

PSICOLOGIA CLINICA

ESTUDIO DE CASOS



número **3**

REVISTA SEMESTRAL
www.ulasalle.edu.bo

Noviembre de 2017

Agradecimientos

Infinitos son los obstáculos que tendremos que atravesar en nuestra vida, pero hay algunos que son guiados por nuestros docentes. Docentes de la vida y el conocimiento que, continuamente nos levantan de nuestras caídas y nos impulsan hacia adelante.

Es en este sentido que va nuestro más sincero agradecimiento a quienes aportaron y apoyaron para ser efectiva la edición de esta revista como un aporte más para los estudiantes sobre casos clínicos desde un abordaje sistémico integral.

Creemos que, sin la colaboración de la Lic. Elizabeth Salazar, Coordinadora de la Carrera de Psicología de la Universidad La Salle, no hubiera sido posible la publicación de este número, que seguramente añadirá mayor bibliografía a los estudiantes de esta prestigiosa universidad.

Ana Ganesha Monroy

PRODUCCIÓN: Psicología Clínica- Estudio de Casos

DIRECCIÓN:

Mg.Sc.: María Elizabeth Salazar Jiménez

DISEÑO DE PORTADA:

Khalil Salomon

DISEÑO y DIAGRAMACIÓN:

Eva María Subirats Camacho

Antezana Vargas Carla Rebeca

Arirama Marquez Nicsa

Duchen Chávez Noelia

Heredia Flores Laura Fernanda

Monroy Arce Ana Ganesha

Montaño Portugal Pablo Mauricio

Ostria Gonzales Maria Bernarda

Salomón Mendez Khalil Omar

Vasquez Salinas Gabriel Marcelo

EDITORIAL

La cátedra de Psicología Clínica y de la Salud siendo el espacio de enseñanza, fue una puerta para aventurarme a realizar con cada estudiante de Psicología rol playing y poder enseñar el ejercicio de algunas técnicas terapéuticas, que, desde la teoría, pudieron adentrarse a la probabilidad de intervención en los futuros profesionales que aquí se animan a escribir y analizar la posibilidad de intervención terapéutica en cada caso.

Es bien sabido, que, siendo estudiantes de pregrado, no les es posible el ejercicio de la terapia.

Sin embargo, muchos de ellos durante el conocimiento, lectura de textos terapéuticos y ejercicio de sus prácticas y pasantías, observaron la práctica e implementación de técnicas terapéuticas por los profesionales encargados de su formación.

Por segundo año consecutivo, quiero presentar este trabajo realizado en conjunto, con los alumnos de último año, quienes en breve dejarán las aulas de la Universidad para comenzar el camino del crecimiento y el ejercicio.

Gracias a todos...., sé que cada uno de ustedes tuvo un sentimiento “in situ” al analizar cada caso e hizo un viaje al futuro al tomar el lugar del “terapeuta”.

**¡FELICIDADES Y CONTINUEN POR ESTE FASCINANTE
MUNDO DE LA PSICOLOGIA!!!!**

La Paz, primavera del 2017

**Mg. Sc.: María Elizabeth Salazar Jiménez
DOCENTE Y TERAPEUTA CLINICA FAMILIAR**

ÍNDICE

TERAPIA BREVE ERICKSONIANA APLICADA A LA REASIGNACION DE ROLES FAMILIARES Gabriel Vasquez Salinas	5
APLICACIÓN DE TERAPIA CONDUCTUAL A UN JOVEN CON TRASTORNO DE ANGUSTIA Noelia Duchén Chávez	7
TERAPIA ESTRUCTURAL APLICADA A UN CASO DE IDENTIDAD DE GÉNERO EN UN NIÑO DE 8 AÑOS Nicsa Arirama Márquez	8
APLICACIÓN DE LA TERAPIA DE MILÁN A UN CASO DE ABUSO DE SUSTANCIAS E INESTABILIDAD EMOCIONAL Laura Heredia	12
TERAPIA CONDUCTUAL EN ADOLESCENTE CON PROBLEMAS FAMILIARES C. Rebeca Antezana Vargas	14
TERAPIA BREVE EN UN ADOLESCENTE CON PROBLEMAS DE RELACIONAMIENTO SOCIAL Pablo Montaña	16
APLICACIÓN DE TERAPIA BREVE EN UN CASO DE RIVALIDAD FRATERNA Khalil Salomon	17
TERAPIA ESTRUCTURAL EN UNA ADOLESCENTE CON DEPRESIÓN Ana Monroy	20
TECNICAS COGNITIVO COMPORTAMENTALES APLICADAS A UN CASO CON PROBLEMAS DE ADAPTACION Bernarda Ostria	23

TERAPIA BREVE ERICKSONIANA APLICADA A LA REASIGNACION DE ROLES FAMILIARES

Gabriel Vasquez Salinas

Carla llama al psicólogo solicitando una visita para su hijo adolescente ya que se encontraba muy preocupada por él. Refiere que actualmente cuenta con malas amistades, quiere dejar el colegio y no sabe qué hacer con su futuro. Además aporta información sobre la actual estructura familiar:

-Padres divorciados: (Nombres ficticios)

Carla de 47 años y Roberto de 48 años.

Cada uno con una nueva relación estable.

-Dos hijos: Laura de 22 años y Efraín con 15 años.

En el primer contacto con el terapeuta se consulta a Carla si está de acuerdo en que en la primera cita terapéutica asistan tanto los dos padres como la hermana mayor a lo cual Carla accede sin molestia alguna.

-Primera hipótesis: mama presumiblemente sobreprotectora debido a que es la persona que solicita la cita para su hijo.

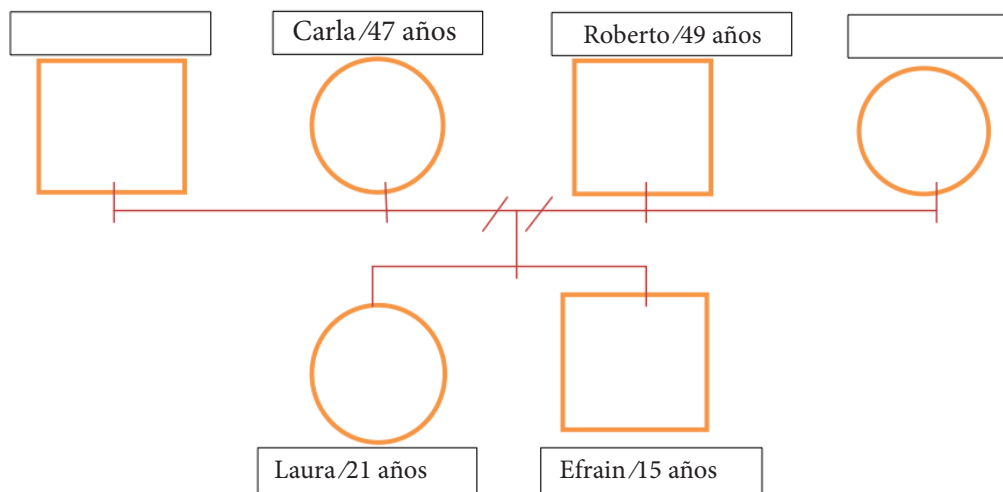
De esta manera en la primera cita terapéutica se hacen presentes tanto los padres como los hijos. Se puede observar que existe bastante discrepancia entre los padres respecto al problema de Efraín. Apenas se comenzó a discutir del tema del hijo los padres empezaron a discutir y culpar al otro por el comportamiento y actitudes de este, atacando mutuamente a las sugerencias que realizaban para afrontar el problema. Este hecho queda constatado por los hermanos refiriendo que el problema se repite constantemente con cualquier tema familiar a discutir por lo que en general no existen muchas situaciones donde consoliden opiniones para resolver algún problema. Es por este motivo que los hijos comparten la percepción de que sus padres no son capaces de tomar decisiones conjuntamente.

Añadido a esto, a medida que la charla avanzaba, Laura hace referencia a su sentir dentro de su casa mencionando con frustración la cantidad de funciones que realiza respecto a su casa y respecto a actividades de su hermano menor y como estas le quitan tiempo de calidad para poder desempeñar las funciones que como universitaria conlleva.

Según la acotación de Laura, y sustentado por su hermano y sus padres, debe realizar diariamente decisiones acerca de que se comerá en la hora del almuerzo, hacer recuerdo a los padres de pagar cuentas, colaborar a su hermano en tareas del colegio, tiene influencia en cuanto a ceder permiso a su hermano menor para salir a fiestas, entre otras responsabilidades, es decir que la toma de decisiones de los padres en algunos aspectos administrativos de la casa y respecto al hermano menor son compartidas con ella. Según relata Efraín su hermana significa un soporte emocional y académico, y un modelo al cual seguir para él, es la persona que lo escucha cuando tiene problemas o cuando tiene alguna noticia buena que contar, lo reflexiona sobre sus malos actos y lo colabora académicamente siempre que así lo solicita; por otro lado expresa desinterés por sus padres debido a que no siente confianza en ellos, afirma con tristeza que sus propios padres no lo conocen, que de hecho si tiene objetivos para su futuro en los que ya estuvo trabajando y que en realidad no quiere dejar el colegio aunque si tiene malas notas debido a la flojera. Siente que su madre lo ahoga con todas las indicaciones que le da sintiéndose presionado constantemente y reclama que su padre no estuvo ahí con él en los momentos más importantes y que por eso ahora no siente que tiene una buena relación con él. Afirma que no puede comunicarse con ellos.

En cuanto a las parejas de los padres se puede percibir una gran presencia en las casas respectivas debido a la fuerte presencia de la toma de decisiones e influencia que ejercen sobre ellos y sobre los hijos según los comentarios de la familia, sin embargo, debido al tiempo no se pudo ahondar aun en este tema.

-Segunda hipótesis: Respecto a los padres existe un gran problema de comunicación en la cual puede verse que posiblemente existan problemas sin resolver, este problema de comunicación imposibilita a los padres a poder construir una estrategia concreta a seguir con Efraín el cual se vio que si tiene un plan para el futuro y no quiere dejar el colegio pero que sin embargo necesita la presencia de sus padres como guías en esta etapa.



