



UADY

UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE YUCATÁN

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE YUCATÁN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA CON JUEGO EXPRESIVO EN UN CASO DE EPILEPSIA INFANTO-JUVENIL

TESIS

PRESENTADA POR

ANDREA ALEJANDRA ORTIZ CELIS

EN SU EXAMEN DE GRADO

EN OPCIÓN AL GRADO DE

**MAESTRA EN PSICOLOGÍA APLICADA EN EL ÁREA DE CLÍNICA
INFANTIL**

DIRECTOR(A) DE TESIS

MTRA. PAULINA CAMPOS ROMERO

MÉRIDA, YUCATÁN, MÉXICO

2018

Agradezco el apoyo brindado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por haberme otorgado la beca No. 604566 durante el periodo agosto 2016-julio 2018 para la realización de mis estudios de maestría que concluyen con esta tesis, como producto final de la Maestría en Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Yucatán.

Declaro que esta investigación es de mi propia autoría, a excepción de las citas de los autores mencionadas a lo largo de ella. Así también declaro que este trabajo no ha sido presentado previamente para la obtención de ningún título profesional o equivalente.

Dedicatoria

A mi familia, por su apoyo y amor incondicional, pero sobre todo por confiar e impulsarme
siempre a alcanzar mis sueños.

A mis maestras Elia, Paulina y Ana Cecilia, por acompañarme en esta aventura, formarme,
guiarme y desafiarme día a día, gracias por ser un ejemplo de profesionalismo y de seres
humanos.

A mis amigos y compañeros de maestría, por hacer de esta experiencia una aventura llena
de risas, momentos únicos y grandes aprendizajes.

A la joven y familia que me permitió aprender y vivir con ellos este desafío, por enseñarme
lo que es la entrega, constancia y compromiso con el proceso terapéutico.

Contenido

CAPÍTULO 1. Introducción	2
1.1 Planteamiento del problema y justificación	2
1.2 Marco teórico	6
1.2.1 Adolescencia	6
1.2.2 Epilepsia infanto-juvenil	7
1.2.3 Epilepsia y manifestaciones psiquiátricas	10
1.2.4 Intervención psicoterapéutica en la epilepsia infanto-juvenil	13
1.2.5 Terapia de juego	14
1.2.6 Juego expresivo	16
CAPÍTULO 2. Evaluación diagnóstica del problema	18
2.1 Descripción del escenario y participantes	18
2.1.1 Motivo de consulta	18
2.1.2 Datos generales	19
2.1.3 Descripción del paciente	19
2.1.4 Conceptualización del caso	20
2.1.5 Objetivo general	20
2.1.6 Objetivos específicos	20
2.1.7 Definición de términos	21
2.2 Instrumentos, técnicas y/o estrategias utilizados	23
2.2.1 Instrumentos utilizados	23
2.2.2 Técnicas implementadas	23
2.2.3 Evaluación del proceso	24
2.3 Procedimiento	25
2.4 Informe de los resultados de la evaluación diagnóstica	27
CAPÍTULO 3. Programa de intervención	30
3.1 Introducción	30
3.2 Objetivos del programa de intervención	31
3.3 Programa de intervención	32
3.3.1 Diseño de intervención	32
3.3.2 Fases de intervención	32
3.3.3 Diseño de psicoterapia	33
CAPÍTULO 4. Resultados de la intervención	35
4.1 Evaluación de los efectos y/o proceso	35
4.1.1 Resultados de la aplicación de instrumentos	35
4.1.2 Historia clínica	39
4.1.3 Instrumentos aplicados	41
4.2 Sesiones de psicoterapia	43
CAPÍTULO 5. Discusión y conclusiones	44
5.1 Relación intervención-cambios observados	44
5.2 Comparación cambios observados-literatura sustento	49
5.3 Sugerencias y conclusiones	51
REFERENCIAS	55
APÉNDICES	59
Apéndice A. Historia clínica	60

Apéndice B. Relatorias.....	71
Apéndice C. Tablas.....	85
Apéndice D. Evidencias.....	92

Resumen

La epilepsia es un desorden o trastorno cerebral crónico que se puede presentar en todas las etapas de la niñez y adolescencia. En la mayoría de los casos, las personas que padecen epilepsia llevan una vida saludable, sin embargo, esta condición médica provoca, durante unos pocos segundos o minutos, que el cerebro funcione con cierta anormalidad, manifestándose por medio de ataques ocasionados por descargas eléctricas excesivas que varían según el paciente y la zona afectada del cerebro. Este trastorno influye en la expresión emocional existiendo asociaciones entre la epilepsia y manifestaciones psiquiátricas, dificultades de aprendizaje, depresión, trastornos de ánimo, suicidio y las repercusiones sociales, familiares y económicas que la acompañan.

La presente investigación expone el abordaje de un caso clínico de un adolescente de 15 años con diagnóstico de epilepsia infanto-juvenil. El proceso psicoterapéutico se llevó a cabo en 46 sesiones, divididas en tres fases, evaluación, intervención y cierre. Se evaluó a la paciente durante la fase de diagnóstico y de cierre para ver si existieron cambios favorables.

Palabras clave: Estudio de caso clínico, intervención psicoterapéutica, epilepsia infanto-juvenil, juego expresivo.

1. Introducción

1.1. Planteamiento del Problema y Justificación

Papalia, Wendkos y Duskin (2009) definen la adolescencia como la etapa de crecimiento físico, cognitivo, social y emocional, resultado de las transformaciones hormonales de la pubertad. Debido a todos estos cambios se corren riesgos, ya que algunos jóvenes tienen problemas para manejar todas estas modificaciones a la vez, y es posible que necesiten ayuda para superar las dificultades que encuentran a lo largo del camino.

Por su parte, la autora Esquivel (2010) plantea factores personales de riesgo en esta etapa cuya presencia o combinación, pueden ocasionar que la adaptación sea difícil. Entre estos factores se encuentran temperamento frágil, vulnerable, retraído, tímido, que sumado a situaciones del entorno familiar como, separación de padres, nuevas parejas, hermanastros, cambios de escuela, amigos, población, demandas excesivas e inapropiadas por parte de los padres o autoridades para su edad, alguna discapacidad física, enfermedad crónica, déficits sensoriales graves o retraso mental, tener un padre o madre con padecimientos de enfermedad mental grave (depresión mayor, esquizofrenia u otros trastornos graves de la personalidad) o depresión materna posparto, familias en situación de pobreza económica y cultural, padres muy jóvenes sin soporte de la familia extensa, con problemas de drogodependencia, que enfrenten una ruptura familiar en la que se mantiene la hostilidad entre la pareja, en que algún hijo es utilizado como chivo expiatorio de los conflictos familiares, con disputas persistentes y severas ocasionando marcada tensión y familias con patrones disfuncionales de relación entre sus miembros. Alguno de estos o la combinación de algunos, pueden ocasionar que la adaptación sea dificultosa.

Por lo que el desarrollo de la condición de individuo sano en un medio inminentemente social tendrá mucho que ver con la capacidad de ese adolescente para adaptarse y definir su

identidad, sin demasiados problemas y de la habilidad para reconocer e interpretar adecuadamente la información que procede del mundo externo y las propias del mundo interno. Si esto no sucede, la vulnerabilidad del ser humano para la enfermedad debe contemplarse, ya que la habilidad para reconocer e interpretar adecuadamente la información externa e interna, es una cualidad cerebral humana bien diseñada por la evolución, pero algunos sujetos tienen esta cualidad alterada o distorsionada; en su forma de manifestación más grave, esta alteración se manifestará en forma de síntomas psicóticos o de trastornos como la esquizofrenia (Obiols y Barrantes, 2014).

Como sucede en el presente estudio de caso, la paciente fue diagnosticada con epilepsia, la cual en cifras de la Organización Mundial de la Salud (2018) afecta aproximadamente a 50 millones de personas en el mundo, estimando una prevalencia de 5 a 10 casos por cada mil individuos (Ministerio de Salud Gobierno de Chile, 2014). La tasa de prevalencia en los países latinoamericanos es más elevada a comparación de países desarrollados, actualmente se calcula una relación de 14 a 57 por cada mil habitantes. En México, el número aproximado de personas que sufren alguna de las formas de crisis epilépticas es de 1.5 a 2 millones de habitantes, de esta población hasta el 76% tienen un inicio en la infancia y se observa un índice más alto en los hombres correspondiente a 1% que en las mujeres 0.6% (Hospital Infantil de México Federico Gómez, 2010). En el estado la epilepsia idiopática es la más común y afecta a 6 de cada 10 personas y no tiene causa identificable (Servicios de Salud de Yucatán, 2017).

Aunado a lo anterior y teniendo en cuenta a los autores Bender, Hernández, Rodríguez y Menéndez (2016) que indican una comorbilidad psiquiátrica en paciente con epilepsia por causas multifactoriales, se identifica en la paciente un subtipo de epilepsia poco común, denominada psicosis epiléptica confusa y psicosis epiléptica lúcida, en la primera, la crisis

presenta alteración de conciencia con alucinaciones visuales o auditivas y una conexión de la realidad fluctuante, mientras la segunda; incluye cuadros psicóticos alucinatorios y delirantes de contenido paranoide-místico. Ambos con una prevalencia del 2 al 60% a nivel mundial (Mendoza y Gómez, 2009) y no se reportan cifras de aparición a nivel nacional o local.

En el caso de la epilepsia como para todos los subtipos, su pronóstico dependerá de la etiología, síntomas, inicio del tratamiento y su continuidad para llevar una vida normal (Ministerio de Salud Gobierno de Chile, 2014). Por lo que la necesidad primera y más urgente del menor con crisis epilépticas reside en precisar los diferentes síntomas para diagnosticar y determinar el tratamiento, ya que se estima que cerca de un 70% de las epilepsias tiene una buena respuesta y buen pronóstico a largo plazo con el tratamiento adecuado (López, I., Varela, X., Marca, S. 2013).

Acompañando el diagnóstico y tratamiento médico, los casos de epilepsia requieren un tratamiento psicológico debido a las asociaciones y repercusiones emocionales, familiares y sociales que mencionan Kanner y Schachter (2008). Los autores Iglesias, Fabelo, Rojas, González y Ramírez (2012) resaltan que en muchos pacientes no son las crisis convulsivas la principal fuente de preocupación, sino los factores psicosociales asociados, la discriminación, vergüenza y burla, todos estos elementos deben ser considerados como parte integral en el manejo de pacientes con epilepsia, aun cuando se haya conseguido un resultado clínico favorable.

