentimientos relacionados con abandono y poco afecto conllevándolo a conductas como llorar, aislamiento y desobediencia. Al consumir SPA consigue consecuencias inmediatas como disminuir la tristeza (refuerzo -), evitar críticas (refuerzo -) y como respuesta de largo plazo aparece el mantenimiento de la ansiedad, del consumo y del estado de ánimo.

Descripción del problema

Todos los síntomas, rabia, tristeza, impotencia, desánimo, respiración agitada se relacionan con el abandono de sus seres queridos, de igual forma por la pérdida de un ser querido, recordar la pérdida de un ser querido, pues paciente refiere haber iniciado el consumo de SPA a edad de 14 años a raíz de fallecimiento de su figura materna biológica. De igual forma el problema se mantiene porque tiene como respuesta refuerzos negativos los cuales son: disminuir la tristeza, disminuir la ansiedad que es ocasionada por la desconfianza de sus padres de crianza y el ambiente en el que se desarrolla.

Formulación Clínica

La alteración del estado de ánimo relacionado a los estados depresivos caracterizados por tristeza, desánimo, desesperanza, rabia causada por sentimientos y pensamientos de abandono y poco afecto desencadenan respuestas fisiológica caracterizada por ira, impotencia, respiración agitada, ansiedad intensas a estímulos relacionados con la desconfianza, alteran respuestas o conductas como llorar, aislamiento, desobediencia, consumo de SPA logrando significativamente el mantenimiento de estas conductas ya que obtiene refuerzos negativos como disminuir la tristeza, evitar críticas lo que afecta cada vez más su calidad de vida puesto que mantiene la ansiedad, mantiene el consumo y su estado depresivo conllevándolo a la toma de decisiones irracionales afectando notoriamente su calidad de vida.

Hipótesis preliminares

Hipótesis N° 1

El manejo y acondicionamiento de las emociones se da en el transcurso del desarrollo de los individuos lo cual puede darse de manera sana y positiva cuando se cuida al individuo de sucesos que pueden generar impactos y por ende interfieran en el estado emocional, cognitivo, fisiológico y conductual. En el caso presente se puede identificar que paciente tuvo antecedentes que dejaron huellas emocionales (abandono y negligencia por padres biológicos, pérdida de un ser querido, familia disfuncional, problemas económicos) las cuales generaron pensamientos disfuncionales relacionados con la tristeza y desequilibrio emocional lo que surge alteraciones fisiológicas encaminadas a la ansiedad.

Hipótesis N° 2

Los problemas personales, el contexto familiar, ambiental, los medios y recursos pueden hacer a los adolescentes vulnerables al consumo de sustancias, cuando estos factores se encuentran alterados aparecen problemáticas de salud mental que conducen al individuo a un sufrimiento psicológico impidiendo la toma de decisiones asertivas. El paciente estuvo vulnerable ante estos factores pues padecía de sufrimiento psicológico debido a episodios depresivos relacionados al abandono emocional y físico por sus padres biológicos, pérdida de un ser querido, sumando también el contexto familiar en donde se desarrolló es decir familia disfuncional sumergida a problemáticas familiares y económicas. En el contexto social se evidencia que estuvo rodeado de individuos que consumían sustancias psicoactivas haciendo del paciente presa fácil ante el consumo.

Proceso De Análisis Funcional

La alteración del estado de ánimo relacionado a los estados depresivos caracterizados por tristeza, desánimo, desesperanza, rabia causada por sentimientos y pensamientos de abandono y poco afecto desencadenan respuestas fisiológica caracterizada por ira, impotencia, respiración agitada, ansiedad intensas a estímulos relacionados con la desconfianza, alteran respuestas o conductas como llorar, aislamiento, desobediencia, consumo de SPA logrando significativamente el mantenimiento de estas conductas ya que obtiene refuerzos negativos como disminuir la tristeza, evitar críticas lo que afecta cada vez más su calidad de vida puesto que mantiene la ansiedad, mantiene el consumo y su estado depresivo conllevándolo a la toma de decisiones irracionales afectando notoriamente su calidad de vida.

Proceso De Evaluación Psicológica Inicial

Paciente vestido acorde a edad, sexo y cultura, con características consideradas propias de adolescente, estatura normal para su edad, cabello oscuro, piel morena, consciente orientado en tiempo espacio y persona, buen contacto visual, lenguaje acorde sin alteraciones cognitivas, bajo nivel emocional quien responde a la entrevista de manera activa, se muestra con la disposición oportuna, labilidad cuando está hablando, lucidez mental y capacidad de mantener una conversación, refiere a la entrevista sentirse bien, menciona haber suspendido tratamiento farmacológico ambulatorio carbamazepina 200 mg 1voc/8 horas, sertralina tableta 50 mg 1 v o c/ 12 horas para evitar dependencia y alteraciones en el patrón del sueño (es que sentí que si no me lo tomaba no dormía y a lo último me quitaba hasta el sueño), refiere inicios del consumo por bajo nivel emocional, perdida de un ser querido (para llenar el vacío porque mi mama biológica falleció), niega ideas suicidas, autolesiones, perdida del patrón del sueño, alucinaciones visuales y auditivas, consumo luego de proceso de rehabilitación, refiere deseos de un proyecto de vida, pues en su historia familiar menciona abandono y negligencia por figuras paternas biológicas, perdida de un ser querido (figura materna biológica), antecedentes de pobreza extrema, familia disfuncional, otros problemas relacionados con la crianza del niño. Paciente menciona inicios de consumo de SPA por bajo nivel emocional, perdida de un ser querido “para llenar el vacío porque mi mama biológica falleció”. Menciona tener contacto con figura paterna pero observa abandono y falta de interés por mantener una relación sana con el paciente, manifiesta que figura materna padecía de trastornos mentales “ ella no era normal tubo varios hijos y los regalaba a familiares, a veces dormía en las calles, después le detectaron un tumor en la cabeza y ella no lo acepto se complicó y de eso murió, yo la veía de vez en cuando a veces llegaba y me traía cualquier cosita una papita cositas así, mis papas se separaron yo quede con mi

papa pero como él trabajaba me dejaba donde la mama que me crio ella tenía un hogar infantil el me dejaba y regresaba por las tardes me traía la leche y le daba cualquier cosa a mi mama, cuando cumplí tres meses me dejo definitivamente, lo veía a veces, después no preguntaba por mi después me veía y era como si no fuera nada mío, cuando tenía como 15 o 16 yo lo busque como para tener un acercamiento con el pero no le vi interés por tenerlo con migo”. Refiere haber controlado sus emociones, el deseo de consumo luego de haber presenciado consumo de spa después de proceso de rehabilitación “actualmente vivo con mi abuela desde hace como 2 años porque a mi mama Ana María le pidieron la casa donde vivíamos y tubo que mudarse para una que es muy pequeña y solo tiene un cuarto y decidimos que iba a vivir con mi abuela perfecta, mi mama vive cerca de mi abuela y a veces la voy a visitar ahora que Salí del centro también voy a veces en la calle veo que consumen pero yo tengo la decisión de no consumir más”.

Diagnóstico Diferencial

Gracias a las entrevistas, la aplicación de la Escala – Hamilton: la cual es una escala de valoración para evaluar la depresión “Hamilton depresión rating, scale (HDRS), su autor (Hamilton, 1960), es una escala, heteroaplicada, diseñada para ser aplicada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias. Si bien una revisión original constaba de 21 ítems, posteriormente se realizó una versión reducida con 17 ítems, que es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. La validación de la versión castellana de esta escala se realizó en

1986 por Ramos –Brieva. Diferentes evaluaciones han permitido comprobar la validez discriminante, la fiabilidad y la sensibilidad al cambio, tanto en poblaciones hospitalizadas como ambulatorios.

Cada cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0 - 2 ó de 0 - 4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo. La Guía de Práctica Clínica elaborada por el NICE, guía una alta calidad en su elaboración y una puntuación de “muy recomendada” según el instrumento AGREE, recomienda emplear los siguientes puntos de corte:

No deprimido: 0 – 7

Depresión ligera /menor: 8 – 13

Depresión moderada: 14 – 18

Depresión severa: 19 – 22

Depresión muy severa: >23

Para la evaluación de la respuesta al tratamiento se ha definido como respuesta una disminución mayor o igual a 50% de la puntuación inicial de la escala, respuesta parcial como una disminución entre el 25 – 49% y una respuesta como una reducción de menos del 25%. La remisión se ha considerado con una puntuación menor o igual a 7, aunque hay resultados que apoyan que este punto de corte debería de tener un valor más bajo. También fue aplicada la prueba SRQ, la cual será definida más adelante. Al realizar la escala y la prueba (ambas mencionadas), se concluye que el paciente tiene como IDX: Consumo de spa (F19.10), cuadro depresivo moderado (F33.1), trastorno de ansiedad por separación (F93.0).

Resultados Cualitativos: Puesto que en la Escala – Hamilton: se evidencian respuestas positivas relacionadas con tristeza, desesperanza, fatiga, debilidad, pérdida de peso, desamparo, sentimientos de inutilidad, culpa, decepción, pensamientos relacionados con la muerte, deseos de morir, ideas y pensamientos de incapacidad. En los ítems relacionados con ansiedad responde positivo en gastrointestinales manifiesta pérdida de apetito, sensación de pesadez en el abdomen.

Resultados cuantitativos:

| Tabla 1. Escala de hamilton - Hamilton depresión rating, scale (HDRS). | |
|--|---|
| Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad) | |
| - Ausente | 0 |
| - Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan como se siente | 1 |
| - Estas sensaciones las relata espontáneamente | 2 |
| - Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto) | 3 |
| - Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea | 4 |
| Sentimientos de culpa | |
| -Ausente | 0 |
| - Se culpa a si mismo, cree haber decepcionado a la gente | 1 |
| - Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones | 2 |
| - Siente que la enfermedad actual es un castigo | 3 |
| - Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza | 4 |
| Suicidio | |
| - Ausente | 0 |

| | |
|--|---|
| - Le parece que la vida no vale la pena ser vivida | 1 |
| - Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse | 2 |
| - Ideas de suicidio o amenazas - Intentos de suicidio (cualquier intento serio) | 3 |
| | 4 |
| Insomnio precoz | |
| - No tiene dificultad | 0 |
| - Dificultad ocasional para dormir, por ej. Más de media hora el conciliar el sueño | 1 |
| | 2 |
| - Dificultad para dormir cada noche | |
| Insomnio intermedio | |
| - No hay dificultad | 0 |
| - Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche | 1 |
| - Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar) | 2 |
| | 3 |
| | 4 |
| Insomnio tardío | |
| - No hay dificultad | 0 |
| - Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir | 1 |
| - No puede volver a dormirse si se levanta de la cama | 2 |
| Trabajo y actividades | |
| - No hay dificultad | 0 |
| - Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasa tiempos) | 1 |
| | 2 |
| - Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación) | 3 |
| | 4 |
| - Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad | |

| | |
|--|---|
| - Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda. | |
| Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora) | |
| - Palabra y pensamiento normales | 0 |
| - Ligeramente retrasado en el habla | 1 |
| - Evidente retraso en el habla | 2 |
| - Dificultad para expresarse | 3 |
| - Incapacidad para expresarse | 4 |
| Agitación psicomotora | |
| - Ninguna | 0 |
| - Juega con sus dedos | 1 |
| - Juega con sus manos, cabello, etc. | 2 |
| - No puede quedarse quieto ni permanecer sentado | 3 |
| - Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios | 4 |
| Ansiedad psíquica | 0 |
| - No hay dificultad | 1 |
| - Tensión subjetiva e irritabilidad | 2 |
| - Preocupación por pequeñas cosas | 3 |
| - Actitud aprensiva en la expresión o en el habla | 4 |
| - Expresa sus temores sin que le pregunten | |
| Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración) | 0 |
| - Ausente | 1 |
| - Ligera | 2 |
| - Moderada | 3 |
| - Severa | 4 |

| | |
|---|--------|
| - Incapacitante | |
| Síntomas somáticos gastrointestinales | |
| - Ninguno | 0 |
| - Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen | 1 2 |
| - Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales | 3 4 |
| Síntomas somáticos generales | |
| - Ninguno | 0 |
| - Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. | 1 2 |
| -Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2 | |
| Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales) | 0 |
| - Ausente | 1 |
| - Débil | 2 |
| - Grave | |
| Hipocondría | |
| - Ausente | 0 |
| - Preocupado de si mismo (corporalmente) | 1 |
| - Preocupado por su salud | 2 |
| - Se lamenta constantemente, solicita ayuda | 3 |
| Pérdida de peso | |
| - Pérdida de peso inferior a 500 gr. En una semana | 0 |
| - Pérdida de más de 500 gr. En una semana | 1 |
| - Pérdida de más de 1 kg. En una semana | 2 |
| Introspección (insight) | |
| - Se da cuenta que está deprimido y enfermo | 0 1 |

| | |
|--|---|
| - Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc | 2 |
| - No se da cuenta que está enfermo | 3 |

Cuadro 2: Puntuación de Escala de Hamilton (HDRS).

| | |
|---|-----|
| <i>PUNTUACION</i> | 17 |
| <i>PORSENTAJE</i> | 33% |
| <i>Al concluir la prueba arroja una puntuación de 17, se denomina según la prueba una puntuación mayor, para un porcentaje del 33% dando como respuesta un diagnóstico de depresión moderada.</i> | |

También se aplicó la prueba Cuestionario de Auto-reporte o Self Reporting Questionnaire (SRQ), (Williams, 1986) la cual mide 5 áreas específicas: Depresión, ansiedad, alcoholismo, psicosis y epilepsia. Se aplica desde los 16 años y consta de 30 preguntas. Este cuestionario indaga sobre situaciones específicas que haya vivido la persona en los últimos 30 días. Se debe leer cada pregunta y si el profesional del servicio observa que la persona está insegura de alguna respuesta debe intentar profundizarla para clarificar. Se debe explicar a los usuarios que la información que dará será confidencial.

Resultados Cualitativos: Se obtuvo una calificación en el test donde el paciente presentó catorce respuestas positivas indicando que está presentando *Angustia Psicológica Significativa*, de igual forma presentó una respuesta positiva en el consumo de sustancias, es importante mencionar que el paciente menciona que a causa de su consumo con anterioridad de SPA (se le olvidan algunas cosas), también respondió tres preguntas positivas acerca de presencia de síntomas serios psicóticos.