Además se ve que no existe una buena definición de roles parentales ya que es la hija mayor la que debe asumir ciertas funciones que no le corresponden y los hijos sienten la ausencia de estos en sus vidas como personas representativas además de ser haber empoderado demasiado a sus respectivas parejas en cuanto a la toma de decisiones para con los hijos. En cuanto a Efraín necesita recobrar la confianza en sus padres y mejorar la comunicación. Finalmente la hermana mayor Laura está tomando el rol tanto del padre como de la madre lo cual la aleja del rol de hermana y de la etapa de juventud la cual le toca vivir.

3. Análisis de propuesta de técnica

Al ser el presente caso un problema principalmente debido a una necesidad de reasignación de roles familiares y de comunicación y por las características de poca gravedad que contiene, se llega a la conclusión de que el método que será usado en esta ocasión será la terapia breve la cual cuenta de aproximadamente 10 sesiones en las que se les asignara tareas a cada familiar para que las vayan cumpliendo paulatinamente fomentando el diálogo entre los progenitores, entre los progenitores y sus hijos y una reasignación de roles.

4. Conclusiones

Las implicaciones terapéuticas serán el análisis de lo que se va a hacer y vas a analizar poder iniciar el tratamiento alguien tiene q admitir el problema del cliente se pueda relacionar con el comportamiento de alguien más de su familia. En este caso la hija está ligada a la conducta de relación al problema.

Existe un problema una conducta los padres entienden eso para saber q este persiste

ANALIZAR Y APLICAR

El trabajo con esta familia fue principalmente redefinir los roles de parentalidad y ayudarlos a ponerse de acuerdo con la estrategia a seguir con Carlos, que no estaba tan perdido pero sí necesitaba una guía procedente de sus padres. Esto lo hicimos dando más voz a cada progenitor en las respectivas casas respecto a la crianza y a la educación de los hijos, apartando, en un movimiento casi automático cuando se daba el aumento de poder parental, a las nuevas parejas; y fomentando el diálogo entre los progenitores sobre lo que tenía que ver con la crianza de los hijos.

En cuanto al orden y la convivencia de cada casa, fue explicitado que cada casa funcionaba de una manera distinta y que esto no representaba ningún tipo de problema, pero sí que se tenía que respetar el estilo de cada una de las familias. Todos los miembros estuvieron muy de acuerdo con las definiciones, redefiniciones y objetivos que se fueron marcando y poco a poco Emma y Pere ayudaron a su hijo a resituarse, hablando con él conjunta y separadamente sobre la línea y los límites que habían acordado seguir con él. Carles, pese a los límites impuestos, se mostraba contento y entendía la actuación de sus padres, y Laura por fin dejó de hacer de madre y padre a la vez, pues había cogido este rol al ver las discrepancias entre sus padres y al entender que si no lo cogía ella nadie ayudaría a su hermano en esto, pero evidentemente era un peso que no le tocaba soportar y que la alejaba del rol de hermana y del momento vital que le tocaba vivir.

Mandatos negativos: si haces esto te castigare, si haces esto te matare. Detonan cuando las estructuras son débiles (doble vínculo).

Teoría de la comunicación

Madre e hijo.

Padre ausente, hermana mayor asume el rol de padre en el sistema familiar prefiere apoyarse en su hermana mayor.

APLICACIÓN DE TERAPIA CONDUCTUAL A UN JOVEN CON TRASTORNO DE ANGUSTIA

Noelia Duchén Chávez

Resumen

Daniel es un joven de 25 años de edad que presenta un trastorno de Angustia y una relación dependiente hacia la madre por lo que acude a terapia psicológica, desde donde se interviene para la solución de este problema.

Palabras Clave: Trastorno de Angustia, familia, relación, terapia conductual.

Descripción de Caso

Daniel es un joven de 25 años de edad nacido en Bolivia en la ciudad de La Paz. Actualmente vive con su madre, ya que perdió contacto con su padre desde muy pequeño porque él vive en Europa. El sistema familiar de Daniel está compuesto por su madre, su tía y tío en primer grado y su abuela materna con quienes mantiene una relación muy estrecha y buena.

La madre de Daniel refiere que tuvo una infancia muy tranquila, que terminó la colegiatura con normalidad, era muy sociable y responsable, posteriormente entró a la universidad para estudiar la carrera de diseño gráfico, y fue ahí donde empezó a cambiar su comportamiento volviéndose una persona desordenada, floja y con tendencia al aislamiento, lo que causó una gran preocupación en la familia.

Daniel acude a la consulta psicológica acompañado de su mamá, por haber presentado una crisis de pánico estando en la universidad, dicha crisis se caracteriza por la presencia de ansiedad, aceleración del ritmo cardíaco, sudoración, impedimento para moverse, nerviosismo, incapacidad para comunicarse y temor, él refiere que ya le había pasado en dos oportunidades anteriores, una a los 22 años y otra a los 24, por lo que acudió a varios profesionales pero no obtuvo un buen resultado, y fue este el motivo del cambio en su comportamiento.

A raíz de la primera crisis que Daniel presentó se volvió una persona totalmente dependiente y dejó sus estudios de lado, él cuenta que siente que ya no puede salir solo a la calle que prefiere quedarse en casa o si sale estar siempre con la compañía de su madre o alguien en el que él confía mucho. Así pasan los días y Daniel no hace nada más que quedarse en su cuarto, dormir, comer y jugar en el internet.

Como ya se mencionó anteriormente, Daniel desarrolló una dependencia total hacia su madre, ocasionando que él no pueda realizar ninguna actividad sin compañía de la misma por el temor a volver a sufrir un ataque de pánico y encontrarse solo. En este sentido la madre también dejó de realizar algunas actividades diarias por ser un apoyo para su hijo desde su perspectiva.

Es así que la madre decide viajar a Europa por un mes dejando a Daniel completamente solo bajo la instrucción de asistir a terapia psicológica para la solución al temor de las crisis de pánico y la dependencia hacia la madre. Daniel acepta y acude a terapia.

Hipótesis

Daniel presenta un trastorno de Angustia y una relación patológica con la madre, representada en la dependencia hacia la misma, por un proceso de Edipo no superado.

Descripción de la terapia Conductual

La terapia cognitiva familiar tiene sus raíces en la práctica individual (Beck Rush, Emery y Shaw, 1979; Ellis, 1962) que posteriormente fue aplicada al tratamiento de familias.

La investigación y la práctica han demostrado que las intervenciones con el enfoque conductual han tenido gran éxito con parejas y familias que presentan gran variedad de problemas.

No puede negarse la importancia que tienen los factores cognitivos en la interacción de cada relación, así como los cambios de conducta durante el proceso de adaptación.

Barton y Alexander proponen que las conductas de cada uno de los miembros de la familia respecto del otro solo cambiarán si cambia el concepto personal de cómo se ve cada uno.

El contenido de las percepciones de cada integrante de una familia y sus interacciones con los otros miembros de esta, afectan no solo la calidad y la intensidad emocional de alguno de ellos sino también de toda familia, ya que las emociones individuales están ligadas directamente a percepciones particulares que la persona ha acumulado durante los eventos de su vida por lo general, en la interacción con otros.

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA

Según la terapia cognitiva primero se trabajaría con el concepto de sí mismo de Daniel para ver si existen problemas de autoestima o relacionamiento que pueden estar influyendo en su conducta.

Luego se trabajaría con el concepto de Daniel y de la madre respecto a su relación para poder determinar si realmente su relación es patológica como parece.

Posteriormente se trabajaría con el concepto de Daniel respecto a cada miembro de la familia y viceversa para poder determinar la influencia que cada uno tiene en la vida de Daniel y como estas relaciones marcan ciertos comportamientos.

Después de haber determinado las relaciones y la concepción de sí mismo se procedería a trabajar con tres factores importantes: el comprometer a la familia con la resolución del problema, el integrar a todos los miembros en el problema para luego poder desligarlos y solucionar el problema.

Por último se trabajaría con Daniel asignándole tareas específicas para desensibilizar su conducta respecto al trastorno de angustia, como por ejemplo primero pedirle que vaya a la tienda solo, luego que tome movilidad por un tramo corto, para proceder a empezar a salir solo poco a poco y poder formar en él la independencia que le hace falta para que pueda retomar sus actividades.

Bibliografía

D. Sánchez y Gutiérrez, 2000, Terapia familiar: Modelos y técnicas

TERAPIA ESTRUCTURAL APLICADA A UN CASO DE IDENTIDAD DE GÉNERO EN UN NIÑO DE 8 AÑOS

Nicsa Arirama Márquez

Resumen

El presente artículo describe el caso de un niño que tiene problema de identidad de género, donde se analiza el uso de la terapia conductual para su aplicación.

Palabras Clave: Identidad de género, terapia conductual.

Descripción de Caso

Sandra es una mujer de 45 años, que llega a consulta

porque su hijo Ricardo de 8 años tiene problemas de identidad de género, ya que constantemente prefiere objetos femeninos, por ejemplo, al ir de compras cuando la madre le quiere comprar juguetes de niño, prefiere Barbies o juguetes femeninos.

Empezó a negarse a actuar como un chico a la edad de cinco años y poco después ya no había quien lo persuadiera de no usar cintas en el pelo o querer comprar vestidos, cuando no obtenía lo que quería hacia pataletas en el centro comercial, hecho que incomodaba a la madre y le impedía reaccionar. Sandra menciona que en el colegio solo mantiene relación con sus compañeras, por lo que sus compañeros siempre están burlándose de él.