Por lo que, al momento de considerar un enfoque de trabajo, se debe contemplar lo anterior y que, en el caso de la psicosis epiléptica, se está trabajando con una percepción levemente alterada y desconectada del medio social. El autor Chaloner (2001) en Schaefer (2012) propone que el juego es el medio más poderoso y apropiado para construir

relaciones, desarrollar el pensamiento causal, controlar impulsos, procesar experiencias estresantes y aprender habilidades sociales. Además de ofrecer la sensación de poder, control, dominio de nuevas experiencias y solucionar problemas formando ideas e intereses que pueden contribuir a desarrollar los sentimientos de logro y confianza.

Específicamente en el juego expresivo, la experiencia clínica demuestra que el niño nunca utiliza una técnica si esta no responde a la conformación de un aspecto actual de su problemática, por lo que la tarea de los terapeutas resulta delicada y no puede trazarse de antemano (Brun, 2009). Y en este tipo de juego, jugar es hacer, otorgando la posibilidad de reproducir situaciones del mundo externo e interno, no solo fantasearlas o intelectualizarlas mediante la palabra, sino precisamente hacer (Amescua, 1997).

Por lo que en esta investigación se pretende plasmar el abordaje terapéutico con juego expresivo de una joven de 15 años con diagnóstico de epilepsia y cuyas características podrían aportar información no sólo a la literatura general, sino al estudio de caso psicológico.

1.2. Marco teórico

1.2.1. Adolescencia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce entre los 10 y 19 años. Es una de las etapas de transición más importantes del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, que viene condicionada por diversos procesos biológicos.

A medida que los niños crecen y se encuentran en esta etapa, alcanzan niveles cognitivos superiores, adquieren la capacidad de razonar de manera más compleja, comienzan a formar una ética que les permiten tener una tendencia hacia el altruismo y su empatía aumenta. Son más capaces de asumir perspectivas de otros, resolver problemas sociales, lidiar con relaciones interpersonales y verse a sí mismos como seres sociales hasta ir conformando una identidad (Papalia, et al. 2009)

Esquivel (2010) enfatiza que las experiencias tempranas impactan en la manera en que los individuos organizan los sistemas biológicos y psicológicos, que resultan útiles para comprender la manera de responder al riesgo y al estrés a lo largo del desarrollo y en un determinado momento, así como en el uso de recursos de protección. Si el individuo no logra un equilibrio entre los procesos de riesgo y de compensación, puede alterar la dirección de las trayectorias evolutivas. A lo que Papalia, et al. (2009) concuerda al afirmar que en esta etapa es posible que los adolescentes necesiten ayuda para superar los riesgos y diferentes cambios que pueden experimentar.

Por lo que es importante tener en cuenta que si un adolescente llega a consulta psicológica existe una diferencia entre estos y los adultos. Una de las diferencias más importantes que remarca Oaklander (2008) es que los niños y adolescentes suelen llegar a

terapia por solicitud de los padres o la escuela, mientras que el otro grupo es por requerimiento laboral o decisión personal. Además, es importante considerar que cuando un adolescente solicita un servicio de tratamiento, se le tiene que recibir con sinceridad y respeto, la ayuda tiene que ser rápida e incondicional, con respeto hacia sus necesidades, se procura compartir las ansiedades; es una experiencia tan importante en su autenticidad y expresividad que no debería desaprovecharse (Turpeinen-Saari, P. 2007).

El mismo autor deja claro que se trata de una urgencia cuando un joven con características psicóticas acude o es traído por alguien en busca de ayuda. Debido a que este adolescente flota inconscientemente para quebrar la estructura de su mente y la secuencia de causa y resultado, con el fin de resolver las contradicciones insoportables en sus emociones y pensamientos. Antes de llegar a la psicosis, el adolescente sufre una ansiedad inaguantable, los impulsos contradictorios, que arrastran en direcciones diferentes, lo han abrumado y ya no puede controlarlos. No conoce ningún medio de controlar sus impulsos, los sentimientos de inseguridad, impotencia y desamparo son más fuertes que la confianza, la buena autoestima y el conocimiento respecto a la relatividad de los asuntos de un adulto son escasos.

1.2.2. Epilepsia infanto-juvenil.

La epilepsia es una enfermedad crónica que se origina en el cerebro debido a descargas neuronales anormales, teniendo en ocasiones graves consecuencias psicológicas, sociales y económicas (Iglesias, et al., 2012). Es una condición frecuente en todas las etapas de la niñez y adolescencia (López, et al., 2013).

El Ministerio de Salud del Gobierno de Chile, en su Guía Clínica Epilepsia Niños (2014) menciona que la primera clasificación de las epilepsias data del año 1960, posteriormente en 1981 se aceptó una para las crisis y en 1989 para las epilepsias, ambas

realizadas por la Liga Internacional Contra la Epilepsia, por sus siglas en inglés ILAE. Debido a la información y tecnologías más recientes, los autores realizaron una nueva clasificación que desarrollaron entre 2005-2009 para lanzar la siguiente clasificación en 2010, según la forma de inicio y clasificación de las crisis, se llaman “generalizadas” cuando se originan en un punto cerebral, pero se propagan rápidamente por la red neuronal, distribuyéndose bilateralmente a ambos hemisferios cerebrales, incluyendo estructuras corticales y subcorticales, pero no necesariamente incluiría toda la corteza, pudiendo ser asimétricas y las “focales” se originan dentro de la red, pero se encuentran limitadas a un hemisferio cerebral, pueden originarse en estructuras corticales y subcorticales. Según su etiología, se cambiaron los términos de idiopático, sintomático y criptogénico por “genético” en este, la epilepsia es el efecto directo de una alteración genética y las crisis son el síntoma central de la enfermedad, el “metabólico/estructural” causada por una enfermedad que afecta al cerebro, y “de causa desconocida” cuando no se sabe su origen, puede ser por alteraciones genéticas, estructurales o metabólicas.

La Epilepsy Foundation of America (2009) indica que existen diferentes tipos de ataques epilépticos entre los que se encuentran, los ataques presentados como episodios de “ausencia”, falta de atención o mente en blanco; las repentinas caídas al suelo acompañadas de rigidez física, temblores o convulsiones, agitación y estremecimiento brusco de extremidades, repentino dolor de estómago, sensación de temor o ira, episodios de somnolencia, pesadez y torpeza durante los cuales el niño podría moverse sin rumbo aparente o hablar sin sentido. Por lo tanto, se puede decir que los ataques, o crisis como se les llama hoy en día, son cambios en el comportamiento y en los movimientos del cuerpo del niño y durante el transcurso de la crisis, el niño no tiene control, ni conciencia en

ocasiones, de sus actos, por eso mismo; es posible que una vez finalizado el ataque, el menor no recuerde nada de lo sucedido.

Es importante mencionar que la epilepsia no es el único motivo por el cual se pueden sufrir crisis, otras causas que pueden provocar el funcionamiento anormal del cerebro, y, por lo tanto, ocasionar ataques pueden ser, fiebre alta, infección severa en el cerebro, envenenamiento e incluso secuelas de un fuerte golpe recibido en el pasado; pero estas pueden ser pasajeras, curarse y desaparecer (Epilepsy Foundation of America, 2009).

En cuanto a las repercusiones de la epilepsia autores como Iglesias, et al. (2012) afirman que los principales mecanismos cognitivos básicos alterados son, el tiempo de reacción, la atención y la memoria, sin embargo, es más habitual que los problemas de aprendizaje estén relacionados con otros factores inherentes a la epilepsia, como el efecto de las descargas a corto y a largo plazo, la medicación y la repercusión emocional. Kanner y Schachter (2008) remarcan las asociaciones de la epilepsia con los trastornos de ánimo, la depresión y el suicidio, siendo esta última la mayor causa de muerte en esta condición y es usualmente desestimada.

Se sabe que la epilepsia afecta aproximadamente a 50 millones de personas en el mundo, estimando 50 por cada 100 000 habitantes por año (Ministerio de Salud Gobierno de Chile, 2014). En el país, el número aproximado de personas que sufren alguna de las formas de crisis epilépticas es de 1.5 a 2 millones de habitantes, de esta población hasta el 76% tiene su inicio en la infancia (Hospital Infantil de México Federico Gómez, 2010). En Mérida, Yucatán se calcula que 1 de cada 100 padece epilepsia, el 70% de los casos con inicio en la infancia, el 20% durante la adolescencia y el 10% en etapas tardías (Milenio Novedades, 2016).

A nivel mundial se indica un porcentaje de mayor aparición en hombres 1% mientras en las mujeres es de 0.6%, con tasa anual de mortalidad de 1 a 8 individuos por cien mil habitantes. En general el índice de mortalidad en América Latina y el Caribe es de 1.1 superior al de Estados Unidos y Canadá, que es del 0.4%. Entre los niños con epilepsia en México (1.5-1.8%) la frecuencia de estado epiléptico es del 1 al 5% dominando en lactantes y muestra una mortalidad del 10% (Hospital Infantil de México Federico Gómez, 2010).

La Guía Clínica Epilepsia Niños del Ministerio de Salud del Gobierno de Chile (2014) afirma que es difícil obtener datos exactos de incidencia y prevalencia en el mundo por la dificultad de hacer un diagnóstico correcto. López, et al., (2013) señala que el reconocimiento preciso de los diferentes síndromes y epilepsias es importante para determinar un tratamiento y pronóstico adecuados, por lo que el trabajo médico y psicológico deben ir de la mano para brindar el mejor tratamiento en pro de estos pacientes.

1.2.3. Epilepsia y manifestaciones psiquiátricas.

La comorbilidad psiquiátrica en pacientes que padecen epilepsia es frecuente y de causa multifactorial (Bender, et al. 2016), varios factores de la epilepsia determinan la magnitud de complicaciones psiquiátricas y psicológicas entre los que destacan, gravedad del caso, rechazo al tratamiento, problemas cognitivos asociados, tipo de crisis y los efectos de los medicamentos; cabe resaltar que los problemas propios de la adolescencia como la rebeldía, autonomía, labilidad, contribuyen a falta de adherencia al tratamiento y el posible ocultamiento de las crisis para poder concluir (Krauskopf y De la Barra, 2013).

El caso particular de las psicosis epilépticas no forma parte del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mental por sus siglas en inglés DSM-IV ni en la versión actual DSM-V, aparecen en el CIE-10 bajo el capítulo de “trastornos mentales orgánicos asociados a ideas delirantes orgánicas” y como “trastornos mentales debido a lesión o

disfunción cerebral o a enfermedad somática”. Blecher (2008) propone una clasificación de las psicosis epilépticas dividiendo en estados psicóticos con alteración de conciencia que comprende la psicosis postictal y la psicosis ictal con estados de ausencia o estados de crisis parciales-complejas. Y estados psicóticos sin alteración de conciencia comprendiendo psicosis episódicas con estados maniacos o depresivos, o psicosis alternantes; psicosis crónicas con psicosis paranoidea o esquizomorfa y los estados psicóticos no clasificables.