Resultados Cuantitativos

Tabla 2. Cuestionario de síntomas para adolescentes, jóvenes y adultos (SRQ).

| CUESTIONARIO DE SINTOMAS PARA ADOLESCENTES, JOVENES Y ADULTOS (SRQ) | | |
|--|----|----|
| Nombre y apellidos: J T | | |
| Edad: 17 años mas 8 meses Sexo: M | | |
| Dirección: Cartagena Bolívar | | |
| PREGUNTAS | SI | NO |
| 1 ¿ Tiene frecuentes Dolores de cabeza? | | X |
| 2 ¿tiene mal apetito? | X | |
| 3 ¿duerme mal? | | X |
| 4 ¿ se asusta con facilidad? | | X |
| 5 ¿ sufre de temblor de manos? | | X |
| 6 ¿se siente nervioso, tenso o aburrido? | X | |
| 7 ¿sufre de mala digestion? | X | |
| 10 ¿llora usted con mucha frecuencia? | | X |
| 11 ¿tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diaria? | X | |
| 12 ¿tiene dificultad para tomar decisiones? | X | |
| 13 ¿tiene dificultad en hacer su trabajo? | X | |
| 14 ¿es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida? | | X |
| 15 ¿ha perdida interés por las cosas? | X | |
| 16 ¿siente que usted es una persona inútil? | | X |
| 17 ¿ha tenido la idea de acabar con su vida? | | X |
| 18 ¿se siente cansado todo el tiempo? | | X |
| 19 ¿tiene sensaciones desagradables en su estomago? | X | |
| 20 ¿ se cansa con facilidad? | X | |
| 21 ¿siente que alguien ha tratado de herirlo de alguna forma? | | X |
| 22 ¿es usted una persona mucho mas importante de lo que piensan los demás? | X | |
| 23 ¿ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento? | X | |
| 24 ¿ oye voces sin saber de donde vienen o otras personas no pueden oír? | | X |
| 25 ¿ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo con movimientos de brazos y piernas, con perdida del conocimiento? | | X |
| 26 ¿alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su medico, etc. Que usted estaba bebiendo demasiado licor? | X | |
| 27 ¿alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido? | | X |
| 28 ¿ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo o studio a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o fallar a ellos? | | X |
| 29 ¿ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho? | X | |
| 30¿la ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado? | | X |

Interpretación

Cada respuesta positiva equivale a 1 punto, si el usuario tiene de 5 a 7 puntos, de la pregunta 1 a la 20, se considera que puede estar presentando ANGUSTIA PSICOLOGICA SIGNIFICATIVA. La respuesta positivas de las preguntas 26 a la 30 indica presencia de consumo problemático de alcohol. Solo 1 una respuesta positiva de la respuesta 21 a los síntomas psicóticos, indica la presencia de síntomas serios o la necesidad de remisión inmediata a psiquiatría.

Cuadro 3. *Puntuación de cuestionario de síntomas para adolescentes, jóvenes y adultos (SRQ).*

| | |
|--|---|
| <p><i>PUNTUACION: Arroja una puntuación total de 14 respuestas positivas las cuales se encuentran distribuidas de la siguiente forma</i></p> | <p><i>10 puntos : Indicando angustia psicológica significativa</i></p> |
| | <p>3 puntos: Indicando síntomas serios psicóticos</p> |
| | <p>1 punto: Indicando consumo de alcohol lo cual es considerado como consumo de SPA, pues el alcohol también es una droga permisiva</p> |
| <p><i>Al concluir la prueba arroja una puntuación de 14 puntos positivos que indican que el paciente presenta angustia psicológica significativa, consumo de sustancias y síntomas psicóticos. Según la prueba en mención se considera valoración por especialista en psiquiatría.</i></p> | |

La Asociación Americana de Psiquiatría (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION) en su manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, define la ansiedad la presencia de dos o más de los síntomas siguientes **Especificadores para trastornos depresivo con ansiedad**, durante la mayoría de los días de un episodio de depresión mayor o trastorno depresivo persistente:

Se siente nervioso o tenso.

Se siente inhabitualmente inquieto.

Dificultad para concentrarse debido a las preocupaciones.

Miedo a que pueda suceder algo terrible.

El individuo siente que podría perder el control de sí mismo.

Especificar la gravedad actual:

Leve: Dos síntomas.

Moderado: Tres síntomas.

Moderado-severo: Cuatro o cinco síntomas.

Grave: Cuatro o cinco síntomas y con agitación motora.

Se puede concluir que si cumple con el criterio del DSM5 relacionado con depresión y ansiedad, ya que el paciente presenta al menos tres signos de los antes mencionados, como la falta de apetito, en regulares ocasiones se siente nervioso, triste, llanto fácil, presenta dificultad para la toma de decisiones, presenta dificultad para realizar sus tareas, ha perdido la voluntad para realizar actividades que antes realizaba, ha tenido ideas suicidas y alucinaciones auditivas.

Nota: Es importante mencionar que la información para arrojar el diagnóstico clínico fue tomada del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su quinta edición, publicado y elaborado por La Asociación Americana de Psiquiatría (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION) en la información registrada en las páginas 162 y 184

Ansiedad por separación

La Asociación Americana de Psiquiatría (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION) en su manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, define la ansiedad por separación como: “Miedo o ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del individuo

concerniente a su separación de aquellas personas por las que siente apego” (pág. 190). Y su diagnóstico se basa en los siguientes criterios:

Criterios: experimentan un malestar excesivo recurrente al estar separados de su hogar o de las figuras de mayor apego (**Criterio A1**). Se preocupan por el bienestar o la muerte de las personas por las que sienten apego, sobre todo cuando se separan de ellas, y sienten necesidad de conocer el paradero de las figuras de mayor apego y deseo de estar en contacto con ellas (**Criterio A2**).

Factores de riesgo y pronóstico

Ambientales. El trastorno de ansiedad por separación se desarrolla con frecuencia después de un estrés vital, en especial de una pérdida (p. ej., la muerte de una mascota familiar, una enfermedad propia o de un familiar, un cambio de colegio, el divorcio parental, una mudanza a un nuevo entorno, la inmigración y una catástrofe que suponga períodos de separación de las figuras de apego). En los adultos jóvenes, otros ejemplos de estrés vital son dejar la casa de los padres, entablar una relación sentimental y convertirse en padre. La sobreprotección parental y el intrusismo pueden estar asociados con el trastorno de ansiedad por separación.

Diagnóstico diferencial

Trastorno de ansiedad generalizada. El trastorno de ansiedad por separación se distingue del trastorno de ansiedad generalizada en que la ansiedad se refiere predominantemente a la separación con respecto al hogar y a las personas vinculadas.

Se puede concluir que si se cumple con los criterios antes mencionados presentes en el DSM5, ya que el paciente menciona inicios de consumo por pérdida de un ser querido (figura

materna biológica). También, menciona haber buscado a su padre biológico para tener una mejor relación con él y sintió que a su figura paterna no le importó o no mostró interés y manifiesta que decidió aceptar proceso de remisión para no perder a su familia adoptiva.

Nota: Es importante mencionar que la información para arrojar el diagnóstico clínico fue tomada del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su quinta edición, publicado y elaborado por La Asociación Americana de Psiquiatría (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION) en la información registrada en las páginas de la 190 - 194.

Consumo de SPA

La Asociación Americana de Psiquiatría (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION) en su manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, nos habla que los trastornos por consumo de sustancias desconocidas en su quinta edición y lo define como: “Patrón problemático de consumo de una sustancia intoxicante que no se puede clasificar en la categoría del alcohol, la cafeína, el cannabis, los alucinógenos (fenciclidina y otros), los inhalantes, los opiáceos, los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, los estimulantes o el tabaco, y que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo” (pág. 577). En el mismo manual, da a conocer 12 hechos, y a su vez menciona que para dar el diagnóstico en mención, debe presentar al menos 2 de los siguientes mencionados:

1. Se consume la sustancia con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de la sustancia.

3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir la sustancia, consumirla o recuperarse de sus efectos.
4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir la sustancia.
5. Consumo recurrente de la sustancia que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
6. Consumo continuado de la sustancia a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos de su consumo.
7. El consumo de la sustancia provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
9. Se continúa con el consumo de la sustancia a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por ella
10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:
11. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
12. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de la sustancia.
13. Abstinencia, manifestada por alguno de los hechos siguientes:
 - a. El síndrome de abstinencia característico de otra sustancia (o sustancia desconocida) (véanse los Criterios A y B del conjunto de criterios de la abstinencia de otra sustancias [o sustancias desconocidas], pág. 583).

b. Se consume la sustancia (o alguna sustancia muy similar) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

Especificar si:

En remisión inicial: Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de otra sustancia (o sustancia desconocida), no se ha cumplido ninguno de ellos durante un mínimo de 3 meses pero sin llegar a 12 meses (excepto el Criterio A4, "Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir la sustancia", que puede haberse cumplido).

En remisión continuada: Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo otra sustancia (o sustancia desconocida), no se ha cumplido ninguno de ellos durante un período de 12 meses o más (excepto el Criterio A4, "Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir la sustancia", que puede haberse cumplido).

Especificar si:

En un entorno controlado: Este especificador adicional se utiliza cuando el individuo está en un entorno con acceso restringido a la sustancia.

Código basado en la gravedad actual: Nota para los códigos CIE-10-MC: Si existe una intoxicación por otra sustancia (o sustancia desconocida), una abstinencia de otra sustancia (o sustancia desconocida) u otro trastorno mental inducido por otra sustancia (o sustancia desconocida), no deben utilizarse los códigos siguientes para el trastorno por consumo de otra sustancia (o sustancia desconocida). En lugar de ello, el trastorno concomitante por consumo de otra sustancia (o sustancia desconocida) viene indicado por el carácter en 4a posición del código del trastorno inducido por esa sustancia (véase la nota de codificación de la intoxicación o abstinencia de otra sustancia [o sustancia desconocida], o del trastorno mental específico inducido por otra sustancia [o sustancia desconocida]). Por ejemplo, si existe un trastorno

depresivo inducido por otra sustancia (o sustancia desconocida) y un trastorno concomitante por consumo de dicha sustancia, solamente se indica el código del trastorno depresivo inducido por otra sustancia (o sustancia desconocida), cuyo carácter en 4a posición indica si el trastorno concomitante por consumo de otra sustancia (o sustancia desconocida) es leve, moderado o grave: F19.14 para un trastorno leve por consumo de otra sustancia (o sustancia desconocida) con un trastorno depresivo inducido por otra sustancia (o sustancia desconocida), o F19.24 para un trastorno moderado o grave por consumo de otra sustancia (o sustancia desconocida) con un trastorno depresivo inducido por otra sustancia (o sustancia desconocida).

Especificar la gravedad actual:

305.90 (F19.10) Leve: Presencia de 2-3 síntomas.

304.90 (F19.20) Moderado: Presencia de 4-5 síntomas.

304.90 (F19.20) Grave: Presencia de 6 o más síntomas.

Si cumple o no, qué criterios son importantes. Se puede concluir que si cumple con el criterio del DSM5 pues el paciente menciona consumo de SPA (pepa, frippi) desde hace aproximadamente 4 años, de igual forma el paciente realiza o cumple varios de los hechos mencionados con anterioridad.

Nota: Es importante mencionar que la información para arrojar el diagnóstico clínico fue tomada del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su quinta edición, publicado y elaborado por La Asociación Americana de Psiquiatría (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION) en la información registrada en las páginas 577 y 578

Tabla 3. *Establecimiento de las metas del tratamiento.*

| Objetivos generales | Objetivos específicos | Técnicas | Sesión | Identificadores clínicos |
|---|---|--|---------------|---|
| Disminuir alteraciones de estado de animo y conductas realizadas por refuerzos | Contribuir en la modificación de pensamientos relacionados con desesperanza, abandono, ira, tristeza. | Terapia de relajación de Autoexploración corporal. | 1 | Cuidara de sus emociones y respuestas fisiológicas lo que permitirá espacios de tranquilidad y toma de decisiones racionales. |
| | Disminuir los efectos del estrés en la mente y cuerpo, ante situaciones donde se perciba ansiedad. | Técnica de relajación Visualización. | 2 | Realizar conciencia de la relajación muscular y otras sensaciones físicas ante situaciones estresantes. |
| Disminuir las respuestas ansiógenas del paciente que se presentan ante alteraciones fisiológicas | Reducir la frecuencia y la duración de los pensamientos negativos. | Detección del pensamiento. | 3 | Identificará las connotaciones negativas y se tomará conciencia de ellas. |

| | | | | |
|---|--|---|-----------------|--|
| Evitar y reducir el riesgo de recaídas en consumo de spa. | Aceptación de la adicción para establecer un cambio y evitar la continuidad de la conducta. | Terapia Dialéctica Conductual (TDC). | 4, 5 y 6 | Sus pensamientos serán acondicionados, su respuesta fisiológica disminuirá proporcionando tranquilidad y se regularán conductas que interfieran en su calidad de vida aumentando las habilidades comportamentales. |
| | Evitar que el paciente en medio de la ansiedad y malestares fisiológicos recurra al consumo de SPA | Aaron Beck Terapia cognitiva de las drogodependencias. | 7, 8 | Reducir las reacciones emocionales existidas y las y las conductas contraproducentes. |
| Identificación y estrategias para resolución de problemas. | Generar destrezas encaminadas a la resolución de problemas. | Técnicas de resolución de problemas. | 9 | Detectar y saber como actuar ante situaciones conflictivas sin saber que hacer, a su vez desarrollar habilidades sociales o ante una situation. |

Se brinda psi coeducación al paciente sobre episodio depresivo moderado, ansiedad por separación, consumo de SPA, se realiza proceso de sensibilización donde también se menciona signos de alarmas, cuidados y recomendaciones dentro de estas se menciona la posibilidad de ser internado en la institución CEMIC por IDX antes mencionada.

NOTA: paciente acepta el proceso pero familiar (abuela materna de crianza) refiere estar de acuerdo pero menciona que el solo vino a una consulta y que no sabía si figura materna del paciente estaba de acuerdo, (se realiza sensibilización con la finalidad de aceptar proceso pero familiar menciona que primero debe informar a figura materna y si ella está de acuerdo lo traerían para que el paciente pueda entrar a proceso de hospitalización). Al no llevarse a cabo proceso de hospitalización se toman las siguientes consideraciones.

Estudio De Los Objetivos Terapéuticos

El paciente presenta cuadro depresivo moderado por lo que se pretendió como objetivo general del tratamiento, la disminución del estado de ánimo que está presentando y por ende conseguir que este cuadro moderado pase hacer un cuadro leve y a su vez erradicar en lo posible los malestares y conductas que están interviniendo en su salud mental.