Posteriormente la madre relata que antes de quedar embarazada de Ricardo estaba pasando por un proceso de divorcio, pero por influencia de la familia decidió continuar con su matrimonio, dentro del periodo de reconciliación quedo embarazada de Ricardo, lo cual unió a la pareja todo el proceso de embarazo, pero después que nació el niño el padre se centró en su trabajo y no pasaba tiempo con su familia, la madre al notar que talvez al niño le hace falta una figura paterna o estar en contacto con personas de su mismo género, decidió que tomaría clases de fútbol, pero que no funciono porque el niño lloraba al no querer relacionarse con los demás niños, no quería tocar la pelota, así que decidió no llevarlo. Por todo lo mencionado la madre muy preocupada acudió a consulta

Por otra parte, menciona que talvez debido a que Ricardo pasa la mayor parte del tiempo con su tía, abuela y no comparte el tiempo con niños o una figura masculina, ocasiona que tal vez el niño adopte este tipo de comportamiento. Carlos de 52 años y Sandra están casados hace 20 años, Sandra relata que su relación de matrimonio no es tan buena desde el proceso de divorcio, hay mucha discusión con su esposo, ella sé queja de que no la ayuda con crianza de sus hijos, ni con las responsabilidades de la casa, su primera hija Diana de 17 años le lleva una gran diferencia de edad a Ricardo por lo que la relación entre hermanos no es buena, según la madre para su hija mayor no hay problema si quieren divorciarse, ya que ella cree que la madre merece ser feliz, y no pasarse la vida discutiendo con su padre.

Sandra relata que la que se encarga del niño es ella, ambos padres trabajan para proveer en el hogar, pero su esposo pasa muy poco tiempo en casa y los días que esta, no comparte mucho tiempo con los chicos. El niño, tiene una hermana Diana de 17 años, con la cual tampoco pasa mucho tiempo, cuando la madre se encuentra en el trabajo, la abuela o la tía son las que

cuidan del niño. El temor de la madre es que el niño sea agredido en el colegio por su comportamiento y por tal motivo acude a la consulta, ya que, el niño esta constantemente enfermándose, y regresa del colegio con moretones en la cara.

Aparición de los síntomas

5 años de edad, “R” es observado por las encargadas del kínder donde asistía, muestra un interés por los juguetes de niñas. Se retiraba del grupo de niños para ir al grupo de niñas por querer jugar con muñecas.

6 años de edad, “R” hace una pataleta en el centro comercial, porque la madre no le quiso comprar una Barbie.

7 años de edad, “R” muestra interés por la vestimenta de colores rosados, morado, binchas rosas. Por otra parte, en esta etapa había tenido problemas, porque no quería juntarse con sus compañeros, sino quería estar en el grupo de las niñas.

8 años de edad, “R” llega del colegio con golpes en la cara, no quiere asistir al colegio y constantemente se enferma.

2. MODELO DE TERAPIA PARA APLICACIÓN

Terapia Familiar Estructural

El modelo estructural de terapia familiar, fue desarrollado en la década de 1970-1979 por Salvador Minuchin a partir de su práctica clínica al abordar los problemas de salud mental en poblaciones marginadas de Estados Unidos, y personas que tenían miembros con problemas psicosomáticos (Sanchez, 2000).

Objetivo de la terapia

El objetivo de las interacciones en el presente, es el sistema familiar, el terapeuta se asocia a este sistema y utiliza a su persona para transformarlo, al cambiar las posiciones de los miembros de la familia, cambian sus experiencias subjetivas. Minuchin en 1977 considera de gran importancia durante el proceso, lo que llamó propiedades del sistema, en las cuales destacan: Primero, que una transformación de su estructura permitirá al menos alguna posibilidad de cambio. En segundo lugar, el sistema de la familiar está organizado sobre la base del apoyo, regulación, alimentación y socialización de sus miembros, por lo que el papel del terapeuta es unirse a la

familia para reparar o modificar su funcionamiento para que desarrolle sus tareas con eficiencia. En tercer lugar, el sistema de la familia tiene propiedades de auto perpetuación, por lo tanto, el proceso terapéutico será mantenido en ausencia del terapeuta por los mecanismos de autorregulación de este. Preservando el cambio (Minuchin, 1977).

REESTRUCTURACIÓN

Según Martínez (2016), considera que esta técnica cuestiona la estructura familiar, los límites, la forma en que se hacen las cosas, sus interacciones y la forma de solucionar los problemas. Por este motivo menciona 3 características para esta técnica:

1. Fronteras:

-Distancia psicológica: Se realizan movimientos para establecer límites entre los miembros de la familia, cuando estos, están muy unidos por afinidades, diadas, triadas y hay poca distancia entre ellos.

-Duración de la intervención: Se extienden o acortan los tiempos para aumentar la intensidad y remarcar o distanciar sistemas.

2. Desequilibramiento:

El principal objetivo es cambiar el vínculo jerárquico entre los miembros de la familia.

-Alianza con miembros de la familia: El terapeuta se aliará a la familia como experto y generará confianza para hacer intervenciones en la familia.

-Alianza alternante: Se puede alternar las alianzas con dos subsistemas en conflicto.

-Ignorar a miembros de la familia: El terapeuta habla y actúa como si ciertos miembros fueran invisibles.

-Coalición vs. Miembros de la familia: El terapeuta se alía contra el miembro de la familia que está en desventaja y se colude contra otros para darle más fuerza.

3. Complementariedad

El objetivo es hacer ver y experimentar a los miembros de la familia que pertenecen a una entidad (subsistema) y no dejarlos permanecer en lo individual.

-Cuestionamiento del problema: Se cuestiona la focalización del paciente identificado.

-Cuestionamiento del control lineal: Desmitificar que el síntoma es un efecto de una sola causa.
-Cuestionamiento del modo de recortar los sucesos: Cambiar la puntuación que los miembros de la familia les asignan a sus interacciones.

3. MARCO REFERENCIAL

Identidad de género

Según García (2005), cuando nacemos la persona es clasificada en dos grandes grupos: niños y niñas. Cuando crecemos, al mismo tiempo que desarrollamos la conciencia de ser un individuo distinto de los demás, el denominado yo existencial, adquirimos el yo sexual, la autocategorización como hombre o como mujer, y junto con éste el yo de género. Todo ello es producto de la asignación social. La identidad de género es la autoclasificación como hombre o mujer sobre la base de lo que culturalmente se entiende por hombre o mujer. Es el conjunto de sentimientos y pensamientos que tiene una persona en cuanto miembro de una categoría de género. El proceso de construcción del yo de género acontece a nivel intraindividual, pero se desarrolla en interacción con el aprendizaje de roles, estereotipos y conductas. Esto no implica la asunción de los roles y actitudes de género, puesto que cada persona desarrolla su propio sentido de masculinidad y feminidad.

Terapia conductual

Según Castillo (2012), los enfoques conductuales se caracterizan por una evaluación detallada de las respuestas problemáticas y de las situaciones ambientales que pueden suscitarlas y mantener las, el desarrollo de estrategias que produzcan cambios en el entorno y, por tanto, en la conducta del paciente, y la evaluación continuada de la eficacia de la intervención.

La familia como sistema

En la aproximación sistémica, la familia se concibe como un todo diferente a la suma de sus individualidades de sus miembros, cuya dinámica se basa en mecanismos propios y diferentes. La familia es un sistema social y natural, que puede ser estudiado en términos de su estructura o forma como está organizado en un momento dado y sus procesos o formas en las cuales cambia a través del tiempo. La familia es un sistema, en la medida que está constituida por una red de relaciones, es natural porque responde a necesidades biológicas y psicológicas inherentes a la supervivencia

humana; y tiene características propias, en cuanto a que no hay ninguna otra instancia social que hasta ahora haya logrado reemplazarla como fuente de satisfacción de las necesidades psicoafectivas tempranas de todo ser humano (Hernandez, 2005).

De acuerdo a lo mencionado en la descripción de caso, Ricardo quizá no tiene claro aún el rol paterno, ya que dentro del sistema familiar existe un vacío que tiene que ser suplido por una figura masculina, pero al margen de todo esto es necesario que dentro de un sistema familiar debe existir una interacción entre los miembros, para que los más pequeños tengan un cimiento en la formación del carácter y eso se logra teniendo claro los roles paternos.

Terapia paso a paso

Según Satir (2002), la familia se concibe como un microcosmo que se puede estudiar en situaciones críticas como: el poder; la intimidad; la autonomía, la confianza y la habilidad para comunicación son partes vitales que fundamentan nuestra forma de vivir en el mundo. La vida de la familia depende de la comprensión de los sentimientos y necesidades subyacentes a los acontecimientos familiares cotidianos.

La autora manifiesta que, a lo largo de su experiencia como terapéutica familiar, ha observado cuatro aspectos de la vida familiar que saltan a la luz:

1. Los sentimientos e ideas que el individuo tiene de sí mismo, a los que llamó autoestima.
2. Los métodos que utilizan las personas ideas a los demás; a esto lo llamó comunicación.
3. Las reglas que usan los individuos para normar cómo deben sentirse y actuar; y que después se convierten en lo que denomino reglas que rigen en la vida familiar.
4. La manera de cómo la gente se relaciona con otros individuos e instituciones ajenas a la familia denominado enlace con la sociedad.

Estadio de operaciones concretas

Sastre (2001), menciona que Piaget establece cuatro estadios en la etapa de desarrollo del ser humano, en este caso, se mencionará la tercera etapa que es de los siete a los doce años, el desarrollo mental se ve marcado por el principio de la escolaridad propiamente dicha, la aparición de formas de organización nueva, el

establecimiento de relaciones sociales y actividades individuales.

El niño de ocho años

Reyes (2012), menciona que los niños de 7 y 8 años de edad De acuerdo con en su libro el niño de 7 y 8 años de edad, tienen cambios. Tale cambios tienen que ver con características corporales, pero principalmente intelectuales se describe que el niño de ocho años comienza aparecer más maduro, sobre todo en lo que a su cuerpo se refiere, pues se presentan ligeros cambios corporales con los que se marcan los rasgos que pronto se definirán en la pubertad. Es posible, según el autor, determinar tres características importantes que se presentan en el niño de esta edad: velocidad, expansividad y valoratividad, estas son la primera característica y en segundo lugar y de acuerdo con su desarrollo psicosocial, se considera que a los ocho años existe un grado de expansividad, es decir, se encuentra saliendo de la etapa de seriedad, reflexión e introspección que lo que lo caracteriza durante los siete años.