Las psicosis con alteración de conciencia son más frecuentes que las psicosis lúcidas; para considerar crónica una psicosis, se ha establecido un límite arbitrario de un año en que el paciente presenta síntomas y la experiencia muestra que pese a los tratamientos estos cuadros tienden a permanecer constantes. Las psicosis esquizomorfas conforman un grupo de pacientes de aspecto parecido o semejante a la esquizofrenia, pero cuya psicopatología es diferenciable de las auténticas esquizofrenias.

Por su parte los autores D’Alessio, Donnoli y Kochen (2012) diferencian las psicosis epilépticas confusas de comienzo brusco, con duración de horas a días, se expresan con una alteración de conciencia o estado confusional en el cual se presentan alucinaciones visuales de características dinámicas, vívidas y coloreadas, a veces asociadas con alucinaciones auditivas pareadas en el mismo acto perceptivo. Las alucinaciones se refieren a personas y objetos cotidianos y conocidos previamente por el paciente los cuales aparecen sin modificaciones, suele acompañarse por gran repercusión afectiva en el paciente, la conexión con la realidad aparece fluctuante, manteniendo el paciente un contacto variable pero presente con el medio que lo rodea, el cuadro en general se trata de un verdadero “delirium” y cuando termina, el paciente guarda un recuerdo parcial o tiene amnesia total del episodio por lo cual no significa mayor repercusión biográfica posterior.

Las psicosis epilépticas lúcidas aparecen en general años después del inicio de las crisis, se trata de un cuadro psicótico alucinatorio-delirante de contenido paranoideo-místico sin compromiso de conciencia, solo duran horas o días a lo que sobreviene un episodio psicótico paranoide que suele durar semanas a meses. El cuadro psicótico se caracteriza por predominio de alucinaciones auditivas de carácter místico, discuten con el paciente aspectos biográficos relacionados con el delirio, suele aparecer un doble sistema alucinatorio entre voces "buenas" y "malas" que son distintas y que se escuchan en forma alternante. Se agregan ideas delirantes principalmente de tipo místico y megalomaniaco como cumplir una misión de Dios, a veces de daño o de persecución, pero siempre en relación con personajes involucrados en el entorno del paciente, diferente al carácter anónimo o extraño de los delirios esquizofrénicos. Aquí tanto los delirios o alucinaciones dejan una huella en el paciente el cual suele cambiar, una vez terminado el episodio, su visión de mundo, de sí mismo y de su concepción de la vida tornándose la mayoría de las veces sujetos con mayor tendencia al misticismo y la religiosidad, se mantiene el "sí mismo" que se haya envuelto entre dos polos estableciendo incluso alianzas con las voces buenas y rivalidad con las voces malas. Blecher (2008) declara que las psicosis epilépticas lúcidas presentan características clínicas que plantean un desafío para el clínico, debido a que mostrará un patrón de alternancia entre crisis y psicosis.

Para estos casos el Ministerio de Salud (2015) declara que los fármacos antiepilépticos pueden disminuir o suprimir las crisis, pero no modifican la problemática psicosocial, laboral o secundaria a daño neurológico, aproximadamente el 50% de las epilepsias se controlan con el primer fármaco, un 25% con el segundo medicamento y todo el tratamiento tendrá una duración de 2 a 3 años sin crisis y deberá ser suspendido en un periodo de seis meses. Por su parte D'Alessio et al (2012) mencionan que el tratamiento

integral de los pacientes con epilepsia y trastornos psicóticos asociados incluye el tratamiento neurológico, el abordaje farmacológico, la psicoterapia y psicoeducación a familiares y paciente, siendo el principal objetivo del tratamiento, lograr un adecuado control de las crisis y mejorar la calidad de vida.

1.2.4. Intervención psicoterapéutica en la epilepsia infanto-juvenil.

Una vez que el médico haya realizado los estudios necesarios y finalmente diagnostique, con certeza, que el niño o joven padece de epilepsia, le recetará el medicamento más apropiado, basándose en los tipos de ataques que afecten al niño (mente en blanco como en un episodio de ausencia, falta de atención repentina, caídas o convulsiones). Si el medicamento recetado no logra el efecto deseado, y el niño comienza a sentirse enfermo y a sufrir efectos secundarios, el médico variará la dosis o le recetará otro medicamento, y así sucesivamente, hasta encontrar el medicamento y la dosis más adecuada para el paciente. Por lo tanto, podría llevar cierto tiempo hasta que el médico acierte con el medicamento y la dosis adecuada para cada paciente, ya que éstos actuarán de manera diferente en cada uno de ellos. Y en ciertos casos, si ninguno de los medicamentos disponibles en la actualidad produce el efecto deseado en el paciente, es posible que el médico sugiera una dieta especial rica en grasas para complementar el tratamiento médico. Cada niño reacciona a los tratamientos y medicamentos de distinta manera. Por esta razón, el médico debe ser informado periódicamente acerca de cómo el niño está reaccionando al tratamiento (Epilepsy Foundation of America, 2009).

Hay que recordar, que el tratamiento de la epilepsia no consiste en dar tabletas a una persona, sino que el médico debe brindar a la familia y al paciente la explicación detallada de su enfermedad, con lenguaje claro y sencillo, además de alertar que no debe de

suspender bajo ninguna razón su tratamiento por las consecuencias psicológicas, sociales y económicas que esto implica (Iglesias, et al. 2012).

La Epilepsy Foundation of America (2009) afirma que modificar o interrumpir el tratamiento médico que esté tomando el niño, sin antes consultarlo con el médico, podría provocar un nuevo y más grave ataque en el niño, haciendo que éste sea difícil de controlar, y, por ende, podría poner en riesgo su vida.

Además de lo antes señalado, en el estudio de Iglesias, et al. (2012) se observó que, en muchos casos, las preocupaciones no son las crisis en sí, sino los factores psicosociales que están presentes y que pueden deteriorar la calidad de vida y deben ser considerados como parte integral en el manejo de paciente con epilepsia, ya que esta produce barreras psicológicas, que se enmarcan en un contexto de intensa estigmatización que aún mantiene la enfermedad en la sociedad. En el caso de los niños y adolescentes, la problemática involucra también a la familia, en la medida en que puede causar ciertas dificultades en la convivencia diaria; esta circunstancia suele ser ignorada por los médicos responsables y otorga una función directa a la labor terapéutica de los menores.

1.2.5. Terapia de juego.

El juego ha demostrado estar presente en todos los enfoques y ser de gran utilidad aun cuando el tratamiento pudiera ofrecerse de manera muy diferente de acuerdo con la modalidad teórica que se utilice (Esquivel, 2010).

La Asociación para la Terapia de Juego la definió como “el uso sistemático de un modelo teórico para establecer un proceso interpersonal en que terapeutas capacitados utilizan los poderes terapéuticos del juego para ayudar a los clientes a prevenir o resolver dificultades psicosociales y a alcanzar un crecimiento y desarrollo óptimos”.

Esos poderes terapéuticos conocidos también como mecanismos de cambio son las fuerzas activas del juego que ayudan a los clientes a superar sus problemas psicosociales y a alcanzar un desarrollo positivo. Además de lo anterior, Oaklander (1992) en Schaefer (2012) incluye al juego como un buen instrumento de diagnóstico ya que en este se puede observar en el niño su madurez, inteligencia, imaginación y creatividad, organización cognitiva, orientación en la realidad, estilo, periodos de atención, destrezas en resolución de problemas y aptitudes de contacto.

Para Chaloner (2001) en Schaefer (2012) el juego es quizá el medio más poderoso y apropiado para el desarrollo en que los niños pequeños pueden construir relaciones, desarrollar el pensamiento causal, controlar impulsos, procesar experiencias estresantes, aprender habilidades sociales. Para Drewes (2005) en Schaefer (2012) puede ofrecer la sensación de poder y de control que proviene de la solución de problemas y el dominio de nuevas experiencias, ideas e intereses, puede contribuir a formar los sentimientos de logro y confianza. Por su parte Loos y Metref (2007) ven al juego como una forma de exploración y descubrimiento de la propia corporalidad, del movimiento y de la interacción con los demás y con el ambiente circundante, donde la atención debe ponerse en el proceso y no en el resultado final, ya que, en todas sus formas y expresiones, tiene una importancia fundamental en el crecimiento y en la integración social, cognitiva y afectiva del niño.

Sin importar la edad, ya que la terapia de juego puede ser para bebés, niños, adolescentes, adultos y ancianos; el juego tiene muchos beneficios en la vida, es divertido, educativo, creativo, alivia el estrés, fomenta las interacciones y la comunicación social positiva. Cuando los niños juegan, aprenden a tolerar la frustración, a regular sus emociones y a destacar en una tarea que es innata, pueden practicar nuevas habilidades de una forma que tiene sentido para ellos, sin los límites estructurados del “mundo real” o la

necesidad de usar un lenguaje verbal. No existen errores demasiado grandes que no puedan resolverse ni desafíos muy difíciles que no puedan enfrentarse mediante el juego. Esta actividad da a los niños la oportunidad de dominar su mundo a medida que crean, desarrollan y mantienen su sentido de sí mismo (Schaefer, 2012).

1.2.6. Juego expresivo.

Entre los autores que hablan sobre juego, símbolos, interpretaciones y expresiones, encontramos a Freud (1908) que plantea mediante el juego, el niño inserta las cosas de su mundo en un nuevo orden que le agrada. El juego ocupa para el niño el lugar de apoyo de sus objetos internos en cosas palpables y visibles del mundo real, dando lugar a la realidad psíquica y la realidad material. Klein (1926) afirma que los niños forman relaciones con el mundo externo y en su juego representan simbólicamente fantasías, deseos y experiencias, los detalles de este señalan el camino para un observador atento. En el juego se sustituyen las palabras con acciones, actuar representa una parte prominente, y en su análisis no se puede sobreestimar la importancia de la fantasía y de la traducción a la acción.

Amescua (1997) dice que jugar es hacer y esto quiere decir la posibilidad de reproducir situaciones del mundo externo, así como del interno. No solo fantasearlas internamente, o intelectualizarlas mediante la palabra, sino precisamente hacer. Winnicott (1999) menciona que en el juego existe un encuentro entre la realidad afectiva de deseo propio del niño y el mundo real, palpable y visible.