De igual forma como objetivo específico se buscaba contribuir en la modificación de pensamientos disfuncionales que alteran el funcionamiento emocional, fisiológico y que por ende presenta conductas inadecuadas las cuales son mantenidas por refuerzos negativos que mantienen las IDX antes mencionadas. Se buscaba lograr las metas propuesta a través de estrategias de regulación emocional, estrategias enfocadas en estabilizar el estado de ánimo, técnicas de relajación que permitieran reducir respuestas que conllevan al consumo SPA y evitar que recaiga en otras sustancias psicoactivas, de igual forma técnicas encaminadas al dominio y agrado.

Selección Del Tratamiento Más Adecuado

Como se ha podido observar en el recorrido de este artículo se evidencia la historia de un individuo que tubo antecedentes que le dejaron heridas emocionales, que aún no se han convertido en cicatrices, estas heridas son lastimadas con pensamientos irracionales y angustia psicológica que activan el estado fisiológico del individuo desencadenado síntomas que lo conlleva a una conducta destructiva que cada vez lo arroja al borde de un abismo. Al realizar abordaje y acompañamiento psicológico se buscó enseñar, y dar herramientas, estrategias que le permitieran al individuo generar destrezas y habilidades para enfrentar la ansiedad, depresión y conducta de aislamiento acompañada de consumo de SPA. Para lograr el objetivo se trabajó con las técnicas mencionadas en el cuadro anterior, en las cuales se profundizara a continuación:

Terapia de relajación de Autoexploración corporal

Consideraciones generales para aplicar las técnicas de relajación

Se podría determinar que la ley o los pasos para realizar cualquier técnica de relajación son los mismos pues hay una serie de pasos o reglas que no esenciales para que la técnica tenga eficacia y logre el objetivo propuesto, las cuales serán mencionadas a continuación:

Es primordial que el paciente utilice una ropa cómoda, el terapeuta debe tener en cuenta un lugar adecuado, tranquilo y que a su vez el terapeuta de al cliente instrucciones claras y precisas, además el terapeuta debe proporcionar un tono de voz suave y tranquilo, es importante tener garantía de que el paciente no presente ningún problema importante que desencadene el entrenamiento o motivación y comprensión de la utilidad y adecuación de la técnica a su problema.

La técnica en mención ha tenido gran relevancia, tanto así que la evidencia de su eficacia ha producido dentro de la Terapia de Conducta una utilización primordial por lo que es aplicada como procedimiento prioritario o como componente de otros programas terapéuticos, siendo

muy eficaz a la exposición de situaciones que generen en un individuo miedo. También a los cambios cognitivos necesarios en trastornos específicos. Es importante resaltar que se requieren condiciones esenciales para poner en marcha esta técnica, a su vez lo que implica la propia situación de relajación, es decir que al ponerse en contacto con las sensaciones corporales, limitando la estimulación externa puede no ser fácil para algunos individuos que tengan dificultad para permanecer quietos o en un solo lugar, sintiendo más intensamente sus sensaciones corporales, por lo que es importante que el terapeuta se percate de estas dificultades ya que el entrenamiento supone una exposición a esas sensaciones de malestar pudiendo desencadenar una activación fisiológica aún mayor, acompañada de ansiedad o de movimientos por lo que el terapeuta debe plantear el entrenamiento considerando la nueva situación. Estas manifestaciones o reacciones adversas pueden aparecer en tales trastornos como la hipocondría, la agorafobia, por lo que a su vez el terapeuta debe ajustar su intercesión reduciendo los objetivos de la sesión, dando pautas que faciliten la ejecución (e.g. permitir los ojos abiertos al comienzo) y, en resumen, considerando el entrenamiento como un proceso de más o menos largo de habituación.

Es importante resaltar que aunque la idea de la práctica en transmitir relajación y alcanzar una sensación profunda de bienestar, cabe la posibilidad que durante el entrenamiento de manera muy frecuente aparezcan respuestas físicas molestas como son: calambres musculares, espasmos, sensación de mareo, etc. De ahí la importancia que el terapeuta converse previamente con el paciente la posibilidad de que aparezcan tales respuestas y a su tranquilizar al paciente si se dan recordando que son reacciones normales que aparecerán a medida que continua el tratamiento. Habrá ocasiones que aparezcan reacciones emocionales intensas como llanto, risa, etc. Si esto

sucede el terapeuta debe valorar si es adecuado dejar unos segundos y continuar con el tratamiento o comentar con el paciente lo que está ocurriendo.

Por ultimo hay que tener en cuenta que se debe valorar el tipo de técnica que se va aplicar dependiendo la población pues en adultos mayores con algún deterioro orgánico o problema de salud pueden no ser recomendadas por lo que el terapeuta debe valorar el tipo de técnica que va aplicar realizando las modificaciones adaptadas para cada caso. Así mismo con los niños pequeños pueden de utilizarse las técnicas de relajación siempre que estos posean una serie de habilidades básicas, tales como permanecer sentados en una silla durante un corto periodo de tiempo, mantener contacto ocular, poder imitar conductas y responder a ordenes sencillas.

Entrenamiento de relajación progresiva

Su desarrollo se debe a Edmund Jacobson (1939) quien comprobó en su laboratorio de fisiología clínica de Chicago que tensando y distinguiendo una serie de músculos y percibiendo las sensaciones corporales que se producían, se eliminaban casi por completo las tensiones y contracciones musculares, induciéndose un estado de relajación profunda. En el procedimiento original de Jacobson se describían más de sesenta ejercicios y varios meses de entrenamiento para lograr un nivel de relajación aceptable, en la actualidad los procedimientos basados en la Relajación Progresiva (RP) son considerablemente más breves en tiempo de entrenamiento y en número de ejercicios implicados.

Procedimiento de la relajación progresiva

Como se explica en el manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales, una de las adaptaciones del procedimiento original más utilizadas en el ámbito de la Terapia Cognitivo

Conductual es la de Bernstein y Borkovec (Bernstein y Borkovec, 1983; Bernstein, Borkovec y Hazlett-Stevens, 2000) que consiste en practicar con 16 grupos musculares, teniendo una duración en torno a 30-40 minutos en las primeras semanas. Posteriormente, conforme se adquiere mayor destreza en la práctica de la técnica, se reduce tanto la duración como el número de ejercicios, pasando a realizar ejercicios con cuatro grupos musculares (brazos, cabeza, tronco y piernas) o en uno sólo que implique a todo el cuerpo. Aunque evidentemente, el procedimiento de Bernstein y Borkovec guarda mucha similitud con el método de Jacobson, también es cierto que existen diferencias importantes que señalar entre los procedimientos modificados y el original (Lehrer, Woolfolk y Goldman, 1986).

En general, el objetivo del entrenamiento en Relajación Progresiva es reducir los niveles de activación mediante una disminución progresiva de la tensión muscular. El procedimiento para conseguirlo consiste en tensar y destensar los diferentes grupos musculares tomando conciencia de las sensaciones que se producen en cada situación. Durante la fase de tensión, la contracción del músculo debe notarse, facilitando así la percepción de las sensaciones asociadas a la tensión, a su vez la percepción de la tensión lleva a discriminar mejor y la respuesta de relajación subsiguiente, y a abundar en ella. En la fase de distensión no se debe de realizar ningún esfuerzo activo y simplemente consiste en permanecer pasivo experimentando el alargamiento muscular que se produce al soltar rápidamente toda la tensión.

Como se ha indicado, la ejecución consiste en tensar y destensar inicialmente 16 grupos musculares tomando conciencia de las sensaciones que se producen en cada situación.

El procedimiento con cuatro grupos musculares consiste en el mismo que el anterior, pero tensando secuencialmente (en un solo movimiento) las siguientes zonas musculares:

1. Los brazos y manos dominantes y no dominantes.

2. Tronco.
3. Cara y cuello.
4. Piernas y pies dominantes y no dominantes.

Indicaciones generales para la práctica de relajación progresiva

Dentro del manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales se explica que la práctica de la Relajación Progresiva requiere tener en cuenta una serie de indicaciones específicas realizadas en el entrenamiento, citando la explicación de (Chóliz, 1998):

- Se trata de seguir una secuencia ordenada y procurar que sea la misma en todas las ocasiones (comenzando por las manos y acabando por los pies, o viceversa).
- Si se olvida algún músculo por tensar y relajarse, se aconseja continuar con el siguiente. No obstante, para evitar los olvidos lo más adecuado es hacer un repaso mental de los músculos antes de comenzar la relajación.
- El tiempo de duración de la tensión deber ser de unos cuatro segundos aproximadamente, para pasar inmediatamente a relajar el músculo dejándolo suelto, como si se separara de repente de los tendones que lo sujetan.
- Debe mantenerse el músculo relajado durante unos quince segundos aproximadamente antes de tensar de nuevo.
- Lo que se pretende al tensar un músculo es facilitar la distensión, por lo que no se debe tensar con demasiada fuerza pues se pueden producir contracturas y malestar.

- Al relajar debe soltarse el músculo de repente, no hay que distenderlo lentamente pues ello requiere un control mayor de los músculos antagonistas.
- Es útil imaginar en cada momento los músculos que está tensando y relajando, su forma, especialmente cuando el músculo está relajado, y notar cómo se sigue distendiendo por sí mismo después de soltarlo.
- Es aconsejable concentrarse durante un tiempo en la agradable sensación de relajar cada músculo.
- Una vez que han relajado todos los músculos, es aconsejable hacer un reposo mental de ellos, comenzando de final al principio de la secuencia. Se solicita así la auto-exploración de las partes que o se hallan logrado relajar convenientemente, no siendo preciso tensar ningún músculo en esta fase.

Técnica de relajación Visualización.

La visualización es una técnica que se emplea en la terapia psicológica para disminuir el estrés, la ansiedad y lograr que la mente y el cuerpo se encuentren un profundo estado de tranquilidad y relajación. A través de esta técnica, se conjugan una serie de imágenes imaginarias con emociones positivas, las cuales sirven para posteriormente poder, reemplazar los pensamientos negativos y conseguir un estado óptimo de bienestar. Puede utilizarse para aliviar la tensión muscular, para controlar y eliminar el dolor, para potenciar un buen resultado en muchas técnicas cognitivas, para desarrollar la confianza en un mismo y mejorar la memoria, y aumentar la actitud positiva entre otras bondades.

El uso de la visualización como herramienta terapéutica es muy antiguo, y de hecho es algo que se practica todo el tiempo ¿te pasas un determinado periodo de tiempo pensando en el mañana e imaginándote cosas buenas y malas que te pueden suceder? Eso es visualizar.

Entonces, si lo podemos hacer de esta manera inconsciente, lo podemos hacer también de manera consciente y enfocar nuestra intención en lo que queremos.

En 1971, el doctor Carl Simonton, oncólogo y director médico del Centro e investigación del Cáncer, en Texas, fue pionero en la utilización de visualizaciones junto con el tratamiento médico tradicional. Enseñaba a sus pacientes a visualizar una batalla liberándose en sus cuerpos, en la cual los glóbulos blancos destruían las células malignas que se encontraban. Los pacientes imaginaban a continuación como iba desapareciendo el tumor y como recordaban una salud radiante. Esto no significa que la visualización cure por si misma este tipo de enfermedades, pero poner en la mente imágenes creativas proporciona numerosos beneficios, y en la actualidad es bien sabido que la visualización es efectiva para tratar stress, y las enfermedades físicas, entre ellas la migraña, los espasmos musculares y el dolor crónico. Muchos investigadores han descubierto que desempeñan un papel importante en programa de tratamientos para un amplio abanico de enfermedades. También se ha demostrado que la visualización mejora la memoria, desarrolla confianza en uno mismo y aumenta la actitud positiva.

Las técnicas de relajación basadas en visualización proponen la visualización mental de situaciones, sensaciones y emociones como vehículo para alcanzar un estado de relajación. A través de una serie de instrucciones verbales, se induce al organismo experimentar mentalmente estados de tranquilidad, sosiego y relajación mental.

EDUCREA, en su artículo sobre **técnicas de visualización o imaginación**, presenta las siguientes consideraciones a tener en cuenta para la realización de la técnica de visualización:

- Las imágenes son particulares en cada sujeto, cada paciente tiene sus propias imágenes.

- Hay que realizar un entrenamiento en imaginación previo si es de las personas que le cuesta imaginar.
- Se explica al paciente que la eficacia de esta técnica va a depender del deseo, confianza y aceptación que tenga de ella, y por supuesto también de la práctica continuada.
- El psicólogo debe tener en cuenta que siempre se debe empezar realizando ejercicios de respiración profunda, el paciente debe estar en un estado previo de relajación y tranquilidad.
- Se explica al paciente que debe mantener los ojos cerrados e implicarse activamente en el ejercicio.
- El psicólogo debe tener en cuenta que una sesión de visualización debe finalizarse de modo gradual. Primero, se deja deliberadamente que la imagen se desvanezca. Luego se vuelve a dirigir su atención lentamente hacia la habitación en la que está tendido y, en su momento, abre los ojos. Durante los pocos minutos siguientes da a sus extremidades un suave estiramiento y luego reemprende la actividad normal.

Algunas personas tienen mucha facilidad para visualizar, son aquellas que tienen la costumbre de fantasear o que tienen gran imaginación, diferencia de otras personas, no le es fácil poner imágenes en su mente. En consulta normalmente cuando hay un paciente que presenta este problema, lo primero que hacemos es entrenarle en imaginación mediante ejercicios con imágenes sencillas.

Ejercicio básico de visualización:

EDUCREA, en su artículo sobre técnicas de visualización o imaginación, presenta el ejemplo de cómo llevar a la práctica esta técnica: a través de un paisaje

Visualización de un paisaje

- Imagina que vas caminando por un prado de hierba muy verde situado entre las altas montañas nevadas.
- Fíjate en las montañas a tu alrededor, son muy altas, y vez como contrasta el blanco de la nieve con el intenso color azul del cielo. Es medio día y encima de ti brilla un sol muy radiante y luminoso. Mira el verde de la hierba, el blanco de la nieve de las montañas y el cielo.
- La temperatura en ese lugar es muy agradable, no hace frío ni calor y sopla una agradable brisa templada que rosa delicadamente sobre la piel de tu cara.
- Al caminar notas, ya que vas descalzo, el suave roce de la hierba bajo las plantas de tus pies. Puedes percibir el tacto de la hierba algo húmedo y fresco.
- Vas muy despacio deleitándote de todo lo que vez y sientes a tu alrededor.
- Tienes una gran sensación de tranquilidad y paz.
- Oyes el canto de los pájaros y los vez volar a tu alrededor.
- Fíjate ahora en las plantas, hierbas y flores que hay a tu alrededor. Hay pequeñas flores de colores muy vivos, blancas, amarillas, anaranjadas azules. Acércate a olerlas. Corta una flor y acércalas a la nariz. Huele su aroma mientras te concentras en el color de sus pétalos.
- Sigue caminando muy despacio, sin ninguna prisa, disfrutando del paseo.