Para esta etapa el niño está interesado en evaluar su desempeño como miembro de la sociedad; pretende regirse por las normas que los demás tienen para él y no con las propias. Esta es la edad de los amigos verdaderos a los que considera especiales que solo serán uno o dos y alrededor de los cuales empezara a girar su mundo, por lo tanto, la escuela no será importante por lo que pueda aprender en ella, sino porque allí podrá reunirse con sus amigos.

4. CONCLUSIONES

La aplicación de la terapia familiar estructural, sería de gran utilidad su aplicación en este caso ya que, fue diseñado para análisis de cada miembro de forma que abarcará todo el sistema familiar.

En este caso no solo se focalizará en el síntoma del niño, sino que hace partícipe a toda la familia tanto del síntoma como de la resolución del problema y lo bueno de esta terapia es que en cada intervención debe estar enfocada en objetivos y cada vez intervención bien planteada debe poder hacer que la familia cambie sus interacciones.

En cuanto a la dinámica familiar puede

que los miembros tengan conflictos para llegar a determinar roles dentro del hogar, por tal motivo el que absorbe esta inestabilidad de roles es el más pequeño de la familia, debido a que no hay una interacción estable con la figura paterna, lo cual, ayude a estabilizar su comportamiento. Ya que como se menciona en el marco referencial en la etapa de los ocho años el niño busca modelos o pares con quien pueda compartir sentimientos y es donde busca amigos en quienes pueda confiar, y que mejor sería si tendría esta confianza con uno de los padres quien pueda ser un modelo referencial.

RECOMENDACIONES

Básicamente sería volver a reconstruir un modelo familiar, en el cual todos los miembros puedan sentir bienestar e interacción.

Referencias

- García, P. (2005). Identidades de Genero: Modelos Explicativos. Huelva-España: Universidad de Huelva.
- Hernandez, A. (2005). Familia, ciclo vital y psicoterapia sistémica breve. Bogotá: Buho.
- Martinez. (2016). Técnicas de Reestructuración en Relación al Cuestionamiento del Mundo. Barcelona: Itener.
- Minuchin, S. (1977). Familias y Terapia Familiar. Baece-lona: Gedisa.
- Reyes, V. (2012). Perfil del Niño. México: Catarina.
- Sanchez. (2000). Terapia Familiar: Modelos y técnicas. México: Manual Moderno.
- Sastre, S. (2001). El Desarrollo Cognitivo del Niño. Lo-groño-España: Universidad de La Rioja.
- Satir, V. (2002). Terapia Familiar Paso a Paso. México D.F.: Pax México.

APLICACIÓN DE LA TERAPIA DE MILÁN A UN CASO DE ABUSO DE SUSTANCIAS E INESTABILIDAD EMOCIONAL

Laura Heredia

Caso clínico

Muchacho internado en Hospital psiquiátrico por abuso de sustancias.

Edad: 21 años. Asiste acompañado de su abuela, que se hace cargo de él, vive con ella pero no se llevan bien. La madre es alcohólica pero no pasa mucho tiempo en la casa. El padre vive en la calle porque igual es alcohólico. Intentó suicidarse 2 veces, la abuela lo rescató. Consumió fármacos.

En la prueba de personalidad del IP reúne 9 de 10 características de Personalidad límite. Lo que refleja un nivel de Trastorno.

No desea dejar las sustancias o ir al pabellón de adicciones. Tiene características fóbicas y dificultad para relacionarse con personas, dentro de la unidad no desea relacionarse con personas, no desea acompañantes. Teme a la multitud de gente.

No controla sus impulsos ni sus emociones. Sufre un trastorno afectivo no específico debido a sus ideas de baja valoración sobre sí mismo, no desea vivir y desea auto-eliminarse.

Cuando vieron su caso a detalle, el historial indica que ambos padres eran alcohólicos y el muchacho nació bajo los efectos del alcohol. La madre durante el embarazo no dejó la bebida. Por lo que el origen de esa dependencia actual, es orgánico.

Motivo de internación: Constante automutilación en ambos brazos, heridas notorias pero no profundas.

El cuadro clínico inicia a los 13 años, su madre es consumidora en esa etapa. A los 14 años es diagnosticado con distimia. Refiere alivio con el cutting.

A los 15 años consume mezcalina y empieza a tener relaciones de pareja. Al terminar con la misma realiza el cutting de nuevo.

16 y 17 años consumo de bebidas alcohólicas.

18 años consumo de Cannabis.

19 años consumo de plantas alucinógenas y cocaína. Toma 28 comprimidos de relax vita para suicidarse. Lo internan en el hospital por terminar con una de sus parejas. Le gusta compartir bebidas alcohólicas con su madre cuando ambos están en consumo. Tiene un proceso legal por tratar de incendiar su casa en estado de ebriedad, y por consumo de sustancias. No hay contacto con el padre, que no se hizo cargo de él.

Antecedentes personales y patológicos

Parto normal. Personalidad pre-mórbida.

Examen mental

El examen mental al ingresar: Copera con la entrevista, orientado, expresión afectiva de tristeza. El examen mental actual indica: Pensamiento coherente. Mejoró su apariencia.

Hipótesis

Trastorno de personalidad límite o Border Line que desembocan en cutting y otros.
Adicción a las sustancias ilícitas.
Hipótesis relacional: Falta de apoyo y cuidado de la madre.

Diagnóstico

Dependencia múltiple de sustancias. Distimia y trastorno de personalidad mixto.
Consumo secundario de sustancias heredado por los padres. Estados de ansiedad del paciente y la agorafobia

Terapia sugerida

Después de llevar a cabo la entrevista y los exámenes correspondientes al caso, se sugiere el abordaje según el modelo estratégico de Milán. La familia debe estar de acuerdo con trabajar para resolver el problema. El paciente sí desea trabajar al igual que la abuela, la madre no aparece pero le mencionó a la abuela que sí desea que su hijo haga algo más con su vida. Tomar en cuenta la ansiedad y distanciamiento social. El paciente al presentar personalidad límite, miedo a relacionarse socialmente y adicción a las drogas. Debe modificar diversos aspectos de su conducta. El comportamiento de cutting en los brazos y los intentos de suicidio son debidos al trastorno límite de personalidad. La conducta adictiva es heredada por los padres, la cual podría modificarse según el cambio de los mandatos que sus padres le dejaron.

No se va a obligar al paciente a relacionarse con otras personas, por el respeto de este modelo a su personalidad e idiosincrasia, entre las actividades que realiza necesita aliviar su ansiedad.

Para dar inicio a la terapia, los problemas identificados como ya sugiere la hipótesis fueron: La adicción del joven a los fármacos, drogas y bebidas alcohólicas. El miedo a relacionarse socialmente y la conducta de cortarse los brazos (el trastorno límite de personalidad). También es un problema el alcoholismo de la madre y que no esté presente en su casa.

La dinámica es de una familia centrífuga. Los padres no asumieron la responsabilidad sino la abuela. Toma un rol de madre que no le pertenece. La abuela sobreprotege al joven pero no se lleva bien con él porque se preocupa y no quiere que salga a repetir las conductas de sus padres. En cambio el joven no quiere hacer caso a lo que su abuela le pide.

Como punto de partida para empezar a solucionar los problemas del hijo y de la madre, está mejorar su relación con la abuela, de ambos. La familia debe realizar un trabajo en equipo. Deben asistir los tres a la terapia. En base a la presencia de los tres al consultorio (lo que ya es un avance), se puede empezar a trabajar con la terapia.

En la sesión la terapeuta realiza diversas preguntas a la familia. Como las siguientes:

¿Cuál es el problema?

¿A quiénes afecta la conducta del hijo?

¿A quiénes afecta la conducta de la madre?

¿Cómo se siente cada uno con eso?

¿Desea cambiar esa conducta?; entre otras.

El joven empieza a comprender que su conducta es un problema y la de su madre también. La madre comprende que ella debe cambiar de actitud para ayudar a su hijo. El hijo también desea que su madre cambie de conducta, antes de querer el cambiar la suya. Piensa que si su madre hubiera pasado más tiempo con él, no estaría en esa posición.

Lo inesperado tiene un efecto terapéutico (Rojas, 2012). Lo que sugiere que se debe cambiar las conductas en el sistema familiar, empezando por las ausencias de la madre. El cambio de la conducta de la madre, es nueva información para su hijo, lo que será equivalente a un cambio de conducta inicial. Además, cuando la madre tiene en claro el error de esa ausencia intuye por donde debe inicial el cambio.

En la formulación de preguntas se mantienen las tres premisas principales del modelo:

La hipotetización, la neutralidad, circularidad. Las dos últimas utilizadas primero para evitar alianzas de parte de algún miembro de la familia y segundo para que la terapeuta tenga la capacidad para conducir la sesión en términos relacionales, de diferencia y de cambio (Rojas, 2012).

Se sugiere el cambio de la conducta de la abuela, por la sobreprotección y en todo caso también por los enojos hacia su nieto, lo que bajará la ansiedad del paciente que no desea estar en casa.

Conclusión

Para mejorar la inestabilidad emocional del hijo debido a su trastorno, (caracterizado por impulsividad grave e inestabilidad en las relaciones interpersonales), se puede apoyar externamente con fármacos, para bajar los niveles de ansiedad y problemas con la afectividad. Esa reducción de la inestabilidad emocional da apoyo a su relación con la madre, además del cambio terapéutico en el sistema familiar. La ausencia de la madre que debe dejarse, afecta directamente a la conducta del hijo, que a partir de la misma presenta mayor tranquilidad en la

casa y también a partir del cambio en la conducta de la abuela.

Se sugiere el seguimiento durante el resto de las sesiones, para revisar la mejoría del comportamiento y verificar con un médico el consumo adecuado de los medicamentos. El abordaje según el modelo estratégico de Milán es un apoyo para el cambio en la dinámica familiar, según se obtenga un desequilibrio en los miembros de la familia, para la modificación de las conductas. El proceso de retorno al equilibrio con la nueva dinámica se realiza en las siguientes sesiones con el terapeuta y según como cada miembro asuma responsabilidades.