Schaefer (2012) aclara que para el juego no existe un listado de materiales típicos, pero es indudable que la selección de juguetes y otros objetos que deben ser incluidos varía dependiente de la orientación teórica, las ideas personales y los valores del terapeuta, así como cuestiones del presupuesto y espacio, pero esta terapia solo está limitada por el grado de flexibilidad y creatividad del terapeuta. La experiencia clínica demuestra que el niño

nunca utiliza una técnica si ésta no responde a la conformación de un aspecto actual de su problemática. En este sentido, la tarea de los terapeutas resulta delicada y no puede trazarse de antemano, ya que se trata de acompañar a los niños en el descubrimiento de sus recursos, de elegir en todo caso el momento adecuado para presentar alguna técnica (Brun, 2009).

Freud (1910) remarca que en ciertos casos en donde la persona enemistada con la realidad y posee el talento artístico, puede transponer sus fantasías en creaciones artísticas en lugar de hacerlo en síntomas; así escapa al destino de la neurosis y recupera por este rodeo el vínculo con la realidad.

El trabajo terapéutico consiste entonces en elaborar con el tiempo esas angustias, mediante la verbalización de las emociones ante la contemplación de la producción y de un relato sobre la producción del niño. Los terapeutas han de ser más activos, deben poner límites para evitar un daño o destrucción y no dejar que la imaginación se dispare, hay que acompañarlo en una posible utilización de materiales. Es fundamental dedicar un tiempo a considerar, comentar y admirar las producciones que se están realizando, los niños buscan mucho la mirada de los terapeutas, cuya capacidad de asombro desempeñará un papel importante (Brun, 2009).

Turpeinen-Saari (2007) aclara que el terapeuta no aporta esencialmente material, porque todo el material ha de venir del propio paciente, sin embargo, es evidente que el paciente toma mentalmente de la mano al terapeuta para recorrer el camino de una etapa a otra según aumentan las capacidades.

2. Evaluación Diagnóstica del Problema

2.1 Descripción del Escenario y Participantes

El espacio donde fue realizada la intervención es una clínica de atención psicológica de una institución pública que brinda asistencia de manera individualizada a niños, adolescentes, adultos, parejas y familias ubicada en la ciudad de Mérida, Yucatán; cuyo objetivo es cubrir con la gran demanda de apoyo psicológico a la comunidad, otorgando un servicio de calidad a la población más necesitada de nuestra sociedad.

El estudio se llevó a cabo con el caso único de una mujer adolescente de 15 años, que para fines de este trabajo y cumpliendo las pautas éticas de confidencialidad será llamada “Angélica”.

2.1.1 Motivo de consulta.

Acorde al protocolo de la institución para los casos de infantes, la primera cita es con los padres, a la sesión acudió la madre y mencionó diferentes aspectos que la motivaron a pedir el servicio para su hija, entre los que destacan, situación familiar complicada porque su hija hace unos años vive con su abuela paterna, la cual le impide verlos debido a que “Angélica” y su hijo menor decidieron vivir ahí al no adaptarse con ella, su nueva pareja que sufre de alcoholismo, y su medio hermano; es la abuela materna quien tiene contacto con ellos y le pasa la información a la madre. Desde eso la relación entre Angélica y su madre es distante, se comunican ocasionalmente por teléfono y cuando la menor quiere, visita a su madre, entre una y dos veces al mes, la relación con el padre es nula, ya que la menor está enterada que fue un embarazo no esperada, ni deseado e incluso que el padre pidió su aborto. Su conducta es rebelde, la define como “de carácter fuerte, chantajista, convenenciera, indisciplinada”, además de estar “confundida” sin saber qué quiere de la vida, con problemas académicos, ha

escapado de casa en dos ocasiones, la primera vez “solo llega tarde con aliento alcohólico” y la otra por dos días, afirmando “estaba con una amiga” pero hasta hoy no le creen. Lo último que pasó para que decidieran solicitar el servicio es que ya mencionó en tres ocasiones que se quiere suicidar, y otras tres o cuatro ocasiones que escucha voces, pero es “para llamar la atención” según la madre.

2.1.2 Datos generales.

Para fines de este trabajo terminal y conservando la confidencialidad de la paciente y su familia se le asigna el nombre de “Angélica”, es una adolescente de 15 años nacida en Motul, Yucatán y residente de Mérida, Yucatán. Al iniciar el proceso estaba cursando el primero de preparatoria en una escuela privada, por alto índice de reprobación deja los estudios y posteriormente continua en una preparatoria pública. Durante el proceso terapéutico se da un cambio de religión cristiana a adventista.

2.1.3 Descripción del paciente.

Físicamente su complexión es gruesa, su apariencia física es mayor a la edad cronológica, tiene una estatura de 1.45 cm y 53 kilos aproximadamente. Mujer de tez morena, nariz y boca pequeños, ojos color miel, cabello lacio negro hasta los hombros, facialmente luce aplanada, pocos gestos y mirada perdida, suele vestir pantalón de mezclilla, zapatos cerrados y blusa corta que deja al descubierto su ombligo, maquillaje en tonos fuertes que resaltan ojos y labios. Durante el proceso la vestimenta se volvió más casual con short o vestidos, menos maquillaje y siguiendo las tendencias de moda adolescente.

La actitud ante la terapeuta en las primeras sesiones fue distante, deja la mirada fija en la mesa o un punto de la sala, responde amplia y coherentemente a las preguntas, tono de voz es claro, en ocasiones se olvida la palabra que quiere usar, cierra sus ojos para

recordarla, prefiere dibujar mientras habla. Es de resaltar que por momentos llora o ríe y estas reacciones no siempre son coherente a lo que está relatando, incluso se le pregunta si se acordó de algo y omite información. Con el paso de las sesiones ya establece contacto visual, las expresiones faciales y emocionales son coherentes con lo relatado y el diálogo cobra mayor importancia y fluidez.

2.1.4 Conceptualización del caso.

Posteriormente a la evaluación psicológica, bajo el consentimiento de la menor y la familia, se realiza la canalización a una institución privada que tiene como misión contribuir al bienestar y desarrollo de la sociedad en el área de salud mental, colaborando con la comunidad psiquiátrica mediante un programa de rehabilitación psicosocial integral e interdisciplinario ejecutado por capital humano especializado, en instalaciones adecuadas y ofreciendo psicoeducación a la población en general, promoviendo la información y dignificando el trato a las personas que cursan algún problema de salud mental. Esto con el objetivo de obtener el diagnóstico médico pertinente y la medicación en caso de ser necesaria para complementar la intervención psicológica. Una vez realizada la conexión, se le otorga el diagnóstico “epilepsia” y se le recetan los medicamentos “Risperidona” y “Valproato de Magnesio” en las dosis adecuadas para su edad y peso (ver Apéndice D).

2.1.5 Objetivo general.

Implementar y evaluar un programa de intervención psicoterapéutica con técnicas expresivas de juego en un adolescente con diagnóstico de epilepsia infanto-juvenil para el manejo de los síntomas de dicho trastorno.

2.1.6 Objetivos específicos.

- a. Evaluar un paciente con síntomas alucinatorios y delirios mediante la observación y examen mental con juego.

- b. Dar un diagnóstico al paciente para poder delimitar la intervención psicológica.
- c. Otorgar psicoeducación de los resultados obtenidos a la paciente y familia involucrada.

2.1.7 Definición de términos.

- a. Estudio de caso clínico: tipo de diseño que busca establecer un vínculo entre la investigación y la práctica clínica, particularmente útil para establecer una relación causal del individuo en su contexto y que permitirá evaluar la validez del tratamiento en una situación controlada (Roussos, 2007).
- b. Intervención psicoterapéutica: quehacer de los psicólogos clínicos, no sólo referida a la necesidad ética de ofrecer un tratamiento eficaz para los problemas de salud presentes, sino en el sentido de aumentar la competencia, ofreciendo a los ciudadanos un conjunto de conocimientos y habilidades para la comprensión y manejo de sus conflictos, problemas y vivencias. Para ello, consideramos necesario el hacer explícito y delimitar de una forma teóricamente clara, el marco a partir del que analizamos la conducta de los sujetos, y que orienta las diferentes intervenciones terapéuticas, dotándolas de una profundidad estratégica (Casado, F. 1998).
- c. Epilepsia infanto-juvenil: trastorno neurológico crónico, es una disfunción del cerebro en el cual grupos de neuronas transmiten, a veces, las señales en una forma anormal. Las neuronas normalmente generan impulsos electroquímicos que actúan sobre otras neuronas, glándulas y músculos para producir pensamientos, sentimientos y acciones. La epilepsia perturba el patrón normal de la actividad neuronal y esto causa sensaciones, emociones y comportamientos extraños como espasmos musculares y pérdida del conocimiento (Martín, L. 2014). El término

infanto-juvenil se tomará como referencia debido a que la sintomatología se inicia en la infancia, alrededor de los 7 años y el diagnóstico se otorga en la adolescencia, y la Organización Mundial de la Salud (2018) señala al anterior como el periodo comprendido de los 10 a 19 años.

- d. Psicosis epiléptica: consisten comúnmente en ilusiones o alucinaciones auditiva o visuales, junto a cambios afectivos como agitación, miedo o paranoia. Suele dividirse en relación con el momento de aparición respecto de las crisis en psicosis, si ocurren antes reciben el nombre de preictales, ictales si son durante o postictales después de las mismas; generalmente tienen un inicio y final agudo, corta duración y riesgo de recurrencia (González, C., Gil, M., Calvo, D., Corbalán, T., Martínez, L. Iñiguez, C., Santos, S., Mauri, J. 2013).
- e. Juego expresivo: Oaklander (1992) en Schaefer (2012) incluye al juego como un buen instrumento diagnóstico para observar en el niño su madurez, inteligencia, imaginación y creatividad, organización cognitiva, orientación en la realidad, estilo, periodos de atención, destrezas en resolución de problemas y aptitudes de contacto. El Diccionario de la Real Academia Española (2014) define el calificativo expresivo, como aquel que se asigna a la persona que manifiesta con gran viveza lo que siente o piensa, dicho de cualquier manifestación mímica, oral, escrita, musical o plástica, que muestra con viveza los sentimientos de la persona que se manifiesta por esos medios. Por lo que, para esta investigación, se tomarán como referencia ambos conceptos y se contempla al juego expresivo como un instrumento diagnóstico, de intervención y evaluación del proceso.