- Mira los riachuelos de agua que bajan de las montañas formando pequeños arroyos, donde las aguas saltan, corren formando pequeñas cascadas y tranquilas pozas.
Concéntrate hasta que escuches el murmullo de las aguas.
- Ahora te vas acercar aun arrollo y vas a agacharte e introducir tus dos manos unidas en el agua para recogerla y beber. Siente el fresco del agua en tus manos. Dirígelas a la boca y bebe. Siente el agua fresca, pura, limpia y cristalina entrando en el interior de tu cuerpo. Esa agua revitaliza todo tu organismo y te sientes lleno de salud y bienestar.
- Sigue tu paseo y fijate en una pequeña planta de menta, acércate y corta algunas hojas. Mastícalas y percibe el fuerte sabor a menta en tu paladar. Concéntrate hasta notarlo.
Con total nitidez.
- Finalmente vas a buscar un sitio en ese lugar donde poder tumbarte cómodamente.
Túmbate y descansa, cierra los ojos y percibe los ruidos, los olores, la temperatura y descansa profundamente, muy profundamente.

Detección del pensamiento

Como lo encontramos en el manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales, el procedimiento denominado detención del pensamiento (DP) fue sugerido por primera vez por Bain en su libro *Thought Control in Everyday Life*. En los últimos años de la década de los 50 fue popularizado por Wolpe (1958 y 1969) y otros psicólogos conductuales al ser presentado como una estrategia de intervención para pensamientos de carácter posesivo y fóbico Wolpe (1969), además, lo sugirió como un posible mecanismo de acción de la Desensibilización Sistemática.

En el manual de técnicas de intervención cognitivos conductuales, se presenta La detención del pensamiento como: “un método simple, que se ha mostrado efectivo a la hora de parar

algunos tipos de pensamientos. Por ejemplo, consideramos un paciente que está afectado por la rumiación continua de un hecho, los pensamientos vienen a su mente regularmente y él se deja llevar por la secuencia de pensamientos sin tener mucho control sobre el proceso, además este proceso de pensamiento tiene como consecuencia la aparición de una sensación de tristeza inmensa, (Pág., 567)”

De igual forma, en el manual de técnicas de intervención cognitivos conductuales, se presenta que el tratamiento mediante la atención del pensamiento implica que el paciente cierre los ojos y se conecte por sí mismo a la cadena de pensamientos disfuncional, cuando el paciente está concentrado en esa rutina mental, el terapeuta grita “STOP” a la vez que da un fuerte golpe sobre la mesa, evidentemente el sujeto abre los ojos desconectando y el terapeuta le pregunta si en ese mismo momento está pensando todavía sobre el hecho pasado. Es obvio que la actuación del terapeuta habrá interrumpido abruptamente el pensamiento disfuncional. El procedimiento continuara, realizando el terapeuta este ejercicio un par de veces más, para pasar posteriormente a que sea el paciente quien lo realice por sí mismo, primero en voz alta, para progresivamente lograr la parada con la orden encubierta. Se pretende que la práctica transforme esta acción en un proceso automático de detención y radiación del pensamiento.

Procedimiento básico y Pasos del entrenamiento en DP

Procedimiento de la parada del pensamiento

Al tratarse de un procedimiento muy elemental, puede conseguirse un buen dominio de la técnica en menos de una semana, practicando todos los días, con tres o cuatro sesiones de diez minutos, basándose en información presentada en el manual de técnicas de intervención cognitivos conductuales.

Paso 1. Enumeración y descripción de los pensamientos disfuncionales

El cliente escribe tres o cuatro temas que le preocupen, molesten y no pueda dejar de pensar. Por ejemplo la preocupación acerca de si a su hija estará segura cuando sale por la noche, las consecuencias que tuvo un error cometido en el pasado, en el trabajo, o en lo que podía haber pasado en el accidente de un hijo ocurrido hace un año, etc. Cada uno de los temas debe ser descrito brevemente, con las fases típicas que aparecen en la mente del cliente cuando piensa en dichos temas.

Paso 2. Elaboración de una lista de pensamientos funcionales y agradables

En este momento se trabaja con el cliente la identificación de tres o cuatro temas cuyo pensamiento resulte agradable (e.g. deporte favorito, fantasía sexual, una afición como ir de pesca, las futuras vacaciones, un proyecto interesante, un logro o permiso conseguido, un lugar bonito y relajante, etc.), o cualquier tema que proporcione tranquilidad o sensaciones agradables.

Hay que tener en cuenta que la DP es una técnica de reestructuración cognitivas, por lo que los temas agradables que se elijan no deben tener nada que ver con los temas del pensamiento disfuncional. El objetivo de los temas agradables es únicamente redirigir la atención.

También en este caso se realizara una descripción de los temas elegidos. (e.g “estoy esquiando sobre la nieve virgen... estoy volando”).

Paso 3. Relajación e implicación en la secuencia de pensamientos disfuncional

En este momento se induce un estado de relajación y se comienza a pensar sobre uno de los temas problemas. Se comienza con aquel que resulte menos estresante. Se propicia la secuencia de pensamiento hasta que esté bien inmerso en el tema. El cliente avisa al terapeuta con un gesto (acordado previamente) de que está totalmente metido en la secuencia mental.

Paso 4. Interrupción de los pensamientos disfuncionales

En el momento en que el sujeto da la indicación, el terapeuta grita “STOP”, pudiéndose acompañar de alguna acción breve y contundente que aporte fuerza al termino (erg. golpe en la mesa).

Paso 5. Cambio inmediato hacia una secuencia de pensamiento agradable

Inmediatamente aprovechando el vacío mental provocado por la interrupción en la secuencia de pensamientos desagradables elegidos previamente. Se le indicara que disfrute de esta nueva secuencia de pensamiento, reforzando la escena con indicciones de sensaciones físicas, emocionales, sonidos, sabores, etc. Si los pensamientos disfuncionales regresan antes de medio minuto el cliente dará la señal y se gritara nuevamente “STOP”.

Paso 6. Repetición del ejercicio con variaciones

Se repite en varias ocasiones la secuencia de pasos descrita (rumiación disfuncional-STOP-pensamiento agradable). Si una cadena de pensamientos no se mantiene en la atención se cambiara por otro de los temas problemas. Se practica unos diez minutos con distintos temas. El pensamiento agradable tratara de mantenerse alrededor de un minuto.

La práctica debe mantenerse hasta que la palabra “STOP” sea capaz de detener inmediatamente la cadena mental y sea fácil dirigir y mantener la atención en un tema agradable, tranquilizador o interesante. Una vez se haya conseguido este resultado siendo el terapeuta el que grita STOP, se pasara a práctica siendo el propio sujeto el que grite STOP y cuando se encuentre inmerso cuando se encuentre inmerso en la cadena mental a eliminar. Una vez haya conseguido parar la secuencia de forma eficaz con esta nueva forma auto-aplicada, comenzara el proceso de desvanecimiento del estímulo exterior (la palabra STOP pronunciada en voz alta) hasta dejarlo progresivamente en una orden encubierta (e.g. la secuencia podría ser la siguiente: gritar la palabra STOP, decir la palabra STOP en voz alta sin gritar, decir STOP en voz baja, decir STOP en voz muy baja y, por último, decir STOP subvocalmente).

Paso 7. Generalización de la vida cotidiana

Una vez se ha conseguido parar las secuencias de pensamiento negativo simplemente con la orden encubierta, el sujeto estará preparado para utilizar la técnica en su día a día. Con el objetivo de reforzar la eficacia del comando subvocal puede asociarse a su emisión una estimulación física paralela que sirva como interruptor adicional. Por ejemplo, puede ser útil llevar una cinta de goma en la muñeca y darse un golpe con ella a la vez que se dice STOP.

Aplicabilidad y datos de eficacia

La DP es un procedimiento tan simple como parece, tiene un aprendizaje fácil y ha sido propuesta desde sus inicios, como estrategia de tratamiento en numerosos procesos clínicos que implican malestar o ansiedad provocada por cadenas de pensamientos disfuncional. Los años 70 y 80 fueron una década de múltiples aplicaciones, principalmente en el entorno de los trastornos de ansiedad, pero no de forma exclusiva. La DP ha sido utilizada por detener cadenas de pensamientos que interfieren con el estudio (Mikulas, 1976), ideas acerca de la posibilidad de padecer un ataque epiléptico (Anthony y Edelstein, 1975), alucinaciones visuales y auditivas (Samaan, 1975), ideación fóbica o en fobia (Rimm, Saunders y Westel 1975), incluso en terapias de pareja frente a ideas recurrentes de infidelidad (Rosen and Schnapp, 1974). Sin embargo, después de décadas de utilización en muy diversos problemas, le revisión de la literatura no permite tener conclusiones claras sobre su efecto en ninguna área, quedando su visible eficacia diluida, la mayor parte de las veces, en programas de intervención multicomponente (Lozano, Rubio y Pérez San Gregorio, 1999).

Uno de los trastornos de ansiedad donde la AP ha contado con mayor aplicación es el trastorno obsesivo, no obstante a pesar de la amplitud de estudio, los datos son controvertidos. Según algunas revisiones, no cuenta con evidencias empíricas que apoyen su utilización en problemas obsesivos (James y Blackburn, 1995), en otros casos, los autores de revisión concluyen una aparente eficacia, pero con numerosas consideraciones, debido a cuestiones metodológicas: utilización de diferentes procedimientos o variaciones de la técnica, estudios de caso frente a grupos, inserción o no frente a un programa multicomponente, etc. (Lozano, Rubio y Pérez San Gregorio, 1999). Desde nuestro punto de vista, los resultados de la DP siguen siendo hoy tan impredecibles en este ámbito como ya señalaba, hace años, Leger (1979) pues no ha habido claridad en cuanto al protocolo utilizado, ni una descripción concreta de las variaciones realizadas en la técnica que haya posibilitado la replicación, ni se ha llevado a cabo investigación rigurosa sobre sus mecanismos de eficacia, ni tampoco se ha determinado su eficacia diferencial en relación con otros procedimientos.

Terapia Dialéctica Conductual (TDC).

Antecedentes:

En los últimos años, una de las aportaciones importantes en el ámbito de la psicoterapia en general y la Terapia Cognitivo Conductual en particular es La Terapia Dialéctica Conductual (Dialectical Behavioral Therapy) desarrollada por Marsha M. Linehan (1993 a y b) y su equipo en la universidad de Washington. Esta terapia recoge en su proceder elementos, sobre todo técnicas, de la terapia cognitivo conductual tradicional

Historia:

En el manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales encontramos que esta terapia surge por el interés y la necesidad de elaborar un tratamiento eficaz de la conducta parasuicida

en individuos con trastorno límite de personalidad (TLP), para los cuales el acercamiento cognitivo conductual de generaciones de la TCC anteriores resultaba insuficiente y limitado.

- Su nombre hace referencia a una perspectiva dialéctica de la naturaleza, la realidad y la conducta humana que tiene como características:
- La interrelación que se da en la realidad (entendida como una totalidad). <
- La oposición de fuerzas de distinto signo (tesis y antítesis) de cuya síntesis surge un nuevo grupo de fuerzas. <
- El cambio o proceso, más que el contenido o la estructura, como naturaleza fundamental de la realidad
- La necesidad que tiene el cliente de aceptarse a sí mismo tal como es en ese momento y la necesidad de cambiar.<
- La tensión que vive el cliente entre obtener lo que necesita y perder el apoyo si se hace más competente.<
- La confirmación de los puntos de vista del cliente sobre sus dificultades “el solo no puede” y ver que necesita aprender las habilidades que le alivian el sufrimiento

El terapeuta ofrecería la posibilidad de síntesis equilibrando la pretensión de que el paciente cambie, para ello trabaja en los objetivos de tratamiento y simultáneamente apoya sus puntos fuertes, pero aceptando los débiles. Aceptar sus puntos débiles supone validar su experiencia, entender lo que siente y hace, y no reprochar sus errores, puesto que su ambiente ya le ha transmitido que su forma de pensar, comportarse y sentir es equivocada. Según Linehan la aceptación y validación son las condiciones esenciales para que se produzca el cambio

Definición:

1. Al principio mencionamos que la TDC, recoge elementos de la TCC pero posee aspectos diferenciadores en relación con ella (García Palacios, 2004 y 2006), estos aspectos son los siguientes:
2. La importancia que se da a la aceptación y a la validación de la conducta (tanto del paciente, como del terapeuta) tal como se presenta en el momento presente.
3. La importancia otorgar de trabajar con las conductas que interfieren en la terapia.
4. La consideración de la relación terapéutica como parte esencial del tratamiento.
5. La consideración de la acción en función de los procesos dialéctico.

El principio dialéctico fundamental de la TDC es el que se establece entre cambio y aceptación. Linehan considera que esta perspectiva dialéctica es esencial para entender el trastorno límite de la personalidad, pues el pensamiento, la conducta y las emociones dicotómicas y extremas características de este trastorno son fracasos dialécticos. La persona con TLP se quedaría atrapada en las polaridades sin lograr conseguir la síntesis:

Fundamentos Teóricos:

Además de esta perspectiva dialéctica la TDC se apoya en la teoría biosocial del trastorno límite de la personalidad, según la cual el principal trastorno en el TLP es la desregulación emocional, producida por una extrema vulnerabilidad emocional y un contexto invalidante. En general, se puede asumir que la desregulación de las emociones tiene una base biológica, aunque no necesariamente hereditaria. En este proceso el sufrimiento se experimenta como insoportable y aparece la necesidad de aliviarlo de forma urgente y perentoria.

Estructura y Procedimiento de Intervención:

La TDC, como se explica en el manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales, está estructurada como un tratamiento protocolizado que incluye terapia individual y sesiones de

trabajo en grupo para el entrenamiento de diversas habilidades (Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon y Heard, 1991). Cuenta además, con manuales de tratamiento que permiten estandarizar las intervenciones, facilitando de esta forma la intervención sobre la eficacia y efectividad de este acercamiento.

