



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Psicología

División de Estudios Profesionales

“Una adolescente en riesgo, el camino
entre la vida y la muerte.”

Informe Profesional de Servicio Social

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

ANGÉLICA PAOLA SALVADOR BARCENAS

DIRECTORA :

DRA. EVA MARÍA ESPARZA MEZA

REVISORA:

MTRA. WENDY DE LAS MERCEDES LARA OLGUÍN

CIUDAD MÉXICO, 2018





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

Antes que nada, quiero darle las gracias a Dios por permitirme concluir esta etapa, le agradezco por su infinito amor, por la gracia que ha demostrado en mi vida y por su inmensa bondad, porque puedo ver hacia atrás y asombrarme por toda su provisión y su fiel cuidado. Y porque sé que en mi futuro su gran amor y fidelidad nunca me faltarán.

Tú nos has traído hasta aquí
No nuestras fuerzas
Ni nuestra bondad
Tú nos has traído hasta aquí
Por eso toda la gloria y la gratitud
Por eso todo el honor para Ti
Pues quién sino Tú has sido refugio
Y quién sino Tú calmó nuestra sed
Quién sino Tú ha sido el sustento cuando todo faltaba
Señor sino tú que por siempre eres fiel

Santiago Benavides

A mis padres:

Pablo Salvador Hernández, por todo tu amor, paciencia, dedicación y entrega, por siempre procurarme e interesarse incondicionalmente por mí, gracias por ser mi mayor ejemplo de amor, responsabilidad y bondad.

Joaquina Bárcenas Hernández, por todo tu amor, entrega, compromiso y cuidado que siempre me has brindado, gracias por enseñarme con tu ejemplo a ser una mujer fuerte, valiente y a nunca darse por vencida.

A ustedes dos gracias por todo su amor y cuidado, por escucharme, corregirme e interesarse por mi felicidad y bienestar, por siempre haber confiado en mí, por esforzarse y trabajar día a día para cubrir todas mis necesidades, porque sin su apoyo, educación y formación nada de esto sería posible, gracias por ser unos padres excelentes y por ser de los pilares más importantes en mi vida, para ustedes con todo mi amor y respeto.

A mis hermanas Gloria y Adriana, por ser mis compañeras de vida, en honor a todos los bellos y felices momentos que hemos pasado juntas, para ustedes con todo mi cariño.

A mi abuela Inés Hernández, por los cuidados que me dio desde pequeña.

A mí estimada directora la Dra. Eva María Esparza Meza, gracias por brindarme la oportunidad de participar en el “Proyecto para la profesionalización del psicólogo clínico”, por compartir conmigo todo su conocimiento, por todas sus enseñanzas y guía para poder crecer profesionalmente y poder desarrollar este proyecto.

A mí querida revisora la Mtra. Wendy Lara Olgúin, gracias por todas las enseñanzas, orientación, supervisión y apoyo que me brindaste tanto profesional como personalmente durante la realización del servicio social, eres una gran mujer.

A mis sinodales, la Mtra. Guadalupe Medina, Mtra. Karla Cervantes y Mtro. Salvador Chavarria, gracias por compartir conmigo todos sus conocimientos y experiencias, por brindarme su tiempo y asesorarme en la realización de este proyecto.

A la Universidad Nacional Autónoma de México y a mi querida Facultad de Psicología, por permitirme pertenecer a esta institución honorable, por brindarme tantos aprendizajes, formarme de manera profesional y permitirme crecer de forma personal, por proporcionarme de los años más bellos de mi vida y por la oportunidad de conocer a excelentes personas.

Índice

Resumen -----	1
1.- Contexto de la institución y del programa donde se realizó el servicio social -----	2
2.- Descripción de las actividades realizadas en el servicio social -----	4
3.- Objetivos del informe del servicio social -----	6
4.- Soporte teórico metodológico del servicio social -----	7
5.- Resultados obtenidos en el servicio social -----	24
6.- Estudio del caso-----	31
6.1 Soporte teórico para el análisis del caso -----	31
6.2 Datos generales del caso-----	60
6.3 Antecedentes médicos -----	61
6.4 Reporte psicológico del hospital -----	65
6.5 Historia Clínica -----	68
6.6 Resultados y conclusiones del caso -----	78
7.- Recomendaciones y sugerencias -----	86
Referencias -----	89
Anexos -----	94

Resumen

El presente Informe Profesional de Servicio Social tiene como objetivo presentar las actividades realizadas durante la prestación del servicio social dentro del programa “Profesionalización del psicólogo clínico” que se desarrolla en el Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro. También, se describen las labores que desempeña el psicólogo clínico en el ámbito hospitalario, introduciéndose al área de la salud pública; donde el psicólogo, a través de herramientas propias de la psicología clínica como la entrevista, evaluación, diagnóstico y tratamiento, participa de manera profesional atendiendo a una población establecida. Los aprendizajes logrados se exponen mediante la descripción del resultado de las actividades desempeñadas; así mismo, se presenta un caso que muestra el trabajo que desempeñé a lo largo de mi estancia en el hospital.

Palabras clave: psicólogo clínico, salud pública, herramientas de la psicología clínica, ámbito hospitalario.

1.- Contexto de la institución y del programa donde se realizó el servicio social

Contexto de la institución

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) es una organización gubernamental de México que administra parte del cuidado de la salud y seguridad social, ofrece asistencia en casos de invalidez, vejez, riesgos de trabajo y la muerte. El ISSSTE se encarga de brindar beneficios sociales para los trabajadores del gobierno federal, se constituye en México como la primera en responder a una visión integral de la seguridad social, cubriendo tanto asistencia a la salud, como prestaciones sociales, culturales y económicas, cuyos beneficios se extienden a los familiares de los trabajadores; los servicios son brindados bajo los valores institucionales de honestidad, legalidad y transparencia. El Hospital General Darío Fernández es una de las muchas instancias de salud pertenecientes a este organismo. Se trata de un hospital de segundo nivel que ofrece 35 especialidades médicas quirúrgicas y dispone de con 1,784 camas, cuenta con un equipamiento intensivo para mejor la atención a los usuarios (La Jornada, 2006).

Descripción del programa de servicio social

El programa de servicio social “Proyecto para la profesionalización del psicólogo clínico” está vinculado al servicio de psicología del Hospital General “Dr. Darío Fernández Fierro” del ISSSTE, el cual proporciona un espacio de atención psicológica para niños y adolescentes, cuyas enfermedades, sobre todo crónicas; les obliga a permanecer de manera recurrente en atención hospitalaria. Es un programa especializado de atención psicológica permanente, preocupado por ofrecer una mayor calidad de servicio a los derechohabientes. Se tiene un área de trabajo especializada, que cuenta con mobiliario y equipo tal como televisión, grabadora, computadora, juguetes, papelería, material didáctico, donde niños, adolescentes y padres, recibían apoyo psicológico permanente.

El servicio de psicología atiende principalmente a niños y adolescentes que acuden a Consulta externa psicológica, aunque también llega a prestar servicio a población adulta, especialmente cuando se solicitan dictámenes de invalidez; del mismo modo, se atienden pacientes canalizados por diversos servicios como Hospitalización Pediatría, Urgencias Pediatría, Nefrología Adultos, Medicina Interna, Neurología, Psiquiatría y pacientes referidos por el Servicio de Atención al Derechohabiente

El Programa de Atención Psicológica tiene como función, ofrecer intervención psicológica enfocada al enfermo, tanto en su estancia hospitalaria como en consulta externa, mediante interconsultas enviadas por los servicios de especialidad. En este servicio se realizan actividades de evaluación, diagnóstico y tratamiento de forma individual, grupal o familiar, dependiendo de la problemática que presenta cada paciente, tanto pediátrico, como adulto o aquellos pacientes que requieren evaluación psicológica completa para dictamen médico o para auxiliar la toma de decisiones terapéuticas de los especialistas.

2.- Descripción de las actividades realizadas en el servicio social

Las actividades realizadas en el servicio social son planeadas y supervisadas por un psicólogo experto; en un cronograma se establecen las tareas a realizar, sustentadas bajo el marco teórico de la psicología clínica, basándose en las competencias que debe desarrollar el prestador de servicio social. Mediante pasos detallados, se incorpora de una manera global al alumno en el trabajo institucional, de modo que pueda empaparse de todas las actividades necesarias para una ejecución profesional del psicólogo clínico, que comprende las siguientes funciones:

1) Realización de entrevistas: el alumno efectúa entrevistas iniciales a pacientes asignados, de consulta externa y de interconsulta; así como la entrevista de devolución de resultados.

2) Evaluación psicológica: el alumno aplica diversos instrumentos y técnicas psicológicas, con la finalidad de realizar un estudio del caso, para así obtener una mejor comprensión del problema, establecer un diagnóstico y ofrecer sugerencias de intervención psicoterapéutica.

3) Integración de informes psicológicos: para la integración de informes psicológicos, es necesario analizar los datos obtenidos mediante la entrevista, así como incorporar los resultados e interpretaciones de las pruebas aplicadas. Con dicha información se realiza una conclusión concreta y detallada sobre las distintas áreas de la vida de la persona, estableciendo un diagnóstico conforme la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

4) Devolución de resultados: una vez realizado el informe psicológico, es necesario realizar la devolución de resultados al paciente y si es el caso a sus familiares, en el cual se explica los datos obtenidos, remarcando fortalezas y debilidades, el diagnóstico y la propuesta de intervención y seguimiento del caso.

5) Intervención: el prestador de servicio social participa de forma activa como coterapeuta y realiza intervenciones psicológicas de apoyo y/o terapia focalizada. Mediante la supervisión del profesional experto, el alumno logra tener un acercamiento directo con los pacientes, poniendo en práctica teorías y estrategias terapéuticas, buscando el beneficio del paciente.

6) Otras actividades: además de las actividades anteriores, se asiste a seminarios y clases extras de diversos trastornos, ejemplificándolos con casos reales atendidos en el servicio. Del mismo modo se recibe material de apoyo como textos y bibliografía extra. En mi estancia dentro del servicio social tuve la oportunidad de participar como evaluadora de médicos residentes.

3.- Objetivos del informe del servicio social

Los objetivos de este informe profesional de servicio social son:

- a) Dar a conocer las labores del psicólogo clínico en el ámbito hospitalario.

- b) Compartir mis experiencias en el “Proyecto para la profesionalización del psicólogo clínico” mediante la descripción de las actividades realizadas y los resultados obtenidos.

- c) Exponer un caso que ejemplifique el trabajo realizado durante mi estancia en el hospital.

4.- Soporte teórico metodológico del servicio social

La Psicología es una ciencia que se define por el estudio de la conducta en todas sus manifestaciones y contextos, el comportamiento tiene una variedad de formas o manifestaciones que incluyen la actividad mental, la respuesta psicofisiológica, la reacción emocional, el decir y el hacer propiamente, la psicología se interesa tanto en el comportamiento normal como en el anómalo, aquél que implica algún trastorno o desorden. La Psicología Clínica es un campo de especialización de la Psicología que aplica los conocimientos y técnicas propias de ésta área al trabajo con personas que presenten alteraciones, patologías, problemas o trastornos; en general, se interesa en la conducta anómala, realizando un análisis integral del individuo, de esta manera el comportamiento se ha de estudiar de acuerdo con la persona, teniendo en cuenta la cuestión biológica, el contexto social, la situación presente y su trayectoria. La psicología clínica dispone de sus propios métodos, modelos y procedimientos como métodos psicodiagnósticos, modelos psicopatológicos y procedimientos psicoterapéuticos, lo cual le permite identificar el trastorno, analizar la condición psicopatológica, dar una explicación y llevar a cabo un tratamiento para remediar el problema y, en su caso, prevenirlo (Editorial Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2003).

Colín (2009) enfatiza que la psicología clínica se refiere a la práctica que el psicólogo realiza al atender pacientes desde diferentes enfoques (conductual, psicoanalítica, gestalt, etc.). Aplicando técnicas específicas para comprender las motivaciones psicológicas de la conducta y determinar el comportamiento atípico en situaciones específicas. Analiza los conflictos así como las soluciones que ha intentado.

El proceso clínico se compone de una serie de métodos y técnicas que el psicólogo debe de aplicar a fin tener un conocimiento detallado de la persona y así poder intervenir de manera adecuada. Dando respuesta a la solicitud o problemática del paciente.

La entrevista

La entrevista es una de las herramientas más utilizadas en psicología, en el área clínica es fundamental su empleo y se necesita de parte del psicólogo, el conocimiento, la experiencia y un buen manejo de ésta para poder establecer una adecuada comunicación entre el consultante y el experto, para así obtener de manera ética los datos fundamentales que darán pie a la intervención.

Morga (2012) señala que la entrevista es el instrumento por excelencia para obtener y recabar datos, el principal objetivo es obtener información confiable y válida, en psicología, la entrevista es básicamente una relación humana interpersonal, ésta relación permite la creación de vínculos significativos entre el entrevistador y el entrevistado, dichos vínculos permiten un proceso de comprensión humana que facilitan al entrevistador para entender cabalmente las necesidades, motivos, procesos cognitivos y afectivos en general

La entrevista psicológica es la herramienta esencial y primordial de trabajo. Es un modo de indagación clínica, una forma de intervención y también un método de investigación en el cual las observaciones que se registran en la misma, dan pie al origen de hipótesis clínicas, las cuales se van validando durante el proceso. La secuencia metodológica hace al psicólogo clínico distintivo de otros miembros del equipo multidisciplinario en las ciencias de la salud. La entrevista es la herramienta para trascender de forma descriptiva e interpretar las percepciones del contexto y la visión de la situación planteada por parte del paciente. (Sánchez, 2008, p.155)

La entrevista psicológica es una forma de interacción humana, de carácter privado, establecida entre dos o más personas, con roles prefijados por el entrevistador, con un propósito definido, y con la intención de obtener información relevante para la toma de decisiones (Morga, 2012).

Sullivan citado en Díaz (1998) refiere que la entrevista es, una situación de comunicación verbal, entre dos personas, más o menos voluntariamente integrado, sobre una base progresiva de experto-cliente, con el propósito de explicar características de vivir del sujeto entrevistado, sus dificultades y sus cuestiones significantes.

Colín (2009), refiere que todo proceso psicológico inicia en el momento que el consultante, motivado por sus propias necesidades de ayuda, busca establecer contacto con un psicólogo, basándose en la idea de que él podría entenderlo, guiarlo o resolver sus intranquilidades.

Al ser la entrevista el primer contacto que se tiene con el paciente es necesario que por parte del experto se tenga un conocimiento adecuado de esta y se vea acompañada de un acercamiento progresivo a nivel de comunicación. En toda entrevista se busca fomentar una buena relación con el consultante, ya que si esta no es buena, lo más probable es que el resultado tampoco lo sea (Serra, 20014).

De esta manera podemos establecer que la entrevista es una herramienta funcional con características propias, está regida por principios teóricos, técnicos y éticos que fomentan un proceso de intervención. Éste se determina a través del encuadre clínico, existen reglas que delimitan la relación, el clínico es el profesional encargado de establecer la correcta relación entre psicólogo- paciente.

Para Serra (2014), la finalidad de la entrevista es descubrir o conocer las dificultades que tiene en su vivir cotidiano, la entrevista puede ser:

- 1) Abierta: se da libertad al entrevistado a fin de que comunique lo que para él es significativo y que se relaciona con las dificultades que experimenta en ese momento.
- 2) Cerrada: Sigue una serie de preguntas establecidas a fin de obtener un conocimiento específico.

La entrevista es el medio para lograr el esclarecimiento de los conflictos psíquicos del entrevistado, el entrevistador durante su escucha, encontrará relaciones que le parecen significativas entre el relato del paciente y sus síntomas. La entrevista se caracteriza por tomar en consideración no sólo lo que el paciente dice u omite, sino la manera particular en que se expresa, los afectos durante la entrevista y los temas a los que corresponden. El silencio comunica, tanto como la verbalización excesiva; el tono de voz, su monotonía, la actitud corporal, los movimientos, las gesticulaciones, los cambios de coloración facial, sudoración, etc. (Díaz, 1998, p.30-31).

Etapas de la entrevista

La entrevista es una parte de la intervención clínica, es la herramienta de inicio y acercamiento hacia el paciente, como todo proceso esta cuenta con pasos a seguir para un correcto desarrollo, a fin de que los resultados obtenidos sean los más favorables. Colín (2009) menciona que tiene tres fases:

Inicio: aquí se conocen en persona los participantes, se hace una presentación formal de manera cordial, se establece una parte del encuadre, fijando el rol del psicólogo y del paciente. Uno de los principales elementos de esta parte es el establecimiento del Rapport, que es el conjunto de acciones que el psicólogo realiza para que el paciente se sienta seguro, confiado y cómodo, el rapport consiste en crear una atmosfera cálida, de tal manera que el entrevistado se sienta cómodo y confiado para hablar. Se le pregunta al entrevistado la razón de su consulta y se inicia la entrevista propiamente dicha.

Desarrollo: se da de una manera apropiada y consecutiva, registrando datos esenciales denominados “ficha de identificación” lo que abarca nombre, domicilio, lugar y fecha de nacimiento, edad, escolaridad, dirección, sexo, estado civil, ambiente étnico y cultural, ocupación, motivo de la entrevista. Así mismo se incluye la historia personal.

El entrevistador aborda el motivo manifiesto de la consulta mediante intervenciones que proporcionen más información y claridad acerca del malestar, haciendo preguntas sobre el curso del malestar, fecha de inicio, evolución, forma en que se abordó al inicio el problema y algunos otros tratamientos previos para resolver su malestar.

Final: unos minutos antes de terminar, es necesario comentar al entrevistado una primera impresión acerca de lo que ha comunicado, para corroborar la información y evitar algún malentendido, se le informa al entrevistado la forma como se procederá en las citas subsecuentes, explicando el proceso de evaluación, la aplicación de otros instrumentos o la consulta a otros especialistas para la integración de un diagnóstico. Asimismo, se le indicará que una vez terminada la evaluación se le comunicará los resultados y qué alternativas se le pueden ofrecer para su tratamiento.

Por medio de la observación y la escucha activa el psicólogo debe de conducir la entrevista a fin de que ésta se convierta en un acceso para poder interactuar de modo confiable y empático con el entrevistado.

Según el caso al que nos enfrentemos es la forma en la que se manejará la entrevista y la indagación que tengamos en la historia del paciente. Serra (2014) afirma “En función del motivo de consulta es que se dará determinado énfasis y atención a algunos aspectos de la entrevista, se indagarán procesos y funciones dependiendo del objetivo que se persigue” (p.119). Es importante recalcar que cada historia y paciente es diferente por lo cual la entrevista se adapta a cada caso.

En la actualidad es frecuente que muchas personas desconozcan la labor del psicólogo. Sánchez (2008) afirma que “En México es muy común que el paciente desconozca los posibles beneficios de la intervención psicológica, y que estén presentes prejuicios negativos hacia ella, lo cual lo hace propenso a resistir o rechazar la entrevista” (p.161).

Historia Clínica

Es un documento que el psicólogo va desarrollando a partir del conocimiento que adquiere del sujeto por medio de la entrevista, se ordena de manera cronológica la vida del individuo y está estructurada con base en áreas o etapas del desarrollo, al ser analizadas, permiten llegar al diagnóstico en forma objetiva. Se realiza de acuerdo con el abordaje teórico y técnico en que se ha formado el psicólogo. Se debe poner énfasis en determinados puntos que puedan explicar la dinámica del sujeto. (Serra, 2014, p.135)

Sánchez (2008) señala que una de las herramientas más comúnmente empleada es la historia clínica, en la cual se registra la información del paciente, consta de distintas sesiones que dejan constancia de los datos obtenidos. Los aspectos que abarca son:

- 1) Identificación del paciente: En ésta se asientan los datos básicos de la persona, tales como nombre, edad, fecha de nacimiento, escolaridad, estado civil, etc.
- 2) Motivo de consulta: Se describe de forma precisa el motivo por el cual asiste a consulta el paciente.
- 3) Enfermedad actual o problema de referencia: Precisa la enfermedad que está cursando el paciente en el momento de la consulta, señalando los síntomas y manifestaciones de la enfermedad y cómo ha evolucionado con el tiempo.
- 4) Antecedentes. Diversos antecedentes ordenados según su naturaleza, indicando cuando ocurrieron. Entre éstos están:
 - ✓ Antecedentes mórbidos: Precisando enfermedades, operaciones y traumatismos que el paciente haya sufrido a lo largo de su vida
 - ✓ Antecedentes sociales y personales: En esta parte se investiga de forma detallada aspectos personales del paciente para conocerlo mejor, así como indagar en datos familiares, laborales y relaciones interpersonales, con la intención de evaluar y comprender como su enfermedad puede afectarlo en estas esferas.

- ✓ Antecedentes familiares: Precisar enfermedades que presenten o hayan presentado familiares cercanos; de la misma manera es fundamental dibujar un genograma en el cual se especifica las relaciones familiares, señalando conflictos, alianzas, divorcios etc.
- 5) Hábitos: Se destaca si se presenta consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales; de la misma forma se describe el tipo de alimentación y los horarios de sueño.

Evaluación

Una de las principales herramientas de la psicología clínica es la evaluación psicodiagnóstica, por medio de la cual se recaban todos los datos del consultante, obteniendo una información completa del mismo a fin de poder establecer un diagnóstico y por ende la intervención adecuada.

Morga (2012) asegura que la entrevista y las pruebas psicológicas funcionan como los elementos básicos para el diagnóstico e intervención psicológica.

Del mismo modo Mikulik (2004) comenta que las pruebas de evaluación psicológica constituyen una de las herramientas más importantes con la que contamos los psicólogos para la investigación y la práctica profesional.

De acuerdo con Douglas (1982), para poder evaluar, los psicólogos clínicos recaban de sus pacientes información que cubre muchos aspectos: el funcionamiento intelectual, características de la personalidad, actitudes, intereses, preferencias, valores, su conducta, pensamientos, sentimientos, sus problemas, etc. Los métodos que puede utilizar para recopilar datos son muy variados, se pueden clasificar en tres grandes categorías:

- ✓ Entrevistas
- ✓ Pruebas psicológicas: se pide que se responda a estímulos normalizados, presentados por escrito u oralmente.

- ✓ Observaciones directas: percibir la manera como el paciente se maneja en una situación provocada o también en su vida normal.

El uso de estos resultados es para una toma de decisión, puede tener diferentes fines como hacer un diagnóstico de problemas de conducta, ayudar a un paciente en su elección vocacional, seleccionar al candidato más idóneo para un puesto, describir características de la personalidad, seleccionar el tipo de tratamiento psicológico adecuado, suministrar datos necesarios en la decisión legal con respecto al compromiso del paciente en diversos ámbitos, etc.

Para Sánchez (2008) las pruebas psicológicas son herramientas que ayudan al clínico a investigar de una manera confiable aspectos específicos del evaluado, son objetivas y fiables.

Las pruebas psicológicas estructuradas permiten llevar a cabo la evaluación de la personalidad, éstas deben de ser confiables, válidas, estandarizadas y normalizadas para la población con la que se realizará el diagnóstico. Evaluar es un proceso integral, sistemático, acumulativo y continuo que valora la conducta del individuo en relación con un marco o grupo de sujetos (Serra, 2014).

Serra (2014, p.127) señala que “En las pruebas proyectivas el examinado manifiesta la dinámica intrapsíquica, permitiendo conocer las áreas libres de conflicto y las áreas conflictivas, así mismo se muestra el funcionamiento del inconsciente, posibilitando que el sujeto proyecte su mundo interno”.

En la evaluación psicológica es indispensable una batería de pruebas, la aplicación de pruebas debe realizarse por profesionales preparados en esa área, tanto para aplicarlas, como calificarlas y sobre todo a la hora de interpretarlas en donde los juicios son mucho más complejos y elaborados. Se aplican con la finalidad de obtener información con propósitos de evaluación o diagnóstico; en espacios cómodos, libres de distracción, para el éxito de este proceso se necesita que el evaluador sea capaz de dar instrucciones claras, precisas y concisas al examinado (Sánchez, 2008).