Bibliografía

- Gómez, F. (05 de 09 de 2006). trastornolimite.com. Obtenido de Trastorno límite de la personalidad (TLP): <https://www.trastornolimite.com/tlp/tratamiento-farmacologico-del-trastorno-limite-de-personalidad>
- Rojas, E. (23 de 10 de 2012). SlideShare. Obtenido de Modelo de milán: <https://es.slideshare.net/xtoeri/modelo-de-miln>

TERAPIA CONDUCTUAL EN ADOLESCENTE CON PROBLEMAS FAMILIARES

C. Rebeca Antezana Vargas

Resumen

Adolescente de 17 años que se fuga de casa sin explicación por tres días, alude haber sido abusada, posteriormente se descubre problemas familiares.

Palabras Clave: Familia, relación, terapia conductual y adolescencia.

Descripción de Caso

Se presenta una chica de 17 años en la oficinas de a FELCC en la División de Personas Desaparecidas de la cual la derivan a la División de Psicología para una contención emocional no solo de ella, sino de la madre que se encontraba en crisis. En primera instancia habla el padre de ella que junto con la madre la traen desde su casa, el padre relata que su hija

desaparece por tres y luego vuelve alegando haber sido abusada, pero no recordando específicamente el hecho, por lo cual a las tres horas de haber llegado ella a su casa una de sus tías que se encontraba en la residencia notifica a los padres de su llega y ellos la derivan a la institución. Al terminar los comentarios del padre la madre relata que no es la primera vez que ella se va de la casa ya que hubo dos ocasiones anteriores, la primera de las fue un atraso de tres o cuatro horas en el horario de llegada impuesto por ellos, la segunda vez ella se desaparece por día y medio y se oculta en casa de su amiga, por lo que en esta

circunstancia ella no considera veraz la situación de su hija.

Luego de escuchar los comentarios de los padres se le pregunta a la muchacha cual es el motivo de su desaparición, ella comenta que el día viernes se encontraba en su colegio de noche ya que tenían un evento de confraternización del cual sale tipo 9:30 y con una de sus amigas cercanas que vive en misma zona, comienzan el trayecto a pie a sus casas, posteriormente cuando deja a su compañera en su hogar y sube a pie las cuerdas que le falta. En el camino pasa un auto y se acerca a ella, alude no asustarse pensando que es uno de los autos de sus tíos (tíos son todos los del vecindario) una vez cerca el auto se detiene la suben adentro y pierde conciencia hasta despertar en un cuarto en cual se encontraban otras chicas, por lo cual luego de un tiempo logra escapar con todas sus pertenencias, al salir del lugar descubre que es una casa el lugar donde estaba y se sube a una movilidad rumbo a la suya.

A la cual llega y su tía al darse cuenta de su llegada notifica a sus papas, a momento de su llegada ella les comenta dolor cuerpo por lo que la remiten a las Institución. En la División de Psicología se solicita una evaluación forense en la cual no existen muestra de presunta violación pero si de actividad sexual consensuada.

Luego de hablar sobre los hechos y ser confrontada ella se sincera y cuenta que estuvo en casa de su amiga escondida consumiendo bebidas alcohólicas con varios compañeros y que no quería retornar a su casa ya que no se siente comprendida y sus padres discuten mucho. A partir de ese comentario los padres comentan que están dispuestos a tomar terapia y mejorar su situación para que no se vuelva a repetir

H I P Ó T E S I S

- Problemas en la estructura familiar y su relación entre sus miembros.
- Problemas de atención debido a la etapa de desarrollo.

Terapia Familiar Estructural

El modelo estructural de terapia familiar, fue desarrollado en la década de 1970 por Salvador Minuchin a partir de su práctica clínica al abordar los problemas de salud mental en poblaciones marginadas de Estados Unidos,

Objetivo de la terapia

El objetivo de las interacciones en el sistema familiar, es que el terapeuta se asocia al sistema y utilice a sus miembros para transformarlo, al cambiar las posiciones de los miembros de la familia, cambian sus experiencias subjetivas. Minuchin en 1977 considera de gran importancia durante el proceso, las propiedades del sistema, en las cuales destacan: Primero, que una transformación de su estructura permitirá al menos alguna posibilidad de cambio. En segundo lugar, el sistema de la familia está organizado sobre la base del apoyo, regulación, alimentación y socialización de sus miembros, por lo que el papel del terapeuta es unirse a la familia para reparar o modificar su funcionamiento para que desarrolle sus tareas con eficiencia. En tercer lugar, el sistema de la familia tiene propiedades de auto perpetuación, por lo tanto, el proceso terapéutico será mantenido en ausencia del terapeuta por los mecanismos de autorregulación de este, preservando el cambio.

En el caso de los adolescentes es importante tomar en cuenta que por la etapa de desarrollo en la que se encuentran si bien buscan su independencia a los padres también buscan ese afecto que reciben en un etapa más temprana. Por lo cual buscan a su vez la atención del sistema familiar y su participación en la misma para no sentirse aislados sino pertenecientes al sistema y reconocidos como adultos y ya no niños. Por lo cual es importante tomar en cuenta que el sistema familia no solo debe solucionar el problema que acontece sino evolucionar y cambiar, para adaptarse a la nueva etapa en la que se encuentra su hija.

En el presente caso es necesario que en el sistema se cambien los roles, se modifiquen las reglas y se consideren nuevas conductas para así no solo solucionar el problema de conducta ocasionado por su necesidad de atención.

Sino a su vez prevenir otros conflictos que pueden acontecer con el paso del tiempo, evitando así que nuevamente el sistema familiar se estanque

Bibliografía

- D. Sánchez y Gutiérrez, 2000, Terapia familiar: Modelos y técnicas
- Satir, V. (2002). Terapia Familiar Paso a Paso. México D.F.: Pax México.

TERAPIA BREVE EN UN ADOLESCENTE CON PROBLEMAS DE RELACIONAMIENTO SOCIAL

Pablo Montaña

ENTREVISTA TERAPIA BREVE

PRESENTACIÓN DEL CASO

Juan Carlos de 45 años y Alejandra de 40 años de edad se encuentran muy preocupados por la actitud y el comportamiento de su único hijo Sebastián, un adolescente de 16 años quien por relato de sus padres es un chico que no tiene muchos amigos además de ser tímido, callado no le gusta relacionarse con otras personas ni siquiera con sus compañeros de colegio. Sus padres cuentan que pasa la mayor parte del día encerrado en su cuarto jugando con su consola y cuando no está en su cuarto está en la sala con la computadora, se preocupa tanto en jugar que si no lo llamo para que coma podría estar todo el día sin comer y eso me preocupa mucho son las palabras que utilizo su madre para expresar su preocupación.

ENTREVISTA CON ALEJANDRA

E: Bien Alejandra me gustaría que me hables un poco de ti, a que te dedicas

A: Bien en si soy trabajadora social desde hace ya como 20 años pero desde que nació mi hijo me dedique a realizar las labores de la casa y la verdad no me quejo, atender a mis esposo y a mi hijo me hace muy feliz creo que entrarían en crisis si es que no estuviera ahí para ellos.

E: Cuéntame cómo es la relación entre tu esposo y tú, hace cuanto que se conocen

A: A decir verdad nuestra relación es muy buena, gracias a Dios tiene un buen trabajo que algunas veces lo tiene como loco, pero dentro de todo es una persona que sabe darse tiempo para mí, para Sebastián y para su trabajo. Nos conocemos desde hace muchísimo tiempo desde que estamos en colegio, Juan Carlos siempre ha sido una persona muy extrovertida alegre positivo, siempre se ha preocupado porque no nos falte nada.

E: Bien, ahora me gustaría que me cuentes un poco de Sebastián como es, que le gusta hacer

A: Sebas siempre fue reservado, no se algo tímido, desde que era un niño no le gustaba compartir mucho con otras personas, siempre le ha gustado los juegos de computadora, claro que antes teníamos más control sobre el pero ahora es mucho más complicado porque ya creció y se volvió inflexible poco tolerante y creo que es porque lo mimamos mucho desde pequeño

E: ¿Cómo es tu relación con Sebastián?

A: Con Sebastián me llevo muy bien o bueno me llevaba ahora es como que peleamos mucho por el tema de sus juegos intento imponerme ponerle más control pero no puedo, no me hace caso y a consecuencia de eso está muy distante

E: ¿Cómo fue el embarazo de Sebastián?

A: Fue un embarazo maravilloso, tuve el apoyo de mis padres y el de mi esposo en todo momento, gracias a Dios nunca me faltó nada tuve una atención medica excelente. Durante el parto no hubo complicaciones de ningún tipo, Sebastián nació de 2.600 kg fuerte y sano

E: Podrías contarme un poco de la relación de Sebastián y su padre

A: Sebastián y Juan Carlos se llevan muy bien más que conmigo diría pero es porque pienso que Juan Carlos no tiene que liderar con el comportamiento de Sebastián todos los días, su padre llega para la hora de la cena cunado después de una lucha tremenda Sebastián ya está sentado comiendo, aunque como los fines de semana su padre pasa más tiempo con el creo que ya sabe lo difícil que es liderar con él.

HIPÓTESIS

El comportamiento del adolescente se debe a que no tiene mucha relación con personas de su edad, no realiza otras actividades extras simplemente juega con su consola todo el día.

ANÁLISIS DE PROPUESTA DE TÉCNICA

Consiguiente a la entrevista que se realizó a partir de que los padres buscaron ayuda para tratar el caso se Sebastián se sugiere realizar un abordaje mediante una terapia breve debido a lo relatado por la madre en la presente evaluación. La dinámica familiar que se tiene puede que este agravando a la situación de Sebastián debido a que si bien se pasa tiempo familiar con el adolescente no es equitativo al tiempo que el pasa con su consola, otro factor que agrava la situación de Sebastián es que como no tiene muchos amigos y es hijo único no tenga otra alternativa que encerrarse en su cuarto todo el día para jugar con su consola.