La Terapia Dialéctica Conductual (TDC) utiliza estrategias de las terapias cognitivo conductuales clásicas tales como, solución de problemas, exposición, formación de habilidades, gestión de contingencias y modificación cognitiva, uniéndolas al cultivo de la aceptación y la práctica de mindfulness, que se logra integrando prácticas espirituales y psicológicas orientales dentro del enfoque de un tratamiento occidental. Según Linehan (1993a) el proceso de aceptación del paciente es esencial para el éxito de cualquier terapia, pero en el caso de la TDC, al igual que en ACT, se trabaja específicamente para que los pacientes se acepten así mismos y a su mundo tal cual es en este momento, teniendo en cuenta que no es una aceptación pasiva (resignada) sino comprometida totalmente con el cambio. El programa se desarrolla en tres fases: pre tratamiento, tratamiento y pos tratamiento.

La fase de pre tratamiento es de suma importancia, pues en ella se establecen los límites de la terapia que van a guiar y dar estructura al programa. Teniendo en cuenta la poca conciencia de enfermedad característica de éste trastorno de la personalidad, los objetivos de esta fase son:

- La orientación del paciente hacia la terapia. En la orientación del paciente hacia la terapia se les da a los participantes una visión general de lo que será el Programa de tratamiento y la importancia que puede tener en su vida. Se explica también la teoría que está a la base del TLP y se informa del formato que seguirán las sesiones.

- El establecimiento de la relación terapéutica es muy importante pues se trata de cimentar la relación entre los monitores y los clientes y empezar a construir la cohesión del grupo
- Fijar las metas y los compromisos básicos para el buen funcionamiento de la terapia, explicitando las reglas de funcionamiento del programa para desentrañar cualquier idea errónea que puedan tener los participantes y también obtener su aprobación y firma del contrato de tratamiento.
- Algunas de las reglas con las que se comprometen en esta fase son las siguientes:
- Los clientes que abandonan la terapia quedan excluidos y no pueden volver a entrar a ella hasta que finalice.
- Todos los clientes tienen que seguir una terapia individual puesto que la TDC es un complemento a la terapia individual.
- Los clientes no pueden acudir a las sesiones bajo la influencia de drogas o alcohol.

La **fase de tratamiento** se desarrolla en dos formatos:

- Formato grupal.
- Formato individual.

Durante la terapia individual se establece una jerarquía de metas que se trabajan a partir de la información ofrecida por el análisis funcional y de la estrategia general de solución de problemas. Estas metas son las siguientes:

- Reducir las conductas suicidas y parasuicidas.
- Reducir las conductas que interfieran con la terapia.
- Reducir las conductas que interfieran en la calidad de vida

- Aumentar habilidades comportamentales
- El tratamiento global se desarrolla mediante una sesión individual y una sesión de grupo a la semana, además de consultas telefónicas entre sesiones para ayudar a los pacientes a generalizar las habilidades aprendidas y utilizarlas en la vida cotidiana.

La **fase de pos tratamiento** incluye los grupos de autoayuda formados por pacientes en fases avanzadas del programa para ayudar a reducir la probabilidad de crisis. También se trabaja el establecimiento y consecución de objetivos vitales y el mantenimiento de los logros obtenidos y la prevención de recaída.

Resultados

Como se explica en el manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales, los resultados de las TDC aplicados en diversos trastornos específicos son muy positivos, especialmente en el ámbito de los trastornos de **la conducta alimentaria**, donde los estudios mostraron una reducción significativa y estable de conductas purgativas e ingesta compulsiva (Safer, Telch y Agras, 2001a y b; Telch, Agras y Linehan, 2001). No obstante, el ámbito de intervención donde resulta más exitosa es el del **trastorno límite de personalidad**. La TDC ha sido la primera terapia que ha conseguido apoyo empírico en el tratamiento de este trastorno (Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon, y Heard, 1991; Linehan, Heard y Armstrong, 1993). Los resultados de estos dos estudios aplicando TDC aplicada a mujeres que cumplían el diagnóstico y tenían una historia de conducta suicida crónica, mostraron mejorías significativas en cuanto al comportamiento suicida, menor tasa de abandono precoz de la terapia, menor cantidad de días hospitalizadas en unidades psiquiátricas, mejor adaptación social, reducción significativa de la respuesta emocional de ira y su expresión así como mejor ajuste emocional.

Así mismo los estudios con muestras de pacientes con **TLP y abusos de sustancias** han mostrado también reducción significativo de las conductas de abuso, un mejor ajuste psicosocial y emocional (Linehan, Dimeff, Reynolds, Comtois, Welch y Heagerty, 2002; Linehan, Schmidt, Dimeff, Craft, Katner, y Comtois, 1999)

Terapia cognitiva de las drogodependencias.

Beck, 1976; Beck, Rush, Shaw y Emery, (1979), citados en el manual de terapia cognitiva de drogodependencias, explican que:

“la terapia cognitiva es un sistema de psicoterapia que intenta reducir las reacciones emocionales excesivas y las conductas contraproducentes, mediante la modificación del pensamiento erróneo o defectuoso y las creencias desadaptativas, que subyacen a estas reacciones” (pág. 43)

Así mismo, en el manual de terapia cognitiva de drogodependencias, se expone que el abordaje a un paciente determinado se deriva de una conceptualización minuciosa del caso particular. A su vez, la formulación específica del caso se basa en el modelo cognitivo de ese trastorno. La conceptualización completa del caso, en los primeros estadios del tratamiento, que incluye las relaciones que existen entre los patrones de vida tempranos con los problemas actuales, diferencia la terapia cognitiva de alguna de las otras formas de terapia. El abordaje que se realiza consiste en: a) suponer un trabajo de colaboración terapeuta-paciente (basado en la confianza), b) activo, c) basado en gran parte en preguntas abiertas, y d) altamente estructurado y centrado.

Cuando se aplica al abuso de sustancias, el abordaje cognitivo ayuda a los individuos a luchar a brazo partido con los problemas que les producen angustia emocional y a establecer una perspectiva más amplia de su confianza en las drogas para conseguir placer y/o alivio del malestar. Además, algunas estrategias cognitivas específicas les ayudan a aliviar sus impulsos y, al mismo tiempo, a establecer un sistema más fuerte de control interno. Es más, la terapia cognitiva puede ayudar a los pacientes a combatir su depresión, ansiedad o ira, que frecuentemente alimentan y provocan las conductas adictivas.

Una de las ideas básicas de la terapia cognitiva es ayudar al paciente de dos formas: a) reducir la intensidad y la frecuencia de los impulsos de consumir droga mediante la refutación de las creencias subyacentes, y b) enseñar al paciente técnicas específicas a fin de controlar y manejar sus impulsos. En resumidas cuentas, el objetivo es reducir la presión e incrementar el control. Cuando la adicción del paciente está relacionada con un trastorno psiquiátrico coexistente, el terapeuta cognitivo también debe tratar dicha condición.

La terapia cognitiva se lleva a cabo de varias formas. El terapeuta ayuda al paciente a examinar la secuencia de acontecimientos que llevan al abuso de una droga y, entonces, explora las creencias básicas del individuo acerca del valor que tienen las drogas, el alcohol y la nicotina. Al mismo tiempo, el terapeuta entrena al paciente para que evalúe y considere las formas en que su pensamiento erróneo produce estrés y angustia. El terapeuta ayuda al paciente a modificar su pensamiento, de forma que pueda conseguir mayor comprensión de sus problemas reales y despreocuparse de los pseudoproblemas, que son derivados de sus pensamientos defectuosos. Además, a través del repaso y la práctica, los pacientes se entrenan para construir un sistema de controles que puedan aplicar cuando se enfrenten con impulsos de consumir apremiantes. Las

técnicas que utiliza el terapeuta incluyen una evaluación minuciosa de las ventajas y desventajas a corto y largo plazo de consumir drogas.

La terapia cognitiva persigue modificar creencias: anticipadoras y permisivas, así como las creencias nucleares que subyacen (p. ej., «Estoy atrapado») y que potencian estas creencias relacionadas con las drogas. El terapeuta intenta introducir o reforzar creencias más adaptativas y pertinentes para cada una de estas clases de creencias. Otras técnicas tienen que ver con tratar los problemas vitales más importantes o las dificultades de la personalidad o sus trastornos que provocan el abuso de droga, que se active como una reacción refleja al estímulo

Procesamiento de la información: significado, simbolismo y reglas

En la terapia cognitiva de drogodependencias, al referirse a las clases de circunstancias (externas e internas) que promueven el ciclo del craymg consumo de drogas, normalmente utilizan el término «situaciones estímulo» o «desencadenantes» antes que «situaciones de alto riesgo», este último introducido por Marlatt y Gordon (1985).

Aunque muchas situaciones tienen una probabilidad muy alta de poner en marcha el patrón de cratwg consumo, su efecto varía de una persona a otra e incluso para la misma persona a lo largo del tiempo. Mediante la conceptualización de estas situaciones en términos de las propiedades de sus estímulos y significados, se puede alinear el concepto de utilización y abuso de drogas con conceptos relacionados con el estrés (Beck , 1993), síndromes desordenados (p. ej., depresión; Beck y otros, 1979) y trastornos de la personalidad (Beck, Freeman y otros, 1990).

Mientras que el término «situación de alto riesgo» encaja muy bien en un modelo descriptivo, su formulación en términos más cognitivos encaja mejor en un modelo explicativo. Este modelo abarca conceptos sobre la activación de las creencias, símbolos, procesamiento de la información

y motivación, a la vez que proporciona un marco para la comprensión y la intervención psicológica.

Aunque se utilizan términos como «situaciones estímulo» y «propiedades del estímulo», se debe advertir que, en principio, toda situación presente es neutra. Se convierte en un estímulo si la persona le confiere un significado especial. Por ejemplo, cuando una persona adicta ve un canutillo para esnifar cocaína u otro utensilio relacionado, llegará a excitarse y experimentará el *craving*. En cambio, otra persona, que sea indiferente a las drogas o no conozca su parafernalia, simplemente verá un tubito. Para la primera persona, el canutillo es un símbolo, un mensaje «Meado, que conlleva un significado. El significado no es inherente al anutillo sino que pertenece a los códigos simbólicos personales del individuo (y está enmascarado en su sistema cognitivo de procesar información). Por ejemplo, la persona aplicará automáticamente este código perciba ese canutillo u otro elemento parecido, y como consecuencia experimentará placer y *craving*.

La tarea del terapeuta es ayudar al paciente a descodificar el símbolo -* Si uno «desenvuelve» su significado, leería algo así como: «El canutillo significa tomar una dosis, lo cual me producirá placer». El tubo y el recepto de placer se han fusionado, de forma que la expectativa de placer en el futuro proporciona placer en estos momentos y conduce al *craving*. Las personas que abusan de las drogas parecen estar dirigidas por los «unulos. Cualquier ilustración o referencia a las drogas, por ejemplo en la televisión, la radio, los periódicos, será suficiente para excitarlas. Realmente, la persona adicta está «dirigida por los esquemas», es decir las macaones de Les se producen por estructuras cognitivas internas, denominadas esquemas, que contienen el código, las fórmulas o las creencias que añaden significado a la situación (véase Beck, 1967, para una descripción completa de los esquemas). Por tanto, un esquema que contenga la creencia «Utilizar

droga es necesario para mi felicidad» se activará cuando la persona esté expuesta a las situaciones pertinentes.

De forma parecida, un esquema que contenga la creencia «No puedo ser feliz a menos que sea querido» se activará si la persona percibe que ha sido rechazada por un amante y, por tanto, se sentirá triste. La experiencia de dicha emoción de tristeza, a su vez, será procesada cognitivamente por creencias como «No puedo soportar la tristeza», «Necesito alivio utilizando drogas». La persona, entonces, experimentará *craving*.

La aplicación terapéutica de este modelo explicativo comprende dar más importancia a la modificación del sistema de creencias del individuo que simplemente hacer que evite o afronte las situaciones de alto riesgo

Como algunas «situaciones» (como los estados internos) son inevitables y otras (p. ej., exponerse a situaciones relacionadas con las drogas) pueden ser también difíciles de evitar (Childress, Hole y DePhilippis, 1990- Moorey, 1989; O'Brien, McLellan, Alterman y Childress, 1992; Shulman 1989) el mejor pronóstico se conseguirá cambiando las creencias que hacen que estas situaciones sean arriesgadas.

Por ejemplo, Les se solía comparar a sí mismo con otras personas con más éxito que él. Cuando veía dichas personas, se activaban sus creencias negativas («Soy inferior» y «No sirvo para nada»). Por tanto, el significado ligado a la percepción de la otra persona era autodestructivo y llevaba a la tristeza. Además, él añadía otro significado a la tristeza: «Mi vida es intolerable... No puedo soportar el dolor». Tras la activación de la creencia «Necesito doparme para aliviar mi dolor», Les empezaba a experimentar un *craving* apremiante. En terapia, se exploraban cada una de estas creencias.

El mecanismo propuesto para el cambio terapéutico, como se explica en el manual de terapia cognitiva de drogodependencias, consiste en intentar situar el sistema de creencias más próximo a la realidad. Como las creencias son desadaptativas (p. ej., «Necesito la droga (o alcohol) para poder funcionar») es necesario modificar estas creencias o sustituirlas por creencias más funcionales (o ambas soluciones).

Sin embargo, el proceso de cambio comprende más que la simple modificación de una creencia. El terapeuta y el paciente necesitan trabajar conjuntamente para mejorar el sistema de control del paciente (p. ej., practicando el retraso de la gratificación) y aprender técnicas de afrontamiento como la anticipación o la resolución de problemas.

Por tanto, los objetivos o metas terapéuticas son: a) el cambio conceptual, y b) el desarrollo técnico de habilidad para afrontar los problemas.

Técnicas de resolución de problemas.

D'Zurilla y Nezu, (2010), citados en el manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales, explican que la Terapia de Solución de Problemas (TSP) es una intervención cognitivo-conductual dirigida a incrementar la habilidad de un individuo para solucionar problemas, es decir, para afrontar las experiencias estresantes de la vida y conseguir de esta forma identificar y poner en marcha las opciones de afrontamiento más adaptativas y eficaces. Los objetivos de la TSP son reducir psicopatología, así como optimizar el funcionamiento psicológico y conductual, previendo las recaídas y el desarrollo de nuevos problemas clínicos, y maximizando a su vez la calidad de vida

El proceso de solución de problemas (PSP) puede definirse como la secuencia cognitivo – conductual a través de la cual los individuos tratan de identificar soluciones eficaces para los

problemas de la vida cotidiana, generando y utilizando para ello un conjunto de actitudes, destrezas y habilidades de diferente naturaleza (cognitivo, conductual y emocional), que deben ser puestas en marcha coordinadamente, de forma flexible, para adecuarse a la diversidad de escenarios estresantes de la vida. El PSP más que representar una estrategia concreta de afrontamiento, se refiere a un meta proceso de comprensión, valoración y adaptación a los acontecimientos estresantes en general.