Las pruebas psicológicas deben utilizarse con cautela, proporcionando la información de manera clara tanto al paciente y si es necesario a otros profesionales de la salud. Por ética, el paciente tiene que estar informado de los procedimientos a los cuales será sometido, de su utilidad y consentir voluntariamente para responder y participar en la evaluación. De igual forma, el psicólogo deberá guardar la confidencialidad de los datos de las pruebas, tanto en el expediente clínico como en las sesiones clínicas de divulgación de un caso (Sánchez, 2008).

Integración de informes psicológicos

Para Esquivel (2007), la integración de informes psicológicos es esencialmente un proceso de inferencia clínica, mediante el cual el psicólogo examina los datos obtenidos con las técnicas ya mencionadas, ordenándolos y organizándolos dentro de un marco de referencia constituido por las teorías del desarrollo y la personalidad.

El diagnóstico psicológico es una tarea compleja que consiste en explicar la conducta y los procesos mentales dentro de una situación dinámica en la que se concibe al sujeto como un ente total. Aun cuando de manera aislada y mediante varias técnicas se exploran los diferentes aspectos que conforman la personalidad, es necesario integrar los datos de manera que nos permitan comprender globalmente el padecimiento o desajuste por el que la persona asiste a consulta.

El psicodiagnóstico es un proceso mediante el cual se integra la información relevante del paciente. La interpretación de esta información siempre debe realizarse dentro del contexto de vida de la persona, es decir, tomando en cuenta los procesos de desarrollo físico y psicológico, la dinámica familiar y el contexto educativo y social en el que se encuentra inmerso el paciente. Cuando se elabora un informe psicológico, éste siempre debe dar respuesta al motivo por el cual se realizó la evaluación.

Lo más relevante es que se presenten todos los datos interpretados, integrados y explicados a la luz de la actitud del paciente frente a las pruebas, el motivo de consulta y su contexto de vida, esta información tiene que dar respuesta al motivo de la evaluación para que se tomen las decisiones apropiadas y de esta manera sea posible proporcionar la atención familiar, psicológica, psicoeducativa o médica que el paciente requiera.

Es importante que el estudiante de psicología cuente con la asesoría y supervisión de un experto para su capacitación en el empleo de pruebas psicológicas y la elaboración de informes.

Devolución de los resultados

Como proceso final de la evaluación y recopilación de datos viene la devolución de resultados, éste se da directamente al paciente cuando se trata de un adulto, a los padres y al niño cuando el evaluado es un menor de edad. Serra (2014, p.163) señala:

Una vez realizada la aplicación, calificación e interpretación de las pruebas psicológicas, se lleva a cabo la integración de los resultados, los cuales arrojan un conocimiento de la persona. La devolución de información, implica que hagamos del conocimiento del sujeto diagnosticado, objeto de información específica y detallada que de él se ha obtenido y que es valioso compartirla, se realiza el planteamiento, de lo general a lo particular, de lo que conoce (lo que está consciente) a lo que desconoce de sí mismo (inconsciente). Lo importante es comunicar los hechos conocidos y que de ninguna manera implica una etiqueta.

Intervención psicológica

Para Douglas (1982) en el proceso de intervención, el trabajo del psicólogo clínico consiste en ayudar a sus pacientes a solucionar los problemas psicológicos que los angustian, mediante la modificación de la conducta, asesoramiento psicológico o de otras maneras dependiendo la orientación teórica del psicólogo. El tratamiento puede tener diversos objetivos como: disminuir la angustia, el problema de conducta de una persona o de un grupo, la prevención de los problemas antes de que aparezcan, haciendo los cambios necesarios a nivel personal, familiar o en el ambiente.

El comienzo del tratamiento se inicia desde las entrevistas. En la práctica institucional el proceso terapéutico queda con frecuencia dividido en un proceso de recepción, evaluación, diagnóstico y lista de espera, que puede proceder en semanas o meses de tratamiento propiamente dicho, lo que corresponde a las circunstancias del servicio, no a las necesidades reales del que solicita la atención. (Díaz, 1998, p.29)

Los pacientes que son atendidos en el ISSSTE son personas de todas las edades, lo que hace que el psicólogo atienda diversos padecimientos entre éstos se puede mencionar, la discapacidad intelectual y/o física, enfermedades que requieren de hospitalización, trastornos psicosomáticos, etcétera. La atención puede ser solicitada voluntariamente o requerida por un juzgado, algún médico o una escuela, muchos de los problemas de los pacientes suelen ser muy complejos, resultado de la combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales, debido a esto el psicólogo no siempre trabaja solo. Ocasionalmente necesita referir al paciente con otros profesionistas (psiquiatra, médicos, trabajadores sociales) para hacer una intervención a nivel integral.

El orden varía dependiendo el caso; por lo general, los pacientes son atendidos en primera estancia por médicos generales, ellos refieren al paciente con diversos especialistas según la necesidad y es cuando llegan al consultorio de psicología.

Así mismo es frecuente que en primer estancia lleguen al servicio de psicología; a través de su entrevista y evaluación correspondiente, si es necesario el psicólogo hace la canalización del paciente para que también sea atendido por otros especialistas o bien se le realicen algunos estudios.

Dentro de la intervención psicológica es fundamental que el psicólogo clínico esté familiarizado con la teoría y técnicas de diferentes corrientes psicológicas a fin de poder adecuarse al padecimiento del paciente con el propósito de tener planes de intervención. Durante el servicio social los modelos y terapias más utilizadas son las que se expondrán a continuación; éstas eran utilizadas de manera integrativa o individual según el caso y las necesidades del paciente.

El modelo psicodinámico.

El punto de vista psicodinámico considera a los fenómenos psíquicos como la resultante de un conflicto entre fuerzas psíquicas opuestas. El aparato psíquico es una división hipotética de la mente en varios sistemas o instancias que son compuestas por el ello, yo y superyó, las cuales se encuentran dotadas de energía propia, capaz de actuar en común acuerdo o de entrar en oposición, dando por resultado un conflicto psíquico, cuya solución puede desembocar en la formación de síntomas o rasgos de carácter (Díaz, 1998).

El ello es el contenedor de la energía que pone en movimiento al aparato mental y contiene la expresión psíquica de las pulsiones y es totalmente inconsciente. Las pulsiones son procesos dinámicos originados en el propio organismo que conduce al sujeto hacia un fin que es la búsqueda de descarga por mediación de un objeto del mundo externo, que permita la satisfacción de la necesidad emergente (Díaz, 1998).

La pulsión se encuentra en el límite de lo somático y lo psíquico, es incapaz de acceder directamente a la conciencia, encontrando su descarga a través de sus: pensamientos, deseos, fantasías, afectos, alteraciones corporales, movimientos, acciones y síntomas somáticos o psíquicos (Díaz, 1998).

El yo es la parte más coherente u organizada, regula o se opone a las pulsiones, mediante diversos mecanismos defensivos y es el mediador; debe de cumplir las funciones de percibir las necesidades del individuo, las cualidades y actitudes del medio ambiente, evaluar e integrar estas percepciones para aliviar la tensión de las necesidades y deseos, a través de la desviación o disminución en la intensidad de las pulsiones.

El superyó es el resultado de la internalización de las demandas de las normas morales de la sociedad en la que vive el sujeto. Se desarrolla gracias a la identificación con los padres y con otras personas significativas. Designa la conciencia moral y el sentimiento de culpa. El superyó abarca las funciones críticas o de oposición en contra de los deseos derivados de las pulsiones provenientes del ello (Díaz, 1998).

Modelo Humanista.

Está basado en el enfoque centrado en la persona, en esta visión, la empatía, la escucha, la confidencialidad, el respeto, la consideración positiva, el juicio no inquisitivo y hasta la aceptación incondicional, son la base de la intervención, favoreciendo un ambiente cálido y confiable, en el cual, el terapeuta participa como un facilitador que acompaña al paciente en un proceso de crecimiento que favorecerá el apoyo y desarrollo de los recursos personales del paciente. La intervención consiste en crear condiciones de aprendizaje significativo que nos permite aprender de nuestras experiencias y ayudar a crear una vida más plena y profunda (Sánchez, 2008).

La terapia Gestalt.

La terapia Gestalt pone énfasis en la experiencia presente y en la consciencia inmediata sobre la emoción y la acción. Teniendo contacto con los propios sentimientos. Un aspecto central en la terapia Gestalt es el concepto de la persona como un todo organizado, no como un conjunto desarticulado de emociones, cogniciones y conductas. Los individuos deben de desarrollar una consciencia no sólo de sí mismos, sino también acerca de las formas en las que se derrotan a sí mismos. De acuerdo a esta terapia, el potencial interno de la persona es capaz de superar los problemas de adaptación. Pero primero debe existir una consciencia tanto de los obstáculos para una mejor adaptación, como del potencial interno en sí (Phares, 1999).

La terapia cognitivo conductual.

Colabora de manera primordial en la práctica clínica, por su alto grado de efectividad para el tratamiento de diversas condiciones clínicas, pretende modificar pensamientos y comportamientos. Está orientada hacia el presente, basándose en un enfoque práctico, de corta duración (Sánchez, 2008).

Las intervenciones de tipo cognitivo- conductual buscan modificar o cambiar patrones de pensamiento que, según se piensa, contribuyen a los problemas del paciente (Phares, 1999).

En esta terapia, la relación terapeuta- paciente es de colaboración y el enfoque es didáctico, ambos se comprometen a trabajar con un objetivo común. Este tipo de terapia busca lograr un comportamiento independiente, enfatiza el aprendizaje, la modificación de la conducta, las tareas de autoayuda y el entrenamiento de habilidades. Está centrada en los síntomas y la resolución de éstos. La meta es eliminar o reducir los síntomas y postula que si desaparecen, de inmediato habrá una mejoría en otras áreas, sin la aparición de otros síntomas que los reemplacen, poniendo el énfasis en el cambio (Sánchez, 2008).

La terapia breve.

Esta modalidad implica intervenciones de corto tiempo, con la finalidad de solucionar problemas de la manera más rápida y eficiente, dura aproximadamente seis sesiones en promedio e involucra cambiar de una forma de pensar, no se trata al individuo y su problema de forma aislada, sino que lo considera dentro de su contexto actual y sus interacciones; constituyendo una herramienta de cambio para los pacientes y sus familias (Sánchez, 2008).

La terapia breve es dinámica y flexible, en esta se identifican los problemas y la gama de posibles soluciones. Para que la terapia resulte exitosa es necesario definir claramente el problema que el paciente desea solucionar, es decir, se debe estructurar el problema en términos de las conductas, las interacciones y la comunicación implicada en el mismo (Sánchez, 2008).

La terapia familiar.

Este modelo implica la intervención psicológica a nivel grupal, se considera a la familia como el principal grupo de interacción del individuo, siendo ésta un precursor de estabilidad o desequilibrio en el desarrollo de la persona.

Cuando un miembro de la familia desarrolla un problema, todos en ella se ven afectados. Cada vez es más frecuente que las familias vayan a terapia como unidades en un intento por desentrañar la naturaleza de sus dificultades y para obtener los medios con los cuales enfrentarlas. Muchos psicólogos especialistas en terapia infantil refieren que tiene poco sentido trabajar únicamente con el niño, una o dos veces por semana y después enviarlo de vuelta a un ambiente que, con toda probabilidad, era responsable del desarrollo inicial del problema (Phares, 1999).

Douglas (1982) comenta que la terapia familiar inicia concentrándose en los problemas de uno de los integrantes de la familia, se refiere a este como "cliente identificado". El terapeuta lo más pronto que pueda buscará otorgarle otro

marco al problema en términos de procesos funcionales perturbados o comunicación familiar deficiente. El especialista fomentará que todos los integrantes de la familia se percaten de:

- 1) Su propia contribución al problema
- 2) Los cambios positivos que puede realizar cada integrante.

Entre las áreas que puede trabajar el terapeuta están enseñar a los padres la importancia de ser consistentes en el establecimiento de las normas y la disciplina, fomentar que cada uno de los integrantes se comunique de manera clara y directa, minimizar que se tome al cliente identificado como “chivo expiatorio”, y que cada uno de los integrantes examine hasta dónde es apropiado lo que esperan del resto de la familia.

Proyecto para la profesionalización del psicólogo clínico.

Esparza (2007) dice que la Universidad Nacional Autónoma de México tiene entre sus objetivos principales la formación de profesionistas de excelencia. A la Facultad de Psicología le corresponde la preparación de un alto porcentaje de los especialistas en esta disciplina.

El proyecto para la profesionalización del psicólogo clínico, proporciona a los alumnos una formación profesional integral cuyo eje abarca los contenidos teóricos del plan de estudios y la práctica clínica supervisada. Es a partir de éste que los alumnos podrán adquirir los conocimientos teóricos y las habilidades necesarias para responder a las demandas del ejercicio profesional de la psicología.

Mediante la incorporación a las actividades prácticas en las instituciones de salud, los alumnos tienen la oportunidad de integrar los conocimientos teóricos y las técnicas de intervención aprendidas para la solución de problemas específicos que les plantea el ejercicio en escenarios reales de trabajo, pues sólo a través del “saber hacer” podrán adquirir las destrezas requeridas para desempeñarse profesionalmente.

Para la realización de este programa, la institución de Salud Pública proporciona a los alumnos los espacios y pacientes para llevar a cabo el trabajo de intervención psicológica, del mismo modo por parte del director de programa se asigna la supervisión adecuada por un profesional experto. Monitoreando además aspectos como la asistencia, puntualidad, interés, motivación y asesoramiento.

Se considera importante que el alumno además de realizar las actividades prácticas, se involucre en otras tareas que profundicen y enriquezcan su proceso de formación y profesionalización. Dentro de éstas cabe rescatar: la asistencia a juntas clínicas, discusión de casos clínicos, clases de específicas sobre patología, implementar el uso de nuevos instrumentos o pruebas psicológicas etc.

El eje fundamental de la profesionalización es la vinculación teoría-práctica, además de que no es posible concebir la práctica sin su correspondiente supervisión. Se pretende que las actividades del alumno en una institución reciban una adecuada asesoría, que esté fundamentada en un marco teórico sólido.

Como lo menciona Valenzuela (2011) la supervisión tiene características propias, es el método que controla y evalúa la práctica profesional; puede ser referida como una actividad en donde una persona con mayor nivel de conocimiento y experiencia en un campo profesional, contribuye al aprendizaje de quienes cuentan con menos experiencia o conocimiento. Algunos de sus objetivos son aumentar el conocimiento profesional, crear seguridad y confianza en el uso de técnicas y procedimientos, para poder integrar la teoría con la práctica, fomentando en el alumno el continuar aprendiendo de su propia experiencia.

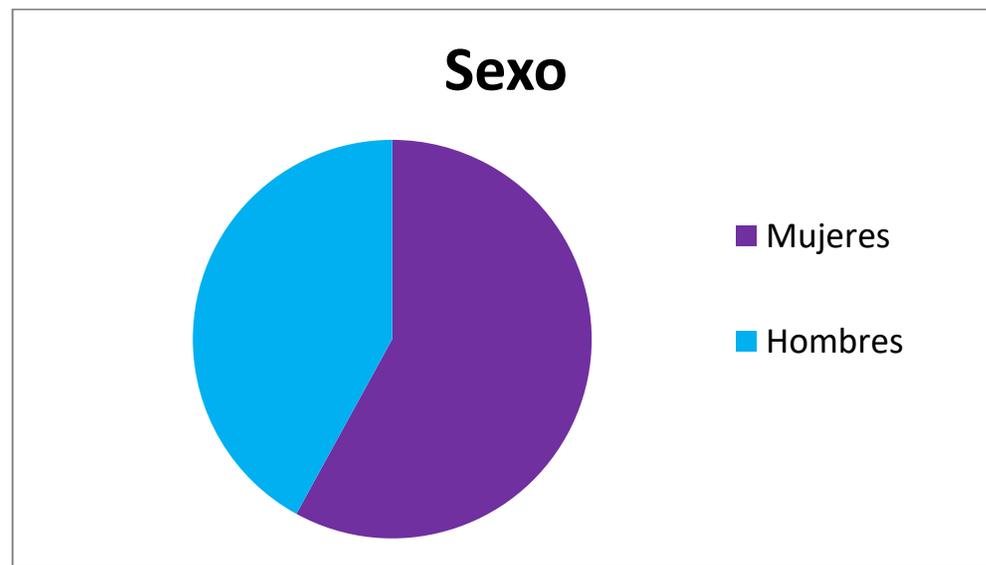
Esparza (2007) agrega que el supervisor es un profesional experto en el área de trabajo. Revisará el material referente a las actividades que el alumno realiza en la práctica, resuelve dudas, hace aclaraciones o recomendaciones, guía, presenta alternativas, reflexiona junto con el alumno sobre los problemas que enfrenta en la práctica, introduce al estudiante en el conjunto de prácticas que defienden la profesión y sugiere lecturas pertinentes.

5.- Resultados obtenidos en el servicio social

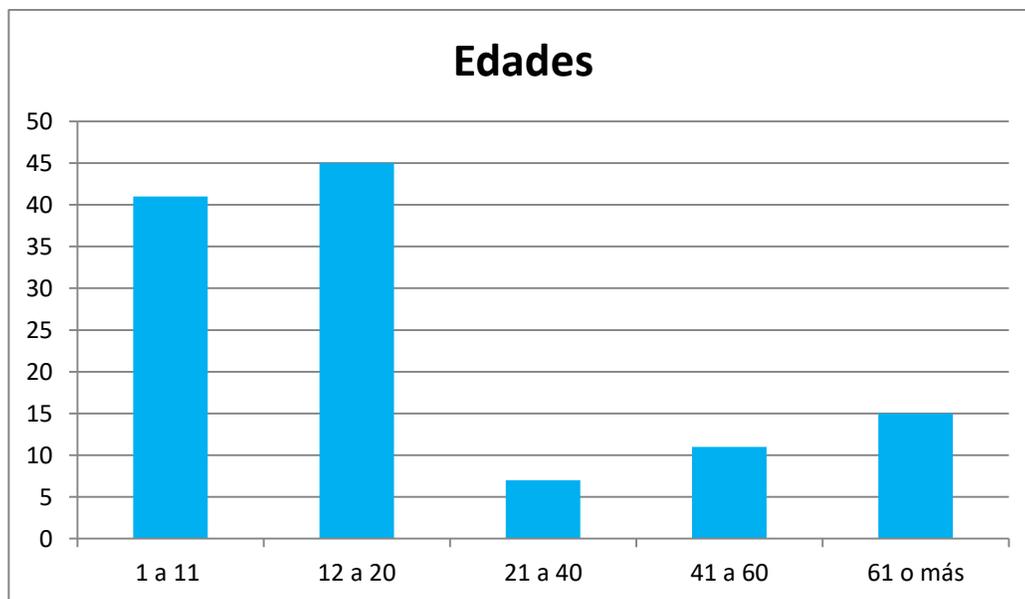
El Proyecto para la Profesionalización del Psicólogo Clínico es un Servicio Social ampliamente comprometido con la formación del estudiante y su incorporación al ámbito profesional. La continua supervisión que se recibe por la asesora directa es el adecuado para lograr pulir los conocimientos, dotándose de enseñanzas, experiencias y un continuo progreso profesional.

Debido a que las actividades del servicio social se realizan en un hospital de salud pública, la demanda que todos los servicios tienen es inmensa y el consultorio de psicología no es la excepción, al día se llegaban a atender hasta 10 pacientes, sin contar las interconsultas, que aunque no se presentaban diario, podían ser dos o tres en un día.

Durante mi estancia en el servicio social proporcioné atención a 119 pacientes, de los cuales 69 eran mujeres y 50 hombres; las edades de la población atendida era variada, predominando la población de niños y adolescentes (Ver graficas 1 y 2).



Gráfica 1. Pacientes atendidos durante mi estancia en el servicio de psicología, separados por sexo, representando las mujeres un 57.9 % y los hombres un 42.01%.

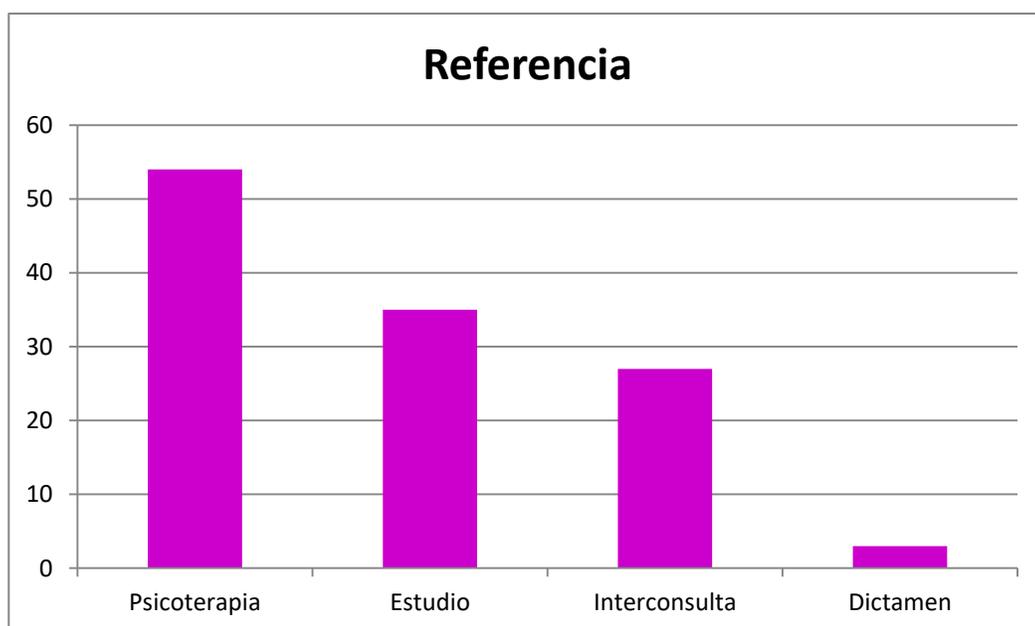


Gráfica 2. Pacientes atendidos durante el servicio social divididos por edad.

Mediante el exhaustivo trabajo que se realiza en la intervención clínica, resulta portentoso ver el amplio campo en el que puede participar el Psicólogo dentro del ambiente hospitalario, desde la psicoterapia, manejada mediante consultas subsecuentes que son asignadas con intervalos. Interconsultas, que es la intervención al paciente que se encuentra hospitalizado en alguno de los diferentes servicios del hospital. Estudio psicológico, que es la evaluación realizada a diferentes pacientes con el fin de obtener únicamente un diagnóstico que defina su padecimiento actual, esta evaluación por lo general es solicitada por la escuela o por algún médico. Dictámenes, los cuales son evaluaciones a pacientes afectados por alguna enfermedad crónica, a fin de obtener un dictamen de discapacidad y otorgar al paciente la atención médica permanente, ya que éste no puede continuar trabajando debido a su situación.

A todos los pacientes se les realizaba una entrevista inicial, su correspondiente evaluación y devolución de resultados, si el paciente requería de atención psicoterapéutica se le hacía la recomendación y ya es decisión personal el acudir o no. Por lo general la mayoría de las personas hacían caso a esa sugerencia y mostraban interés por el tratamiento.

En el caso de los estudios, se presentaba un resumen específico, en el que se expone la situación del paciente y este mismo se encargaba de entregarlo a la institución que lo había solicitado. En las interconsultas se presentaba un resumen del estado psicológico al médico que lo solicitaba y si se requería, se hacía la recomendación de ser referido a psicología; para el caso del dictamen, se entregaban los resultados a los directivos del hospital quienes se hacen cargo del proceso de incapacidad (Véase gráfica 3).



Gráfica 3. Pacientes atendidos por el servicio de psicología según el tipo de intervención solicitada.