2.2. Instrumentos, Técnicas y/o Estrategias Utilizados

2.2.1. Instrumentos utilizados.

Los instrumentos que fueron de utilidad para enmarcar la evaluación diagnóstica son, historia clínica psicológica, definida por Esquivel (2010) como el formato de entrevista aplicado a los padres del niño para recoger datos sociodemográficos e información acerca de la problemática actual por la que acude. Para el caso particular, debido a la situación familiar que ocasionaba confusión y olvido de información, se solicitan datos de la madre, abuela materna y la menor para su conformación total (ver Apéndice A).

El examen mental con juego, los autores (Ortega y Cárdenas, 2011) definen al examen mental como una parte de la historia médica integral que consiste en un registro descriptivo de las funciones mentales y psicológicas del paciente derivado de la observación, la exploración ordenada y sistemática de los signos y síntomas presentes en un paciente en un momento determinado, este suele hacerse combinando la observación y una serie de preguntas para evaluar los apartados. Cornejo (2010) sugiere ciertos juegos para la evaluación de los apartados incluidos en el examen mental, para la coordinación visomotriz y espacial resalta el uso de rompecabezas, Laberinto o Pictionary, para la atención y concentración, el memorama, Combate naval y Master mind, para el desarrollo de lenguaje los cuentos o cualquier juego que se considere específico para cada caso, teniendo en cuenta que lo importante antes que el material, es el terapeuta y su capacidad de invención, imaginación y creatividad; por lo que la selección de juegos o juguetes se tomaron en cuenta la función, objetivo y compatibilidad con el apartado evaluado (ver Apéndice D).

2.2.2 Técnicas implementadas.

Las técnicas que conformaron la evaluación diagnóstica y al mismo tiempo fueron de utilidad para la evaluación pre y post intervención fueron, la observación clínica definida

como un recurso fundamental del que uno debe valerse durante todo el proceso, ésta se inicia desde que el niño, sus papás o personas que lo acompañan están en la sala de espera (Esquivel, F., Heredia, M. y Gómez-Maqueo, E. 2017).

La entrevista con el niño, Cornejo (2010) la contempla como un encuentro con duración de 30 a 45 minutos, enfocada en preguntarle el motivo de su asistencia, si conoce el papel de una psicóloga, en qué se le puede ayudar y/o quiere que se le ayude, indagar sobre si es una angustia de padre, colegio o propia. La técnica “dibujando los problemas” de la misma autora, consiste en darle al niño hoja, rotuladores o crayolas y se le pide que dibuje lo que él cree que es su problema, se puede tomar el tiempo que necesite y utiliza los colores que quiera, una vez terminado el dibujo se habla sobre las cosas que ve el terapeuta y las cosas que él dice que ha querido dibujar.

Las sesiones psicoterapéuticas definidas por Aberastury (1986) como encuentros presenciales entre paciente y terapeuta, para un tratamiento de naturaleza psicológica que, a partir de las manifestaciones psíquicas o físicas de malestar en el paciente, promueve lograr cambios o modificaciones en el comportamiento, la adaptación, la salud física o psíquica, la integración de la identidad y bienestar de las personas.

Por último, es importante resaltar que ya iniciada la intervención y bajo el consentimiento de la menor y de la familia, se realiza la canalización a la institución privada de la ciudad de Mérida, Yucatán, que se encarga de contribuir al bienestar y desarrollo de la sociedad en el área de salud mental.

2.2.3 Evaluación del proceso.

A partir de conformar la historia clínica psicológica de la menor es que se pudo dar pauta a un proceso de evaluación, debido a la información otorgada por la menor en las primeras sesiones, donde destacaba un multi-diagnóstico y evaluación informal llevado a

cabo por instancias académicas en donde cursó la secundaria y preparatoria, mostraba negación a realizar pruebas estandarizadas y/o proyectivas debido a que afirmaba conocerlas e incluso saber que tenía la etiqueta “esquizofrénica” lo que le causaba un gran temor de ser canalizada y recluida en una institución de salud pública como el Hospital psiquiátrico del estado.

Ante lo mencionado, las técnicas, instrumentos y herramientas de evaluación diagnóstica que fueron utilizadas para obtener la información, fueron aplicadas en diversas sesiones y en colaboración de la adolescente, madre y abuela materna, favoreciendo un ambiente natural, cómodo y respetuoso para los involucrados.

2.3 Procedimiento

Por el protocolo establecido en el centro de atención psicológica pública donde se llevó a cabo la intervención, la primera sesión fue entrevista con los padres y se firman los documentos pertinentes a la confidencialidad, derechos del cliente y contrato de atención psicológica. En este caso, solo acude la madre de la menor, sin embargo, los datos otorgados en la entrevista semi-estructurada no fueron lo suficientemente extensos y otros fueron desconocidos, debido a que la menor ha vivido con sus abuelas por un tiempo prolongado; así que se sugiere otra sesión de entrevista con la madre y abuela materna para completar la historia clínica, además de los datos otorgados directamente por “Angélica”.

Posteriormente fue la misma joven quien plasma en su segunda sesión, un dibujo sobre su problema llamado “Él” describiéndolo como “la persona que le habla y le dice cosas”, lo cual permite identificar varios aspectos de sus síntomas, características y se perfila como uno de sus mayores recursos para el proceso y la apertura al diálogo.

Como se mencionó anteriormente el examen mental fue realizado con juego y preguntas verbales en la cuarta y quinta sesión, los apartados evaluados fueron,

comportamiento, apariencia, estado de conciencia (ambiente, orientación temporal, espacial, personal), reacciones emocionales, contenido del pensamiento, insight, juicio, fiabilidad, conducta motora, capacidad de introspección, funciones ejecutivas (memoria reciente y remota, capacidad de calcular, contar, conocimientos generales, pensamiento abstracto, atención, inteligencia, estado de alerta, lenguaje, velocidad de procesamiento, razonamiento perceptual).

Entre los juegos utilizados (ver Apéndice D) se encuentran “Laberinto”, donde los jugadores se encuentran con obstáculos imprevisibles que surgen al buscar en el tablero el objeto plasmado en una tarjeta, el reto principal consiste en poder trazar el camino hasta la recompensa; se usó para medir insight, juicio, fiabilidad, ciertas funciones ejecutivas como pensamiento abstracto, atención, memoria, velocidad de procesamiento y razonamiento perceptual. “El huevo dice”, consiste en poder aprender a concentrarse para reproducir las posiciones indicadas en una tarjeta, colocando el huevo en la posición correcta, ya que, si el huevo se inclina, éste se ríe indicando que no se ha cumplido el objetivo, fue usado en la evaluación de comportamiento, estado de conciencia, ambiente, orientación espacial y personal, conducta motora y atención. “Bingo de emociones”, cuenta con una cartilla, fichas y cartas con diferentes imágenes que representan emociones; en este juego se permite discutir los sentimientos y comprender las emociones propias y de los demás, siendo recompensados por compartir una experiencia o dar una respuesta empática a otro jugador, se toma para evaluar reacciones emocionales, contenido del pensamiento, juicio, memoria reciente y remota, capacidad de calcular, contar y lenguaje. “Tablero ¿cómo me siento?” es un tapete acolchado con estados emocionales representados por osos, donde el objetivo es que el menor pueda identificar tanto su estado de ánimo, como el del resto de los osos y lo coloque en el apartado correspondiente, en este juego se permite discutir por

qué se le asigna una casilla y no otra, o realizar introspección sobre algún momento de su vida en que se haya sentido de tal forma; fue usado para evaluar estado de conciencia personal, capacidad de introspección y lenguaje. “Fichas de colores”, son fichas rectangulares de 5cm x 2.5 de colores rojo, verde, azul y amarillo que permiten crear lo que uno desee. Fue utilizado para evaluar contenido del pensamiento, conducta motora, capacidad de calcular, contar, atención, inteligencia y razonamiento perceptual.

La observación estuvo presente en todas las sesiones debido a que la menor establecía poco contacto visual con la terapeuta, su conducta era variable y emocionalmente se mostraba aplanada y fue de gran utilidad en todos los pasos del proceso. Los resultados de la institución privada de salud mental llegan en la sesión 17 para concluir con un diagnóstico certero.

Por último, se hace énfasis en ciertos aspectos éticos que se contemplaron; por las características de la paciente, alrededor de la quinta sesión, surge la necesidad de tener audios por sesión terapéutica, se pide verbalmente el consentimiento de la menor y de la madre bajo la explicación que sería únicamente para tener un registro fiable de la información y realizar una transcripción adecuada, a lo que ambas accedieron sin problema. Además de la firma del consentimiento informado para la realización de esta investigación por parte de la madre, la menor y la abuela paterna que adquiere la custodia ya iniciada la intervención.

2.4 Informe de los Resultados de la Evaluación Diagnóstica

Entre los resultados encontrados en el examen mental se encuentran que las áreas comprometidas son el comportamiento debido a que establece poco contacto visual, se le muestra desconectada a la sesión; el estado de conciencia en la orientación temporal debido a que no ubica en días o temporalidad las actividades que realiza y tampoco puede identificar

la hora exacta al cuestionársele, pero sí identifica quién es, en dónde estaba y cuestiones del ambiente. Las reacciones emocionales, acompañadas de una labilidad emocional no característica de la etapa del desarrollo en que se encuentra, ya que por momentos ríe, en otras ocasiones se muestra sensible y con llanto, sin que la narración tenga coherencia con la demostración afectiva, al cuestionarle al respecto no otorga información, su ritmo de respiración es correcto y la sudoración está presente en una de las dos sesiones de evaluación.

En cuanto a las funciones ejecutivas, la memoria reciente es mejor que la remota, ya que necesita de pistas o recordatorios para dar solución a preguntas como “¿qué hicimos la sesión pasada?”, lo que puede indicar afectación en retención y la atención, ya que por periodos prolongados mira un punto fijo, se le llama por su nombre y hasta la segunda o tercera ocasión responde. Por otro lado, falta confirmar la incoherencia en el contenido del pensamiento aunado al lenguaje dificultoso que refieren los familiares y amigos, ya que en las sesiones no se nota un lenguaje atrofiado y la incoherencia en el contenido es únicamente por una falta de organización en las temáticas, no por un mal uso de palabras, orden, significados u otro.

Aunque el insight no siempre es claro, su juicio lo es. Su capacidad de introspección, memoria reciente, capacidad de calcular, contar, conocimientos generales, pensamiento abstracto, inteligencia, estado de alerta, razonamiento perceptual y la fiabilidad de sus hechos son su mayor recurso. Por lo que se reconoce indispensable la evaluación de un médico especialista en el área, que pueda confirmar o descartar la presencia de un padecimiento psiquiátrico y el uso de un medicamento complementario a la atención psicológica.