La Terapia de Solución de Problemas, como se explica en el manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales, asume en sus principios que la sintomatología psicopatológica de un individuo puede entenderse como la consecuencia negativa derivada de un afrontamiento ineficaz o no adaptativo. Y de hecho desde el inicio de la TSP a principio de los años 70 este abordaje cognitivo – conductual se ha mostrado efectivo en el manejo de un amplio número de poblaciones clínicas y problemas psicológicos tan diferentes como los trastornos de ansiedad, la depresión, la irritabilidad, dificultades del sueño, sintomatología psicofisiológica (Wilkinson y Mynors-Wallis, 1994), etc. Así mismo la investigación en el ámbito de la salud ha puesto de manifiesto progresivamente como la presencia de un afrontamiento activo puede hacer una diferencia notable a la hora de enfrentarse a problemas médicos de carácter crónico, así como las dificultades y complicaciones derivadas de ellos. En el caso del dolor de espalda (Keefe, Crisson, Urban y Williams, 1990), la artritis (Affleck, Urrows, Tennen y Higgins, 1992), trastornos cardiovasculares (García, Valdés, Jodar, Riesco y Flores, 1994) o el cáncer (Fawzy, Fawzy, Hyun, Elashoff, Guthrie, Fahey et al., 1993). No obstante, incluso para aquellas personas que no padecen ningún problema específico, físico o psicológico, el entrenamiento de solución de problemas puede mejorar el estado anímico, la auto-eficacia, la autoestima o los resultados en el trabajo. La terapia resolución de problemas cuenta con un proceso sistematizado que se adapta

al paciente concreto que recibe el entrenamiento, ajustándose a los problemas delimitados que se supone, están generando o agravando la sintomatología que presenta este individuo. En general, es una terapia de carácter breve, entre cuatro y doce sesiones de tratamiento, focalizada en aspectos muy concretos y de carácter directivo, que aborda de forma estructurada y ordenada diferentes objetivos como el modificar la naturaleza estresante de una situación o la respuesta emocional de suscitada por ella, facilitar la generación de alternativas de solución, analizar y valorar dichas alternativas, establecer la forma de implementación de la solución elegida, etc. Para la consecución de estos objetivos el proceso de intervención incluye elementos como la psicoeducación, ejercicios de resolución de problemas interactivos, tareas prácticas entre sesiones con ejercicios motivacionales, y otro tipo de actividades. De esta forma la TSP pretende ayudar al individuo a adoptar una forma de afrontamiento más realista y positivo, a entender el papel de las emociones de forma más eficaz y a desarrollar creativamente un plan de acción dirigido a reducir el malestar psicológico e incrementar, de esta forma, la sensación de bienestar.

A pesar de la sistematización que caracteriza esta terapia, la Terapia Resolución de Problemas es una intervención flexible en cuanto los objetivos de tratamiento, método e implementación. Por ejemplo, puede realizarse individualmente o en formato de grupo o pareja, a su vez puede utilizarse como elemento único del tratamiento o formar parte de una intervención cognitivo-conductual más amplia (e.g. una intervención en un caso de ansiedad generalizada), con formato de mínimo contacto terapéutico o administrarse a través de internet. Así mismo, puede ser un medio para ayudar a los pacientes a superar las barreras que impiden una adecuada adherencia a los tratamientos médicos, psicológicos u otros patológicos psicosociales de intervención (e.g. adherencias a dietas de pérdida de peso, control de diabetes, control de medicación y adherencia al tratamiento psicológico en trastornos bipolar, etc.)

Fundamentos teóricos de la Terapia de Solución de Problemas

- En el manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales, encontramos que el seguimiento de la Terapia de solución de problemas está ligada a una serie de hechos que pueden considerarse los antecedentes de la Terapia de Solución de Problemas (D'Zurilla, 1986) y que tienen gran influencia en el seguimiento de esta orientación, estos son:
- El interés por la creatividad, especialmente en los EEUU de la década de los 50 y de donde se encuentran precedentes como la técnica de la tormenta de ideas o de Osborn (1963), que fue incorporada posteriormente a la TSP
- El seguimiento del modelo de competencia social aplicado a la psicopatología, en opción al modelo médico, cuyo rechazo ha estado presente desde la década de los 50
- La exposición cognitiva dentro de la Terapia Cognitiva Conductual que ya era especialmente evidente a finales de los 60, y que contemplaba la implicación de variables cognitivas, de forma cada vez más indispensable, dotándoles de una mayor relevancia en el origen de los problemas de salud mental.
- El desarrollo de la teoría transaccional del estrés de Lazarus y Folkman (1984), centrado en el análisis de las transacciones individuo-ambiente, transacciones que pueden ayudar a entender mejor los problemas de la vida cotidiana y procesos de solución de problemas sociales ejecutados.

Desde el contexto que dibujaban estos antecedentes se fraguó la Terapia de Solución de Problemas con el objetivo de abordar y prevenir psicopatología y de incrementar la calidad de vida de los individuos, ayudándoles a enfrentar de forma más adaptativa el estrés de la vida. Así,

dependiendo de la naturaleza de la situación problemática, el afrontamiento efectivo puede implicar la mejora de la situación (e.g. mediante la resolución de un conflicto o la consecución de una determinada ejecución), o bien la reducción del impacto emocional de la situación (e.g. mediante la tolerancia, aceptación o la reducción de la sintomatología física).

El desarrollo de la Terapia Solución de Problemas está fundamentado en dos modelos conceptuales interrelacionados: 1) el modelo de resolución de problemas sociales, y 2) el modelo relacional de solución de problemas de estrés y bienestar.

Objetivos de la Terapia de Solución de problemas

- Es incrementar la habilidad del individuo para afrontar las experiencias estresantes, cotidiana y promover una mayor competencia cognitiva y conductual en el manejo de dichas soluciones. La TSP entrena al individuo en cómo aplicar estrategias de afrontamiento adaptativas, tanto para prevenir como para abordar las dificultades estresantes de la vida. Entre los objetivos específicos se incluyen:
- Incrementar la orientación positiva y reducir la orientación negativa
- Promover la aplicación y el desarrollo de estrategias específicas de carácter racional dirigidas a la solución de problemas (e.g. identificar apropiadamente el por qué una situación es un problema, generar situaciones alternativas, llevar a cabo un análisis de coste-beneficio para decidir que ideas incluir en un plan de solución global, implementar la solución, monitorizar su efecto y valorar sus resultados).
- Minimizar la tendencia a poner en marcha procesos de solución de problemas disfuncionales y no adaptativos (e.g. responder con la primera alternativa que viene a

la mente sin analizar sus ventajas en inconvenientes, o aplazar su abordaje pensando en que se necesita un momento adecuado)

Proceso y procedimiento de la Terapia de Solución de Problemas

Las etapas de aplicación de la TSP son básicamente tres: a) evaluación, b) intervención, y c) mantenimiento y generalización. La terapia comienza con la evaluación conductual de problema o problemas informados por la persona que acude a la consulta. El objetivo es establecer cuáles son las habilidades básicas de solución de la persona que consulta cuenta de base, si cuenta con una orientación positiva hacia los problemas, si tiene un estilo de solución de problemas adaptativos, si cuenta con habilidades prácticas para poner en marcha el proceso, si ha sido capaz de desarrollar en otros momentos, o frente a otros problemas, un proceso de solución de problemas eficaz y eficiente. Se trata de detectar los errores en el proceso así como las carencias o déficit que están impidiendo alcanzar la mejor solución.

La recogida de esta información se realiza a través de la entrevista conductual y de los instrumentos psicométricos desarrollados para este fin. Entre los cuestionarios e inventarios más conocidos y utilizados para evaluar los aspectos indicados destacan el Means-Ends Problem-Solving (MEPS, Platt y Spivack, 1975), el Problem Solving Inventory (PSI, Heppner y Peterson, 1982), el Problem-Solving Self-Monitoring (PSSM, D’Zurilla, 1986) o el Social Problem Solving Inventory (SPSI, D’Zurilla y Nezu, 1990), este último fue revisado posteriormente cuando actualmente con el Social Problem Solving Inventory-Revised (SPSI-R, D’Zurilla et al., 2002). El SPSI tiene varias versiones en castellano (Calero, Luna, Vera-Villarroel y González, 2001; Calvete y Cardeñoso, 2001; Maydeu-Olivares, Rodríguez-Fornells, Gómez-Benito y D’Zurilla, 2000).

La información aportada por estos instrumentos y estrategias de evaluación, permitirá la formulación del caso, es decir la elaboración de un modelo del caso a tratar. La fase más importante de este proceso es el análisis funcional, de esta forma la formulación de un modelo que contemple las variables (e interacciones) significativas que afectan al problema y de las cuales depende, es esencial para el diseño del tratamiento. Nezu, Nezu y Lombardo (2004) han elaborado y publicado un modelo para la formulación de casos específicos para la Terapia de Solución de Problemas, este modelo permite la organización de la información de tal forma que la puesta en práctica del entrenamiento se realice de la forma más apropiada y óptima.

Fase del entrenamiento en Solución de Problemas

1. En su formulación inicial D'Zurilla y Goldfried (1971) establecían cinco fases, como se encuentran en el manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales, para el entrenamiento específicos de solución de problemas:
2. Orientación general
3. Definición y formulación del problema
4. Generación de alternativas de solución
5. Toma de decisiones
6. Verificación

Estas fases fueron posteriormente revisadas y cambiando el nombre en dos de ellas, así la fase de orientación general paso a denominarse orientación hacia el problema, y la fase de verificación ha pasado a denominarse implementación de la solución y verificación (D'Zurilla y Nezu, 2007). Estas etapas conforman una secuencia lógica de aplicación, que no debe

interpretarse como un proceso unidireccional, sino que el retroceso desde una fase posterior a otra anterior forma parte del proceso normal hasta la finalización del mismo.

Aplicación del tratamiento (Descripción por sesión)

Las terapias se realizarán en 3 fases las cuales están divididas en 9 sesiones 1 hora por semana, como también por la intensidad de la terapia Dialéctica conductual se trabajara 1 hora tres veces por semana, la primera fase (pre tratamiento) se iniciara brindándoles psicoeducación sobre la importancia del tratamiento lo cual implica la aceptación y compromiso de forma responsable, el formato que evidencia e informa cómo serán las sesiones, establecimientos de la relación entre los dos (psicólogo y paciente), se fijarán metas y compromisos para un buen funcionamiento de la terapia es decir desentrañar cualquier ideas errónea que puede tener el paciente y firmar el contrato de tratamiento, seguidamente se dará paso a la fase de (tratamiento) la cual empieza con la Terapia De Relajación De Autoexploración Corporal con 1 sesión la cual tiene como finalidad de disminuir alteraciones de estado de ánimo y conductas realizadas por refuerzos (-) en el paciente, se escogerá un lugar propicio, tranquilo, con un clima agradable, cómodo, al momento de realizar la sesión se brindará psicoeducación al paciente sobre la terapia a realizar en decir se le dirá JT la intención de esta técnica es a relajarte y cuidar tus emociones y respuestas fisiológicas cuando te enfrentes a situaciones que alteren tus pensamientos y respuestas fisiológicas, dándote tranquilidad lo y mejor razonamiento para la toma de decisiones.

Se continúa diciéndole al paciente acostarse para que se sienta más relajado, seguidamente se le resalta la importancia de seguir las indicaciones las cuales son las siguientes:

Toma consciencia de la sensación de aire entrando y saliendo en tus pulmones, concéntrate en eso.

Siente en todo el cuerpo, el apoyo en el lugar donde te encuentras, siente todo tal como es y no intentes cambiar nada.

Dirige la atención en los dedos de tu pie izquierdo, ahora dirígelos despacio que la sensación de la respiración viaje a través de tu cuerpo, hacia tus pies, trata de concentrarte, conectar la respiración con la sensación de los dedos, como si estuvieras más presente gracias a la respiración. Puede que no sientas nada, siendo así permítete no sentir nada y si aparecen pensamientos que distraen intenta volver a la sensación de antes respirando una y otra vez.

Ahora desplázate hacia el otro pie alternando las sensaciones ante un pie y el otro, dedo por dedo, sintiendo la temperatura, calzado o en aire, cuando estés preparado respira profundamente y deja la sensación de los pies para volver a centrarte únicamente en la respiración, inhala y exhala 3 veces muy despacio, luego vuelve a centrar la tensión en los pies, desplázala hacia los tobillos, luego a las piernas, lentamente, tensa y relaja los músculos contornando movimientos y relaja cada parte de tu cuerpo, mantén la tensión y las sensaciones corporales, desplázate hacia la cadera y libera las sensaciones de cada zona, de este modo sigue avanzando lentamente, por el resto de tu cuerpo, la pierna derecha, la pelvis, el abdomen y la parte inferior de la espalda, escanea los dedos, las manos y los brazos, primero a un lado y luego al otro y regresa a los hombros, mantén la concentración, las sensaciones y la respiración conforme desplaza tu atención de una zona a otra, continúa por el cuello, la cabeza y las diversas zonas del rostro, siéntelas, no olvides también el interior de la boca y la garganta, respira profundamente muy despacio.

Cuando hayas explorado todas las zonas de tu cuerpo, permanece conectado con la respiración y con el cuerpo, deja que las sensaciones de la respiración lleguen a través de la cabeza y atraviesan todo el cuerpo hasta llegar a los pulmones.

Luego invierte la sensación de los pies a cabeza, en este punto quizás no sientas tu cuerpo, no te preocupes y descansa, en el silencio y la quietud del presente, percibe la paz y la serenidad que es posible alcanzar en la experiencia corporal, inhala y exhala profunda y lentamente.

Ahora para concluir respira profundamente y ve abriendo los ojos muy despacio, mueve cada parte del cuerpo, poco a poco y lentamente

En la **sesión 2** se trabajará con la **Técnica De Relajación Visualización** con la finalidad que el paciente aprenda y la realice cada vez que lo requiera hasta que pueda generar impacto en su conducta y llegue el momento que el paciente aprenda a regularse sin necesidad de hacer uso de la técnica, al iniciar la sesión se recordará al paciente que el objetivo de la técnica es disminuir los efectos del estrés en la mente y cuerpo, ante situaciones donde se perciba ansiedad, al igual que en las sesiones anteriores se escogerá un lugar propicio, tranquilo, con un clima agradable, cómodo, seguidamente se le indica al paciente que cierre los ojos que se acueste, que se quite los zapatos o algo que le oprime, que intente estar tranquilo, en silencio, seguidamente le empiezo a narrar la siguiente historia.