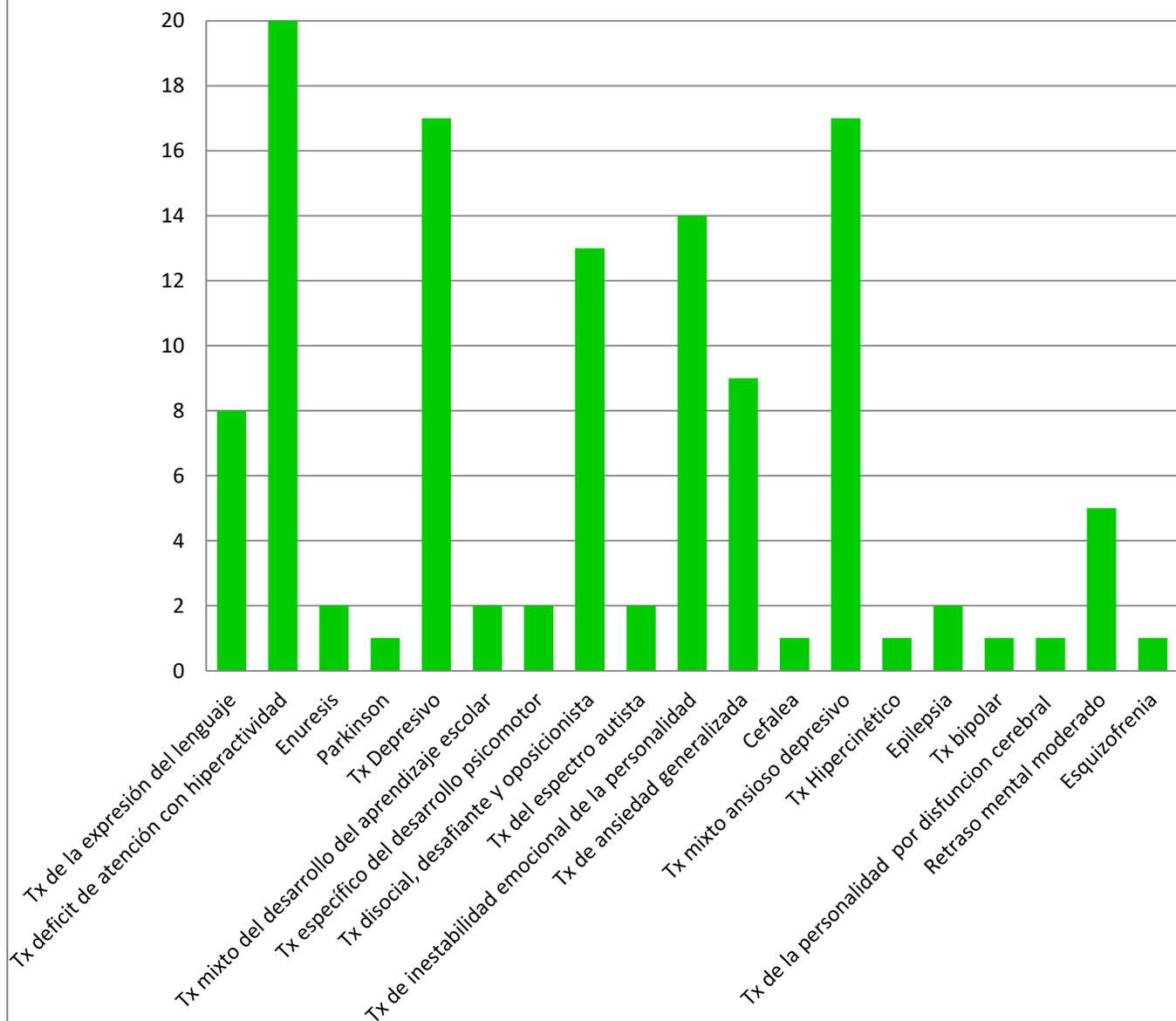
Como antes se mencionó, las evaluaciones se realizaban mediante la aplicación de una serie de instrumentos y pruebas psicológicas (estructuradas y proyectivas), con la finalidad de emitir el psicodiagnóstico del paciente, dichas pruebas eran calificadas y posteriormente se realizaba la integración del informe psicológico de cada paciente, donde se asentaba el diagnóstico y la recomendación de llevar un seguimiento en el servicio de psicología o la canalización a algún otro servicio como psiquiatría, neurología, etc.

Debido a la alta demanda del servicio, las consultas llegaban a tener una duración de 30 minutos cuando se trataba de psicoterapia, entrevista inicial o devolución de resultados y de una hora cuando se realizaba evaluaciones psicológicas. Por lo general las citas se otorgan cada mes en el caso de psicoterapia, en otros cada 20 días, dependiendo de la situación del paciente o con un intervalo de tiempo mayor, según la saturación de la agenda. Las citas para evaluación eran asignadas a la semana siguiente de la entrevista inicial, requiriéndose dos sesiones en la misma semana; la entrevista de devolución de resultados era otorgada 15 días después de que concluyera la evaluación.

Tuve la oportunidad de introducirme en lo que es el trabajo institucional, conociendo la variedad de pacientes que se atienden en el hospital y observando de forma directa el trabajo realizado por el psicólogo experto, participando de forma activa en todas las actividades ya antes mencionadas y como coterapeuta durante las psicoterapias, las cuales cabe recalcar que se manejaban de forma integrativa, basándose en la terapia psicoanalítica y terapia breve, utilizando diversas estrategias de la teoría cognitivo conductual y humanista, con una modalidad individual o familiar; las terapias eran adaptadas a cada caso para atender de forma eficaz las necesidades de los pacientes.

Durante el periodo como prestadora de servicio social, tuve contacto con una amplia variedad de pacientes, todos estos presentaban diversas historias y problemáticas, participe de forma directa en las evaluaciones, diagnósticos y tratamiento de muchos de ellos y en terapia subsecuente de otros que ya habían sido previamente diagnosticados. La diversidad y frecuencia de diagnósticos atendidos pueden observarse en la gráfica 4.

Frecuencia de diagnósticos atendidos durante el servicio social



Gráfica 4. Frecuencia de diagnósticos atendidos durante mi estancia en el servicio social.

Algunas de las intervenciones que se realizaron estuvieron dirigidas a lograr que los pacientes desarrollaran una adecuada adherencia al tratamiento que estaban recibiendo, no sólo por el servicio de psicología, sino también por alguna otra especialidad del hospital; también se proporcionó contención y acompañamiento a pacientes que acababan de recibir algún diagnóstico referente a una enfermedad crónica o terminal.

Por otro lado, en dos ocasiones pude participar como evaluadora de futuros médicos residentes que solicitaban al hospital como institución de pertenencia para hacer sus estudios de especialidad, ésta evaluación se realizaba aplicando una batería de pruebas, posterior a su calificación, interpretación e integración se obtenía un psicodiagnóstico de cada médico para que el área de enseñanza, que es la encargada de la selección de alumnos tuviera más herramientas para elegir de manera apropiada a los candidatos.

Personalmente puedo decir que adquirí suficiente competencia para desempeñarme en un futuro dentro del ámbito profesional, mejoré en habilidades adquiridas durante mi formación profesional como el proceso que lleva la elaboración de un psicodiagnóstico, mayor habilidad, conocimiento y manejo de la intervención terapéutica, así como profundizar mi saber teórico; amplí mi conocimiento sobre las actividades en las que se involucra el psicólogo clínico dentro del ámbito de Salud Pública, los cuales incluyen el conocimiento de diversas enfermedades físicas, el tratamiento con personas que tienen padecimientos crónicos, la oportuna intervención en la adherencia al tratamiento, interceder en el afrontamiento a procesos quirúrgicos y estudios médicos.

Así mismo, tuve la oportunidad de observar el trabajo multidisciplinario que se desempeña dentro de un hospital de segundo nivel, el cual día a día exige más de cada uno de los profesionales de la salud y el amplio campo de conocimiento que como psicólogos debemos de tener, para poder responder de forma competente y ética a las necesidades de los pacientes.

Dentro de las habilidades y competencias específicas, desarrollé una mejor capacidad de observación, analizando y registrando comportamientos, elaborando expedientes clínicos, fortaleciendo mi capacidad para entrevistar, enfatizando en la importancia que tiene el rapport en el primer acercamiento con el paciente, mejoré mi habilidad para aplicar e interpretar instrumentos psicológicos a fin de tener suficientes elementos para emitir un diagnóstico, para finalmente adquirir una mayor capacidad de redactar informes de valoración psicológica.

6.- Estudio del caso

Natalia: caminando entre la vida y la muerte

El caso que presentaré es de una paciente atendida durante mi estancia de servicio social, en el servicio de psicología, del hospital General “Dr, Darío Fernández Fierro”. Se trata de una adolescente de 13 años, que llegó al servicio de urgencias del área de pediatría por intento de suicidio, motivo por el que los médicos solicitaron interconsulta al servicio de psicología.

La adolescente a la cual le he puesto por seudónimo “Natalia” presentaba antecedentes de depresión, aislamiento, oposicionismo, autolesiones, problemas alimenticios, consumo de sustancias psicoactivas, problemas de identidad e ideación suicida. Así mismo, tenía poca capacidad para interactuar con sus compañeros, relacionándose únicamente de manera superficial con ellos, presentaba poca tolerancia a la frustración, lo que la llevaba a actuar de manera impulsiva y destructiva. Cabe recalcar que la chica ha crecido dentro de una familia inestable, violenta, agresiva, con un ambiguo soporte, cuidado, atención y supervisión de parte de los padres, del mismo modo su madre y ella recibía maltrato psicológico y físico por parte del padrastro, la suma de todos estos factores ha repercutido de manera importante en la salud mental de la joven.

6.1 - Soporte teórico para el análisis del caso

Este caso es un gran ejemplo de esta etapa de desarrollo, los cambios son parte esencial de la adolescencia, así como los problemas y la toma de decisiones; sin embargo, como en el caso de Natalia, los adolescentes ingresan a esta fase arrastrando conflictos que provienen de épocas anteriores, incluso desde su nacimiento, de tal forma que la magnitud de los problemas rebasa su capacidad para afrontarlos; estas circunstancias pueden ser generadoras de una psicopatología que menoscabará al adolescente en su lucha por lograr una identidad sólida (Erikson, 1988).

Los adolescentes suelen presentar sentimientos cambiantes sobre la vida, se interesan por el futuro, por seguir conociendo y creciendo. Llevan consigo su historia, enfrentando lo que les decían que eran a lo que realmente son. Ante su insaciable interés de conocer lo que les rodea, así como experimentar con su grupo de pares, necesitan la guía paterna aunque al mismo tiempo se resisten a ello.

Para comprender un poco más respecto a la adolescencia y al caso aquí expuesto, se presenta a continuación bases teóricas que permiten profundizar y ampliar más el conocimiento de esta etapa.

La adolescencia.

El desarrollo adolescente es un proceso evolutivo, que integra el lado biológico, la maduración sexual y cognitiva, los aprendizajes, la cultura, la familia y la sociedad en la que cada individuo se desarrolla única y específicamente. No obstante, este proceso no es fácil, el adolescente se puede ver estancado y con muchos problemas para enfrentar las tareas evolutivas de esta etapa, entonces sobrevendrá la psicopatología con sus múltiples síntomas que dependen de diversos factores tanto internos como externos, pasados y presentes.

Durante muchos años se ha pensado firmemente que lo sucedido en la infancia representa la piedra fundamental del futuro desarrollo de la personalidad y que muchos de los efectos de las experiencias adquiridas durante esos tempranos años son irreversibles. Sin embargo, es importante mencionar que las experiencias que corresponden a otras fases críticas del desarrollo, en especial durante la adolescencia, ejercen una influencia igualmente importante sobre cuanto acontece en el posterior curso de la vida (Coleman, 2003). De hecho, Winnicott (Citado en Esparza, 2015) considera que el desarrollo es resultado de la interacción de diversos factores como la herencia, la maduración y las vivencias; tiene lugar durante toda la vida y si bien las experiencias de la infancia son de suma importancia, la mayoría de los procesos que comienzan en esta etapa no se

concluyen ahí, sino que continúan y se fortalecen durante la adolescencia, la edad adulta e incluso la vejez.

Una de las cuestiones esenciales de la adolescencia son los cambios, éstos no sólo hacen referencia al crecimiento físico, también hay un importante desarrollo en el aspecto social, sexual y psicológico; al entrar a la adolescencia los chicos experimentan una expansión en pensamientos, afectos y emociones, siendo éste un camino hacia la madurez intelectual y emocional, así como la consolidación de la identidad. Gonzales (2001) afirma:

La diferencia sexual, estilo de vida, ambiente familiar, clase social, variaciones propias de la herencia, características raciales, clima, aspectos socioculturales, etc. son elementos se conjugan para dar lugar a un individuo adulto único y diferenciado, pero acorde a características comunes de la especie. Es complicado fijar la duración de la adolescencia, así como las etapas que la constituyen, es necesario recalcar que forma parte del curso de la vida del ser humano y termina aproximadamente a los 25 años; cuando se espera una madurez plena, que implica la adquisición de intereses sexuales definitivos, independencia de la tutela paterna y de la familia, así como la adquisición de una independencia intelectual y económica, que incluya la terminación de una carrera profesional o el establecimiento de una actividad laboral, un manejo apropiado del tiempo libre, con ajuste emocional y social a la realidad, y la formación de una filosofía de vida

Al retomar los cambios que se viven durante esta etapa es necesario reconocer que los adolescentes se tienen que enfrentar a los mismos. Coleman (2003) afirma que los acontecimientos más importantes a los que deben ajustarse los jóvenes son la multitud de cambios fisiológicos y morfológicos que tienen lugar al principio de la adolescencia los cuales tiene implicaciones muy amplias.

En los niños, el primer signo de aproximación de la pubertad está representado por un desarrollo de los testículos y del escroto, seguido por el crecimiento del vello púbico, la aceleración del crecimiento del pene, la aparición del bigote y barba acompañan con frecuencia el brote del desarrollo de la talla y el peso; habitualmente más tarde se produce el cambio de voz y aparece la primera descarga seminal. En las niñas, el crecimiento de senos y el brote de vello púbico son signos tempranos de la pubertad, seguidos por el crecimiento del útero y la vagina. La menarquía, tiene un lugar relativamente tarde dentro de la secuencia del desarrollo. (Coleman, 2003, p.33-34)

La autora remarca la importancia que estos cambios deben de tener para el joven y del mismo modo para los adolescentes, ellos mismos son los testigos de que el cuerpo de niños está desapareciendo, que ha crecido y aumentado de talla, en ocasiones resulta preocupante, dándoles algo de miedo y desconfianza, ellos deben de comprender estos cambios y apropiarse de su nueva imagen física. Lo importante es el efecto que tales cambios físicos tienen en la identidad; no sólo se refiere a ser diferente de los demás, también asimilar la continuidad de sí mismo y el conocimiento de cómo es ante el mundo (Coleman, 2003).

Un aspecto importante de esta etapa es la independencia, Coleman (2003, p.92-93) afirma:

“Para la mayoría de los jóvenes actuales, la independencia no se obtiene por decir adiós a los padres y partir. La independencia significa más bien tener libertad dentro de la familia, para adoptar decisiones día a día, libertad emocional para establecer nuevas relaciones y libertad personal para asumir la propia responsabilidad en asuntos como educación, opiniones políticas y la futura carrera profesional. Como es natural, tanto la maduración física como la intelectual animan al adolescente al logro de una mayor autonomía. El logro de la independencia es un rasgo inherente al desarrollo del adolescente, en donde el papel desempeñado por los adultos cercanos al joven adquiere especial importancia”.

Adolescencia y Familia.

Weiner y Elkind (1976) señalan que la adolescencia es un periodo de rápido crecimiento físico y de importantes cambios en la apariencia del cuerpo, es el momento de gran expansión de los horizontes sociales y del surgimiento de nuevos tipos de diferencias individuales en la personalidad, también se caracteriza por una creciente liberación de los vínculos familiares. Los inicios de la adolescencia se caracterizan por el crecimiento físico y por la madurez sexual física. Durante la parte media de la adolescencia, los jóvenes se preocupan principalmente por independizarse psicológicamente de sus padres y por aprender a manejarse en las relaciones. La parte final de la adolescencia, continúa hasta que el chico ha consolidado un sentido razonable, claro y coherente de su identidad personal y ha escogido un rol social bastante definido, con un sistema de valores y con metas de vida.

Una característica de la adolescencia es la simultaneidad de funcionamientos infantiles y adultos en su mundo interno, presentándose gradualmente según la edad del adolescente. En su inicio encontraremos más manifestaciones de su funcionamiento infantil y tentativas del adulto hasta que a medida que va transcurriendo el tiempo irán predominado los comportamientos adultos sobre los infantiles (Lillo, 2004).

Los jóvenes que gozan de nuevos privilegios, con frecuencia no están tan contentos con la responsabilidad que estos implican. Poco a poco reconocen que al valerse por sí mismos ya no pueden contar con sus padres para que les den el dinero que necesitan, para que tomen decisiones difíciles por ellos y para que carguen con las consecuencias de sus errores. Los adolescentes deben aprender a hacer muchas cosas que cuando eran niños no hacían o las realizaban sus padres (Weiner y Elkind, 1976).

Lillo (2004) asegura que el adolescente tiene que ir abandonando paulatinamente el mundo de la infancia y a la vez tiene que ir haciendo frente a los cambios de la pubertad. El joven se encuentra sometido a enormes presiones, tanto internas como externas, para que el adolescente alcance la etapa adulta tiene que hacer frente a diversos cambios en:

- Sus relaciones con sus padres: supone su capacidad de ir cambiando de un estado de dependencia emocional infantil a uno de mayor independencia afectiva, en el que el adolescente adquiere conciencia de que sus pensamientos y sentimientos son propios. Adquieren conciencia de tener una vida íntima propia que procuran mantener alejada de los ojos de los adultos, una vida que buscan que sea secreta y propia
- Sus relaciones con sus amigos: donde se muestra su capacidad para encontrar y escoger a otros adolescentes, los cuales fomentan en grupo los esfuerzos y deseos de hacerse adulto. Un grupo donde ensayan y promueven su identidad y sus nuevas capacidades.
- La visión que tiene el adolescente de sí mismo como persona: si se ve o no como una persona físicamente madura, que incluye su capacidad para cambiar la visión de si mismo, pasando de un ser dependiente de los cuidados paternos a un ser que se siente dueño su cuerpo. Esto le va a llevar a la exploración del mundo externo, donde ensaya y prueba nuevas posibilidades, donde aparecen nuevos intereses y preocupaciones.

Por lo general a los padres les gusta ver cómo sus hijos se convierten en adolescentes, pero también sienten preocupación. Por un lado se enorgullecen de la salud, el aspecto y el rendimiento de sus hijos, prueba de su eficiencia como padres. Por otro lado, se alarman ante la creciente independencia de su hijo adolescente y su exposición a posibles peligros y desilusiones (Weiner y Elkind, 1976).

El mismo autor señala que en la adolescencia al igual que en la infancia, los padres deben de encontrar el equilibrio correcto entre la libertad y la prohibición para maximizar la seguridad, el autocontrol y la madurez de juicio del adolescente. Lo que necesitan es una experiencia gradual de autonomía, en la que sus padres respeten su capacidad, pero que al mismo tiempo estén listos para ayudarlo y apoyarlo cuando enfrente situaciones que no sepa manejar.

Los padres que ejercen control y restricciones muy grandes debilitan la autoconfianza de su hijo, y su capacidad de autonomía. Los padres que son demasiado complacientes o incapaces de imponer su autoridad sobre el adolescente, le dificultan la tarea de convertirse en un adulto responsable y seguro de sí mismo, los adolescentes no tienen el suficiente juicio social y control sobre sus impulsos como para actuar responsablemente. Los jóvenes necesitan que sus padres les establezcan límites y los guíen en el trato con las nuevas situaciones desafiantes que deben de enfrentar. Sin estos límites y guía, los adolescentes se encuentran demasiado perdidos y se sienten inseguros de cómo actuar y preocupados por perder el control. (Weiner y Elkind, 1976).

Los padres que tratan a su hijo adolescente como una persona madura y responsable, aumentan su confianza en sí mismo y en su capacidad para enfrentar con madurez la realidad física y social (Weiner y Elkind, 1976).

Coleman (2003) comenta que el movimiento del joven hacia la edad adulta no se realiza en línea recta, mientras la independencia parece una meta digna de ser lograda, existen momentos en que se muestra como una perspectiva preocupante y que incluso infunde temor. Es importante reconocer que los padres mantienen con frecuencia actitudes conflictivas ante sus hijos adolescentes. Por una parte, desean que los jóvenes sean independientes, que adopten sus propias decisiones y que dejen de plantear exigencias infantiles, mientras que por otro lado pueden asustarse de las consecuencias de la independencia, sintiéndose en ocasiones celosos de las oportunidades y el idealismo de la juventud; frecuentemente, los años de adolescencia coinciden con las dificultades que a los padres les ocasiona una edad que ya va siendo avanzada.

Violencia y maltrato.

Uno de los problemas más recurrentes durante la adolescencia tiene que ver con la violencia. Para Núñez y Carvajal (2004):

La violencia intrafamiliar, es una forma de violencia que como su nombre lo indica transcurre dentro del hogar y puede ser de tipo físico, sexual o psicológico. Actualmente es una problemática muy frecuente, que afecta a miles de personas. Un individuo puede jugar los roles de maltratador y maltratado en diferentes momentos de su vida, según las relaciones de poder recíprocas establecidas entre los integrantes del grupo familiar.

La violencia en la familia puede presentarse hacia diversos integrantes; la conyugal, tiene carácter bidireccional, quiere decir que se trata de una forma de interacción en la que participan dos personas, rompiendo así con la categorización de víctimas y victimarios; poniendo énfasis en la noción de que con la violencia todos los involucrados resultan siendo, a la larga, víctimas

Loredo et al (2010) sostiene que en el maltrato infantil se desarrolla una conducta sostenida, repetitiva, persistente e inapropiada por parte del adulto (violencia, insultos, rechazo, actitud impredecible, mentiras, amenazas, humillación, omisión de cuidados, explotación) que deteriora en el menor sus capacidades cognitivas: inteligencia, memoria, percepción, atención y en el desarrollo emocional; su autoestima, deterioro de la habilidad para percibir, comprender, regular, modular, experimentar y expresar apropiadamente las emociones así como el aspecto moral, lo que ocasiona efectos adversos graves en su desarrollo y vida social. El maltrato infantil puede ser por acción u omisión, la primera considera las siguientes conductas:

- Maltrato físico
- Agresión verbal: conducta verbal constante que ofende, humilla y denigra el autoconcepto del menor.

- Rechazo: conductas que indican abandono, no muestran afecto y reconocimiento de los logros del menor.
- Terror: amenazar al niño imponiéndole castigos vagos o extremos creándole un ambiente impredecible de amedrentamiento.
- Corrupción: Actitud de los padres con las que socializan mal al niño y refuerzan una conducta antisocial o desviada.
- Abusos sexuales: Es cualquier clase de gratificación sexual con un menor, realizado por algún adulto, es un abuso de poder o autoridad sobre él, incluyendo manoseo, exhibición de órganos sexuales, exposición a material pornográfico, obligarlo a presenciar relaciones sexuales de adultos y hablarle con un lenguaje de alto contenido sexual.
- Explotación laboral: El menor es forzado a realizar trabajos que excedan los límites de su edad

El abuso por omisión considera las siguientes conductas:

- Aislamiento: Ejercido por padres que evitan que el niño mantenga y aproveche las oportunidades normales de relación social de manera positiva y activa.
- Indiferencia: Ausencia de disponibilidad psicológica de los padres (cuidados psicológicos y emocionales), lo cual favorece el uso de sustancias adictivas y otras conductas desadaptadas.
- Desapego: Inatención pasiva o pasiva-agresiva de los padres respecto a las necesidades del niño, que evita la creación de un vínculo afectivo y mutuo

La mayoría de situaciones de maltrato infantil tiene lugar en el entorno familiar privado; por lo que generalmente no es posible observarlas directamente. Uno se puede percatar de éstos al momento de realizar la historia clínica y encontrar datos de maltrato, abandono o abuso sexual (Núñez y Carvajal, 2004).

Otra forma de maltrato que es poco tomada en consideración es la negligencia, la cual de acuerdo con Polansky (citado en Ruiz y Gallardo, 2002) es un fenómeno invisible, silencioso, insidioso, provocado por una indiferencia generalizada de la familia.