Los resultados previamente mencionados fueron entregados a la madre, abuela materna y la menor hasta la sesión número once debido a complicaciones de los horarios de la madre. Es hasta la sesión dieciséis que la menor aprueba el uso de medicamento y la opinión de un psiquiatra y se realiza la canalización a la institución ya mencionada. Hasta la siguiente cita

se habla del diagnóstico otorgado “epilepsia” la cual está provocando las alucinaciones visuales, olfativas, auditivas y táctiles en la joven. Se habla sobre los medicamentos a utilizar, la importancia de su uso, cómo y quién llevaría el control de estos, la frecuencia de sesiones en la asociación, las características de dicha condición y sobre todo los aspectos emocionales de la menor y la familia al conocer el diagnóstico. Lo cual fue bien recibido y aceptado por todos los integrantes, comprometiéndose al seguimiento médico, farmacológico y psicológico por venir.

En todo momento se tuvieron en cuenta los aspectos éticos de brindar la información y retroalimentación a los miembros de la familia involucrados y a la joven, procurando la claridad, certeza y profesionalismo para resolver dudas, teniendo como eje central el cuidado y bienestar de los involucrados.

3. Programa de Intervención

3.1 Introducción

La presente investigación tuvo una metodología de estudio de caso clínico único, definida por Roussos (2007) como el vínculo entre la investigación y la práctica clínica donde se pueden testear hipótesis clínicas particulares, referidas a determinados pacientes y permite evaluar la validez del tratamiento en una situación controlada. Por su parte Yin (1989) menciona al estudio de caso como una herramienta valiosa de investigación cuya mayor fortaleza radica en que a través de esta, se mide y registran las conductas de las personas involucradas en el fenómeno estudiado, mientras que los métodos cuantitativos sólo se centran en información verbal obtenida a través de cuestionarios. Otra ventaja que remarca Chetty (1996) es que los datos pueden ser obtenidos desde una variedad de fuentes tanto cualitativas como cuantitativas; esto es, documentos, registros de archivos, entrevistas directas, observación de los participantes e instalaciones, incluso objetos físicos.

Los datos para la presente investigación fueron analizados de forma cualitativa debido a que se trabajó con entrevistas, observaciones, escritos y dibujos. Para llevar a cabo el proceso, se tomaron en cuenta los fundamentos básicos de la terapia de juego definida por la Asociación para la Terapia de juego en Schaefer (2012) como el uso sistemático de un modelo teórico para establecer un proceso interpersonal en que terapeutas capacitados utilizan los poderes terapéuticos del juego para ayudar a los clientes a prevenir o resolver dificultades psicosociales y a alcanzar un crecimiento y desarrollo óptimos. Y la definición de Oaklander (1992) en Schaefer (2012) que incluye al juego como un buen instrumento donde se puede observar en el niño su madurez, inteligencia, imaginación y creatividad, organización cognitiva, orientación en la realidad, estilo, periodos de atención, destrezas en resolución de problemas y aptitudes de contacto.

Por las características y resultados obtenidos de la menor en la evaluación, junto con la habilidad para realizar creaciones artísticas que servían como medio facilitador de diálogo se optó por utilizar el juego expresivo en la fase de intervención, ya que como menciona Klein (1926) “los niños en su juego representan simbólicamente fantasías, deseos experiencias y los detalles de este señalan el camino para un observador atento”. Mientras Turpeinen-Saari (2007) recalca como beneficios de contemplar el desarrollo creativo del menor en las sesiones, el fomento de la curiosidad e interés por establecer contacto con el terapeuta, comprensión mutua, la eliminación de ansiedad, inseguridad, dependencia.

El proceso terapéutico se llevó a cabo en 46 sesiones, dentro de las cuales hubo cuatro cancelaciones, la primera sesión por parte de la madre, informa que no podrá llegar a la entrevista, la sesión doce debido a que citan a la menor al Juzgado de lo familiar a declarar por el proceso de divorcio de sus padres, la sesión veintidós debido a que era inhábil por festividad nacional, y la veintiocho por enfermedad de la menor. De estas sesiones, se contó con la participación de la madre en cuatro ocasiones, de la abuela paterna en dos sesiones y de la abuela materna casi en su totalidad, a excepción de un periodo de un mes donde cambia de residencia a la Comisaría de Vaca, Yucatán para recibir cuidados de una hermana; en este periodo la menor asiste puntualmente y por su cuenta a las citas.

3.2. Objetivos del Programa de Intervención

El objetivo general de la intervención fue manejar los síntomas asociados al diagnóstico epiléptico, entre los que destacaban desorganización, dependencia y conductas de riesgo.

Los objetivos específicos se enfocaron en los indicadores conductuales obtenidos en las primeras sesiones, primordialmente fomentar el autoconocimiento, autocuidado e independencia en la menor para su desenvolvimiento en las diferentes áreas de su vida y

fortalecer los vínculos familiares a través de la relación terapeuta-paciente para crear y/o afianzar redes de apoyo para la menor.

3.3. Programa de Intervención

A continuación, se describe el diseño de la intervención y de la psicoterapia, así como sus fases, técnicas y recursos utilizados en el proceso terapéutico.

3.3.1. Diseño de intervención.

El proceso dio inicio el día 17 de enero de 2017 y concluye el 23 de abril de 2018 con sesiones semanales, de una duración de 60 minutos. Las sesiones fueron llevadas a cabo en una de las salas infantiles pertenecientes al centro de atención psicológica pública donde se realizó la intervención, la cual estaba equipada con juguetes como peluches, juegos de mesa, muñecos de acción, casa de muñecas, piezas de construcción, materiales didácticos, escolares (lápices, plumones, crayolas, colores), inmobiliario para infantes y otros para adultos donde la joven prefería entablar la plática. De los recursos antes mencionados, se utilizan los juegos “Laberinto”, “El huevo dice”, “Bingo de emociones”, “Tablero: ¿cómo me siento?” y las “Fichas de colores” para el examen mental (ver Apéndice D) en el resto de las sesiones la menor únicamente utiliza los materiales escolares y solicita hojas en blanco, cartulinas y pinturas acrílicas a la terapeuta.

Cabe recalcar que el proceso terapéutico se dividió en tres etapas, evaluación, intervención y cierre, cada una de ellas con objetivos y actividades particulares (ver Apéndice C).

3.3.2. Fases de intervención.

Las fases de la intervención psicoterapéutica llevada a cabo fueron tres, la evaluación, intervención y cierre. La fase de evaluación inicial descrita en apartados anteriores, sirvió para la conceptualización del caso, posteriormente la intervención tuvo dos fases, la

primera en donde se buscó afianzar la relación terapéutica, obtener información y analizar los contenidos de las expresiones artísticas junto con la menor, ésta concluye con una presentación artística que se realiza en un cinema café privado de la ciudad de Mérida; para la segunda fase de intervención, ya se contaba con la medicación y cierta estabilidad que permitió trabajar en el autoconocimiento, autocuidado, independencia, fortalecimiento de sí mismo y creación de redes para su desenvolvimiento, y se finalizó con el cierre.

Debido a las características particulares del caso y tiempos de la menor, la intervención se traslapa con el diagnóstico médico obtenido y posterior al cierre se realizan sesiones de mantenimiento para la prevención de recaídas y garantizar el bienestar de la menor y la familia.

3.3.3. Diseño de psicoterapia.

El diseño contempló diferentes aspectos como, la evaluación psicológica y diagnóstico médico obtenido, los efectos de la medicación, las necesidades de la menor junto a los indicadores conductuales, emocionales y sociales contenidos en las expresiones artísticas o diálogos de las sesiones. Cada dos meses como mínimo se intentó citar a la madre, pero por cuestiones laborales y personales, logra acudir en cuatro momentos clave, la entrevista inicial, al concluir la evaluación y reportar avances, para recibir la psicoeducación posterior al diagnóstico y durante el cierre para obtener su perspectiva y retroalimentación del trabajo realizado; en las ocasiones que no pudo asistir se contó con el apoyo de la abuela materna como medio de enlace entre la terapeuta y la madre. También se contempló que el centro de atención donde se llevó a cabo la intervención pertenece a una universidad pública que se rige del calendario escolar, y se tendrían ausencia por días festivos, vacaciones y otros aspectos ambientales que impedirían la asistencia de la menor como las lluvias, fallas de electricidad, entre otros.

La decisión de marcar dos momentos en la intervención es debido a que ya se contaba con la medicación pertinente y se reportaba una estabilidad cognitiva, conductual y emocional que permitía realizar un trabajo personal más profundo que le permitiera mejorar las relaciones familiares y sociales, fomentar su independencia, autocuidado y manejar los síntomas asociados a la epilepsia.

4. Resultados de la Intervención

4.1. Evaluación de los Efectos y/o Proceso

Para la evaluación del proceso se tomaron en cuenta los siguientes elementos aplicados previa y posteriormente a la intervención: examen mental, entrevistas con la madre y abuela y algunas expresiones artísticas que sufrieron modificaciones de contenido al inicio y al final de la intervención. Además, cabe resaltar que en el motivo de consulta se menciona que ha huido de casa en dos ocasiones, en otras tres ha dicho que quiere morir y en general presenta una confusión en todas las áreas de su vida. Desde el inicio hasta la conclusión del proceso no se registró ningún incidente en el hogar, ni mención o intención suicida y en cuanto a las áreas personales, encuentra en la religión adventista una forma de espiritualidad novedosa, en el área cognitiva retoma los estudios de preparatoria y ciertas metas referentes a la formación; en el área interpersonal mejora la relación con su familia, especialmente con su madre y hermanos y logra obtener un grupo social en la escuela.

4.1.1. Resultados de la aplicación de instrumentos.

De los dibujos realizados en donde se pudo obtener un comparativo previo y posterior a la intervención, resaltan:

El dibujo que representa sus alucinaciones, en el primero la menor mencionó “Él es alguien que escucho, ya me había dicho que las cosas iban a empeorar, parece como un hombre o mujer, no distingo bien, cada vez que lo escucho pienso en una persona alta, me decía cosas feas, me daba miedo, no me gustaba, es feo, quién sabe qué sea, tiene una boca grande con muchos dientes, a veces está feliz, a veces está en llamas, no sé a veces me lo imagino molesto. Los puntos son lo que susurra, tal vez es una persona con muchos músculos, que algún día vendrá y me va a dar un golpe porque dice que no hago lo que él me dice, que tengo que cumplir, pero ya no quiero”. Cuando realizó una segunda versión de este dibujo

mencionó “me imaginaba cómo era él, tal vez tiene nariz, boca, dos sentimientos, tal vez sea alto, con cuerpo y le puse un sombrerito porque tal vez sea algo que dice y trata de motivarme en un sentido no adecuado, siento que esta cosa que está en mi mente, lo trato de ver como una motivación, como algo normal, así lo visualizo”. Por lo que se pueden observar una desorganización, confusión, falta de identificación sexual y agresividad en el primer dibujo, posteriormente ya es capaz de darle más estructura, sentido de realidad, otorgarle un sexo y cualidades.