Imagínate que estás en una pradera que está rodeada de árboles, a lo lejos tu vez un bosque, una pradera muy verde en las que estás sintiendo que llevas los pies descalzos, el frescor de la hierba sientes como cruje cuando te mueves, es un día de primavera con un cielo muy azul, oyes el ruido del viento que está moviendo las hojas de los árboles, escuchas los pájaros que sobrevuelan la pradera y empiezas a sentirte muy bien, todas esas preocupaciones que tú tenías, esos pensamientos que te estaba agobiando y nerviosismo sientes como te va abandonando, empiezas a caminar por la pradera y te sientes ligero, cómodo, notas como la brisa te acaricia la piel, un montón de sensaciones muy placenteras, estas muy perceptivo, muy receptivo a todo lo que hay a tu alrededor, ves moverse los árboles, observas los pájaros como vuelan, te estás

conectando con todo lo que hay en tu entorno, te diriges caminando hacia el bosque y cambia la temperatura, sientes en tu piel el frescor, la brisa fría del bosque, cuando entras en el bosque notas que la textura del suelo es distinta, hay hojas secas que crujen cuando las pisas ese ruido es muy agradable, y el silencio que hay en el bosque también lo es, cada vez te vas sintiendo mejor, más libre de preocupaciones, más seguro de ti mismo, más tranquilo, estás completamente despreocupado disfrutando de la presencia de la naturaleza, miras hacia arriba y a través de las hojas de los árboles vez el cielo azul, los animales, escuchas los ruiditos de los animales que hacen a tu alrededor y te sientes muy bien, sigues atravesando el bosque, sales del bosque y ves una pequeña pradera una colina que te apetece subir y en lo alto de un árbol, subes notas como empiezas a sudar y notas como la brisa enfría ese sudor, son sensaciones muy agradables que tal vez hacía mucho tiempo que no sentías. A veces estamos muy desconectados de nuestros sentidos, el tacto, de los olores de todo lo que percibimos pero tú en este momento estás percibiendo todo, sintiendo todo, a través de los sentidos, llegas a la colina y te tumbas debajo del árbol, estas muy calmado cierras los ojos y disfrutas plenamente de esa sensación, de la tranquilidad, de la libertad, del sosiego, con las manos tocas la hierba, la sientes en tu piel, estas muy muy relajado, cierras los ojos y disfrutas de esas sensaciones tan placenteras y bonitas que estas teniendo. Esta terapia lleva a otro estado mental a sacar al paciente un poco de ese momentos de ansiedad, preocupación, angustia que puede estar viviendo produciendo a largo plazo cambios estructurales en el cerebro y que ayuda muchísimo a estabilizar el ánimo para sentirse mucho mejor.

En la **sesión 3** se trabajará con la **Técnica Detección del Pensamiento**, la cual realizar de manera muy creativa para despertar motivación y agrado. Al momento de ponerla en marcha se le mencionara al paciente de la siguiente forma. JT en estas sesiones vamos a trabajar con la

técnica que te acabo de mencionar la cual es muy importante porque te van a permitir tomar conciencia y darte cuenta de los pensamientos negativos que te hacen actuar de mal forma y que muchas veces te hacen consumir cigarrillo, es decir cuando sientas un pensamiento negativo lo vas a cortar diciendo stop y enseguida te levantas de donde estás y realizas una rutina de ejercicios, vamos a practicar JT , en este caso voy hacer el papel de tu mamá y tú me vas a pedir dinero y yo te voy a responder “ no te voy a dar plata porque seguramente vas a comprar cigarrillo” JT al momento que escuches eso empiezan a llegar pensamientos a tu mente que te dicen “le voy a decir un poco de grosería, eso sí me da rabia que me inventes cosas, le voy a contestar y después me voy a encerrar a mi cuarto.

JT al momento que empiezas a sentir esos pensamientos enseguida vas a tu radio o equipo y prendes una canción que te guste, cuando termina esa canción colocas una para realizar ejercicios y empiezas a realizar la rutina de ejercicios

En las **sesiones 4, 5, y 6** se trabajara con la **Terapia Dialéctica Conductual (TDC)** 1 hora tres veces por semana, en la **sesión 4** se inicia estableciendo los límites de la terapia, orientación hacia la terapia, es decir una visión general de lo que es la terapia y la importancia que puede tener en su vida, de igual forma se mencionan reglas en las cuales debe comprometerse, seguidamente se trabajará en la modificación y aceptación de los pensamientos es decir la necesidad que tiene el paciente en aceptarse a sí mismo y la necesidad de cambiar. Se le apoyaran sus puntos fuertes pero se llevará al paciente en aceptar sus puntos débiles, se le pide al paciente que contar 2 experiencias, centrarse en sus pensamientos y que a su vez exponga lo que sintió, hizo en ese momento se le pide no reprochar sus errores explicando que su ambiente ya le había transmitido su forma de pensar, comportarse y sentir. Seguidamente se psicoeduca resaltando que su forma de pensar, comportarse y sentir fue equivocada y que al aceptarlo son las

condiciones esenciales para que se produzca el cambio, seguidamente se trabajará en la desregulación emocional, producida por una extrema vulnerabilidad emocional lo cual altera su función fisiológica. Se pide al paciente exponer situaciones que han desencadenado episodios de ansiedad se le pregunta qué tipos de pensamientos aparecieron y a su vez se le exponen situaciones que pudieron haber pasado produciendo el mismo resultado ejemplo: el paciente en ocasiones ha mencionado que se llena de rabia e impotencia cuando su figura materna de crianza le ha mencionado “estas delgado seguramente estás consumiendo drogas nuevamente” paciente refiere que aparecen sentimientos disfuncionales relacionados con la desesperanza e inutilidad activando su estado fisiológico llevándolo al aislamiento y al consumo de cigarrillo, al paciente relatar sucesos parecidos le brindare otras opciones de pensamiento como las siguientes

Tal vez mi mama no me lo dice por hacerme daño, tal vez se siente triste y no sabe cómo ayudarme o hacerme entender que está preocupada por mí pues en realidad estoy delgado.

Sesión 5 Se trabajará habilidades para relacionarse, en esta sesión se brindará psicoeducación sobre los diferentes tipos de autoestimas es decir autoestima física, emocional, personal y social, con la finalidad de crear refuerzos, habilidades que le permitan estimular la inteligencia emocional, la seguridad, la confianza, la asertividad, a su vez generar capacidades para las relaciones interpersonales y adaptarse a las diferentes situaciones, la perfección que tienes de sí mismo abarcando aspectos como autocontrol, autonomía, responsabilidad.

Para llevar a cabo lo antes mencionado se realizarán actividades de las siguientes formas:

- **Autoestima emocional:** junto con el paciente se tomará un folio el cual se cortará en 8 partes iguales, donde en cada una de ellas se colocara el nombre de una emoción ejemplo: ira, tristeza, desagrado, miedo, alegría, seguidamente se doblaran los papelitos y se meterán en una cajita la cual se va a revolver, seguidamente se pedirá al paciente sacar

una emoción, leerla y manifestar en qué momentos de su vida ha sentido esa emoción, cómo reaccionó ante ella y según lo aprendido en las sesiones anteriores como reaccionaria en la actualidad ante una de estas.

- **Autoestima física:** para realizar esta actividad se involucra a figura materna de crianza, a ambos se les pide que ambos se dibujen es decir madre dibujara al paciente y viceversa al dibujarse en una hoja de papel deben escribir 3 características físicas que le gusta de esa persona ejemplo (tiene ojos bonitos, es alto, su color de piel es bonito) al terminar el dibujo se entregará el folio a la persona que dibujaron y se les resalta la importancia de conservarlo y atesorarlo como algo muy importante en la vida de cada uno.

- **Autoestima personal:** en esta actividad se continuará trabajando con figura materna, esta consiste en describir las cualidades personales que ambos tienen ejemplo (es alegre, le gusta compartir, es generoso, responsable) y al momento de decirles lo harán a través de un dramatizado es decir: si el paciente considera que su mamá es alegre y le gusta bailar él debe bailar e ir cantando una canción de esta manera van a dar a conocer esas habilidades.

- **Autoestima social:** esta actividad se realizará solo con el paciente, consiste en cuestionar una pregunta la cual debe responderse es decir: le preguntó al paciente ¿Qué harías si encuentras que algo te sale mal? ¿Qué harías si vas a un colegio nuevo y no tienes amigos?, ¿Qué harías si alguien te insulta? Aquí se pone a prueba las habilidades sociales para cuando se encuentre en una situación parecida le aporte de herramienta.

Sesión 6. En esta sesión se abordará juegos relacionadas en resolución de problemas con la finalidad de enseñarle destrezas que le permita toma de decisiones asertivas ante el día a día: en

esta sesión se trabajará de manera integral con el núcleo familiar del paciente con la finalidad presentar ejercicios de resolución de problemas con la finalidad que se resuelvan en equipo y que dentro de ellos mismos puedan negociar soluciones o puedan dar una opinión que genere ganancias para todos.

El nudo humano el cual consiste antes que nada en que los participantes estén en número pares es decir deben haber 8 o 6 participante que sea un número par, seguidamente deben hacer una ronda, colocar la mano derecha al frente, luego los que están de frente se le va a tomar la mano derecha, no se puede tomar la mano del de al lado solo los del frente, seguidamente colocan las manos izquierda todos al frente y tomarse de las manos teniendo en cuenta que no pueden tomar la mano del compañero que le tomaron la mano derecha, luego que todos están tomado de las manos, deben desenredarse y realizar un círculo sin soltarse de las manos, en el transcurso del juego deben hablarse e ir dando sugerencias de cómo pueden desenredarse

En las **sesiones 7 y 8** se trabajara con la Terapia cognitiva de las drogodependencias la cual es un sistema de psicoterapia que intenta reducir las reacciones emocionales existidas y las conductas contraproducentes, mediante la modificación del pensamiento erróneo y defectuoso, las creencias desadaptativas y que interfieren en las conductas, las creencias, también modelan las reacciones de los individuos ante las sensaciones fisiológicas asociadas con la ansiedad y el deseo consumir la droga. **Sesión 7. Terapia cognitiva de las drogodependencias:** la terapia se 1 hora por semana, se iniciará definiendo los compromisos para un buen proceso, de igual forma se creará un ambiente sano donde se de una relación y colaboración entre terapeuta y cliente es decir una zona de confort y seguridad donde el paciente pueda expresar sus emociones, mencione por qué consume sin ser juzgado, expresando lo que sienta y a su vez puede desplegar

todos sus sentimientos. Una vez se crea este ambiente le realizó una entrevista preguntando lo siguiente:

- ¿JT cómo empezaste a consumir drogas?
- ¿Cómo sientes que pasó el consumo de drogas a un abuso de dependencia?
- ¿Por qué sientes que no has sido capaz de enfrentar el consumo por ti mismo?
- ¿Por qué sientes qué piensas así, desde cuándo, cuéntame una situación en la que enseguida hayan llegado esos pensamientos?
- ¿Cómo actuabas antes de consumir drogas?
- ¿En qué ambiente te desarrollaste, como era tu ambiente familiar?
- ¿Cuáles sientes que son tus problemas personales actuales?
- ¿Ante qué situaciones sientes que puedes recaer en las drogas?
- ¿Qué emociones o qué conductas te llevan recaer en la droga?

Seguidamente se establecerá una agenda y se explica a JT de la siguiente forma

Bueno JT ahora vamos a establecer una agenda en donde vamos a colocar el lugar donde te estas comprometiendo en dejar el consumo, la fecha y la hora, es importante que te comprometas con la terapia y contigo mismo, ahora te voy a dejar unas tareas las cuales voy a revisarte en la siguiente sesión.

Sesión 8 (siguiente semana) Para esta sesión también fue citado su figura materna de crianza a la cual se le brindan pautas y psicoeducación sobre el trato hacia el paciente ya que la relación, apoyo y ambiente familiar es primordial (signos de alarma, cuidados y recomendaciones entre estas privar de cierta libertad e imponer condiciones, incluso aconsejar si se presentan situaciones de violencia, agresividad causadas por el consumo, orientar cómo actuar ante estas situaciones)

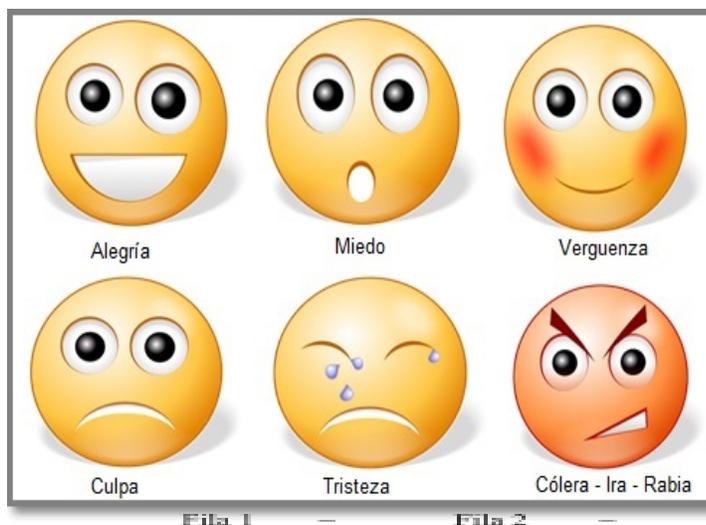
Hola JT ¿cómo estas, cómo te has sentido, cómo te sientes ahora de un 1 a 10 como calificas tú estado de ánimo ahora?

¿Cuéntame cómo te fue esta semana, realizaste las tareas que te asigne?

Bueno JT según nuestra agenda hoy vamos a hablar de tus problemas personales. Bueno ahora que hablamos de tus problemas personales te voy a brindar una psicoeducación sobre las emociones y el manejo de las mismas.

Como ya hablamos de tus problemas personales y te brinde la psicoeducación, vamos a realizar la siguiente actividad la cual consiste en proporcionar habilidades cognitivas a través de un juego lo primero que vamos hacer es:

Te voy a mostrar estas imágenes que después las quitó de donde las puedas ver y debes de recordar y responder en qué lugar que estaba cada imagen, cuando me respondan te seguiré colocando ejercicios un poco más complejos hasta subir más niveles



Fila 3

Ahora quiero que me digas ¿en cuál fila se encontraba la imagen de la carita de culpa y alegría?