Loredo et al (2010), define la negligencia como la incapacidad que tiene un cuidador de asegurar al niño las condiciones de salud física, nutricionales, educativas, de desarrollo psicológico, de alojamiento y protección frente al peligro, sólo se puede hablar de negligencia, cuando las personas responsables del niño no les ofrecen los recursos de los que disponen.

Para Arruabarrena (Citada en Delgado, 2016) la negligencia es una situación de desprotección en donde han sido vulneradas las necesidades fisiológicas y físicas básicas como la alimentación, vestido, higiene, protección y vigilancia en circunstancias potencialmente riesgosas o peligrosas, los cuidados médicos y educación; añadiendo el aspecto emocional del niño, definido como falta de atención e interés hacia las necesidades de interrelación y afecto, estimulación, orientación y guía, la no aceptación o rechazo, ocasionando anomalías emocionales graves como consecuencias del accionar de los padres.

De acuerdo con Núñez y Carvajal (2004) el maltrato a los menores, constituye un problema de profundas repercusiones psicológicas, sociales, médicas y jurídicas. La negligencia ocurre cuando la familia no se asegura de la satisfacción de las necesidades a las que todo niño tiene derecho como:

- ❖ Necesidades fisiológicas: abarcan aspectos como estar bien alimentado, vivir en condiciones de higiene y estar protegido de los peligros que puedan atentar contra su salud y su integridad física.
- ❖ Necesidades cognitivas: se refieren a vivir en un ambiente que le ofrezca condiciones de interacción que promuevan el desarrollo adecuado de sus capacidades mentales; sentidos, atención, percepción, memoria, lenguaje y razonamiento en general; disponer de la ayuda de los adultos que eduquen y transmitan valores.

❖ Necesidades emocionales, sociales y de autoestima que son:

- Derecho a sentirse emocionalmente seguro, disponiendo para ello de vínculos afectivos con personas accesibles y capaces de ofrecer ayuda, le acepten, expresen su afecto.
- Derecho a disponer de una amplia red de relaciones de amistad con los iguales, formar parte de la sociedad y sentirse en comunidad.
- Derecho a que sean reconocidos los intereses y las manifestaciones de la conducta sexual propias de su edad; así como ser respetado por los adultos de forma que éstos no los conviertan en objeto sexual, abusando de una u otra forma de su condición de menor.
- Derecho a sentirse protegido, siendo escuchado, comprendido y adecuadamente apoyado.
- Derecho a ser participante activo de acuerdo a su edad, en la familia, la escuela y la sociedad en general.

En una investigación realizada por Ruiz y Gallardo (2002) encontraron que los niños víctimas de grave negligencia familiar manifestaron menor adaptación general e inferior rendimiento académico, comentan que esto podría deberse a que, estas familias negligentes no se preocuparon por la supervisión escolar de sus hijos, repercutiendo negativamente en el nivel de aprendizaje, estas familias no favorecieron actitudes positivas hacia el aprendizaje, se podía observar que estos niños estaban dispuestos a aprender pero les faltaba motivación ya que sus padres fueron los primeros en no incitar o preocuparse por sus aprendizajes.

Loredo et al (2010), agrega que la negligencia puede manifestarse también por la actitud pasiva y la permisión de los padres o tutores para que otras personas realicen acciones violentas a los infantes bajo su custodia. Así mismo, la sobreprotección y la ausencia del fomento de normas conductuales en los hijos.

Núñez y Carvajal (2004) hacen referencia de que el abuso sexual es otra forma de maltrato que generalmente se presenta de manera silenciosa y en ocasiones es poco tomada en cuenta, este produce en los menores efectos emocionales, psicológicos y fisiológicos mucho más devastadores que cualquier otro crimen, es especialmente dañino cuando el perpetrador es uno de los padres u otro adulto a quien el chico ama y en quien confía.

Los menores son dependientes física y psicológicamente de los adultos quienes deben proporcionarles el cariño y atención que ellos necesitan para formar su carácter y autoestima. Las necesidades más básicas de los seres humanos incluyen la necesidad de ser amado, de sentirse protegido, seguro y de que sus necesidades sean reconocidas por aquellos adultos que los cuidan. Los perpetradores adultos de abuso sexual infantil, tratan a los niños como objetos que existen para satisfacer sus deseos. Algunas de las consecuencias del abuso sexual infantil se manifiestan a través de comportamientos como: miedo, ansiedad, depresión, baja autoestima, culpa, vergüenza, disociación, problemas escolares por falta de concentración, agresividad, conducta suicida y trastornos de personalidad (Núñez y Carvajal, 2004).

En un estudio realizado en Latinoamérica por los mismos autores señalan que el abuso sexual en niños y adolescentes es un crimen que ocurre con demasiada frecuencia en nuestra sociedad. Una de cada cuatro niñas y uno de cada siete niños será víctima de una agresión sexual antes de los 18 años de edad.

Núñez y Carvajal (2004) refieren que el maltrato causado por parte de los padres, familiares, tutores u otras personas cercanas a su familia, dañan al niño y pueden afectarlo de diversas maneras, exhibiendo una pobre autoimagen, incapacidad para confiar o amar a otros, conducta agresiva, problemas de disciplina y a veces comportamientos que se salen de lo común como pasividad y comportamiento retraído, miedo a establecer relaciones nuevas, fracaso escolar y en ocasiones abuso de drogas y alcohol.

Como se mencionó anteriormente, la violencia en la familia abarca diversos factores de carácter emocional, social y económico; se puede presentar en diversas etapas de la vida del ser humano, Núñez y Carvajal (2004) comentan que el abuso usualmente se presenta en situaciones de gran estrés, que hacen que toda la furia del adulto recaiga en el niño, situaciones como las relaciones familiares conflictivas, antecedentes de maltrato de los padres, el desempleo, los escasos recursos económicos de la familia, problemas y trastornos emocionales de los padres, su bajo nivel educativo, ausencia de uno de los padres, drogadicción y jornadas extenuantes de trabajo son factores que agravan la violencia al menor. Muchas de las personas que cometen abuso tienen antecedentes de haber sufrido el mismo tipo de agresión durante su infancia y no tienen consciencia de que el abuso no es la forma apropiada de disciplina. Los abusadores a menudo también tienen poca capacidad para controlar sus impulsos, lo cual evita que piensen las consecuencias de sus actos.

La depresión.

De acuerdo con Rojtenberg (2001) la depresión es una perturbación compleja, con diferentes matrices sintomáticas, afecta severamente al sujeto que la padece por el alto grado de sufrimiento psíquico, así como por sus secuelas personales y sociales. Es un síndrome caracterizado por el decaimiento del estado de ánimo, la disminución de la capacidad de experimentar placer y baja autoestima, con manifestaciones en el área afectiva, conductual, cognitiva, vegetativa y motora, con serias repercusiones sobre la calidad de vida y el desempeño socio-ocupacional.

La Organización Mundial de la Salud afirma que para el año 2020 la depresión será la segunda causa de incapacidad del mundo (OMS, 2011). La depresión es un trastorno mental frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas, con mayor prevalencia en las mujeres que en los hombres. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave,

puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares, familiares y afectar considerablemente la capacidad para afrontar la vida cotidiana

. El paciente con depresión presenta tristeza, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, sentimientos de culpa o baja autoestima, trastornos del sueño o del apetito, cansancio y falta de concentración. También puede presentar diversos síntomas físicos sin causas orgánicas aparentes. En el peor de los casos puede llevar al suicidio (OMS, 2017).

Para Rojtenberg (2001), la depresión se caracteriza por el abatimiento y el desgano, la retracción y la pérdida del interés por el mundo externo, la disminución de experimentar placer, la presencia de problemas funcionales y del sueño, el pensamiento lento, rumiante y monotemático y hasta una vivencia delirante de ruina y necesidad de castigo. Al mirar a un paciente deprimido su rostro denota una pobreza gestual, presentando una imagen de abatimiento. La postura y presencia son negligentes, indiferentes, evidenciando desgano y falta de iniciativa, puede presentar desaliño de una manera relativa hasta un total abandono, dando la impresión de un sujeto deteriorado. El discurso es lento y forzado refiriendo desvitalización y egocentrismo en sus palabras. Presenta dificultad para entrar en contacto con los otros. La manifestación de la conducta puede ir desde la inhibición psicomotora hasta la excitación como parte de un componente ansioso. El deprimido se queja de no poder hacer ni disfrutar nada. El ánimo depresivo se muestra con toda crudeza e intensidad, un paciente con depresión se entristece porque se deprimió. Se trata de una perturbación que deriva, casi en forma natural, en la dificultad, para pensar y actuar, pierde el interés por el mundo externo y hasta el interés por la misma vida. El pensamiento también está retardado, presentando disminución de autoestima, autorreproches o ideas de ruina. En la depresión son comunes las alteraciones de la capacidad cognitiva y de la memoria, con ciertas dificultades en la concentración, salvo cuando habla de su padecer debido al aspecto egocentrista propio de la depresión.

De igual forma, Solloa (2006) considera que la depresión puede estar centrada en la reacción a las exigencias sociales, los efectos que los síntomas producen en los demás y la utilización de la depresión para satisfacer objetivos anormales. Valiéndose de la autocompasión, el depresivo extorsiona a los demás provocando conmiseración y forzándolos a complacer sus deseos y a sacrificarse por él. Está dispuesto a hacer cualquier cosa por mostrarse enfermo e incapacitado y evadir las obligaciones sociales y la reciprocidad en sus relaciones afectivas.

El trastorno depresivo se ha convertido en un problema de salud pública a nivel mundial que afecta el desarrollo y el funcionamiento de niños y adolescentes que lo padecen. Es un trastorno común y discapacitante, a menudo recurrente, que persiste hasta la edad adulta, se ha asociado a disfunción familiar, social y escolar y a la conducta suicida (Ulloa, 2012).

“La edad de aparición del primer episodio es cada vez más temprana y el comienzo precoz incrementa el riesgo de recurrencia y cronicidad” (Rojtenberg, 2001, p.41).

La depresión en la adolescencia.

La depresión se manifiesta de diferente manera según la etapa de desarrollo en la que se encuentre la persona, Solloa (2006) remarca que en la adolescencia las facultades cognitivas del chico permiten constituir un sistema de pensamiento que incluye la responsabilidad hacia los demás, la internalización de valores, normas y un principal sentido de sí mismo. Lleva dentro de sí y transmite a la comunidad los sistemas internalizados de creencias familiares que aprendió de sus padres, de acuerdo con las características de estos sistemas de creencias, enfrentará la frustración de diferentes maneras y recurrirá a diferentes mecanismos de defensa. La depresión en esta edad incluye una mayor participación de los componentes cognitivos y evaluativos, diferenciándose en este sentido de la tristeza de los niños menores que es inmediata y más ligada a otros estímulos externos.

Además de manifestar una reacción afectiva inicial de depresión ante la frustración o la pérdida de bienestar, el chico puede continuar evolucionando hacia un cuadro depresivo más crónico. En vista por las demandas impuestas por la vida, puede sentirse indigno o faltarle valores. La diferencia fundamental entre la depresión de esta edad y la del adulto reside en la falta de orientación hacia el futuro. Más que negar el futuro con propósitos defensivos, simplemente no lo contempla (Solloa, 2006).

La normal oscilación del desarrollo de ánimo en los adolescentes puede dar la impresión de que los desórdenes depresivos son una epidemia desde la pubertad en adelante. El problema radica en diferenciar entre los jóvenes realmente depresivos y aquellos que, en el contexto de su cambiante estado de ánimo, presentan episodios pasajeros de abatimiento a modo de exagerada reacción ante frustraciones más o menos triviales.

La depresión en la adolescencia iguala la de la edad adulta en severidad, aunque la puede sobrepasar en lo que respecta a autodestructividad. Todas las experiencias son irrevocables y externas, al igual que la vergüenza y la desesperación que provocan (Solloa, 2006).

Algunos adolescentes se esfuerzan por satisfacer un ideal parental, pero descubren que son incapaces de hacerlo o que la realización de ese ideal implica renunciar a sus oportunidades de individuación. Es durante la adolescencia cuando van configurándose las características de depresión exacerbada por la dependencia hacia los demás. El joven y más tarde el adulto, desarrollará una personalidad exigente con una tendencia al aferramiento y a la dependencia.

Estos jóvenes son interesados y egoístas, además que ignoran los sentimientos de los demás. Es importante destacar que aunque los patrones predominantes se establecen en la infancia, en todos los pacientes que más tarde sufrirán un desorden afectivo coexisten otros patrones secundarios.

El niño o el adolescente con depresión, desarrollará resentimiento y enojo contra las figuras significativas, que se expresa mediante accesos de rabia, rebeldía e incluso violencia. En la mayoría de los casos el niño, adolescente o adulto depresivo controla y reprime su enojo; suele tener impulsos sádicos muy pronunciados, pero rara vez los exterioriza. Esto le provoca culpa y sentimientos de indignidad (Solloa, 2006).

Así mismo, Solloa (2006) remarca que los desórdenes afectivos que aparecen en la infancia o adolescencia, son recurrentes si no se tratan adecuadamente y pueden producir complicaciones como:

- Bajo rendimiento académico
- Abuso de sustancias
- Deterioro en los patrones psicosociales
- Trastornos de conducta
- Suicidio

Cuando el trastorno aparece en la niñez, sigue un curso más crónico y puede desarrollar más fácilmente consecuencias secundarias, como deterioros psicosociales, trastorno de conducta, alcoholismo abuso de sustancias y personalidad antisocial, entre otros.

En la población infantil, el rendimiento escolar está afectado por la incapacidad del niño para concentrarse, por su trabajo lento, su falta de interés y poca motivación, cansancio y preocupaciones. Durante el episodio depresivo la relación con los padres y amigos se deteriora. El chico en estado depresivo está convencido de que si es infeliz o siente que su vida no tiene objetivo, es por su culpa o porque no merece otra cosa, tiende a subestimarse, como si tuviera el deber de menospreciarse. Estos jóvenes exigen ser gratificados por los demás y se sienten despojados y tristes cuando no lo consiguen. Cuando encuentran a una persona de la que pueden depender hacen que se sienta culpable si se resiste a hacer lo que ellos desean. Generalmente esta persona (conyugue o pareja) desempeña un papel dominante en la vida del paciente (Solloa, 2006).

Los acontecimientos estresantes como precursores de los síntomas depresivos es algo reconocido en la vida cotidiana. El impacto que tengan los eventos traumáticos en la vida de una persona, dependerá también de ciertos factores de vulnerabilidad como el ambiente familiar y las redes de apoyo social (Solloa, 2006).

La depresión es un trastorno, una alteración de la salud mental, que no es selectivo ni con el género, ni con la edad, ni la clase social y que existen unos factores predisponentes y precipitantes biopsicosociales que enmarcan la aparición del trastorno (Arias, 2015).

Se ha visto que hay una relación entre la depresión con factores como no tener amigos, ser rechazado, tener una escasa o nula interacción con los compañeros etc. También los factores relativos a la familia como cohesión familiar, abuso y maltrato físico y la psicopatología parental son aspectos muy ligados a la depresión infantil (Solloa, 2006).

Pardo, Sandoval y Umbarila (Citado en Arias, 2015) conciben a la familia como el núcleo de la sociedad, donde se incuban todos los aprendizajes del sujeto para interactuar en sociedad y donde los padres se convierten en moldeadores y modeladores de la estructura cognitiva, emocional y conductual del hijo, es en el interactuar del niño donde pone en evidencia que tan funcional o no fue su núcleo familiar, es por esto que la familia cumple un papel representativo en el desarrollo del ser humano

Siguiendo lo antes mencionado, Ison y Morelato (Citado en Arias 2015) señalan que es en la familia se desencadenan el desarrollo de la depresión en la infancia, ya que del núcleo familiar derivan todos los aprendizajes de orden positivo o negativo, son los padres quienes se convierten en modelos proporcionando y desarrollando en los hijos habilidades, cubriendo toda necesidad emocional; para recrear esos aprendizajes básicos como el afecto, buen manejo del lenguaje, motivaciones, identidad, reconocimiento que se verán reflejados en el desempeño futuro en los diferentes espacios de la vida.

Arias (2015) describe factores de riesgo a nivel familiar, dentro de los cuales es importante señalar las familias disfuncionales con ausencia de autoridad, ambivalencia en las pautas de crianza, maltrato físico, psicológico, emocional y el abuso sexual, la violencia intrafamiliar, la promiscuidad sexual, la falta de acompañamiento de los padres al niño que presente timidez, el exceso de protección, el divorcio y abandono de los padres.

Para Herrera (2009), los niños y niñas con depresión presentan síntomas de retraimiento social y baja autoestima, uno de los factores de riesgo que median en la depresión infantil es la no satisfacción de las necesidades básicas y poseer un ambiente familiar disfuncional. Frecuentemente viven dentro de una familia hostil, donde el castigo, los problemas económicos y de pareja son una de las características generales de esta población, el niño puede interpretarlas como una consecuencia de sus actos, generando culpa y sentimientos de rechazo. Aunque la situación de los problemas sociales, económicos y familiares son potenciales factores de riesgo, no son los únicos que pueden determinar el inicio y presencia de la depresión infantil; pues el sujeto aporta ciertas características propias que intervienen e interactúan con los elementos externos.

Suicidio en niños y adolescentes.

Para Buitrago y Constanza (2011) la depresión conlleva tener una visión distorsionada del mundo, pensamientos negativos sobre sí mismo, excesiva autocrítica, baja tolerancia a la frustración y baja autoestima; estas situaciones hacen que los jóvenes sean más propensos a generar pensamientos y conductas suicidas, especialmente cuando se sienten excluidos de la familia.

La conducta suicida viene ligada a la depresión, al abuso sexual, la disfunción familiar, situaciones que no siempre son fáciles de identificar debido a que un niño o un adolescente, no ha desarrollado aun los mecanismos para manejar la frustración y tener una adecuada resolución de conflictos, es así como el ambiente familiar resulta decisivo en la formación de pensamientos e ideas suicidas, y en que se lleven a cabo, aunque sea como un intento que no se

concreto. Hay situaciones en las cuales esta población utiliza la amenaza de suicidio como manipulación, pero finalmente se termina poniendo en riesgo su vida (Buitrago y Constanza, 2011).

“La conducta suicida es muy distinta en niños y adultos. Se ha comprobado que frecuentemente los padres ignoran por completo los pensamientos, los planes e incluso las conductas suicidas de los hijos (...) El suicidio de un hijo causa culpa y vergüenza a los familiares sobrevivientes, que tratan de ocultar la verdadera causa de la muerte”. (Solloa, 2006, p.293)

Para Solloa (2006), el suicidio en la infancia y adolescencia es el producto final de muchos factores que convergen en un momento dado, para que esto sea posible se necesita de parte del chico un cierto grado de madurez cognitiva que permita reconocer el significado real de la muerte, así como planear y llevar a cabo el suicidio. Algunos factores importantes son las alteraciones de la situación familiar, estados depresivos y la sensación de no ser querido o de no merecer el amor de los demás, se deben considerar también eventos traumáticos, el acceso a los medios necesarios para cometer el suicidio y si el adolescente ha tenido un contacto estrecho con conductas suicidas.

Los resultados de un estudio realizado por Gonzales et al, (2002) en la ciudad de México, evidencian que los motivos reportados por adolescentes para haber cometido un intento de suicidio correspondieron a tres rubros: 1) La esfera interpersonal; 2) La esfera emocional; y 3) Los eventos precipitantes. En primer lugar, fueron reportados los problemas familiares como el principal punto de partida dentro de la esfera interpersonal, que en general se refiere a conflictos con los padres, como maltrato, violencia, humillaciones y castigos. El siguiente motivo más frecuente en ambos sexos correspondió a la esfera emocional, señalando principalmente sentimientos de soledad, tristeza y depresión. De los acontecimientos precipitantes registrados, el más frecuente fue el bajo rendimiento escolar. Otros dos motivos, reconocidos como factores de riesgo para la conducta suicida, son la muerte de un ser querido y ser víctima de abuso sexual/violación.

De acuerdo con el estudio de Ayala (2014), los jóvenes que presentaron mayor ideación suicida y/o depresión, tenían una familia con menor habilidad para resolver problemas y lograr mantener un funcionamiento familiar efectivo, lo cual implica la capacidad de manejar y solucionar los problemas. En esta área de funcionamiento familiar los problemas pueden ser de dos tipos, instrumentales o afectivos. Los instrumentales son aspectos cotidianos de la vida diaria y los afectivos se vinculan con aspectos emotivos como coraje, amor y depresión.

“Mientras haya alguien a quien el joven pueda recurrir en busca de ayuda o en quién pueda volcar su agresión, el suicidio es evitable, por ello se debe prestar especial atención al “pedido de ayuda final” que muchos adolescentes llevan a cabo y que por lo general se dirige a personas ajenas a su familia”. (Solloa, 2006, p.294)

Para Gonzales y colaboradores (2002), las etapas que pueden constituir al suicidio son varias, éstas no son necesariamente secuenciales ni indispensables; por ejemplo: ideación suicida pasiva, contemplación activa del propio suicidio, planeación y preparación, ejecución del intento suicida y suicidio consumado. Estas etapas se configuran como factores de riesgo en la medida en que es su interacción lo que aumenta el riesgo suicida, y no cada una de ellas por separado

“Un verdadero suicidio es el resultado final de un plan meticuloso que no ofrece oportunidad de sobrevivir, mientras que muchas de las amenazas o maniobras suicidas son intentos desesperados de comunicarse con los demás; sin embargo presentan dos peligros obvios: por una parte una circunstancia imprevista puede causar la muerte accidental del joven; por la otra, si este desesperado llamado de atención no es tomado con seriedad por las personas allegadas, es posible que el joven trate de matarse realmente, al convencerse de que en verdad nadie se interesa por él”. (Solloa, 2006, p.294-295)

Trastorno negativista desafiante.

En los niños que presentan el Trastorno Negativista Desafiante existe una conducta opositorista-agresiva que inicia en la familia y posteriormente se extiende a otro tipo de relaciones sociales. El oposicionismo es normal en ciertas etapas del desarrollo, resulta necesario para asumir individualidad y adquirir autonomía, para poder establecer normas y controles internos (Solloa, 2006).

La Asociación Psiquiátrica Americana (Citada en Peña y Palacios, 2011) refiere que el Trastorno Negativista Desafiante se define por un patrón recurrente, que causa un deterioro clínicamente significativo, de conducta negativista, desafiante, desobediente y hostil dirigido a las figuras de autoridad, que debe manifestarse de forma más o menos continua y en el que están presentes algunos de los siguientes comportamientos: Encolerizarse y prorrumpir en pataletas (berrinches), discutir con adultos, desafiarlos activamente o rehusarse a cumplir sus demandas, molestar deliberadamente a otras personas, acusar a otros de sus errores o mal comportamiento, ser susceptible o fácilmente molestado por otros, mostrarse enojado y resentido, rencoroso y vengativo.

“Los niños que despliegan conductas agresivas desde una edad temprana están en mayor riesgo de tener un pronóstico muy negativo cómo llegar a presentar conducta criminal, trastornos de personalidad y abuso de sustancias”. (Solloa, 2006, p.178)

La misma autora remarca las diferencias clínicas de dos tipos de negativismo: el pasivo y el activo; en el primero, el comportamiento del niño se caracteriza por no realizar las órdenes o peticiones de los otros, pero sin llevar a cabo conductas hostiles u opositoristas manifiestas. Dichos niños nunca manifestarán un “no lo hago”, solo dirán que si a todo pero sin llevarlo a cabo. Los niños con un negativismo activo se resistirán en forma abierta a realizar las peticiones de los otros, mostrando una actitud constante de enojo y resentimiento y desplegando conductas francamente hostiles y agresivas.

Shaw (Citado en Peña y Palacios, 2011) refiere que el Trastorno Negativista Desafiante se encuentra asociado al apego inseguro y los cuidados parentales deficientes. Este trastorno se encuentra más en familias en las que los padres están muy preocupados por el poder, control y autonomía en donde las prácticas educativas son duras, incoherentes o negligentes, al igual que como en las familias donde los cuidados del niño quedan interrumpidos por distintos cuidadores (Solloa, 2006).