La estrategia que se utilizó permite observar la conducta que tiene Sebastián y la conducta que tiene sus padres frente a este durante las 3 primeras sesiones. A partir de la segunda sesión se sugirió a los padres realizar algunas tareas para realizar junto a Sebastián, las tareas dadas fueron:

- Realizar salidas familiares más seguidas a distintos lugares
- Alejar a Sebastián de la consola con viajes de retiros a lugares abiertos donde no se tenga contacto con aparatos electrónicos

- Inscribir a Sebastián a distintos lugares para que pueda hacer más amigos y poco a poco deje su timidez de lado

Es importante cambiar la rutina que tiene Sebastián dentro su casa, llevarlo a hacer diferentes dinámicas que sean de su interés y de sus padres para dejar poco a poco de lado la consola de juegos para pasar más tiempo tanto con sus padres y pueda hacer más amigos.

Se puede definir la terapia breve como un modelo de intervención psicológica creado por Giorgio Nardón que trata de resolver problemas complicados con soluciones aparentemente simples

CONCLUSIONES

Se sugiere realizar el respectivo seguimiento al caso hasta terminar las sesiones ya que se puede ver que el paciente poco a poco respondió de manera satisfactoria a las tareas designadas a los padres, ya para la 5 sesión se puede observar un cambio en el comportamiento de Sebastián lo cual indica que aún se tiene que hacer cambios en la rutina familiar que antes se tenía. Se sugiere realizar más actividades que involucre movimiento físico para mantener distraído y dinámico a Sebastián.

APLICACIÓN DE TERAPIA BREVE EN UN CASO DE RIVALIDAD FRATERNA

Khalil Salomon

Presentación del caso

Milagros de 40 años está preocupada por el rendimiento escolar y comportamiento de uno de sus hijos varones, Erwin. Además de su relación con su hermano menor ya que hay quejas de que lo molesta mucho cuando juegan.

Es madre de tres hijos, la mayor, Valeria tiene 20 años, hija durante un noviazgo en la juventud y de Erwin de 13 años y Rafael de 8 años hijos en matrimonio con Alberto del cual esta divorcia ya hace 7 años. Es una pareja separada pero con buena relación de padres en la que las responsabilidades están distribuidas no muy equitativamente pero a la que ambas partes llegaron por común acuerdo.

ENTREVISTA CON GRACIELA

ψ *Me gustaría que me hables de ti, a qué te dedicas, qué te gusta hacer...*

Soy secretaria, trabajo como secretaria del directorio de un banco, me gusta mucho trabajar, de hecho, varios amigos, familiares y conocidos me han dicho que soy esclava de mi trabajo, pero yo creo que es muy necesario que me dedique cien por ciento a él porque tengo que proteger el bienestar de mis hijos.

ψ *¿Pasas tiempo con tu familia?*

Solo los domingos, porque de lunes a viernes trabajo todo el día, desde las ocho y media, salgo a medio día para almorzar con mis hijos y mandarlos al colegio y después vuelvo al trabajo hasta las ocho de la noche y

los fines de semana, el padre de los chicos se los lleva y me los devuelve el domingo a mediodía.

Ψ *¿Hace cuánto tiempo te separaste del padre de tus hijos?*

Cuando el menor tenía 5 años.

Ψ *¿Podrías referirme la edad de los tres?*

Ahora el menor tiene 8 años, Erwin 13 y la mayor 20

Ψ *¿Podrías contarme un poco a cerca de tu separación con Alberto?*

Me cansé de su carácter, es un hombre demasiado flojo, no sale de su cama salvo para trabajar, tiene horarios flexibles en su trabajo, nunca me ayudó a cuidar a los chicos, nunca me ayudó a ordenar la casa, no les ayuda con las tareas, creo que necesitaba comenzar de nuevo, reorganizar mi vida y la de mis hijos. No peleamos durante la separación, de hecho, somos buenos amigos, y creo que los chicos están más tranquilos porque ya no nos ven pelear como antes.

Ψ *¿Quieres hablarme un poco sobre Erwin, cómo es tu relación con él y la de él con sus hermanos y con su papá?*

Con Alberto no sé, no me hablan mucho sobre él; con Valeria, su hermana no pasan mucho tiempo, supongo por la diferencia de edad o intereses, mi hija suele salir con sus amigos todo el tiempo, así que no hablan demasiado pero creo que se llevan bien. Con Rafael que es el menor la relación es complicada, Erwin lo molesta demasiado a su hermano, no lo deja en paz un minuto, cada que llego a casa Rafael se pone a llorar o se queja por algo nuevo que le hizo su hermano, Valeria me ayuda a cuidarlos cuando está en casa, pero no le hacen caso y generalmente me cuenta que sus hermanos se pelearon, yo estoy casi segura que las peleas son porque Erwin molesta, pero ni siquiera me deja preguntarle porque comienza a gritar diciendo que él no hizo nada.

Mi relación con Erwin es... (Silencio de 30 segundos) no lo sé, yo considero que normal, está pasando por una edad difícil, no se deja controlar, no le gusta que le pregunte o le llame la atención de nada porque reacciona gritando, trato de evitar las peleas con él y a veces me cuenta cómo le fue en la escuela, me cuenta sobre sus amigos o me pide que me eche con él a ver alguna película.

Ψ *¿Cómo ha sido tu embarazo con Erwin?*

Valeria estaba pequeña, así que prácticamente no lo notó hasta que mi panza había crecido, fue un embarazo buscado, no queríamos que Valeria quedara sola, fui a revisión constante, estuve al cuidado de los médicos y de Alberto, no hubo complicaciones de ningún tipo y cuando nació no sentí casi ningún dolor porque nació en menos de dos horas, prácticamente me intentaron y nació, fue extraño porque mi primer embarazo fue de alto riesgo, pero los médicos dicen que suele pasar con las madres primerizas.

Ψ *Puedes contarme más sobre Erwin, su relación con los amigos en el colegio, la llegada de Rafael...*

Con los amigos, parece que se lleva muy bien, alguna que otra travesura, ha ido a todas las fiestas que comenzaron este año y a algunas el año pasado, sus notas no son muy buenas en el colegio, los profesores se han quejado de su mala conducta y de que nunca hace la tarea, pero es algo que no puedo controlar porque él afirma que jamás tiene tarea y no la anota en el cuaderno cuando la tiene. La llegada de Rafita fue una sorpresa muy agradable para Alberto y para mí, pero no para los chicos, Erwin tenía rabietas insoportables cuando me veía cerca de su hermano y Valeria no quería hablar de él, con el tiempo Valeria se fue encariñando con Rafa pero eso no pasó con Erwin, le molestaba incluso que su papá esté cerca del bebé, cuando Rafael creció comenzaron a jugar juntos pero Erwin lo molestaba o lo lastimaba y eso continua hasta ahora. Claro que hay momentos en los que se llevan bien, pero generalmente se la pasan peleando.

Ψ *Tal vez, si no te molesta... ¿Podrías decirme como te consideras tú como madre?*

Fatal (ríe). No, mentira, no lo sé, trato de darles lo mejor y de llevarme muy bien con ellos, pero la verdad es que me toca la parte más difícil a mí, porque tengo que ocuparme de las tareas y responsabilidades, mientras que Alberto los hace jugar, los lleva de viaje, los lleva a actividades fuera del colegio, a jugar tenis o equitación, así que los chicos me ven como aburrida, los llevo al parque o pasear los domingos, pero creo que no es suficiente.

Alguna vez los chicos me reclaman que paso mucho tiempo en la oficina, pero es inevitable, porque no puedo arriesgarme a perder mi trabajo.

HIPÓTESIS

Conflicto dependencia-independencia.

Fuertes deseos de ser protegido por los padres.

Análisis de propuesta de técnica

Después de llevar a cabo la entrevista a partir de la búsqueda de ayuda por parte de la paciente, la evaluación correspondiente al caso refiere y sugiere el abordaje mediante una terapia breve debido a las hipótesis sugeridas en dicha evaluación. La dinámica del sistema familiar obliga a que las actividades estén repartidas entre los padres y que terceras personas asuman responsabilidades y roles que no les pertenecen. Esto ha desorganizado el sistema generando conflictos de dependencia entre los miembros y mucha sobre protección.

Los celos fraternos vienen determinados por la presencia de agresiones directas entre los hermanos, la aparición de conductas propias de edades inferiores de todo tipo, manifestaciones somáticas, rasgos depresivos, etc. Por lo cual debe crearse un clima en el hogar donde se puedan desarrollar ciertas actitudes que ayuden a entender la posición y lugar de cada miembro de la familia desde la perspectiva más positiva para todos (Fernández, 2001).

La estrategia empleada fue la prescripción de la observación del síntoma durante el lapso aproximado de 4 sesiones con el fin de investigar los motivos de dichas descomposturas. A partir de la primera sesión se le sugiere a la paciente un par de tareas las cuales debe llevar a cabo durante dos semanas.

Lograr un cambio en el sistema de Milagros implica poner de acuerdo a los demás miembros involucrados, en el caso de Alberto, el padre, se le sugiere que pueda ayudar en los deberes durante un día en los fines de semana, mientras tanto Milagros durante los días de semana dedique un periodo de tiempo considerable para realizar actividades recreativas.

Se sugiere que hasta la próxima sesión se eviten:

- Los gritos y las descalificaciones.
- Las atenciones y dedicación excesivas.
- Privilegios a unos hijos frente a otros.
- Comparaciones entre los diferentes hijos.

Es importante para Milagros encontrarse a sí misma nuevamente como mujer, dejando el papel de madre cuando deba hacerlo, al mismo tiempo demostrar a sus hijos que la independencia es una forma eficaz de enfrentar los problemas y conflictos que depara la vida.

Terapia Breve

La Terapia Breve es un nuevo modelo de terapia que busca solucionar los problemas de la manera más rápida, eficiente y menos dolorosa. Busca atacar el problema que determine el paciente como el causante de su conflicto Aquí y Ahora. Su principal enfoque involucra cambiar de una forma de pensar lineal a uno sistémico, es decir, no se trata al individuo y su problema en forma aislada, sino que lo considera dentro de su contexto actual y sus interrelaciones. Esta teoría es la que permite a la Terapia Breve aplicarse adecuadamente tanto al tratamiento de familias, como de parejas, individuos, u otros sistemas de interacción humana (Reyes, 2008). En sí toda la entrevista es un extenso modelo de evaluación estratégico sistémico que permite ir generando propuestas de solución o permitiendo que sea el propio sujeto quien las cree al ir recapacitando sobre las cuestiones que se le formulan (Beyebach, 2010).