Realiza un dibujo donde se encuentran indicadores de la intención suicida como las marcas en el cuello, no posee ojos ni boca lo cual indica que la menor estaba distanciada y negada a ver el mundo que la rodeaba, al preguntarle sobre este mencionó “es la mente de Paul, por donde pasan muchas cosas”. Después de la intervención decide conservar el dibujo tal cual, pero cambia la descripción a “Sgt. Pepper’s lonely hearts club band” canción de uno de sus grupos favoritos.

En otro de igual forma muestra indicadores de aislamiento, inadecuación, negación de la realidad debido a que la mujer está cubierta en un manto y de espaldas sin rasgos faciales; la descripción que otorgó fue “es una mujer de espaldas con una tela en su cabeza, está cubierta porque no quiere que nadie la mire”, post intervención no añade o elimina elementos pero lo describe como “conciencia de trastornos mentales, en donde estás en soledad y nadie sabe por qué”.

Uno de sus favoritos estuvo inspirado en la obra del pintor Vincent Van Gogh, La noche estrellada, que muestra indicadores de confusión, distorsión de la realidad y agresividad, la primera vez que se le cuestiona sobre este, mencionó “vi la pintura y me gustó, lo que más me gustó fue las estrellas porque le di sentimiento, lo amarillo es felicidad porque los momentos felices pueden ser triste o los tristes felices, esto representa ir creciendo como

persona, son diferentes situaciones de la vida”. Posteriormente, describe el mismo como “La noche, mucho más allá de la medianoche y las voces, te digo migra a una nueva ciudad” enfocado según sus palabras a ese deseo de viajar y crecer.

De otro dibujo, que plasma solo la cara de perfil con diferentes colores, ya se observan ojos y cobra leve conciencia de su situación, lo describe como “es una persona que su manera de ver las cosas es distinta, para una persona hacer eso hubiera sido de otro color, este tiene formas diferentes, su manera de ver las cosas es distinta, las figuras son sus pensamientos, diferentes formas de ver las cosas, él no es del montón, es diferente”, posteriormente señaló en su descripción “todo estará bien” denotando asimilación y aceptación de ciertos conflictos personales y familiares, a darle una perspectiva alentadora y positiva de los mismos.

Un dibujo donde denota un anhelo por relacionarse con su madre, femineidad, fertilidad y diferentes sentimientos relacionados con esta relación, lo describe como “lo hice el día de las madres, estaba pensando en mi mamá, fue inspirado en ella. Son hojas y el tallo, podría ser una flor porque dicen que la mujer es delicada, cada color es un sentimiento, por ejemplo: tristeza, alegría, enojo, todos los sentimientos en una mujer perfecta, le puse mucho sentimiento, estos son semillas, naturaleza, una flor, cada mujer es diferente y perfecta, porque un hombre dice que una mujer es perfecta porque son sus gustos y la siente perfecta, pero cada mujer tiene su propia perfección”, post-intervención no desea reescribir la descripción, pero fue elegida como una de las piezas principales para la exposición artística en el cinema-café.

Una creación que denota rasgos ansiosos por la forma en que fue realizado, confusión en los sentimientos que se experimentan, el cual fue dedicado a una posible pareja, mencionó “este fue pensado para él, me hace sentir muchas cosas, alegría, amor, tristeza, enojo, confusión y cada color representa eso, son diferentes emociones de una sola persona al mismo

tiempo en mí” para la exposición decide no presentar el contenido original y no describirlo, pero colocarlo a manera de aprendizaje.

Uno de los más importantes, denota indicadores de dualidad, confusión, deberes y sentimientos de culpa por los conflictos familiares constantes, inicialmente lo describió como “representa la mente abierta y la mente cerrada, es como la gente que toca guitarra solo por hacerlo, eso es cerrado y otros que saben que les gusta, les entretiene, saben canciones, en qué estuvo inspirada. No se quedan con lo normal, buscan, saben” a cambiar la descripción y afirmar que representaba “la ignorancia es atrevida, es mi tiempo, yo quiero crear”.

Al obtener un diagnóstico médico certero menciona en su dibujo referente a la epilepsia “los colores son muy brillantes e intensos, los veo más cerca de mí, me asusta” a luego señalar “son destellos que pueden formar algo diferente”, en general los indicadores mostraban más organización e integración.

Los dibujos representativos sobre su pasado y las “malas decisiones” que le obstaculizaron crecer denotan descuido, poca higiene, infantilidad y describió de la siguiente manera “este lo hice sin pensar en nada, solo me gustaron los colores, fui lanzando el pincel y me gustó la forma, pero se me ensució” posteriormente indicó “son manchas sucias, sin ellas no hay desarrollo, manchas de decepción, frustración y melancolía”.

El dibujo referente a deseos contiene indicadores de anhelo de una relación con su madre e infantilidad, mencionó “es un campo de flores, pero no me gustó y dejé esto, se llama mundo rosa porque las nubes son rosas” a posteriormente afirmar “tranquilidad, con el tiempo me va a beneficiar tenerla de compañera absoluta”.

Otras de las expresiones artísticas en donde no se obtuvieron comparativo verbal, pero fueron de utilidad para obtener indicadores que conformaron la intervención, y medio fundamental para el diálogo y retroalimentación para la menor, tuvieron temáticas de sueños,

miedos, religión, relaciones amorosas pasadas, amistades, diversidad sexual y aprendizajes pasados y futuros, todos con indicadores de ansiedad, desorganización, y confusión (ver Apéndice D).

Por último, se realizó la comparación de la entrevista inicial y la entrevista cercana al cierre, previamente la madre mencionó “la relación con sus hermanos es lejana, con el grande no tiene intereses en común y con el chico conviven cuando se ven. Hablamos poco ella y yo, no tengo tema de conversación”, “ya se escapó de casa en dos ocasiones, en una sólo llegó tarde con aliento alcohólico y la otra fue de dos días, dice que estuvo con una amiga, hasta hoy no le creo”, “no sabe qué hacer con su vida, no sabe lo que quiere, la veo perdida”, “en la secundaria estaba rodeada de amigos, era hasta popular, ahora casi no sale con sus amigos porque se la pasa castigada”, “ha menciona como tres veces que se quiere suicidar”, “me ha dicho tres o cuatro veces que escucha voces que le dicen ¡mata a tu papá! no le creo mucho, lo dice de chantaje”. Para las sesiones cercanas al cierre y preguntarle de la evolución de su hija afirmó “Angélica me pide cuidar a su hermanito, veo que lo quiere”, “los fines de semana aprovechamos para platicar, salimos a algún lugar, un museo, a comer”, “no se ha vuelto a escapar de casa ni ha consumido alcohol”, “no ha menciona que se quiere suicidar, la noto más alegre, feliz, con ganas de vivir”, “si me daba cuenta de lo que pasaba pero no lo creía, la última vez yo le compré los medicamentos”. Indicando mejoría en el ámbito relaciones, personal, salud y cognitivo.

4.1.2. Historia clínica.

La información obtenida de la historia clínica permitió contemplar en el rubro de desarrollo, que la menor es producto de un embarazo no deseado ni planeado, con intención de aborto por parte del padre, pero la madre junto con sus hermanas y la abuela de la menor deciden tenerla; se realizan todos los chequeos y cuidados pertinentes, no se reportan

complicaciones en el embarazo ni el parto. Los padres contraen nupcias a raíz de una demanda interpuesta, ya que la madre era menor de edad, a partir de eso viven con la abuela paterna durante 8 años, hasta que deciden separarse y cambian de viviendo con la abuela materna, hace tres años aproximadamente la madre consigue una nueva pareja y se lleva a sus hijos a vivir con ella, pero por situaciones de violencia, alcoholismo, rechazo al medio hermano, regresan con la abuela paterna. El trámite de divorcio inicia al arrancar la terapia psicológica para “Angélica”.

Se reportan dificultades en la alimentación, por la edad de la madre, no producía leche suficiente y tiene que alternar con fórmula por recomendación del doctor, hasta los cuatro años por sí misma deja el biberón. En los patrones de sueño se reporta inquietud, miedo y resistencia a la hora de dormir, hasta el momento duerme poco y despierta constantemente, habla durante el sueño, tiene terrores y pesadillas nocturnas. No se encuentran alteraciones en el desarrollo del lenguaje, es hasta hace un tiempo que la joven y la familia declaran que no le fluyen las palabras, es confuso lo que dice y habla sin sentido. El control de esfínteres se consolida a los 7 años, ya que existió enuresis nocturna intermitente, no se reporta encopresis. Del juego y entretenimiento, no recuerdan que le haya gustado jugar, a pesar de tener muñecas o juegos de té, ella pasaba mucho tiempo con adultos, prefería pintar o leer, aunque nadie en la familia le fomenta esta actividad.

Entre los antecedentes familiares de salud del lado materno destacan un primo y tío diagnosticados y medicados por TDAH, bisabuela y abuela con problemas cardiacos e hipertensión, madre padece miopía. Del lado paterno un tío padece delirios visuales por consumo de drogas, bisabuela también con problemas cardiacos e hipertensión. En cuanto a sexualidad no se le brinda información por la religión y vergüenza, actualmente se encuentra confundida por su preferencia sexual y se identifica como mujer. Mencionan que

su personalidad ha cambiado radicalmente de unos años a la fecha, antes era social, divertida, tenía un grupo de amigos grande, pero ahora se le nota triste, sensible, con cambios de humor bruscos, de carácter fuerte y chantajista.

Académicamente no se reportan problemas de desempeño hasta hace un año que no logra entrar a la preparatoria pública que deseaba por no alcanzar el puntaje suficiente, la inscriben en una preparatoria privada para que no perdiera el año, pero reprueba prácticamente todas las materias y es retirada de la institución. Las únicas dificultades son de conducta rebelde y grosera con los maestros varones durante la secundaria, previamente se llevaba bien con amigos, maestros y todo el personal. Entre los eventos significativos se reporta un accidente automovilístico donde golpea su frente con el asiento delantero del transporte público, comienza a ahogarse, pero los paramédicos llegan para auxiliar, menciona que no parecía haber consecuencias, sugirieron chequeo médico, pero del impacto regresan a su casa sin la revisión pertinente.