Para Solloa (2006) la sintomatología negativista puede aparecer después de un evento traumático o puede ser una defensa contra sentimientos de incapacidad, incompetencia, ansiedad, poca tolerancia a la frustración, pérdida de autoestima o tendencias de sumisión. A nivel cognitivo los niños y adolescentes agresivos se caracterizan por procesar la información de manera irracional, ilógica y distorsionada. Estos chicos generalmente responsabilizan del conflicto al otro, consideran que su agresión está totalmente justificada. Actúan por impulsos, sin reflexionar sobre el contexto o las consecuencias de su conducta y no buscan respuestas alternativas.

Los padres tienden a proyectar algo sobre los hijos, sus necesidades, sus deseos, sus carencias, sus frustraciones y aspectos inaceptables de su propia personalidad. Cuando es un solo hijo el que lleva a sus espaldas esta pesada carga es muy factible que comience a manifestar síntomas hostiles y negativistas, ya que son sus propios padres quienes inconscientemente le atribuyen esas características (Solloa, 2006).

“Elementos como el rechazo paterno, la permisividad frente a la agresión, la tendencia a castigar, una deficiente comunicación entre padres e hijos y las relaciones agresivas entre hermanos, contribuyen al surgimiento de este trastorno”. (Solloa, 2006, p.181)

La mala conducta es la consecuencia de prácticas parentales inadecuadas e inconsistentes, además de no contingentes. Por este motivo, el niño ha aprendido que la conducta oposicionista es eficaz para manipular a los adultos con el fin de que cedan ante sus deseos (Peña y Palacios, 2011).

El comportamiento del niño con trastorno negativista va a alterar a la familia, los padres en su afán desesperado por corregir a su hijo, intentarán diferentes estrategias tornándose así vacilantes e inconstantes. Así mismo se ha visto que los padres de niños agresivos manifiestan hacia sus hijos y hacia sus parejas una conducta altamente agresiva en lo verbal y en lo corporal. Esto lleva a suponer que hay un componente importante en el que a través del modelamiento de los padres, el niño aprende a afrontar los problemas mediante la hostilidad (Solloa, 2006).

Para Dodge (Citado en Peña y Palacios, 2011) los niños agresivos muestran fallas en el reconocimiento de las claves sociales, tienen una atribución agresiva equivocada sobre las conductas de los pares, lo que genera pocas soluciones a los problemas y tienen la expectativa de ser recompensados por sus respuestas agresivas.

Los niños con este trastorno no se consideran a sí mismos como oposicionistas o desafiantes y piensan que su comportamiento es una respuesta razonable a las exigencias del medio. Una característica es que el niño persistirá en su terquedad, en su resistencia o en su rebeldía a pesar de él; esto significa que el niño aunque se logra dar cuenta de que su conducta es perjudicial para el mismo, insistirá en ella con tal de no sentir que se somete a los deseos de los otros, generalmente de las figuras de autoridad. Es así como este desorden adquiere una dimensión autodestructiva (Solloa, 2006).

Trastorno Límite de la Personalidad.

Caballo (2004) manifiesta que, en términos generales, el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) se describe por la extrema inestabilidad emocional de una persona.

Para Corchero y colaboradores (2012), el Trastorno Límite de la Personalidad se caracteriza principalmente la desregulación emocional, pensamiento polarizado, relaciones interpersonales caóticas, periodos de disociación, inestabilidad en el estado de ánimo, de la autoimagen, de la conducta y de la identidad.

De acuerdo con Millon (2006), los pacientes con personalidad límite son emocionalmente inestables y especialmente iracundos. Sus relaciones son tempestuosas e intensas, con rupturas y reconciliaciones. Una característica interpersonal notable es el caos y que su opinión respecto a los demás experimenta cambios repentinos. Hacen esfuerzos frenéticos por evitar ser abandonados, incluyendo comportamientos suicidas. Al presentar ansiedad, depresión, culpa e inferioridad, muchos llevan a cabo comportamientos autodestructivos y acaban abandonándose impulsivamente a las drogas, la promiscuidad sexual y las autolesiones. Durante los periodos en que se hallan sometidos a estrés, su falta de cohesión los hace susceptibles a estados psicóticos transitorios (fragmentación completa o debilitación de la identidad) y episodios disociativos. Carecen de un sentido maduro de su propia identidad, varían bruscamente de objetivos y valores; así como de opiniones y decisiones

Su incesante búsqueda de identidad promueve que sean personas capaces de experimentar diferentes estilos de vida y regirse por diferentes filosofías en cortos períodos de tiempo, si esto les aporta la gratificación inmediata que necesitan (Caballo, 2004).

Corchero y colaboradores (2012) describen características muy marcadas de las personas con Trastorno Límite de la personalidad como:

- Aversión: Tienden a experimentar sentimientos de malestar, de larga duración, a menudo desencadenados por el miedo al rechazo, real o imaginario.
- Labilidad: su estado de ánimo puede oscilar entre la ira, la depresión y la ansiedad.
- Estados emocionales negativos: presentan sentimientos de auto-destructividad, fragmentación o ausencia de identidad, así como victimización.
- Extrema sensibilidad hacia el trato que reciben de los demás: tienen reacciones extremas ante la crítica negativa.
- Ambivalencia ante el entorno: muestran cambios muy rápidos en la valoración que se hace de los demás y de sí mismos, pasando del aprecio, al rechazo en muy poco tiempo.
- Conductas impulsivas: relacionadas con el abuso de sustancias, la sexualidad, etc.
- Manipulación: presentan conductas descritas como manipuladoras hacia los demás, pero también pueden verse como mecanismos de autodefensa para librarse del sufrimiento.
- Relaciones caóticas: con familiares y pareja, sus relaciones suelen estar marcadas por el conflicto, la insatisfacción y los abusos.

Para Caballo (2004) los aspectos cognitivos del TLP reflejan claramente el torbellino emocional que resulta de su mundo interno. Llegan a sufrir estados paranoides reactivos a situaciones que pudieran resultarles estresantes, como son la predicción del abandono por parte de las personas significativas en su vida o las críticas dirigidas a su comportamiento o a su forma de ver las cosas.

La sensación de falta de una identidad estable les hace pasar momentos realmente angustiosos de ansiedad, miedo e incluso depresión, que les llevan a comportarse de un modo hostil y con una ira descontrolada. La introspección les lleva a estados de abatimiento y apatía, llegando a ser dominados por las autocríticas y los autorreproches, llegan a sentirse como personas realmente despreciables y merecedoras del abandono de sus seres queridos.

El mismo autor continúa diciendo que las personas con este trastorno presentan pensamientos rígidos, inflexibles e impulsivos, con baja tolerancia a la frustración. La percepción de las personas importantes de su entorno fluctúa con rapidez, desde la idealización hasta la devaluación, ideas oscilantes y actitudes ambivalentes hacia los demás e incluso hacia sí mismo. Ante estos cambios se encuentra con una falta de propósitos para estabilizar sus actitudes o emociones y una incapacidad para mantener estables sus pensamientos, presentando dificultad para aprender de experiencias pasadas.

Carece de una estabilidad en su identidad, teniendo pensamientos variantes y extremos de sí mismos, con frecuentes autorreproches, autocastigos y autocríticas continuamente presenta sensaciones crónicas de vacío con sentimientos aterradores frente a la soledad. Presentan pensamientos anticipatorios de abandono, llevándoles a manifestar ansiedad, culpa, depresión y hostilidad, temor excesivo a ser despreciados. Poseen menor capacidad para procesar la información debido a sus problemas para centrar la atención. Culpando a los demás cuando las cosas van mal (Caballo, 2004).

Caballo (2004) refiere que a nivel conductual las personas con TLP presentan niveles elevados de inconsistencia e irregularidad resultando bastante impredecibles, con niveles de energía inusuales provocados por su misma impulsividad. Sus relaciones interpersonales son intensas y caóticas, excesivamente dependientes de los demás, provocan peleas y conflictos con frecuencia, su comportamiento es paradójico en sus relaciones con las demás

personas (a pesar de buscar la atención y el afecto, lo hacen de un modo contrario y manipulativo, suscitando el rechazo). Adaptándose y relacionándose a nivel superficial. Recurren de manera frecuente a chantajes emocionales y actos de irresponsabilidad (suicidio, juego patológico, abuso de sustancias psicoactivas, grandes atracones de comida, Etc.)

Caballo (2004) define los Aspectos emocionales característicos del TLP en las emociones polarizadas, contradictorias y una inestabilidad afectiva debido a una notable reactividad del estado de ánimo. Su estado de ánimo no concuerda con la realidad. Experimentan una elevada activación emocional, siendo muy sensibles a los estímulos emocionales negativos. Los estados de ánimo contrarios y su equilibrio emocional se hallan constantemente en un “tira y afloja”. Cuando pierden el control muestran agitación y excitación física, presentando ira intensa, inapropiada y fácilmente desencadenada que implica una pérdida de control emocional, especialmente cuando se sienten frustrados o decepcionados.

Constantemente presentan un intenso sentimiento de vacío, vergüenza, abatimiento, culpabilidad, odio e ira dirigida a sí mismos, poseen la tendencia a inhibir respuestas emocionales negativas, especialmente las asociadas con dolor y pérdidas, incluyendo tristeza, culpabilidad, vergüenza, ansiedad o pánico. Debido a que la inestabilidad es prácticamente la base de este trastorno, resulta difícil predecir qué emoción y cuánto durará un determinado estado de ánimo en estas personas

Según Caballo (2004) los pacientes con este trasto normalmente describen la relación con sus madres como altamente conflictiva, distante, sin ningún compromiso o entrega afectiva, es frecuente la ausencia del padre o su falta de implicación. El hecho de no mantener relaciones adecuadas con ninguno de los padres, es un factor más específico y patogénico para el trastorno.

Parece algo general que el paciente límite provenga de una familia desorganizada, desestructurada, que no le sirve de apoyo y le perjudica. Éste es un ambiente que con gran probabilidad amplificaría la conducta impulsiva y la inestabilidad en la personalidad (Caballo, 2004).

Del mismo modo Corchero y colaboradores (2012) consideran que el ambiente invalidante es uno de los principales factores que contribuyen al desarrollo del TLP. La invalidación es la respuesta inapropiada o extrema de parte del adulto hacia el niño, los intentos de éste por comunicar sus experiencias y emociones suelen ser censurados, ignorados, castigados o minimizados por parte del padre.

A causa de esta dinámica familiar y estilo de crianza, las personas con TLP conciben su ambiente como hostil e inestable. De este modo, la conducta desadaptativa manifestada por personas con un TLP se considera como adaptativa ante un ambiente desadaptativo (Caballo, 2004).

El TLP se puede manifestar en la infancia, en la adolescencia o en el inicio de la edad adulta, y su curso es crónico. Los casos más precoces suelen tener peor pronóstico, sobre todo si van acompañados de abuso de sustancias y conductas autodestructivas durante la adolescencia. Los años más críticos de este trastorno suelen ser entre los 20-35 años, que es el periodo en que el individuo tiene que hacerse adulto e independiente y construirse un futuro. En la mayoría de los casos, el trastorno se estabiliza a partir de los 35-40 años y sus síntomas se suavizan (Corchero y colaboradores, 2012).

6.2 - Datos generales del caso

El caso que presentaré a continuación es de una paciente atendida por el servicio de psicología en el área de pediatría urgencias, los datos se presentaran en el orden en el cual se tuvo acceso.

Nombre: Natalia

Edad: 13 años 10 meses

Estado civil: Soltera

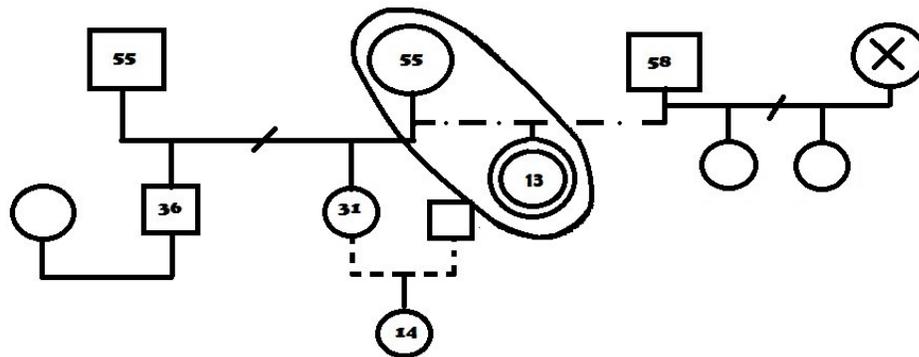
Nacionalidad: Mexicana

Fecha de nacimiento: 24/12/2002

Fecha de valoración: 03/10/2016

Escolaridad: Secundaria en curso

Familiograma y datos de los padres.



Madre: Laura de 54 años, tiene tres hijos, el mayor llamado Alejandro de 36 años, una hija llamada Rosa de 31 años y su hija menor Natalia quien es la paciente con 13 años de edad; la señora Laura y Natalia viven juntas, sus dos hijos mayores viven aparte. La señora Laura concluyó sus estudios de preparatoria con carrera técnica en recursos humanos, empleada en una cadena de autoservicio.

Padraastro: Arturo de 55 años, es el padre de los dos hijos mayores de la señora Laura y padraastro de Natalia, tiene la secundaria completa, es actualmente jubilado, fue empleado en servicios de salud del DF como fumigador, fumador crónico (10 cigarros al día) y consumo de alcohol 3 días a la semana hasta llegar a la embriaguez.

Padre biológico: David de 49 años, tiene dos hijas mayores con su anterior matrimonio y es el padre biológico de Natalia, cuenta con carrera técnica en seguridad, actualmente trabaja como policía en el estado de Monterrey.

6.3 - Antecedentes médicos

Notas médicas

Las notas médicas que a continuación se presentan fueron tomadas textualmente del expediente de la paciente. En éstas se rescata la fecha y el servicio hospitalario que la cual fue recibida, cabe recalcar que la impresión diagnóstica fue asignada por el pediatra o psiquiatra que la atendió.

➤ **Fecha: 26 de Agosto del 2016**

Consulta en el servicio de Paidopsiquiatría.

Motivo de consulta: Probable TDA (Trastorno por déficit de atención) y cuadro depresivo con ideación suicida urgente.

Se trata de paciente femenina de 13 años quien acude al servicio de psicología debido a que muestra apatía escolar, problemas de atención y concentración, baja autoestima, la han cambiado de escuela y su promedio escolar indica bajo rendimiento (6.5), hay desgano ante la idea de hacer trabajos o tareas, la madre refiere que desde hace un mes está teniendo conducta de cutting y que durante las vacaciones se la pasó viendo videos de suicidas, muestra labilidad emocional, muestra angustia, ansiedad, irritabilidad, se muestra

agresiva y resuelta a conductas autodestructivas, baja tolerancia a la frustración, con bloqueo emocional en ocasiones, recurriendo a la conducta de autolesión.

Impresión Diagnóstica: Depresión mayor

Receta: Fluoxetina y Risperidona

➤ **Fecha: 3 de Octubre del 2016**

Consulta en el servicio de Pediatría Urgencias.

Padecimiento Actual: La paciente es traída por su padre, refiere que ayer al medio día intentó suicidarse, ingiriendo fluoxetina 14 tabletas 20 mg cada una y 20 tabletas de risperidona 2 mg presentando posteriormente mareo, frío y posteriormente calor, la paciente vive con la mamá y no refiere haber presentado alguna sintomatología. La paciente refiere las ingirió para saber que se sentía; refiere ansiedad.

Antecedente de tratamiento psiquiátrico con estos medicamentos los cuales suspendió por referir presentó somnolencia, última cita con psiquiatría hace un año (sept 2015) aparentemente con diagnóstico de crisis de ansiedad e ideación suicida.

Impresión Diagnóstica: Adolescente femenina eutrófica, Intento suicida, Evento depresivo.

➤ **Fecha: 3 de Octubre del 2016**

Consulta en el servicio de Neuropsiquiatría.

Adolescente de 13 años con antecedentes de autolesiones (cortes en las muñecas), tratamiento con Fluoxetina y Risperidona interrumpió hace un año. Bajo rendimiento escolar, apatía, ánimo bajo, ideas de muerte previas, sentimientos crónicos de vacío, temor al abandono e inestabilidad en las relaciones.

A la exploración se encuentra alerta, orientada, poco cooperadora, responde con monosílabos, coherente, ánimo bajo, afecto aplanado.

Impresión diagnóstica: Episodio depresivo + intento suicida.

Recomendaciones:

1: Internamiento en el Hospital Psiquiátrico Infantil

2: Fluoxetina 20 mg

3: Risperidona 20 mg

4: Vigilancia extrema por riesgo a autolesiones.

➤ **Fecha: 7 de Octubre del 2016**

Consulta en el Hospital psiquiátrico infantil.

(Hoja de contrareferencia)

La paciente fue trasladada al hospital psiquiátrico infantil para una valoración, posteriormente la regresaron al hospital del ISSTE

Paciente femenina de 13 años de edad, quien el domingo 2 de octubre ingiere pastillas luego de discusión con la madre en horas de la mañana, comenta la joven que previamente ya había tenido ideación suicida luego de discusiones con su madre, se enoja fácilmente, se encierra en su cuarto y vienen estas ideas suicidas. Tiene antecedentes de atención psicológica desde los 10 años de edad, luego de la separación por sus padres (por infidelidad del padre hacia la madre) luego inicia atención con paidopsiquiatria desde 2014 durante tres meses, luego continuó medicación preescrita con Sertralina 50 mg y Clonazepam 2 mg hasta el mes de septiembre del 2015 que suspendieron la medicación.

A finales de junio del 2016 inicia con irritación, se enoja fácilmente presentando intentos de agresividad a la madre, discuten mucho, con tendencia al aislamiento, se distrae en clases, ya no quiere conversar con el padre y se alejaba de él, cursando con hiporexia (pérdida de apetito) y alteración del patrón del sueño, durmiendo 2 horas en la noche con somnolencia diurna. Refiere la paciente que al iniciar clases a mediados del mes de agosto ingresa en páginas de internet con información sobre suicidios e inicia cortes superficiales en ambas muñecas “por moda”. Posteriormente a inicios de septiembre 2016 un compañero de su escuela se suicidó. Debido a esto la madre decide llevarla a recibir atención nuevamente de psiquiatría en el hospital López Mateos y se inicia el día 30 de septiembre 2016 con fluoxetina y risperidona. Niega consumo de sustancias.

Pensamiento congruente y coherente con la realidad, presenta minusvalía “no valgo nada” evidenciando problemas de baja autoestima durante el discurso, refiere sentirse arrepentida de lo sucedido. Con interés sobre el futuro.

Impresión diagnóstica:

Envenenamiento intencional autoinfligido con episodio depresivo moderado

Supervisión inadecuada de los padres

Psicotrópicos

Distimia

Soporte familiar inadecuado

6.4 - Reporte Psicológico del hospital

El presente reporte psicológico fue realizado por el servicio de psicología del Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro, siendo éste el primer contacto con la paciente.

22 de mayo del 2017

Motivo de consulta: Paciente femenina que ingresa al Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro el día 03/10/2016 por intento de suicidio, ingiriendo 14 tabletas de fluoxetina y 20 de risperidona. La paciente refiere que fue para experimentar lo que se siente.

Motivo de consulta expresado a psicología: La madre refiere que hace unos meses su hija ha tenido problemas de depresión, teniendo ideas suicidas y presentando autolesiones. Se comporta de manera aislada, irritable y agresiva, muestra apatía en sus actividades diarias.

Proceso diagnóstico:

La evaluación diagnóstica de la paciente se llevó a cabo durante 10 sesiones, la primera se realizó en el área de urgencias del departamento de pediatría, donde se encontraba internada, en este departamento se hizo la recomendación de ser referida al servicio de psicología. A las siguientes sesiones la paciente fue a consulta acompañada por su mamá, 4 sesiones se dedicaron a entrevistas con la madre, 5 sesiones a entrevista y evaluación con la paciente, en las cuales se aplicaron las siguientes técnicas e instrumentos psicológicos:

- Test de la Figura Humana de Karen Machover
- Test Persona Bajo la lluvia.
- Test Casa, Árbol. Persona (HTP)
- Test Autorretrato
- Test Desiderativo
- Escala de ansiedad manifiesta en niños (CMAS-R)
- Inventario de Depresión de Beck

Desde la primera sesión, la paciente se mostró reservada, tímida y cortante en sus respuestas, con rasgos de abulia (falta de voluntad para hacer algo o moverse), mostrando poco interés ante la entrevista. Se presentaba en condiciones de higiene y aliño, se mantuvo ubicada en tiempo y espacio.

En primera instancia se oponía a realizar las actividades que se le asignaban, era la madre quien relataba lo que había ocurrido, describiendo que en los últimos meses su hija había cambiado mucho, se mostraba triste, sensible, irritable, agresiva, enojona, impulsiva y anteriormente había llegado a hacerse daño, hacía comentarios sobre la muerte y manifestaba abiertamente sus deseos de morir.

Así mismo, mencionaba que la paciente había tenido contacto con gente desconocida por medio de redes sociales, a quienes les proporcionaba sus datos personales. Comentó que desde pequeña se caracterizaba por ser una niña seria y aislada, teniendo mal desempeño escolar y malos hábitos alimenticios.

Posteriormente, en las sesiones de entrevista a la madre, ella proporcionó todos los datos para la elaboración de historia clínica. Por su parte, la paciente en sus entrevistas privadas, continuó portándose distante y cautelosa, conforme se iba avanzando en las sesiones se mostró cooperadora y trabajando en la evaluación de manera rápida.

Resultados:

La prueba de CMAS-R indica que la paciente se encuentra en un nivel de ansiedad normal, acompañado de una depresión moderada, corroborada por el inventario de depresión de Beck.

A nivel de personalidad presenta rasgos de ansiedad contenida con poco control de impulsos, se le dificulta respetar las normas, mostrando oposición ante éstas y ante las figuras de autoridad, percibe el ambiente hostil, amenazante y excesivamente demandante, muestra poca tolerancia a la frustración lo cual dificulta su interacción con el ambiente, buscando evadir responsabilidades,

observándose comportamientos infantiles, dependientes, autoagresivos y fuga de ideas, tiene dificultades para establecer relaciones interpersonales profundas, se aprecia con mucha demanda de atención y de contención.

Muestra una fuerte necesidad de aceptación social, con sentimientos de inseguridad e inferioridad, percibiéndose sin recursos para enfrentar las demandas del medio, se observa dispersión, confusión, inseguridad; así como tendencia al aislamiento y refugio en la fantasía; con falta de contacto social.

Impresión diagnóstica: Episodio depresivo leve y Otros trastornos disociales; aunado a una Supervisión inadecuada de los padres y un Soporte familiar inadecuado.

Sugerencia de tratamiento: Se requiere seguimiento por parte de Paidopsiquiatría para dar continuidad a su tratamiento farmacológico. Así como un seguimiento psicoterapéutico en el servicio de Psicología.

6.5 - Historia Clínica

La historia clínica que presento se obtuvo posterior a la interconsulta y la intervención psicológica en el área de pediatría urgencias

Antecedentes del nacimiento y desarrollo.

La señora Laura refiere que ella y el señor Arturo fueron obligados a casarse a los 17 años, porque la madre de ella se enteró que tenían una vida sexual activa, posteriormente, se fueron a vivir a la casa de la familia del señor. Durante ese tiempo, el esposo era quien trabajaba y la señora se quedaba a hacer las tareas del hogar. La señora Laura señala que durante ese tiempo ella no salía de la casa, a visitar a sus familiares ni amigos, mientras que el señor Arturo continuaba con su vida “como si no estuviera casado” (sic). Saliendo a fiestas y emborrachándose cada fin de semana con sus amigos.