Bueno ahora vamos a realizar una actividad grupal la cual la vas a realizar con tu figura materna con la finalidad de saber que tanto tú mamá conoce de ti, esta actividad va a permitir mejor relación y confianza entre ambos, la cual consiste en lo siguiente:

Dile a tu mamá que entre por favor

Buenas tardes ¿como esta?

Bueno JT te voy a dar una lista de preguntas la cual debes responderme y le voy a dar otra lista a tu mamá con las mismas preguntas relacionadas con trigo la cual ella debe responder. Al finalizar te voy a preguntar las respuestas de cada pregunta y voy a observar si tu mamá finalmente coincidió y al no hacerlo debe calificarla como buena o mal, después miramos el resultado y si tiene una calificación mayor de 3 respuestas malas se le debe colocar una penitencia.

Cuadro 3. Preguntas hechas por el terapeuta. (Molina, 2022).

| Lista de preguntas | Respuestas |
|---|-------------------|
| ¿Cual es la comida favorita de JT? | |
| ¿Cual es el deporte que más le gusta? | |
| ¿A él le interesa alguna niña, como se llama? | |
| ¿Cual es el nombre de su major amigo? | |
| ¿Que quiere hacer tu hijo después que termine el curso? | |
| ¿Cual es su canción favorita y su color preferido? | |

Bueno señora Ana me gustaría me regalara un espacio nuevamente con JT

JT ahora que estamos finalizando quiero que me hagas una retroalimentación de lo que se habló, de lo que me dijiste para mirar que estuvo mal y así ir mejorando cada vez más (cambiar lo que va mal y reemplazarlo por lo que te haga bien).

Ahora que hiciste la retroalimentación.

Vamos a establecer unas metas pues si no sabes a dónde vas no sabrás cuando has llegado. Estas metas tienen un sentido pues son como unos mapas que permiten esperar el tratamiento pero estas metas deben ser reales y alcanzables

NOTA: es importante mencionar que no podemos estipular 2 o tres sesiones pensando que el paciente abandonara el consumo ya que es viable poco a poco y dependiendo el grado del deseo, la disposición y decisión del paciente.

En la fase final se trabaja con la Técnica de resolución de problemas la cual se utilizará para observar lo aprendido en las anteriores técnicas ya que para realizar esta técnica considero era indispensable trabajar las anteriores pues el paciente para esta fase habría aprendido la forma en cómo tranquilizar sus pensamientos, emociones y conducta lo cual le facilita y a su vez tendrá herramientas precisas para la resolución de problemas.

Sesión 9. Técnica de resolución de problemas: La terapia se realizará 1 hora por semana, se iniciará definiendo los compromisos para un buen funcionamiento de la terapia, de igual forma se mencionan reglas en las cuales debe comprometerse. Se inicia brindando psicoeducación al paciente sobre en qué consiste esta técnica, en primer lugar conseguir una buena disposición es decir se le explica la paciente que si no tiene una buena disposición y piensa que no va hacer capaz y si esta de manera negativa se indica que no se puede realizar la terapia ya que debes estar seguro de ti mismo y pensar que de verdad vas a encontrar solución, se indica que cuando tenga la disposición de pasar a la siguiente fase es cuando se pasa.

Seguidamente se define cuáles son los problemas, aquí se resolverán las siguientes preguntas.

- ¿Que tiene el problema?
- ¿Definir en qué consisten los problemas?
- ¿A qué áreas de mi vida afecta?
- ¿Afecta a otras personas?
- ¿Cuándo comenzó ese problema y como se ha desarrollado?

Seguidamente se le explica al paciente que para estar seguro que ha definido correctamente debe pensar que si una persona totalmente ajena leyera esa descripción entendería lo que le ocurre, cuando se haya definido se pasará a la siguiente

Luego se definen alternativas la cual se le dará el nombre de la lluvia de ideas, el paciente debe poner todas las alternativas que se le ocurran, se explica al paciente no poner alternativas inalcanzables o que no sean aplicables una vez tengamos el listado pasaremos a explicar, el paciente tomar una hoja y para una de estas alternativas hacer una tabla en la que ponga los pros y los contras de cada una de ellas de esta forma el paciente verá visualmente cuáles son las ventajas y desventajas de cada una de sus alternativas, además se sugiere que en el ejercicio vamos a colocar números para al final mirar cual tiene mayor peso y a la final quedar con la que tiene más opciones y pasar a la siguiente etapa ejemplo: se le dice al paciente

Cuadro 4. *Respuestas del paciente.*

| | |
|--|--|
| <p>Si decides dejar el colegio (pro) vas a sentir que tienes más tiempo libre, puedes ver más televisión</p> <p>4</p> | <p>Contra El tiempo va pasando y tu vas creciendo, tu mamá no va a estar todo el tiempo y va envejeciendo por lo que deberás pensar de que manera vas a salir</p> |
|--|--|

| | |
|--|---|
| | adelante, te vas a sentir solo, con mayor edad y menos ánimo para continuar. 6 |
|--|---|

Luego se pondrá en marcha la opción que tiene más puntaje y se establecerá un plan de acción para llevarlo a cabo el cual consiste en plantearse qué tengo que hacer, cuando lo voy hacer, cuando lo voy hacer

Cuadro 6. *Plan de acción con el paciente.*

| Que tengo que hacerse | cuando lo voy hacer | como lo voy hacer |
|----------------------------|---------------------|--|
| voy a continuar el colegio | este mismo año | mañana martes le digo a mi mama que me lleve a averiguar para matricularme |

Selección Y Aplicación De Las Técnicas De Evaluación Y Resultados Obtenidos

Como expectativa se quiso alcanzar que el paciente tenga la capacidad detectar pensamientos relacionados con la desesperanza y abandono los cuales lo conllevan a una desregulación emocional, producida por una extrema vulnerabilidad emocional lo cual altera su función fisiológica y por ende conductas que interfieren en la calidad de vida por lo que se espera aumentar las habilidades comportamentales que su vez permitan en el paciente desenvolverse en situaciones intensas de una forma racional permitiéndole también la toma de decisiones las cuales va a encontrar de transcurso de su andar. También se busca mejorar la interacción familiar en donde expresen emociones positivas y que a la vez tengan la capacidad de saber acondicionar las negativas.

Tabla 4. *Evaluación De La Eficacia Del Tratamiento.*

| <i>Técnicas</i> | <i>Resultados obtenidos/ esperados</i> |
|--|---|
| <i>Terapia de relajación de Autoexploración corporal</i> | Cuida sus emociones y respuestas fisiológicas lo que permite espacios de tranquilidad y toma de decisiones racionales. |
| <i>Detección del pensamiento</i> | Sabe identificar las connotaciones negativas y toma conciencia de ellas |
| <i>Terapia Dialéctica Conductual (TDC)</i> | Sus pensamientos son acondicionados, por lo que su respuesta fisiológica disminuye proporcionando tranquilidad y regulando conductas. |
| <i>Terapia cognitiva de las drogodependencias</i> | Hay modificaciones de pensamiento erróneo, defectuoso y creencias desadaptativas y que antes habían interferido en la conducta. |
| <i>Técnicas de resolución de problemas</i> | Sabe detectar y actuar sobre situaciones conflictiva. |

Seguimiento

Como es de nuestro conocimiento según la severidad de los trastornos mentales, los pacientes evolucionan, gracias a las técnicas empleadas, el paciente en mención ha conseguido mucha mejoría por lo que es importante continuar con un seguimiento continuo el cual podría ser una vez al mes, con la finalidad de reforzar las habilidades que ha adquirido de igual forma para continuar brindando orientación en la toma de decisiones de las diferentes problemáticas que se pueden presentar en el transcurso de la vida puesto la vida de un individuo de manera constante está envuelta es situaciones que pueden desencadenar pensamientos que generan o desencadenan emociones las cuales deben ser acondicionadas para no presentar conductas que puedan afectar la salud mental.

Resultados

Al iniciar el acompañamiento psicológico por medio de las técnicas antes mencionadas se visualizó un reto en el que había la posibilidad que no funcionara pues habían barreras como la poca motivación del paciente gracias a su diagnóstico depresivo, pues aunque decía que tenía toda la disposición de no recaer en el consumo también se percibió su estado depresivo lo cual podía conllevarlo a recaer. Al aplicar las técnicas se logró que J T:

- Aprendiera a cuidar sus emociones y respuestas fisiológicas lo que permite espacios de tranquilidad y toma de decisiones racionales
- Aprendió a identificar las connotaciones negativas y toma conciencia de ellas
- Aprendió a acondicionar sus pensamientos, por lo que su respuesta fisiológica disminuye proporcionando tranquilidad y regulando conductas.
- Hay modificaciones de pensamiento erróneo, defectuoso y creencias desadaptativas y que antes habían interferido en la conducta.
- Sabe detectar y actuar sobre situaciones conflictiva.

Como se menciona anteriormente en la vida de los individuos surgen inconvenientes o problemáticas que pueden desencadenar desánimos, desgaste emocional, mental y físico, en la actualidad J T ha tenido inconvenientes de tipo económico y familiar lo que le genera episodios depresivos como lo son: problemas económicos que hicieron que desistiera en su proceso de estudios pues J T refiere que tuvo que desistir el curso de informática que estaba realizando por que no tenía para cancelar las cuotas por lo que él y su familia decidieron posponerlo para cuando su situación económica mejore. También menciona que en ocasiones siente tristeza al notar que su mamá adoptiva vive con su padrastro y sus dos hijas biológicas y que él viva solo con su abuela adoptiva, que en ocasiones siente que para él no hay un espacio en la vida de su madre adoptiva

y sus hermanas, refiere que entiende la situación, que no hay espacio en la casa pero eso no cambia o no frena que a veces lleguen bajones emocionales. Refiere que gracias a las técnicas aprendidas es que ha podido avanzar y quizás no recaer nuevamente en el consumo, pues a veces se aísla y siente muchas respuestas fisiológicas, pensamientos irracionales, que le generan ansiedad pero que ha aprendido a identificar y brindarse auxilio a sí mismo para evitar volver a ese mundo de adicción que cada día destruía su vida, sus sueños, su motivación. Refiere no haber vuelto hablar con su figura paterna biológica y que siente que cada día su padre quisiera estar más lejos de él. Refiere que lucha cada día para que sus ánimos continúen y que ojala su situación económica mejore y pueda retomar el curso.

Conclusiones

Todos los adultos alguna vez fuimos adolescentes, alguna vez fuimos niños, alguna vez fuimos infantes, esto es gracias al desarrollo y la evolución por la que pasan los seres humanos. En este artículo vemos reflejado una realidad que sucede nuestro entorno y que cada vez azota con más fuerza, trayendo resultados devastadores que sin duda alguna destruyen el futuro de nuestro país como lo es la población más hermosa, pero a la vez la más frágil que al involucrarse a un mundo vulnerable logra entorpecer la salud mental y física trayendo como resultados destrucción de sueños, de ganas, de esperanzas. Esos sueños que tanto necesitamos para que nuestra sociedad avance y evolucione de forma sana. Para que esos sueños no se pierdan deben ser cuidados de forma muy apreciada, ese cuidado inicia en el entorno familiar pues la familia ese ese lazo amoroso que brinda calor y protección, es esa base que sostiene con firmeza, cuida y acondiciona emociones las cuales están presentes desde nuestros primeros inicios de vida,

cuando un ser humano carece de ese calor y protección se hace vulnerable a las adversidades que aparecen en su desarrollo y andar por la vida. J T es un adolescente que creció sin esta protección pues aunque su familia adoptiva ayudo en su desarrollo el siempre tubo ese vacío emocional de sus figuras paternas biológicas, una realidad que creció y que rondaba su mente a medida en que se desarrollaba, de igual forma creció con carencias económicas y un hogar adoptivo disfuncional. Todas estas realidades lo envolvieron tanto que le desencadeno trastornos de depresión y ansiedad llevándolo a una conducta de aislamiento, irritabilidad y consumo de SPA. Es importante que cuando los niños atraviesen por separaciones o situaciones fuertes que lo hacen vulnerable, asistan a un seguimiento psicológico en donde puedan aprender a reconocer sus emociones y a acondicionarlas, de igual forma debe ser un seguimiento integral, en donde sus cuidadores o tutores responsables reciban una orientación en el cuidado y pautas de crianza que les ayude a evitar un desenlace fatal.

Referencias

American Psychiatric Association, (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5ta edición* - Libro. Editorial Médica Panamericana. Disponible en:
www.medicapanamericana.com

EDUCREA, (2016). *Técnicas de visualización o imaginación guiada*. Blog digital. Disponible en: <https://educrea.cl/tecnicas-de-visualizacion-o-imaginacion-guiada/>

Hamilton. (1960). Escala de calificación para la depresión. *Neurol Neurocirugía Psiquiatría* (23), 56-62.

Gómez Rodríguez, D. T., Gutiérrez Herrera, M., & Londoño, S. P. (2013). Depresión y consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes en la ciudad de Bogotá. *Psychologia*, 7(1), 45-51.

Guzmán, C. (s.f.). Terapia Cognitiva De Las Drogodependencias Paidós. Academia Accelerating the world's research. Manual digital.

Martínez, E. Piqueras, L. & Salvador, C. (2017). Eficacia de las intervenciones basadas en la atención plena (mindfulness) para el tratamiento de la ansiedad en *niños y adolescentes: una revisión sistemática*. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 25(3). Vol. 25. Universidad de Coimbra. Pp. 445-463. Disponible en:
https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/46950/1/Efic%C3%A1cia%20de%20las%20Intervenciones%20Basadas%20en%20la%20Atenci%C3%B3n%20Plena%20para%20el%20Tratamiento%20de%20la%20Ansiedad%20en%20Ni%C3%B1os%20y%20Adolescentes_Una%20Revisi%C3%B3n%20Sistem%C3%A1tica.pdf

Ruíz, M. Díaz, M. y Villalobos, A. (2012). Manual de técnicas de intervención cognitiva conductuales. Desclée De Brouwer, S.A. UNED. Disponible en: <https://www.cedro.org/>

Virginia Antón-Menárguez, V. García-Marín, P. Y García-Benito, J. (2016). Intervención cognitivo-conductual en un caso de depresión en una adolescente tardía. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*. Vol. 3. Nº. 1 - Enero 2016 – pp 45-52.

Disponible en: <https://www.revistapcna.com/>

Williams. (1986). Cuestionario de Auto-reporte o Self Reporting Questionnaire (SRQ). *Revista Neuropsiquiatría* 148, 23-26.