CONCLUSIONES

Se sugiere el seguimiento del caso durante el resto de las sesiones sugeridas, a partir de la primera interacción con la paciente se pudo constatar una mejoría en el comportamiento de Erwin reflejado en las notas de los últimos exámenes dos semanas después de la entrevista, por lo que se sugiere seguir efectuando los cambios dinámicos en el sistema.

Destacar la importancia de tomar en cuenta la cosmovisión y las expectativas del paciente. Tenerlas lo suficientemente presentes nos va a evitar empañar buenos resultados terapéuticos por no haber ofrecido lo que el paciente demanda.

Bibliografía

- La familia ante los Celos fraternales, Pautas.200112
- Terapia breve centrada en soluciones2008Psicología Conductual: Revista internacional de psicología clínica y de la salud8
- Introduccion a la Terapia Breve2010Soluciones15

TERAPIA ESTRUCTURAL EN UNA ADOLESCENTE CON DEPRESIÓN

Ana Monroy

Resumen

El presente artículo propone la terapia estructural en un caso de depresión. Tomando en cuenta las bases de la terapia sistémica, familiar y los fundamentos teóricos de Minuchin. El fin es proponer la readaptación del sistema a las circunstancias cambiantes. Cabe destacar que el presente caso, reúne características especiales al tratarse de una adolescente en situación de abandono desde los 5 años de edad, motivo por el cual, el sistema familiar en el que ella se desenvuelve está compuesto por el personal del hogar donde ella habita hace muchos años.

Palabras Clave: Terapia estructural, adolescencia, depresión

Las estructuras se convierten en la realidad compartida de una familia reflejan la razón recíproca de los miembros y prejuicios compartidos, algunos de los cuales son ventajosos, mientras que otros no lo son. La organización de la familia se relaciona con la noción que tienen ella de sí misma, y también el hecho de que, a medida que pasa el tiempo, la construcción de un mito familiar refuerza la estructura que guía el movimiento natural.

Para que las familias se sientan seguras en la dinámica que tienen, deben muchas veces tener comportamientos “esperados” por los demás, lo cual muchas veces puede convertirse en una forma de limitación, donde las reglas y las normas causan un ambiente inflexible, causando comportamientos restringidos, donde cada uno de los miembros funcionan por debajo de su potencial. La estructura familiar es el patrón repetitivo de las interacciones de la familia para llevar a cabo sus funciones, y por medio de la observación de estos patrones transaccionales repetitivos puede determinarse la estructura de una determinada familia, así como su funcionalidad o disfuncionalidad.

Presentación Caso

Adolescente de sexo femenino 16 años de edad, acude al centro de salud mental por depresión y por las ideas poco valoradas que tiene sobre ella misma, a la entrevista la paciente colabora con el personal de salud, de apariencia física saludable, vestimenta correcta, consciente en tiempo y espacio. Los pensamientos que tenía eran tristes, y creía que no lo superaría. Presentaba ideación suicida, refiere que quiso quitarse la vida ahorcándose con su bufanda. Su historia data desde los cinco años de edad donde fue

recibida por un centro de acogida para niños en situación de calle, o que sufren maltrato en el hogar, en el caso de ella por maltrato y descuido. El centro, acoge niños de diferentes edades hasta que cumplen la mayoría de edad, los agrupan en pequeñas “familias” y les nombran madres sustitutas que se hacen cargo de ellos. En el desarrollo de su adolescencia ella empezó a cuestionarse el paradero de su verdadera madre y porque fue abandonada por la misma, siendo su mayor ilusión encontrarla y estar con ella “le daría un fuerte abrazo y le perdonaría por lo que hizo”. Refiere que conoce a su papa biológico y que va a verla siempre al hogar, es más que tiene hermanos por parte de este padre y que también los conoce. Sin embargo se recibió otra información del centro de acogida, que refiere que el señor que va a verla no es su padre biológico sino un tío. En el segundo encuentro con la muchacha se trata de indagar un poco más sobre su vida en el centro de acogida, sin embargo sus respuestas son breves y cortantes, comenta brevemente que el año pasado fue internada en otro centro, la razón fue por las lesiones (cutting) en el brazo, sin embargo dentro del centro también se autolesiona, lo que resultó en la expulsión del mismo y su regreso al hogar. Cuando se le pregunta sobre cómo se lleva con los demás miembros con los que vive refiere que muy bien, igual que en el colegio, refiere que se siente a gusto. También comenta que el fin de semana sale del hogar para trabajar en un restaurante. Muy pocos son los datos que se pueden rescatar en la entrevista de la paciente, en el centro de salud mental se le aplicó prueba IP de personalidad, donde los resultados muestran que tiene personalidad límite, coincidiendo con el comportamiento de la paciente, así también se le tomaron pruebas proyectivas, Test de la Familia, Test de la Figura Humana y HTP, donde principalmente se valora la dependencia afectiva de la paciente, la inseguridad y los miedos de la misma.

Valoración del caso

Los pacientes con depresión durante la adolescencia suelen ser personas pesimistas, con mucha exigencia hacia ellos mismos y ésta se traslada a la terapia. La propia exigencia y pesimismo interactúan y provocan una espiral de sensaciones y pensamientos negativos a lo largo de la vida y en momentos determinados explotan.

Propuesta de abordaje individual

Proporcionar información, explicar el proceso y el pronóstico de lo que puede ocurrir (muy importante en cualquier terapia). Posteriormente trabajar sobre su autoestima, en función al auto concepto y autoconocimiento, para eso es importante poder identificar aquellas características positivas y negativas que tiene, aceptarlas y saber qué hacer con ellas a lo largo de su vida.

Propuesta a través de la Terapia Estructural

Para Minuchin (2007) las intervenciones de esta terapia deben estar basadas en cuatro axiomas principalmente:

- **La presentación de la queja:** En este paso se cambia el principal problema que la familia ha localizado como interno al paciente identificado. Esta es la intervención más común de cada terapeuta familiar. Es una técnica usual que incluye focalizar las aéreas de competencia del paciente identificado dándole un significado diferente al problema y explorar las formas en que el síntoma se presenta poniendo atención a los detalles. Así en el caso de la paciente, se propone indagar sobre los detalles causantes de su depresión, obteniendo como datos la necesidad de saber de su madre y el abandono de la misma.

- **Las interacciones que mantienen el problema o síntoma:** En este paso se explora que es lo que hacen los miembros de la familia para perpetuar el problema. La clave es ayudar al cliente a ver sus interacciones que pueden estar manteniendo el problema sin provocar resistencia. Tomando en cuenta que la paciente vive en un centro para jóvenes sin familia, las personas que asumen a la adolescente, lo tomaron como un hecho de rebeldía propio de la edad. Además que los “hermanos” fueron advertidos como si ella fuese un mal ejemplo, causando un alejamiento de los miembros de su comunidad.

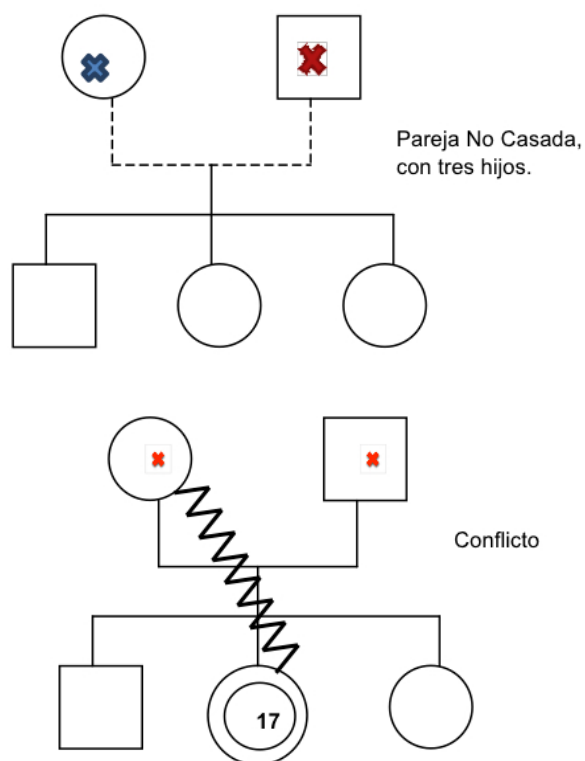
- **Los caminos para llegar al cambio:** Este paso permite una evaluación. Después de observar que es lo que ocurre con la familia y como ellos llegaron hasta ahí, los miembros de la familia

y como ellos llegaron hasta ahí, los miembros de la familia y el terapeuta deben hablar acerca de los cambios que necesitan hacer y cuales son factibles o no. Es a partir de este punto que se pretende abordar desde la terapia estructural el caso de la paciente, tratando de consensuar entre las personas que están a cargo de la adolescente y de los requerimientos de la misma, siempre y cuando esto contemple un cambio en la actitud de la misma, y que sean factibles de hacerlos.

- **La exploración del pasado:** Este paso, el cual es recientemente propuesto, enmarca la importancia de la exploración del pasado de los miembros adultos de la familia, con la finalidad de entender como ellos están trayendo estas experiencias pasadas al presente y la forma en cómo ven a los otros desde esta perspectiva. En esta exploración del pasado es que se pretende llegar a entender la experiencia pasada, desde un genograma, que tenga más claro, la dinámica por la que la adolescente pasó antes de ser socorrida por el centro.

Por los datos recabados se trata de una pareja que tuvo tres hijos, la adolescente fue rescatada por violencia intrafamiliar a los 5 años, donde fue llevada al hogar, de ahí en adelante se desconoce el paradero de la madre y o el padre así como de los hermanos, es probable que hayan fallecido. Sin embargo la paciente hace alusión a que su verdadero padre la va a ver con sus dos hermanitos, a eso el centro, dice que es solo un tío y que evidentemente va a verla, pero no se hace cargo de ella.