Posteriormente tuvieron dos hijos Alejandro y Rosa, la señora Laura comenta que durante ese tiempo ella se dedicaba a ser ama de casa, relata que en esos años había una relación armoniosa con su esposo, los fines de semana salían de paseo o convivían como familia, cuando ambos hijos entraron a la escuela el salario del señor Arturo no solventaba los gastos del hogar, por lo cual la señora Laura decidió entrar a trabajar. Señala que en ese momento ella comenzó a hacerse cargo de varios gastos, debido a que cuando le pedía dinero al señor Arturo, éste se enojaba, peleaban y tenían problemas.

Refiere que en ese momento tuvo un empleo de jornada completa, lo cual absorbía gran parte de su tiempo, ella describe que se sentía cansada por el trabajo, las tareas del hogar y la familia, relata que en ese tiempo ella era muy enojona y se irritaba con facilidad. En una ocasión en la cual se reunieron con el resto de la familia, el señor Arturo comentó frente a todos que la señora Laura era una “neurótica y por todo se enojaba” (sic), ante este comentario la señora Laura se enojó tanto que decidió “ser la neurótica que él decía” (sic).

Se distanció de sus hijos y de su esposo, no hablaba ni convivía con ellos con el fin de hacer enojar más a su pareja. La señora Laura menciona que en ese tiempo “Arturo y yo nos veíamos como enemigos, a ver quién le hacía más daño al otro” (sic). El distanciamiento fue tan marcado que afectó todos los aspectos de la relación en pareja, incluido el aspecto sexual, el cual la señora describe que se presentaba “únicamente para cumplirle a él” (sic).

Relata que alrededor de los 30 años ella quería volver a embarazarse porque “aún era joven para tener otro hijo” (sic). Ante esa situación constantemente le pedía al señor Arturo que tuvieran otro hijo, él se oponía a la idea argumentando “No quiero otro hijo, no se puede y no hay dinero” (sic), amenazaba con que se iba a hacer la vasectomía, la señora Laura describe que el señor Arturo se operó sin haberle confirmado nada y que un día llegó comentándole que era un hecho el ya no tener otro hijo.

La señora Laura relata que durante esos años, ella permaneció con la idea de tener otro bebé y que pensó que si se operaba ya no continuaría con esa idea “así se me quitaría la espinita de querer tener otro bebé porque ya no voy a poder” (sic). En esos días habló con un sobrino y éste le recomendó que no se operara y que probablemente el señor Arturo cambiara de opinión, consejo que siguió y ya no se operó.

Cuenta que las ganas de querer tener otro bebé fueron porque cuando su hija mayor Rosa nació, su suegra fue diagnosticada con Cáncer cervicouterino, ella la cuidó y ayudó durante su tratamiento, menciona que en esa etapa no le prestó la suficiente atención a sus dos hijos por estar atendiendo a su suegra, como el cáncer ya era demasiado avanzado después de unos meses falleció, posterior a su deceso, la señora Laura refiere que tuvo que atender a su suegro para que no estuviera solo, “terminé haciendo las tareas de su esposa” (sic).

En ese momento la señora describe haberse sentido con un vacío emocional porque no atendió a sus hijos “vi su vida pasar y no lo disfruté, quería tener otro hijo para disfrutarlo y darle toda la atención que a sus hermanos no les pude dar” (sic).

Después de 10 años, cuando la señora Laura tenía 40 años conoció al señor David, un policía que trabajaba en el mismo lugar que ella, posterior a un año de amistad comenzaron una relación amorosa, describe que eran muy felices y se entendían bien, esta relación la mantuvieron en secreto, debido a que ambos continuaban casados. Al mismo tiempo, ella seguía comentándole a su esposo, el señor Arturo que quería otro hijo, como este tema causaba tanto conflicto entre ellos en una ocasión el señor Arturo enojado le gritó: “ve a qué te hagan el hijo en otro lado” (sic), ante dicha respuesta la señora Laura le preguntó si estaba seguro de lo que decía, el señor afirmó, ante lo cual la señora ya no respondió nada. Menciona que anteriormente ya había hablado con su amante, el señor David y él también quería tener otro hijo, pensaban en irse a vivir juntos y formar una familia “yo me podía ir de mi casa, mis hijos ya estaban grandes y no me necesitaban, él también tenía muchos problemas con su pareja y se quería separar” (sic).

En una ocasión el señor Arturo encontró una identificación oficial del señor David en las cosas de la señora Laura, discutieron y la señora terminó aceptando que era de su amante, el señor Arturo fue a la dirección que tenía la identificación, encontrando la casa del señor David, buscó a su esposa para informarle lo que sucedía, ella desconocía que su esposo tenía otra pareja y ambos tuvieron muchos problemas.

Desarrollo prenatal

La señora Laura refiere que después de acordar con el señor David el tener un hijo y formar una familia, quedó embarazada, ella informó al señor Arturo de su embarazo, argumentando “tú me dijiste, así que lo hice” (sic). El señor Arturo resultó sorprendido ya que “el nunca esperó que estuviera con otro hombre, le cayó de sorpresa que lo brincara como persona” (sic).

Durante el embarazo, la señora Laura tenía la idea de que se iría a vivir con el señor David, pero éste se hizo a un lado por razones que ella hasta la fecha desconoce, cortando todo tipo de comunicación, no lo volvió a ver hasta que Natalia tuvo dos años.

La madre comenta que se embarazó a los 41 años, relata haber tenido supervisión médica y los cuidados apropiados, sin presentar ninguna complicación; la bebé nació por parto natural. Menciona que durante el embarazo, su esposo el señor Arturo estuvo enojado e indiferente porque al igual que ella, su hija mayor Rosa de 16 años estaba embarazada, durante ese tiempo la señora continuó trabajando para poder cubrir los gastos de su hija y su nieta.

Relata que cuando Natalia nació ella acudió sola al hospital, tenía la esperanza de poder salir el día 26 de Diciembre para ir a registrarla en ese momento y ponerle únicamente los apellidos de ella, a fin de no tener problemas con ninguno de los dos señores, eso no fue posible, porque la dieron de alta el 25 de Diciembre y al ser día festivo las oficinas de registro civil estaban cerradas. Al día siguiente, ella intentó ir a registrar a la niña y el señor Arturo no le permitió hacerlo, menciona que no la dejó salir a registrarla sola y fue hasta finales de enero que en compañía del señor Arturo, fueron a registrarla, él fue quien decidió los nombres y ella los aceptó porque le gustaron los significados, por dicha razón la chica tiene los apellidos del padrastro.

La señora Laura agrega que cuando Natalia nació le dio la atención y cuidado que los otros hijos no tuvieron “a Natalia la sobreprotegí, no la dejé caerse como a los otros” (sic).

Desarrollo temprano e infancia

Respecto a su desarrollo temprano la señora Laura menciona que no recuerda con exactitud la edad en la que Natalia comenzó a caminar, hablar, controlar esfínteres, etc. Recalca que esas etapas se desarrollaron de una forma normal.

Durante esta etapa, su esposo, el señor Arturo mostraba poco interés por la niña, después tuvo que aceptarlo y atender a ambas bebés, a su nieta y a su hijastra Natalia. Las dos niñas crecieron juntas debido a que ambas madres trabajaban haciendo limpieza en casas para poder solventar los gastos. Las niñas estuvieron en guardería, ambas madres se turnaban el cuidado de ellas en los horarios fuera de la guardería y cuando les resultaba complicado le pedían al señor Arturo que las cuidara. La señora Laura comenta que el señor Arturo era quien ponía las reglas y castigos en la casa, describe que el señor llegaba a ser agresivo con las niñas, las regañaba, gritaba y en ocasiones les pegaba, dándoles cachetadas por no hacer la tarea o por no querer comer, las niñas lloraban y le decían a sus madres cuando éstas regresaban de trabajar.

Después de dos años posteriores al nacimiento de Natalia, el señor David volvió a buscar a la señora Laura y a su hija, ellos continuaron siendo amantes, esto sin el conocimiento del señor Arturo. Relata que los planes de irse a vivir los tres persistían y por cuestiones ajenas a la señora Laura siempre postergaron ese plan sin llegar a concluirlo, en esos años el señor David tenía contacto con Natalia, le compraba ropa o zapatos y la llevaba a pasear, Natalia le decía papá a los dos señores, menciona que tenía dos padres “uno que me compra cosas y me llevaba al parque y otro que me ayudaba con la tarea” (sic).

En ese tiempo la señora Laura, su esposo y Natalia dormían en la misma cama, Natalia menciona que en las noches el señor Arturo veía pornografía y ella se percataba de eso, así mismo presenciaba en ocasiones las relaciones sexuales entre su madre y su padrastro, además escuchaba sus conversaciones con alto contenido sexual de manera cotidiana. Del mismo modo tenía conocimiento de que el señor Arturo tenía varias parejas sexuales.

En el año 2010, cuando Natalia tenía 8 años, el señor David se fue a trabajar a Monterrey, desde entonces ha permanecido en dicho estado, por razones que la señora Laura desconoce el señor David no ha contribuido económicamente para los gastos de Natalia. Hasta hace dos años cuando Natalia tenía 11 años tuvo conocimiento de cómo fue su concepción.

En el año 2013, el señor Arturo y la señora Laura seguían casados, vivían en el mismo terreno en departamentos diferentes, en uno vivía la madre con Natalia y en otro el señor, refiere que entre ellos ya no había ninguna relación, que cada quien se dedicaba a sus asuntos, sin interferir en los del otro, los días festivos los pasaban juntos a pesar de que ya no mantuvieran una relación amorosa.

Comenta que en diciembre de ese año Natalia fue al departamento de su padrastro por dinero cuando entró lo encontró teniendo relaciones sexuales con otra pareja, la señora relata que Natalia salió corriendo, y llegó llorando con ella a contarle lo que había visto, la madre fue a aclarar lo ocurrido con el señor Arturo y este negó todo lo que Natalia había dicho, menciona que a partir de este evento ella decidió seguir al señor Arturo y aparecer en su casa a horarios en los que nunca aparecía, fue cuando descubrió que el señor tenía otra pareja de la misma colonia y que esta persona ocasionalmente se quedaba varios días en casa del señor Arturo, la señora Laura sabía que desde años atrás el señor Arturo había tenido diversas parejas “yo lo aceptaba porque nosotros no teníamos relaciones sexuales y los hombres tienen mayores necesidades que las mujeres” (sic).

Ante esta nueva situación, la señora decidió enfrentarlo porque “la niña no tenía por qué saber que su papá tenía más parejas y ella no podía vivir en la misma casa donde su hija y yo vivíamos” (sic). Luego de una gran discusión entre el señor Arturo y la Señora Laura, la señora salió corriendo del departamento amenazando con irlo a demandar por “adulterio en el hogar” (sic).

El señor Arturo trató de detenerla y al no poder lograrlo decidió gritarle a Natalia desde el patio de la casa que su mamá la iba a abandonar, que la dejaría sola y se iba a ir, Natalia al oír esto, salió corriendo de su casa, llorando y pidiéndole a su mamá que no la dejara “Arturo comenzó a gritar todo eso para que no pudiera salir de la casa y no fuera a demandarlo, porque Natalia estaba muy asustada y no me soltaba” (sic).

Dinámica familiar

Pese a esta situación la señora Laura y el señor Arturo decidieron divorciarse, ella se fue con Natalia a la casa de su abuela materna, viven en un cuarto que cuenta con los servicios básicos, ambas comparten la misma cama. El señor Arturo da una pensión económica para Natalia, la madre refiere “No quería darla pero no le quedó de otra porque la niña tiene su apellido y yo podía demandarlo” (sic). Actualmente Natalia mantiene una buena relación con sus hermanos, con el señor David habla una a dos veces al mes por teléfono, manteniendo una relación cordial.

Durante las sesiones Natalia se opone a hablar con el señor Arturo, al indagar este aspecto refiere que es debido a que él ha sido muy malo con su mamá y con ella refiriendo las conductas agresivas que recibían de su parte, a los maltratos físicos, golpes, peleas y discusiones frecuentes que presentaban. Durante la entrevista relata una etapa disociada de su infancia que actualmente no recuerda.

Área sexual y de salud

Comenzó su vida sexual a los 13 años con un exnovio que vivía en su misma colonia, al indagar en este tema refiere que fue por curiosidad, el chico consumía alcohol y marihuana, por medio de él tenía invitaciones a fiestas y a consumir dichas sustancias.

En la misma etapa de ingreso a la secundaria tuvo episodios de anorexia, esta conducta se extinguió por dos años; actualmente tiene nuevamente ese comportamiento, se niega a comer, diciendo que nada le gusta; la madre refiere que en un mes ha bajado 10 kilos.

El 2 de Octubre del 2016, al llegar la madre del trabajo, Natalia y ella tuvieron una fuerte discusión, la madre le gritó, se enojó y salió de su casa, Natalia estaba muy enojada y realizó su primer intento de suicidio, ingiriendo 14 tabletas de Fluoxetina de 20 mg cada una y 20 tabletas de Risperidona de 2 mg cada una.

Después de esto, Natalia describe que sintió mareo, frío y posteriormente calor y se quedó acostada esperando a que su madre regresara. Cuando la madre volvió a casa, Natalia le comentó lo que había hecho y con ayuda del señor Arturo la llevaron a un Hospital del ISSSTE, donde le realizaron un lavado de estómago. La madre relata que anteriormente Natalia había presentado conductas alarmantes, frecuentemente le decía “nada es bonito, hay que morirnos” sic. A lo cual la madre sólo respondía que estaba mal que pensara eso. Al día siguiente la trasladaron al Hospital psiquiátrico infantil “Dr. Juan N. Navarro” para una valoración, considerando un posible internamiento. No permaneció en el hospital debido a que ya había sido desintoxicada, únicamente le hicieron una valoración psicológica y psiquiátrica; en dicho hospital sigue siendo atendida en ambos servicios.

En Febrero del 2017, una de las personas que conoció mediante las redes sociales la invitó a salir, posteriormente ante sus insistencias, su madre accede a darle permiso, supuestamente irían a comer a una plaza comercial en el sur de la ciudad, su madre la acompaña al encuentro, conoce a su amigo y señala le pareció de una edad mayor a la que él decía, la madre los deja y se va a trabajar.

El chico invita a Natalia a conocer donde él vivía, ella accede y se la lleva lejos de la plaza comercial por la periferia de la ciudad, Natalia menciona que habían dos personas más, un chico y una chica los cuales la invitaron y presionaron para que se quedara en esa casa a dormir, el amigo que conoció por Facebook la obliga a tener relaciones sexuales.

Pasaron varias horas y la madre le llama para saber dónde está, Natalia le menciona que estaba con el chico en su casa, que no sabe en dónde está, ni cómo salir de ahí, ante insistencias de la madre, uno de los chicos que estaban le dice que por la hora era imposible que regresaran, que Natalia pasaría la noche ahí y al día siguiente podría regresar, la madre desesperada llama a su hermano y se van juntos hacia esa zona de la ciudad buscando a Natalia alrededor de las 3 am, después de varios intentos logran localizar la casa en donde se encontraba Natalia y la sacaron de ahí.

Natalia le mencionó a la madre que había sido abusada sexualmente y ésta decidió comentarles a ambos padres, el padre biológico la orientó para que pudiera levantar una demanda y el padrastro le ayudó llevando a Natalia al hospital, para que le realizaran estudios el chico que abusó sexualmente de ella la siguió buscando para asegurarse de que no estuviera embarazada. Todo este relato lo describió la madre, estando Natalia presente, la volteaba a ver ocasionalmente y reía mientras la madre contaba lo sucedido. Actualmente Natalia sigue teniendo comunicación con el chico.

En marzo del 2017 realizó un segundo intento de suicidio posteriormente a una discusión con su novio que conoció por redes sociales y vive en otro estado de la República Mexicana, éste le comentó que había embarazado a su ex novia. Natalia le dijo que se suicidaría e ingirió todos los medicamentos que le habían dado posterior al abuso sexual, el novio avisó lo sucedido a la madre de Natalia que se encontraba trabajando.

Al llegar a casa la encontró pálida y sin fuerzas, la llevó a un Hospital General para que le hicieran un lavado de estómago, durante la intervención sufrió un paro respiratorio el cual fue atendido adecuadamente. Ante lo ocurrido, el novio también ingirió medicamentos intentando suicidarse; sus padres los auxiliaron y fue atendido en un hospital. Actualmente continúa con el tratamiento farmacológico y terapias psicológicas en el hospital psiquiátrico infantil y en el hospital general

Historia escolar y social:

Dentro del ámbito académico menciona que siempre ha tenido un mal aprovechamiento escolar debido a que se distrae y muestra poco interés por estudiar. Desde que cursaba la primaria, Natalia se apartaba de los demás compañeros, comportándose de una manera seria, aislada y distante, por año escolar solo tiene una amiga a la cual “no suelta” (sic). Refiere que el promedio de Natalia siempre ha sido bajo.

En quinto año de primaria comenzó a realizarse autolesiones con navajas en las muñecas y en el ante brazo, menciona que estas prácticas las observó en sus compañeros de clase y se realizaba estas lesiones debido a que se sentía enojada o triste. Esta práctica duró hasta primer grado de secundaria. Al entrar a la secundaria persistió la forma superficial de relacionarse con sus compañeros, tuvo diversos conflictos y peleas con ellos, se sobre esfuerza a que la reconozcan, buscan tener únicamente relaciones con hombres y no con mujeres.

En esta etapa ella comenzó a tener nuevos “amigos” por redes sociales, con los cuales habla diariamente, la madre refiere que todos los días ella se la pasa con su celular, mandando mensajes y recibiendo llamadas de diferentes personas, al preguntarle a Natalia dice que conoce a muchas personas de diferentes estados, a los cuales habla por Facebook o Whats App, una de estas personas es su actual novio, el chico vive en otro estado y menciona que mantienen una relación amorosa desde hace un año, con el que únicamente mantiene contacto por redes sociales.

El manejo que tiene de sus redes sociales es descuidado debido a que en estas plataformas ella ha llegado a exponerse de forma importante. Al momento que comenzó los cambios corporales debido a la pubertad, ella se mostraba apenada y tímida, posteriormente de manera drástica comenzó a vestirse de forma llamativa, mostrando su cuerpo e intentando aparentar una edad mayor, publicando fotos en las cuales viste prendas escotadas o mostrando gran parte de su cuerpo. Y proporcionando datos personales a gente desconocida.

Los sucesos ya antes mencionados provocaron que Natalia faltara muy seguido a la escuela, como estaba en último grado de secundaria la madre fue a hablar a la escuela para ver si los directivos y profesores podían tener consideración con su hija, tomando en cuenta los recientes sucesos por los que había pasado, los profesores se mostraron accesibles, permitiendo que Natalia faltara a clases, dando permisos para acudir a citas médicas y que no entregara tareas.

Natalia continuaba portándose de forma distante y aislada, en la escuela le permitían que llamara por teléfono durante las clases a sus amigos que conoció por internet y que no entregara trabajos realizados durante el horario escolar. La madre señala que estas conductas fomentaron que tuviera más problemas con sus compañeros “sacan provecho de ella, no la quieren porque ella a pesar de todo avanza, se porta seria y seca, es grosera en la escuela, sus compañeros la intentaban imitar pero ellos si eran regañados, le tienen envidia porque los profesores la consideran” (sic).

La madre refiere que ha incrementado el cuidado a Natalia, que por lo general no la deja sola y que ha retirado todo tipo de medicamentos de la casa, han estado buscando actividades recreativas para que ocupe su tiempo libre, logró salir de la secundaria obteniendo un promedio de 6.8. Realizó su examen para la preparatoria, no quedó en ninguna de las escuelas que había elegido, ante esto tuvo que ingresar a una preparatoria abierta, menciona querer hacer de nuevo el examen de Comipems y poder quedarse en la escuela de su elección y en un futuro poder entrar a la universidad.

6.6 - Resultados y conclusiones del caso

La adolescencia una etapa fundamental en la vida del ser humano, momento en el que el joven comienza a conocer y explotar sus capacidades, etapa transitoria en la cual busca una identidad propia, se defienden pensamientos e intereses, como lo menciona Coleman (2003) “las experiencias que ocurren en especial durante la adolescencia, ejercen una influencia importante en el desarrollo de la personalidad y sobre lo que acontecerá posteriormente a lo largo de la vida” (p.18).

Esta etapa se encuentra constituida y afectada por la atmosfera en la que se desenvuelve el joven, en la cual interviene la dinámica familiar, amigos, grupo de pares, religión, nivel socioeconómico, cultura etc, lo cual da como resultado una persona única.

Del mismo modo resulta fundamental señalar que la adolescencia alberga todo lo obtenido y vivido durante la infancia, durante estos años el joven toma o deja las cosas anteriormente proporcionadas por el medio en el cual se desarrolló, es debido a esto que la historia se vuelve crucial en esta fase del desarrollo, en esta etapa se gesta al futuro adulto con ciertas características ya definidas pero no limitado por dichos eventos de su pasado.

Como lo menciona Pardo, Sandoval y Umbarila (Citado en Arias, 2015) La familia es el núcleo de la sociedad, donde se gestan todos los aprendizajes del sujeto para interactuar en sociedad, los padres se convierten en moldeadores y modeladores de la estructura cognitiva, emocional y conductual del hijo.

Debido a esto, es vital la tarea que realizan los padres al momento de educar y cuidar a los hijos, ya que esta labor formará al futuro adulto; el tomar en poco el deber que tienen los adultos como padres puede llegar a tener diversas consecuencias para los hijos.

En el caso de Natalia, es necesario que se consideren todos los factores, circunstancias y eventos que se conjugaron a lo largo de su vida, se puede observar claramente que en un inicio, su concepción fue dada de manera negligente, como lo refiere Loredo et al (2010), la negligencia es la incapacidad que tiene el padre de asegurar al niño las condiciones adecuadas de salud física, nutricionales, educativas, de desarrollo psicológico, de alojamiento y protección.

En la situación de Natalia, la madre se embaraza por el deseo de tener otro hijo, ella no tenía una relación de pareja estable, la cual fomentara planes de cuidado, educación y disciplina, no se poseían proyectos de vida en los cuales los padres pudieran cumplir satisfactoriamente su rol de padres.

Durante su crecimiento Natalia estuvo expuesta negligentemente a diferentes riesgos, como lo menciona la madre, la deja bajo la supuesta supervisión de su padrastro sabiendo que este hombre no la aceptaba desde su nacimiento, el señor pasaba por alcoholismo; así mismo tenía conductas agresivas y violentas lo cual, resultaba dañino para el desarrollo de la niña.

Desde pequeña tuvo que estar inmersa en un ambiente poco favorable para ella, presenciando las peleas entre su madre y su padrastro, siendo también ella agredida física y emocionalmente por éste. Además fue erotizada durante su infancia al ser expuesta a una sexualidad adulta, en la que presenciaba a su padrastro viendo pornografía, se percataba de las relaciones sexuales entre su madre y su padrastro, aparte del lenguaje que llegaban a manejar de forma cotidiana en casa con un alto contenido sexual.

La negligencia es una forma de maltrato producida por los padres o los tutores de los niños, por lo general es enmascarada, silenciosa y en diversas ocasiones es pasada por alto, el que llegue a ser poco reconocida no quiere decir que no tenga grandes secuelas en la vida de las personas que la han padecido, de acuerdo con Núñez y Carvajal (2004) es importante considerar que un niño puede sufrir de maltrato por parte de los padres cuando estos no se aseguran de satisfacer las necesidades a las que tiene derecho; la educación, crianza, cuidado, protección y formación de un hijo, son parte de esos derechos, así como el poder proporcionarle amor y los cuidados necesarios.

El maltrato causado por los padres, dan como resultado daño al niño y pueden afectarlo de diversas maneras, pueden exhibir una pobre autoimagen, incapacidad para confiar o amar a otros, conducta agresiva, problemas de disciplina, a veces pasividad y comportamiento retraído, fracaso escolar y en ocasiones abuso de drogas y alcohol (Nuñez y Carvajal, 2004).

Como ya se mencionó anteriormente la familia es el primer contacto que el niño tiene con un grupo social, los padres forman, guían, instruyen, corrigen, y preparan al niño para que pueda integrarse adecuadamente a la sociedad. Al momento en el que el niño empieza a interactuar y desenvolverse en el medio es cuando se pone en evidencia qué tan funcional es su núcleo familiar ya que los menores transmiten todos los aprendizajes obtenidos de la familia.

Podemos hacer referencia y comenzar a explicar lo complejo que le resultó a Natalia convivir y desenvolverse en su entorno, debido a la dinámica familiar tan disfuncional en la que se tuvo que desarrollar, rodeada de inestabilidad, violencia, abandono y poco soporte de parte de los padres, lo cual dio como resultado profundas heridas en el aspecto psicológico, social y de salud, todo esto ocasiona que al momento de interactuar se relacione de manera superficial e insegura, ante estrés reacciona de manera hostil y con frecuencia de forma impulsiva, siendo incapaz de actuar adecuadamente al medio, teniendo poca tolerancia a la frustración y escasos recursos para enfrentar la vida así como los desafíos que esta conlleva.

En cuestión emocional se conjugan todas las experiencias ya antes mencionadas con características personales y cambios que el mismo desarrollo provoca, es parte de la adolescencia la expansión de horizontes y la búsqueda de una independencia de los padres, el adolescente busca estructurar sus ideales, constituye valores y decide sobre su destino, para que esto suceda, es necesario una progresiva autonomía que permita al adolescente desempeñarse de una manera abierta, conociéndose y adquiriendo seguridad, durante toda esta transición es importante la supervisión de los padres, los cuales se vuelven los mediadores que establecen un correcto equilibrio entre lo que es permitido y lo que no, el acompañamiento de los padres aporta al adolescente seguridad, autocontrol y madurez.

En este caso resulta de vital relevancia hacer énfasis en la situación a la cual Natalia tuvo que enfrentarse, desde pequeña creció dentro de un ambiente hostil y amenazante para ella, la falta de compromiso de los padres, su inestabilidad personal como de pareja se desembocaba en una familia disfuncional con una crianza caótica, violenta y con carencias, lo que da como resultado dificultades para Natalia al momento en el que intenta integrarse al mundo.

Ella transmitía las deficiencias de su entorno familiar, éstas la llevan de error tras error ya que el sistema en el que se desarrolló presentaba varias carencias que no le proporcionó los medios adecuados para que ella pudiera aprender a solucionar sus propios problemas y a beneficiarse de la experiencia.

Desde su infancia fue abandonada emocionalmente por sus padres, en la primaria ya mostraba rasgos de aislamiento, tristeza, dependencia, autolesiones y mal aprovechamiento escolar. Estas situaciones no resultaban de importancia para los padres, es en la secundaria donde muchas de estas conductas se agudizan volviéndose más problemáticas para la adolescente, si bien como ya se mencionó anteriormente, es de vital importancia que los padres estén involucrados en esta etapa transitoria de los hijos, pero en este caso es evidente que por negligencia.

Los padres no se ocuparon ni de su infancia ni de su adolescencia, en esta etapa comenzó a tener baja autoestima, una visión distorsionada del mundo, problemas alimenticios, abuso de sustancias, se desarrolló de manera superficial, retaba a la autoridad tanto en casa, la escuela y durante las terapias psicológicas, exhibía su cuerpo en redes sociales y se contactaba con desconocidos, todas estas acciones la exponían constantemente al peligro y a conductas que ponían en riesgo su integridad física y emocional, resultado de todo esto fue el abuso sexual que sufrió, estos comportamientos fueron siendo cada vez más alarmantes debido a que comenzó a tener conductas agresivas y problemas de depresión.

Solloa (2006) afirma que la dinámica familiar, el abuso, el maltrato físico y la psicopatología parental son aspectos muy ligados a la depresión infantil, el chico en estado depresivo está convencido de que es infeliz o siente que su vida no tiene objetivo, considera que es por su culpa o porque no merece otra cosa, tiende a subestimarse, como si tuviera el deber de menospreciarse.

La autoimagen de Natalia era devaluada e incluso menospreciada por ella misma, la autora continúa señalando. El impacto que tengan los eventos traumáticos en la vida de una persona dependerá también de ciertos factores de vulnerabilidad como el ambiente familiar y las redes de apoyo social (Solloa, 2006). La tristeza resulta ser algo inevitable a lo largo de la vida del ser humano, el problema radica en la capacidad que tengan las personas para superar dichos eventos, estas capacidades son a partir de las características personales, los aprendizajes y las redes de apoyo con las que cuente la persona, el ambiente familiar también resulta de vital importancia para eventos depresivos, ya que resulta ser la familia el principal sustento del adolescente para que dicho suceso tenga un mejor pronóstico y se pueda superar de la mejor forma.

Arias (2015) describe que la depresión en adolescentes va relacionada a factores de riesgo a nivel familiar como las familias disfuncionales con ausencia de autoridad, ambivalencia en las pautas de crianza, maltrato físico, psicológico, emocional y el abuso sexual, la violencia intrafamiliar, la falta de acompañamiento de los padres al niño y abandono de los padres.

Todas estas situaciones hacen que los jóvenes sean más vulnerables a tener pensamientos y conductas suicidas. Desafortunadamente la conducta suicida fue algo que llegó a la vida de Natalia, por redes sociales, ella fue conociendo más sobre este tema, en ocasiones llegó a mencionarle a su madre dichos pensamientos y el deseo que ella tenía de morir, la madre menospreció sus comentarios y aún sabiendo que ella veía este tipo de videos por internet nunca hizo caso a estas señales de alerta.

Natalia era ignorada por su madre, de forma urgente buscaba atención y un contacto real con ella, es así como el suicidio puede ser considerado como una búsqueda de ayuda o también como el intento por terminar con un gran sufrimiento.

Solloa (2006) reconoce factores importantes que pueden ser predisponentes a un intento suicida de una adolescente como estados depresivos y la sensación de no ser querido o de no merecer el amor de los demás, eventos traumáticos, el acceso a los medios necesarios para cometer el suicidio y si el chico ha tenido un contacto estrecho con conductas suicidas.

El punto aquí es poder entender la razón por la cual ella tomó el suicidio como único recurso para poder afrontar las situaciones dolorosas o estresantes que estaba viviendo, Natalia manifiesta su carente capacidad de contenerse, sus escasos aprendizajes sobre resolución de problemas, su poca planeación sobre sus hechos y su impulsividad; añadido a esto se encuentra su baja autoestima, cada uno de estos factores juegan un papel muy importante que al conjugarlos dan como resultado acciones que pueden ser letales, sus dos intentos de suicidio son la evidente manifestación de sus altos niveles de agresión que ante la incapacidad de poder resolverlos de una forma adaptativa y sana para Natalia terminan siendo volcados en ella misma, acciones que aunque fueron fallidos ponen en evidente riesgo su vida y si su situación perdura sin ningún tipo de intervención psicológica y psiquiátrica, en algún momento puede llegar a efectuar dichos actos con lamentables consecuencias.

Debido a su edad es difícil poder catalogarla con un trastorno límite de la personalidad porque aún le falta un largo camino por recorrer en el cual mediante la intervención psicológica y psiquiátrica se pueden obtener mejoras importantes que beneficien en todos aspectos a la paciente, la importancia de señalar este trastorno, es como una señal de alarma que pone en alerta este trastorno como pronóstico de la actual situación por la cual Natalia atraviesa, ya que de no atenderse corre el riesgo de que los comportamientos característicos de este trastorno se instalen.

De esta manera podemos llegar a la conclusión que todas estas situaciones por las que ha pasado Natalia son el evidente efecto del maltrato y cuidado negligente, resultados que se pueden apreciar claramente a partir de su historia personal, familiar y de salud, es importante hacer énfasis en que los cambios son

parte esencial de la adolescencia, el enfrentamiento al estrés o a dificultades que puedan presentarse siempre van a definirse por los aprendizajes que el joven tenga, las características propias y el soporte que la familia le proporciona.

Al igual que Natalia existe una inmensa cantidad de adolescentes que viven en una situación parecida o más complicada, en cuanto a nuestra profesión le compete, como psicólogos clínicos es importante participar de manera activa en la prevención de dinámicas familiares disfuncionales, en la intervención oportuna a las familias que se desempeñan de esta manera, así como el tratamiento de los hijos que pueden tener diversos problemas psicológicos como consecuencia a las situaciones tan desfavorables en las cuales estuvieron inmersos, así mismo nos corresponde participar de forma multidisciplinaria en la intervención de casos como este, ya que haciendo quipo con otros profesionales de la salud, se puede atender a los pacientes de forma global.

Como en un principio mencioné, todos estos eventos son elementos que definen a la paciente en su actualidad, afortunadamente no se encuentra limitada a una mejora y futura estabilidad emocional.

7.- Recomendaciones y sugerencias

El Proyecto para la Profesionalización del Psicólogo Clínico llevado a cabo en el Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro, fomenta la aproximación del alumno a un escenario real en el cual se le permite desarrollar un crecimiento profesional, poniendo en acción la teoría con la práctica clínica.

Los hospitales de salud pública se caracterizan por tener una alta de manda de pacientes, en el Servicio de Psicología se tenía que aprender a trabajar con toda la cantidad de pacientes que llegaban diariamente y con las solicitudes de interconsulta que se sumaban al día, todo este trabajo impulsaba el reforzamiento de habilidades y saberes adquiridos durante la carrera, como entrevista, evaluación, integración de informes psicológicos y devolución de resultados; así mismo fomentaba la adquisición de nuevos saberes como el manejo de diferentes instrumentos de evaluación, la aproximación y aplicación real de una terapia, el manejo de ésta y la adaptación a las necesidades de los pacientes; el trabajo con pacientes que presentaban enfermedades crónicas, la intervención oportuna con pacientes en el enfrentamiento de una noticia de enfermedad y el trabajar para fomentar la adherencia a algún tratamiento; estas son algunas actividades que como psicólogos realizamos en un contexto hospitalario. Labores que aunque por mucho tiempo fueron poco reconocidas, actualmente se ha vuelto cada vez más necesaria e indispensable la intervención de psicólogos en el ámbito hospitalario.

La alta demanda que se tiene hace que como psicólogos tengamos diversas limitaciones en nuestro trabajo, disminuyendo la posibilidad de nuevas técnicas o métodos de intervención, uno de los limitantes más marcados es el espacio, ya que en ocasiones llegamos a dividir el consultorio para atender a dos pacientes al mismo tiempo, buscando que cada uno recibiera atención personal y especializada, del mismo modo, el tiempo de consulta llegaba a ser un limitante en el trabajo, lo cual hacía que la terapia se volviera rápida y muy concisa.

La frecuencia de las consultas era otro factor al cual nos teníamos que adaptar, por la cantidad de pacientes que se atendían, era imposible citarlos semanalmente o en periodos más cortos, muchas citas se otorgaban cada mes, lo cual resultaba ser un reto en el espacio terapéutico ya que nuestro trabajo tenía que ser eficaz al atender la problemática del paciente. Esta situación institucional ha permitido que como psicólogos aprendamos procedimientos útiles para trabajar en un ambiente hospitalario.

Otra cuestión que se fomenta mucho es el trabajo multidisciplinario, al atender a pacientes con diversas enfermedades y específicas condiciones médicas se requiere que como psicólogos conozcamos más de su situación de salud, esto nos aproximaba mucho al trabajo como médicos (pediatras, internistas, psiquiatras etc.), enfermeras y trabajadores sociales, del mismo modo diversos profesionales de la salud acudían al servicio de psicología para poder conocer la condición emocional y mental de los pacientes a fin de proporcionar un servicio íntegro y ético al paciente.

El haber podido intervenir en un caso tan complejo e interesante como el de Natalia, me ha permitido reconocer la importancia que tiene la intervención psicológica desde el enfoque individual hasta el familiar, sin duda pude tener un mayor contacto con este caso a diferencia de los casos que pude conocer durante el curso de la carrera, trabaje de manera más profunda y especializada, siendo continuamente supervisada por la jefa del servicio de psicología y la directora del programa de servicio social, esto fortaleció el trabajo y la implementación de la teoría y técnicas a fin de proporcionarme una experiencia única, aportándome valiosos aprendizajes en mi desarrollo profesional.

El consultorio de psicología del Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro es un servicio comprometido con todos los derechohabientes que solicitan atención psicológica, la vinculación que tiene con el servicio social “Proyecto para la profesionalización del psicólogo clínico” hace que sea una perfecta opción para los alumnos interesados en la psicología clínica obtengan una formación más detallada y especializada en esta área, la aproximación a un escenario real,

el trabajo directo con los pacientes, el desempeño y aplicación de aprendizajes junto con la continua supervisión vuelven al servicio social una valiosa experiencia, llena de vivencias y aprendizajes que forman al futuro psicólogo clínico, permitiéndole desarrollar e implementar sus saberes para poder brindar una atención psicológica comprometida, ética, responsable, integra, honesta y profesional, buscando y fomentando siempre el bienestar del paciente.

De manera personal puedo decir que estoy satisfecha con mi desempeño en el servicio social, pude desarrollarme profesional y personalmente, haciendo a un lado obstáculos de mi personalidad, poniendo en práctica habilidades y aprendizajes obtenidos durante la carrera, para realizar las actividades ya mencionadas, siendo auto reflexiva en mis conocimientos y limitaciones, buscando un mayor desarrollo profesional con la finalidad de mejorar y aportar un mejor servicio a los pacientes.

Referencias

- Arias V, Erney, Ortiz H, María S, Moreno M y Jaime H. (2015). *Revisión sobre la depresión y rendimiento escolar en niños y adolescentes* (Especialización en Psicología Clínica con énfasis en psicoterapia con niños y adolescentes). Colombia. Recuperado de: <http://repositorio.ucp.edu.co:8080/jspui/bitstream/10785/3309/5/DDEPCEPN A24.pdf>
- Ayala, M. y Eguiluz, R. L. L., (2014). *Relación entre ideación suicida, depresión y funcionamiento familiar en adolescentes*. *Psicología Iberoamericana*, 22 (2), 72-80. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/1339/133938134009.pdf>
- Buitrago, C. y Constanza, S. (2011). *Factores de riesgo asociados a conductas suicidas en niños y adolescentes*. *Archivos de Medicina (Col)*, Enero-Junio, 62-67. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2738/273819434005.pdf>
- Caballo, V. E. (2004). *Manual de Trastornos de la personalidad, Descripción, Evaluación y Tratamiento*. Barcelona: Trillas. Recuperado de: <http://cideps.com/wp-content/uploads/2015/04/Caballo-V.-Manual-de-trastornos-de-la-personalidad.-Descripci%C3%B3n-evaluaci%C3%B3n-y-tratamiento-ebook.pdf>
- Coleman, J. C. (1985). *Psicología de la adolescencia*. Madrid: Ediciones Morata.
- Colín G. M., Galindo L. H. y Saucedo P. C. (2009). *Introducción a la entrevista psicológica*. México: Trillas. Recuperado de: <https://edoc.site/introduccion-a-la-entrevista-psicologica-mirrian-collin-gorraez-pdf-free.html>

- Corchero, M., Balés, C., Oliva, C. y Puig, C. (2012). *Diagnóstico, evolución y tratamiento de una adolescente con Trastorno Límite de la Personalidad*. Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de enlace, N° 103: Barcelona. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4393286>
- Delgado, J. (2016). El maltrato infantil por negligencia: conceptos y visión general sobre su evaluación. *I+D Revista de Investigaciones*, 1(2), pp-pp. Recuperado de: www.udi.edu.co/revistainvestigaciones/index.php/ID/article/download/80/64
- Díaz, P. I. (1998). *Técnica de la entrevista Picodinámica*. México: Editorial Pax México
- Douglas, A. (1982). *Introducción a la psicología clínica*. México: Mc Graw Hill
- Editorial Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (2003). *Psicología clínica y psiquiatría. Papeles del Psicólogo*, 24 (85), 1-10. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77808501> ISSN 0214-7823
- Erikson, E.H. (1988). *El ciclo vital completado*. México: Editorial Paidós
- Esparza, M. E. M. (2007). *Evaluación del “Programa para optimizar la enseñanza y profesionalización del Psicólogo Clínico”: Estudio de seguimiento*. México: Universidad Nacional Autónoma de México
- Esparza, M. E. M. (2015). *Los síntomas del TDAH, sólo la punta del iceberg*. Tesis de doctorado. Centro Internacional de Educación Superior. México. Recuperado de: www.researchgate.net
- Esquivel, A.F.; Heredia, A.C. y Lucio, E. (2007) 3ª edición, *Psicodiagnóstico Clínico del niño*. México: Trillas.

González, C., Villatoro, J., Alcántar, I., Medina, M., Fleiz, C., Bermúdez, P. y Amador, N. (2002). *Prevalencia de intento suicida en estudiantes adolescentes de la ciudad de México: 1997 y 2000*. *Salud Mental*, 25 (6), 1-12. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/582/58262501.pdf>

González, N. J.J. (2001) *Psicopatología de la adolescencia*. México: Manuel moderno

Herrera M, E., Losada, Y., Rojas, L., y Gooding, P. (2009). *Prevalencia de la depresión infantil en Neiva (Colombia)* *Avances en Psicología Latinoamericana* 27(1), 154-164. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/799/79911627011.pdf>

Lillo, E. J. L. (2004). Crecimiento y comportamiento en la adolescencia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (90), 57-71. Recuperado en 25 de enero de 2018, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000200005&lng=es&tlng=es.

Loredo, A; Trejo, J; García, C; Portillo, A; Capistrán, A; Carballo, R. & Martín, V. (2010). Maltrato infantil: Una acción interdisciplinaria e interinstitucional en México. Comisión Nacional para el Estudio y la Atención Integral al Niño Maltratado. Primera parte. *Salud mental*, 33(3), pp. 281-290. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2011/sam111i.pdf>

Mikulic, I. M. y Muiños R. (2005). La construcción y uso de instrumentos de evaluación en la investigación e intervención psicológica: el Inventario de Calidad de Vida Percibida (ICV). *Anuario de investigaciones*, 12, 193-202. Recuperado en 07 de agosto de 2018, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862005000100019&lng=es&tlng=pt.

- Millon, T., 2ª Edición (2006). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. España: Masson
- Morga, R. L. E. (2012). *Teoría y Técnica de la entrevista*. México: Red Tercer Milenio.
- Núñez, J. y Carvajal, H.(2004). *Violencia Intrafamiliar: Abordaje Integral a Víctimas*. Texas: Proyecto Sucre. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4393286>
- Phares, E. J., 2ª Edición (1999). *Psicología Clínica: Conceptos, Métodos y Práctica*. México: Manual Moderno
- Peña, O. F, y Palacios, C. L. (2011). Trastornos de la conducta disruptiva en la infancia y la adolescencia: diagnóstico y tratamiento. *Salud mental*, 34(5), 421-427. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000500005&lng=es&tlng=pt.
- Ruiz C. I., & Gallardo C. J. (2002). Impacto psicológico de la negligencia familiar (leve versus grave) en un grupo de niños y niñas. *Anales de Psicología*, 18 (2), 261-272. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/167/16718205/>
- Rojtenberg, S.L. (2001). *Depresiones y antidepresivos: de la neurona y de la mente, de la molécula y de la palabra*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Sánchez, P. (2008). *Psicología clínica*. México: Manual Moderno
- Serra, P. C. (2014). *Psicología Clínica*. México: Instituto Politécnico Nacional
- Solloa, L. M. (2006) 2da edición. *Los trastornos Psicológicos en el niño: Etiología, características, diagnóstico y tratamiento*. México: Trillas

Ulloa, F. R. E., Peña, O. F. y Nogales, I. I. (2011). *Tratamiento multimodal de niños y adolescentes con depresión*. Salud Mental, vol.34, n.5, pp.403-407.

ISSN 0185-3325. Recuperado de:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000500002

Valenzuela, C. M. A. (2011). *Importancia de la supervisión psicoterapéutica en la formación del psicólogo clínico*. Tesis de Maestría. Universidad Nacional Autónoma de México. México.

Recuperado de: <http://oreon.dgbiblio.unam.mx>

Weiner, I.B. y Elkind, D. (1976). *Desarrollo normal y anormal del adolescente*. Argentina: Paidós

(2006). Reinician remodelación del hospital Darío Fernández Fierro. *La Jornada*.

Recuperado de

<http://www.jornada.unam.mx/2006/04/27/index.php?section=sociedad&articulo=059n4soc>

OMS, (2018). Depresión. Recuperado de

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es>

¿Qué hacemos? Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Recuperado de

https://www.gob.mx/issste/que-hacemos_01/08/2018_20:40

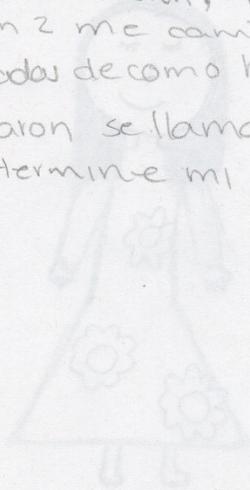
Anexos

Test autorretrato

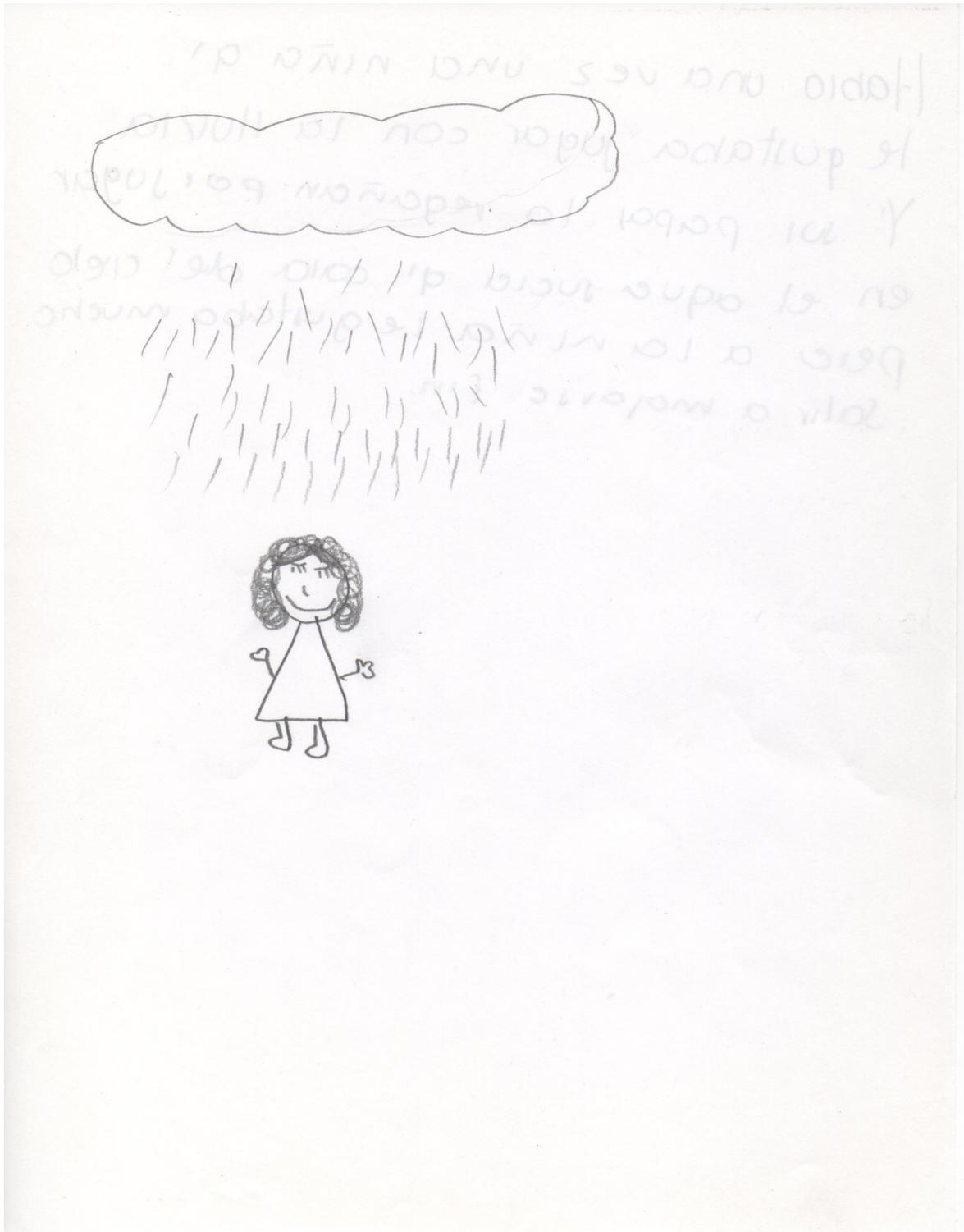


Historia autorretrato

Yo nací el 24 de diciembre del 2002, en la Ciudad de México
empecé a ir a la guardería al 1 1/2 años ^{mis padres son} empecé a caminar después,
empecé ir al baño yo sola, a los 2 años ya estaba en la escuela
a los 3 años me hicieron mi fiesta a los 5 años
empecé ir al kinder a los 6 años pasé a la primaria
salí pero en ese año conocí manzanillo y Veracruz con
mi mamá y mi papá. esos años que estuve en la
primaria no me fue también, 1 año de secundaria
híba más mental, en 2 me cambiaron de escuela por
que no veían resultados de como híba y la escuela
donde me cambiaron se llama [redacted]
[redacted] y pues ahí terminé mi secundaria con un
promedio de 6.8.