Genograma



El papel del terapeuta

Otro punto importante, es que se retoma el papel del terapeuta en el sistema terapéutico como motivador del cambio, para convertir al sistema familiar en un sistema “familia-terapeuta” (Sánchez, 2000), es decir, en la unión con la familia a través de estrategias de coparticipación, o bien a través de movimientos de reestructuración y encuadre y, desafiando la visión que tiene la familia de su situación. Se recalcan dos aspectos importantes dentro del papel del terapeuta, los cuales nos hablan de la unión y el acomodamiento, en el que el terapeuta puede moverse dentro y fuera del sistema según la posición y las características de la familia, manteniendo siempre la posición de liderazgo.

Técnica de Reestructuración

Esta técnica cuestiona la estructura familiar, los límites, la forma en que se hacen las cosas, sus interacciones y la forma de solucionar los problemas. De esta manera en la adolescente se podría apreciar la distancia psicológica, para valorar los límites entre los miembros de la “familia” comunidad en la que ella vive. Valorar las afinidades, diadas, triadas, etc. Si bien el centro tiene personas asignadas al cargo a un grupo de niños y adolescentes el objetivo es cambiar el vínculo jerárquico entre los miembros de la familia (comunidad), finalmente

hacer ver y experimentar a los miembros de la familia (comunidad) que pertenecen a un sistema y no dejarlos permanecer en lo individual, esto será de gran apoyo para la paciente que busca la constante aprobación de los demás.

SUGERENCIAS

Desde el punto de vista sistémico la dinámica relacional de la depresión se caracteriza por una nutrición emocional hipotecada, donde las dos esferas fundamentales de la familia, conyugalidad y parentalidad, están totalmente deterioradas. Se parte de la premisa de que los adolescentes se enfrentan con un problema y no son un problema. La mejor forma es enlistar los síntomas y permitir que el menor los exprese en este caso a sus cuidadores primarios para que los pueda reconocer y sea capaz de explicarlos con sus propias palabras. Debe fomentarse el ambiente de comprensión y apoyo hacia la paciente sin presionar ni hacerla sentir que es responsable de sus síntomas. Estimular que en el hogar se propicie el apego al tratamiento no debe perderse de vista, y esto incluye la eliminación de estigmas, la asistencia a terapia tanto del menor, como de sus cuidadores.

REFERENCIAS

- Minuchin, S. (2007). Familias y terapia familiar. Barcelona: Gedisa
- Sanchez, (2000). Terapia Familiar: Modelos y Técnicas. México: Manual Moderno

TECNICAS COGNITIVO COMPORTAMENTALES APLICADAS A UN CASO CON PROBLEMAS DE ADAPTACION

Bernarda Ostria

Andrea es una mujer que nació en La Paz, Bolivia y tiene 37 años. Viene de una familia extensa muy unida, donde su familia nuclear son sus padres y un hermano de 34 años. Su madre, Sandra, tiene 62 años, y trabaja desde casa. Su padre, Héctor, tiene 63 años y es dueño de una empresa constructora, por lo cual no pasa mucho tiempo en su casa.

Entrando primero en la historia familiar se ve como tema importante el compartir la relación que existe entre los padres para así entender un poco mejor a Andrea. Sandra y Héctor se conocieron cuando eran muy jóvenes, y empezaron a salir cuando tenían 18 y 19 respectivamente. Eran novios durante 8 años, y a sus 26 y 27 se casaron. Andrea fue la primera hija, y tres años después nació su hermano Juan.

Héctor y Sandra tuvieron un matrimonio que aparentaba ser tranquilo y satisfactorio, pero cuando Andrea tenía 29 años, su padre dejó a su madre porque había conocido a otra mujer y decidió irse de su casa para estar con ella. Esto creó en Andrea mucho resentimiento hacia su padre y lo mostraba en todo momento de interacción con él. Esta relación que mostraba ser tensa, se mantuvo hasta el día de hoy. Ambos padres se negaron a divorciarse, y en los siguientes dos años trabajaron para mejorar la relación. En la actualidad, el padre desde que regresó a vivir con ellos no comparte cuarto con la madre, y no hay una mejora en la relación padre – hija. Andrea y su hermano estudiaron en el Colegio Franco Boliviano, donde una vez que Lorena se graduó decidió irse a estudiar a Francia, junto a su mejor amiga llamada Mercedes.

Ellas estudiaron en Toulouse, Francia, donde una vez que Juan, su hermano, salió del colegio se unió al plan de ambas muchachas. Mientras Juan vivía con ellas, a sus 19 años, un día al salir de clases para ir a su casa, fue asaltado a mano armada, lo que causó un gran problema dentro de toda la familia. Juan después de ese evento sufrió una gran depresión, motivo por el cual no salía de su casa. Sandra, la madre, tuvo que ir a recogerlo de Francia para traerlo de vuelta a La Paz donde no salía de su casa a menos que haya consumido bebidas alcohólicas en exceso, dejándolo muy ebrio; fue una época bastante dura para la familia. Más adelante Juan fue diagnosticado con Bipolaridad sin internación, y una vez en tratamiento fue recuperando y logró avanzar. En la actualidad él se encuentra en Estados Unidos haciendo su doctorado. Andrea se quedó a terminar sus estudios en Francia, donde conoció a un chico boliviano que también retornaba a Bolivia una vez que termine sus estudios. Posteriormente en La Paz, Andrea y Pablo, el chico, que conoció, se volvieron novios. En un principio fue una buena relación, pero Pablo empezó a mostrarse agresivo hacia Andrea de una manera verbal y psicológica. Primero comenzó con su manera de vestir, diciendo que necesitaba vestirse mejor y tratándola mal en un sentido general cuando él le molestaba cualquier cosa. Más adelante pasó a ser una agresión mucho más fuerte, donde la molestaba por su peso y decía que él no podía estar con una chica que era “tan gorda y/o descuidada”. Andrea nunca tuvo una autoestima muy alta, pero durante y después de esta relación su autoestima se tornó más baja.

Andrea lo dejó después de dos o tres años de relación, y desde entonces no puede mantener una relación y continua con una mala imagen de sí misma. Actualmente, ella siempre hace dietas o catering y va al gimnasio, pero nunca llega a un punto de comodidad consigo misma, siempre hay algo mal con ella y con su cuerpo. Andrea a sus 32 años se fue a hacer su maestría a Holanda, donde vivió por tres años y luego volvió a La Paz, donde reside actualmente. Andrea tiene un pensamiento muy negativo, y dice que en Bolivia no se puede ser feliz, que para encontrar a la persona con la que se quiere casar tiene que irse a vivir a otro lado, sobre todo a Europa, que es la única manera de ser feliz en la vida en general.

Tipo De Terapia

La terapia que debería ser trabajada con Andrea es la terapia Cognitiva conductual. La terapia cognitivo conductual es una forma de entender cómo se piensa acerca de sí mismo y del mundo o su entorno, y cómo lo que uno hace afecta a sus pensamientos y sentimientos y vice versa. Esta terapia ayuda a entender problemas, dividiéndolo en partes más pequeñas. Esto ayuda a ver cómo los problemas están conectados entre sí y cómo esto afecta

al problema con el que se está trabajando. Estas partes pueden ser situaciones, hechos o situaciones difíciles. Para facilitar este proceso, el terapeuta puede pedirle que lleve un diario, lo cual ayudará a identificar patrones de pensamiento, emociones y comportamientos. Juntos estudiarán dichos pensamientos, emociones y comportamientos y así determinar si son realistas o son perjudiciales, cómo se afectan entre sí y cómo le afectan a Andrea.

El terapeuta ayuda a determinar cómo cambiar pensamientos y comportamientos perjudiciales. Donde después de haber identificado lo que se puede cambiar, se le dará deberes para practicar estos cambios en su vida diaria.

¿Por qué se Escogió este Tipo de Terapia y qué Trabajo se Debe Hacer con Andrea?

El trabajo que debe hacer Andrea es el aceptar su situación y trabajar su pensamiento para ver que el ser feliz no depende de un lugar, sino de uno mismo. Es adaptar su pensamiento para que tenga un efecto en su conducta y por ende que ese cambio se vea reflejado en su entorno. Se considera que su pensamiento tan negativo comenzó con su relación con Pablo, quien tras tanta repetición de que era gorda y desarreglada y/o descuidada, la baja autoestima de Andrea empeoró, lo que actualmente no fue trabajado y hace que nunca esté contenta con su propio cuerpo y su imagen. Al mismo tiempo como le fue repetido que no podía creer que este con alguien que no se cuida, Andrea no puede mantener una relación ya que ella misma con su mente va saboteando sus relaciones. Lo primero con lo que habría que trabajar es con su autoconcepto y con su auto imagen, lo cual tendrá repercusiones en todo su entorno y en todas sus relaciones.

Más adelante se debe trabajar con su relación en familia, ya que es algo que también puede estar trabando sus relaciones, por la tensión que tiene con la separación de sus padres y el motivo por el cual están separados, sin embargo, viviendo en la misma casa. Andrea tiene una gran tensión con el sexo opuesto que debe ser trabajada, ya que éstas están afectando sus relaciones interpersonales y su auto imagen, que es lo que la hace pensar que en Bolivia ella no puede ser feliz y debe irse; ya que, si no se trabaja con su manera de pensar, donde ella decida irse no va a lograr encontrar esa felicidad de la que tanto habla.

Referencias Bibliográficas

Caso Real. La Paz, Bolivia

Timms P. (2009) La Terapia Cognitivo Conductual (TCC). España: Sociedad Española de Psiquiatras.

Bernal G. y Rosselló J. (2007). Manual De Tratamiento Para La Terapia Cognitiva-Conductual. Puerto Rico: Universidad de Puerto Rico, Institute of Psychological Research.



Impresión:

Arte
Grafica

-Calacoto, Avenida Ballivián, entre calles 14 y 15, Edificio Molino of. 101 (La Paz- Bolivia)