Test Persona bajo la lluvia

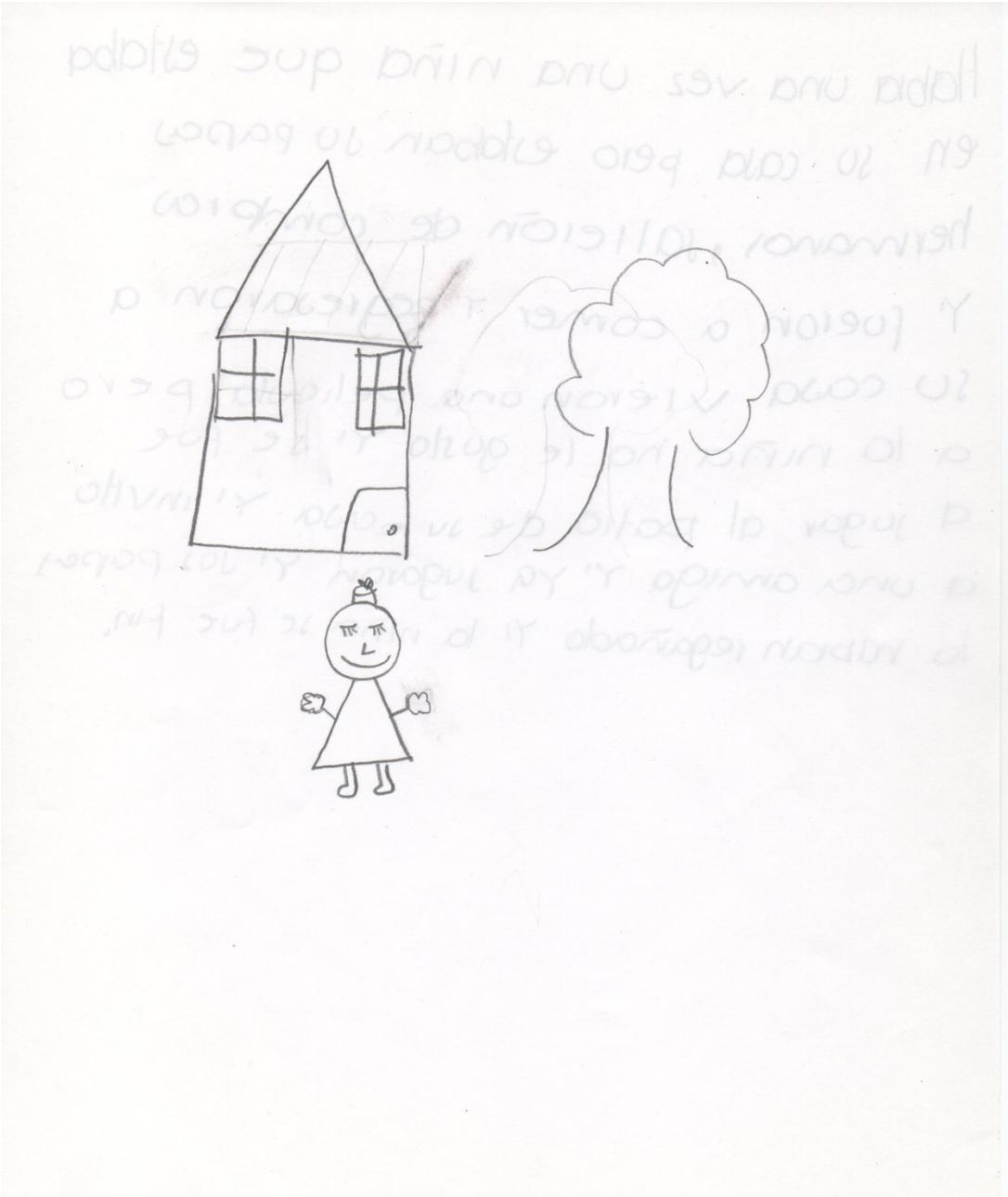


Historia persona bajo la lluvia

Había una vez una niña q'
le gustaba jugar con la lluvia
Y' su papá la regañan por jugar
en el agua sucia q' cae del cielo
pero a la niña le gustaba mucho
salir a mojarse fin.



Test Casa, árbol, persona

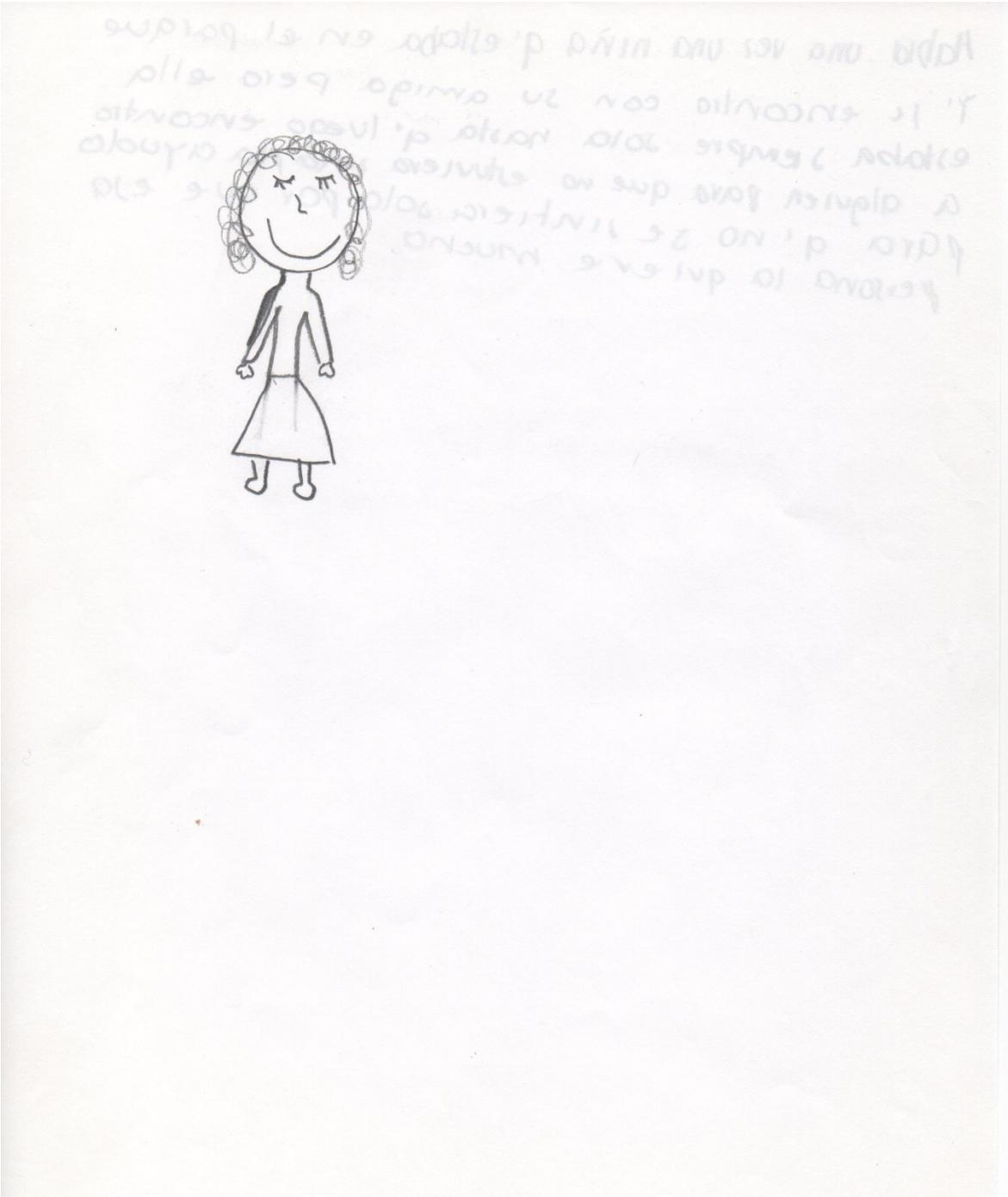


Historia Casa, árbol, persona

Había una vez una niña que estaba
en su casa pero estaban su papá y
hermanos, salieron de compras
Y fueron a comer Y regresaron a
su casa vieron una película pero
a la niña no le gusto Y se fue
a jugar al patio de su casa Y invito
a una amiga Y ya jugaron Y los papás
la habían regañado Y la niña se fue fin.



Test de la Figura humana (figura 1)

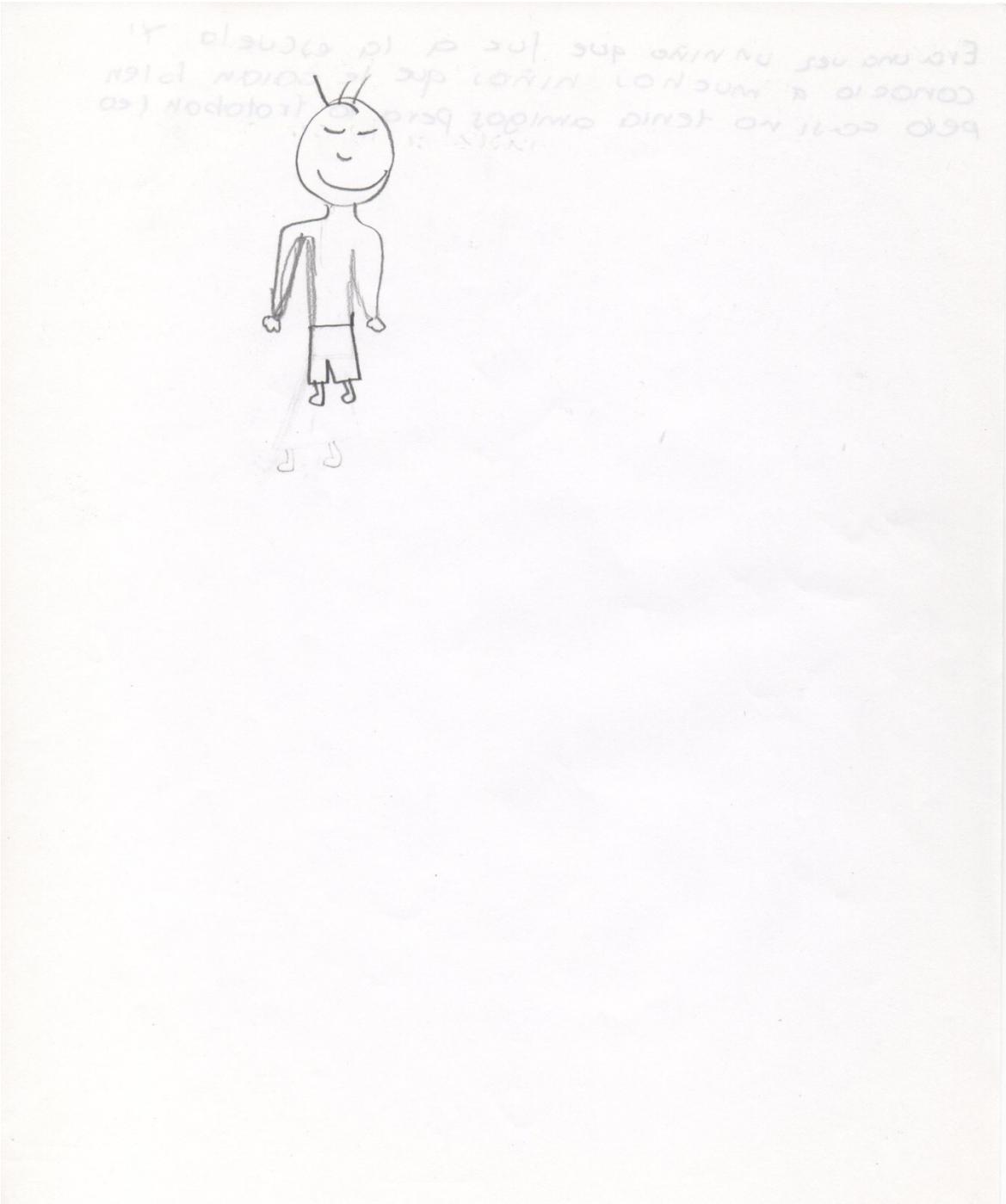


Historia de la Figura humana (figura 1)

Había una vez una niña q' estaba en el parque
Y se encontró con su amiga pero ella
estaba siempre sola hasta q' luego encontró
a alguien para que no estuviera sola, la ayudó
para q' no se sintiera sola por que esa
persona la quiere mucho.



Test de la Figura humana (figura 2)



Historia de la Figura humana (figura 2)

Era una vez un niño que fue a la escuela y
conoció a muchos niños que le caían bien
pero casi no tenía amigos pero lo trotaban (eo)



Test Desiderativo

Nombre: _____

Fecha: _____

Imagine que un buen día no pudiese ser persona, si usted tuviese que ser otra cosa que elegiría, ANOTE SU ELECCION EN LOS TRES ELEMENTOS ESCRITOS ABAJO

Animal: perro por que me cuidarian bien.

Elemento Vegetal (Flor, fruta, planta, verdura): rosa por que a todo mundo le gustan.

Objeto: taza por q' no me gusta q' se rompan.

Ahora, imagine que no pudiese ser persona, si usted tuviese que ser otra cosa, que es lo que nunca le gustaría ser: ANOTE SU ELECCION EN LOS TRES ELEMENTOS ESCRITOS ABAJO

Animal: tiburón por q' a nadie le gustan

Elemento Vegetal (Flor, fruta, planta, verdura):

cebolla porque a nadie

Objeto: meia para q' no la rayen.

Escala de ansiedad manifiesta en niños (CMAS-R)

LO QUE PIENSO Y SIENTO (CMAS-R)

Cecil R. Reynolds, PhD y Bert O. Richmond, EdD



Manual Moderno®

Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V. Editorial El Manual Moderno, (Colombia), Ltda.
Av. Sonora 206 - 201 Col. Hipódromo, C.P. 06100 México, D.F. Carrera 12-A No. 79-0308 Bogotá, DC

Nombre: _____ Fecha: 22/05/17

Edad: 14 Sexo (encierre uno dentro de un círculo): Femenino (niña) Masculino (niño) Grado: _____

Escuela: _____ Nombre de la maestra (opcional): _____

INSTRUCCIONES

Aquí hay varias oraciones que dicen cómo piensan y sienten algunas personas acerca de ellas mismas. Lee con cuidado cada oración. Encierra en un círculo la palabra "Si" si piensas que así eres. Si piensas que no tiene ninguna relación contigo encierra en un círculo la palabra "No". Contesta todas las preguntas aunque en algunas sea difícil tomar una decisión. No marques "Si" y "No" en la misma pregunta.

No hay respuestas correctas ni incorrectas. Sólo tú puedes decirnos cómo piensas y sientes respecto a ti mismo. Recuerda, después de que leas cada oración, pregúntate "¿Así soy yo?" Si es así, encierra en un círculo "Si". Si no es así, marca "No".

	Puntuación natural	Percentil	Puntuación T o puntuación escalar	Ansiedad Normal
Total:	<u>18</u>	<u>65</u>	<u>84</u>	
I:	<u>4</u>	<u>28</u>	<u>8</u>	
II:	<u>7</u>	<u>54</u>	<u>10</u>	
III:	<u>7</u>	<u>97</u>	<u>15</u>	
M:	<u>4</u>	<u>15</u>	<u>6</u>	

Copyright © 1985 por WESTERN PSYCHOLOGICAL SERVICES
Traducido y reimpresso con autorización. © 1997 por EDITORIAL EL MANUAL MODERNO, S.A. DE C.V.
Av. Sonora núm. 206; Col. Hipódromo; 06100; México, D.F. Prohibida su reproducción parcial o total.

Nota: Este material está impreso en ROJO Y NEGRO.
No lo acepte si está en un solo color.

MP
47-2



1004

Inventario de Depresión de Beck

Fecha: _____ No. Exp: _____
 Nombre del paciente: _____ Edad: _____

INVENTARIO DE BECK

LEA CADA GRUPO DE FRASES Y ELIJA LA QUE DESCRIBA MEJOR COMO SE HA SENTIDO EN LA ÚLTIMA SEMANA., INCLUSO HOY. MARQUE SÓLO UNA OPCIÓN POR CADA GRUPO.

<p>A <input type="checkbox"/> No me siento triste. <input checked="" type="checkbox"/> Me siento triste. <input type="checkbox"/> Estoy triste todo el tiempo y no me puedo reponer. <input type="checkbox"/> Estoy tan triste o infeliz que no lo puedo soportar.</p>	<p>H <input type="checkbox"/> No me siento peor que nadie. <input type="checkbox"/> Me critico por mi debilidad o por mis errores. <input type="checkbox"/> Me culpo todo el tiempo por mis faltas. <input checked="" type="checkbox"/> Me culpo por todo lo malo que sucede.</p>
<p>B <input type="checkbox"/> No estoy particularmente desilusionado (a) del futuro. <input type="checkbox"/> Estoy desilusionado (a) del futuro. <input checked="" type="checkbox"/> Siento que no tengo perspectiva del futuro. <input type="checkbox"/> Siento que el futuro es desesperanzador y que nada cambiará.</p>	<p>I <input checked="" type="checkbox"/> No tengo pensamientos de suicidarme. <input type="checkbox"/> Tengo pensamientos de muerte pero no los realizaría. <input type="checkbox"/> Me gustaría matarme. <input type="checkbox"/> Me mataría si pudiera.</p>
<p>C <input type="checkbox"/> No siento que fallé. <input checked="" type="checkbox"/> Siento que fallé más que una persona normal. <input type="checkbox"/> Siento que existen muchas fallas en mi pasado. <input type="checkbox"/> Siento una falla completa como persona.</p>	<p>J <input type="checkbox"/> No lloro más de lo usual. <input type="checkbox"/> Lloro más que antes. <input type="checkbox"/> Lloro ahora todo el tiempo. <input checked="" type="checkbox"/> Podía llorar antes pero ahora, aunque quiera, no puedo.</p>
<p>D <input type="checkbox"/> Tengo tanta satisfacción de las cosas como siempre. <input checked="" type="checkbox"/> No disfruto de las cosas como antes. <input type="checkbox"/> No encuentro ya satisfacción real de nada. <input type="checkbox"/> Estoy insatisfecho (a) o aburrido (a) de todo.</p>	<p>K <input type="checkbox"/> No soy más irritable de lo que era antes. <input checked="" type="checkbox"/> Me siento molesto (a) o irritado (a) más fácil que antes. <input type="checkbox"/> Me siento irritado (a) todo el tiempo. <input type="checkbox"/> No me irrito ahora por las cosas que antes sí.</p>
<p>E <input type="checkbox"/> No me siento particularmente culpable. <input type="checkbox"/> Me siento culpable buena parte del tiempo. <input checked="" type="checkbox"/> Me siento muy culpable la mayor parte del tiempo. <input type="checkbox"/> Me siento culpable todo el tiempo.</p>	<p>L <input checked="" type="checkbox"/> No he perdido el interés en otra gente. <input type="checkbox"/> Estoy menos interesado (a) en otra gente que antes. <input type="checkbox"/> He perdido mi interés en otra gente. <input type="checkbox"/> He perdido todo el interés en otra gente.</p>
<p>F <input checked="" type="checkbox"/> No siento que he sido castigado (a). <input type="checkbox"/> Siento que podría ser castigado (a). <input type="checkbox"/> Espero ser castigado (a). <input type="checkbox"/> Siento que he sido castigado (a).</p>	<p>M <input type="checkbox"/> Tomo decisiones igual que siempre. <input type="checkbox"/> Evito tomar más decisiones que antes. <input checked="" type="checkbox"/> Tengo mayores dificultades para tomar decisiones ahora. <input type="checkbox"/> No puedo tomar decisiones por completo.</p>

(28)
Moderada

<p>G <input type="checkbox"/> No me siento desilusionado (a) de mí. <input type="checkbox"/> Estoy desilusionado (a) de mí. <input checked="" type="checkbox"/> Estoy disgustado (a) conmigo. <input type="checkbox"/> Me odio.</p>	<p>N <input type="checkbox"/> No siento que me vea peor que antes. <input type="checkbox"/> Me preocupa verme viejo (a) o poco atractivo (a). <input type="checkbox"/> Siento que existen cambios permanentes en mí que me hacen lucir feo (a). <input checked="" type="checkbox"/> Creo que me veo feo (a).</p>
<p>O <input type="checkbox"/> Puedo trabajar tan bien como antes. <input checked="" type="checkbox"/> Me cuesta un esfuerzo extra empezar a hacer algo. <input type="checkbox"/> Tengo que impulsarme muy fuerte para hacer algo. <input type="checkbox"/> No puedo hacer nada.</p>	<p>R <input type="checkbox"/> Mi apetito es igual que lo usual. <input checked="" type="checkbox"/> Mi apetito no es tan bueno como antes. <input type="checkbox"/> Mi apetito es mucho peor ahora. <input type="checkbox"/> No tengo nada de apetito.</p>
<p>P <input checked="" type="checkbox"/> Puedo dormir tan bien como siempre. <input type="checkbox"/> No puedo dormir tan bien como antes. <input type="checkbox"/> Me despierto 1 o 2 horas más temprano que lo usual y me cuesta trabajo volver a dormir. <input type="checkbox"/> Me despierto varias horas más temprano de lo usual y no puedo volver a dormir.</p>	<p>S <input type="checkbox"/> No he perdido peso. <input checked="" type="checkbox"/> He perdido más de 2.5 kg. <input type="checkbox"/> He perdido más de 5 kg. <input type="checkbox"/> He perdido más de 7.5 kg. <input type="checkbox"/> He intentado perder peso comiendo menos. Sí _____ No _____</p>
<p>Q <input type="checkbox"/> No me canso más de lo usual. <input type="checkbox"/> Me canso más fácil que antes. <input checked="" type="checkbox"/> Me canso de hacer casi cualquier cosa. <input type="checkbox"/> Me siento muy cansado (a) de hacer cualquier cosa.</p>	<p>T <input type="checkbox"/> No estoy más preocupado (a) por mi salud que antes. <input type="checkbox"/> Estoy preocupado(a) por problemas físicos como dolores y molestias. <input checked="" type="checkbox"/> Estoy muy preocupado (a) por problemas físicos y es difícil pensar en otras cosas. <input type="checkbox"/> Estoy tan preocupado (a) con mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más.</p>
<p>U <input checked="" type="checkbox"/> No he notado cambios en mi interés por el sexo. <input type="checkbox"/> Estoy menos interesado (a) en el sexo que antes. <input type="checkbox"/> Estoy mucho menos interesado (a) en el sexo ahora. <input type="checkbox"/> He perdido completamente el interés en el sexo.</p>	<p>V <input type="checkbox"/> Tomo decisiones igual que siempre. <input type="checkbox"/> Evito tomar más decisiones que antes. <input checked="" type="checkbox"/> Tengo mayores dificultades para tomar decisiones ahora. <input type="checkbox"/> No puedo tomar decisiones por completo.</p>