4.1.3. Instrumentos aplicados.

En el examen mental inicial se obtuvieron indicadores alarmantes de áreas comprometidas, como el comportamiento debido a que establece poco contacto visual, se le vio desconectada a la sesión; el estado de conciencia en la orientación temporal debido a que no ubica en días o temporalidad las actividades que realiza y tampoco puede identificar la hora exacta al cuestionársele, sí identifica quién es, en dónde estaba y cuestiones del ambiente. Entre las reacciones emocionales destacaba una labilidad emocional no característica de la etapa del desarrollo en que se encuentra, ya que por momentos reía, en otras ocasiones se muestra sensible y con llanto, sin que la narración tenga coherencia con la demostración afectiva, al cuestionarle al respecto no otorga información. Su ritmo de respiración es correcto pero la sudoración estuvo presente en una de las dos sesiones de

evaluación. En cuanto a las funciones ejecutivas, la memoria reciente es mejor que la remota, ya que necesita de pistas o recordatorios para dar solución a preguntas indagatorias, lo que puede indicar afectación en retención y la atención, ya que por periodos prolongados mira un punto fijo, se le llama por su nombre y hasta la segunda o tercera ocasión responde. Por otro lado, falta confirmar la incoherencia en el contenido del pensamiento aunado al lenguaje dificultoso que refieren los familiares y amigos, ya que en las sesiones no se presenta, la incoherencia en el contenido es únicamente por una falta de organización en las temáticas, no por un mal uso de palabras, orden, significados u otro. Aunque el insight no siempre es claro, su juicio lo es. Su capacidad de introspección, memoria reciente, capacidad de calcular, contar, conocimientos generales, pensamiento abstracto, inteligencia, estado de alerta, razonamiento perceptual y la fiabilidad de sus hechos son su mayor recurso, por lo que fue indispensable contar con la evaluación de un médico especialista en el área.

En el examen mental aplicado post-intervención muestra un comportamiento cercano a la terapeuta y a su medio ambiente, establece contacto visual y es afectiva. Ya no se reportan falla en el estado de conciencia, en orientación temporal, espacial, conciencia personal y ambiental. Las reacciones emocionales y labilidad presentada anteriormente, es acorde a su etapa de desarrollo y concuerda con lo narrado. De las funciones ejecutivas, la memoria reciente y remota alcanzaron el mismo nivel, es capaz de recordar sucesos de su infancia o lo previamente realizado, mejora atención y se manifiesta en su gran desempeño académico. La capacidad de cálculo, conteo, conocimientos generales, pensamiento abstracto, inteligencia, razonamiento perceptual, estado de alerta y lenguaje continuaron siendo su mayor recurso. En cuanto al contenido de pensamiento, las alucinaciones y delirios disminuyeron de ocurrir semanalmente hasta desaparecer por completo en los últimos tres meses de la intervención, no se volvió a mencionar en sesiones o en casa una intención

suicida, la familia no vuelve a reportar incoherencias o desorganización en lenguaje de la menor. El insight es más recurrente y juicio referenciado a religión o educación inculcada.

4.2. Sesiones de Psicoterapia

Las sesiones 1 a la 7 comprendieron la fase de evaluación, esta se llevó a cabo del 17 de febrero al 31 de marzo del 2017. La fase de intervención completa del 28 de abril 2017 al 19 de febrero 2018, teniendo dos momentos principales, la primera etapa donde se trabajó con las expresiones artísticas para obtener información, afianzar la relación terapéutica y analizar los contenidos junto con la menor, comprendió de la sesión 9 a la 34 abarcando el periodo del 28 de abril al 8 de diciembre del 2017 concluyendo con la presentación de las obras en un cinema café privado de la ciudad de Mérida. La segunda etapa en donde ya se contaba con la medicación y el diagnóstico que llega en la sesión diecisiete, el 7 de julio 2017; la medicación y estabilidad alcanzada permitió trabajar el autoconocimiento, independencia, fortalecimiento y creación de redes para su desarrollo. El cierre abarcó de la sesión 43 a la 46, en el periodo del 20 de marzo al 23 de abril 2018. Para obtener la descripción de cada una de las sesiones consúltese (apéndice B).

5. Discusión y Conclusiones

5.1. Relación Intervención-Cambios Observados

Los cambios observados durante el proceso de intervención se pueden apreciar según las diferentes temáticas obtenidas en sesión:

Alucinaciones

Desde las primeras sesiones este se sitúa como tema principal en sus expresiones y diálogos, presenta sentimientos de miedo que la paralizan y la limitan al no saber cómo actuar cuando suceden, percibiéndose con poca capacidad para hacerles frente, sumando la tristeza, desesperación y enojo porque ni su madre ni su abuela paterna le creen. Por lo que inicia concibiendo esta situación como algo confuso, grande, con varios sentimientos como enojo, alegría, tristeza, furia, desagrado, en diferentes cuerpos y voces que la amenazan constantemente, siendo una representación del caos constante y desequilibrio de su vida, incluso las frases de la voz se identifican como regaños e información proporcionada por la familia “nadie te cree”, “eres tonta”, “no te quieren” o deseos reprimidos por parte de la menor como “mata a tu papá”.

Los cambios que se observaron en este tema fue el fortalecimiento emocional de su persona y adquisición de técnicas de respiración y relajación que la ayudaron a hacerle frente a las alucinaciones, se logra identificar que en situaciones de conflicto se intensificaban por lo que podría prevenirlas y controlarlas, gracias a esto se vuelve más reflexiva y con mejor identificación de sus emociones. Logra darle forma, dos sentimientos, sexo e incluso una misión de “aconsejarla quizá de una manera no tan adecuada” y reconoce que una vez le dijo “todo estará bien” por lo que elimina la maldad absoluta que le atribuía al personaje. En general se nota una mayor confianza y seguridad en sí misma que favorecieron junto con la medicación, un afrontamiento ante situaciones de conflicto.

Ideación suicida

Reconoce en las primeras sesiones que intentó hacerlo cortándose las venas y cuando existen discusiones familiares suele decir que “se quiere morir”, pero no fue ni ha sido lo suficientemente “valiente” para realizarlo; se reencuadra de tal manera que la menor logra identificar que la valentía está en la vida, la madre y abuela materna reportan que desde que se inicia el proceso terapéutico la menor nunca vuelve a mencionar el tema del suicidio, por el contrario, la notan alegre y con ganas de vivir.

Inadecuación

Este aspecto era de relevancia en su familia por las comparaciones que realizaban entre ella y una prima de edad cercana, donde la calificaban como “bonita, estudiosa, inteligente, carismática y responsable”, y en el caso de la paciente con rasgos no tan favorables “celosa, egocéntrica, irresponsable, poco inteligente, rebelde, pesada, sin iniciativa, floja, sin futuro”, características que se fueron introyectando en su autoconcepto, hasta llegar a cuestionarse si obtuviera cambios, serviría de algo porque no la reconocerían. Durante el proceso se dio la oportunidad de demostrarle a su familia que adquirió habilidades, compromiso con la escuela, más conciencia a la hora de tomar decisiones y las comparaciones en las últimas sesiones se dieron con otra familiar que queda embarazada a corta edad y la paciente como un ejemplo a seguir.

Conflictos familiares

En sus creaciones señala dos problemáticas principales de este tema, una, la negación a que acudiera a proceso psicológico porque rechazaban este tipo de ayuda, y la presión para que realizara actividades intelectuales y no artísticas porque eso era “perder el tiempo”, en el dibujo se nota confusión, ansiedad, enojo. Posteriormente acepta esta situación y es capaz de organizar sus “tiempos para crear” y realizar actividades para poder cumplir con el

requisito académico de las buenas calificaciones, continuar la lectura que era un aspecto importante para el hogar donde vive y que también le apasiona, y tener un tiempo para realizar otras actividades de ocio, artísticas y deportivas como dibujar, acudir al gimnasio y aprender a tocar la guitarra.

Relación con su madre

La madre desde la entrevista inicial deja claro la relación distante que tiene con su hija debido al rechazo a su nueva pareja y a su medio hermano, sin embargo la menor en uno de sus dibujos plasma el respeto, amor, virtudes y deseo de una relación con su madre, que se pudo encuadrar haciéndole ver a la menor qué características de su madre poseía ella, aunque se ve así misma más fuerte e independiendo que su madre, reconoce la ternura y el cuidado que le otorgó sobre todo a ella cuando era más pequeña, narra anécdotas en donde la madre estudiaba o realizaba las tareas universitarias a su lado.

En general después del proceso terapéutico la relación mejora, la madre y la hija reconocen aspectos positivos la una a la otra; a partir de los acuerdos del divorcio, pasan tiempo juntas durante las vacaciones y los fines de semana, hay mejor diálogo y se forma una imagen propia de mujer, además disfruta de su rol de hija, disfrutando de la cercanía y también asumiendo las funciones y responsabilidades como hermana mayor, gozando de una relación cercana con su medio hermano que antes no existía y fortaleciendo el vínculo con su otro hermano.

Relaciones amorosas

La joven tiene una relación amorosa que concluye más por decisión de su madre que de ella, por lo que ha acumulado cierto rencor e intranquilidad por lo que pudo haber pasado, se encontraba un deseo de darle un cierre para poder aliviar la tristeza que le ocasionaba pensar en él. La menor logra rescatar aspectos positivos que la hicieron enamorarse, pero

también nombra aquellos que no deseaba para una relación, se analizan los riesgos de quedar encerrado como plasma cierto dibujo que realiza, se hablan sobre las ideas del noviazgo y se encuentra un patrón familiar de embarazos no planeados a corta edad y frases como “sino consigo a alguien me voy a quedar”, “nadie me va a querer” que la llevaron a engancharse rápidamente. Es a través de la reflexión de los indicadores de la obra, contemplación de metas de vida, riesgos de embarazo prematuro y despedida de la anterior pareja que este tema no vuelve a mencionarse y se da la oportunidad de empezar una nueva relación con un compañero del Templo.

Diagnóstico epilepsia

Los pensamientos, conductas y emociones asociados al diagnóstico inicial “principios de esquizofrenia” otorgado por la institución donde cursó sus estudios, ocasionaban un estrés y desamparo en la menor, nuevamente limitándola en recursos y formas eficaces de responder ante el conflicto. Al obtener el diagnóstico de “epilepsia” se retoman los elementos ya mencionados y se encuentra una visión diferente, aunque existe miedo por la medicación o efectos que pudiera tener admite que es “mejor de lo esperado”. Se fortalecen las redes de apoyo familiares informando y acompañando a los miembros cercanos para que estuvieran al tanto de qué pasaba, cómo manejarlo, cómo acompañarle, con el objetivo de que la menor pudiera volver a confiar en que sería escuchada y apoyada en esta situación. Desde que recibe el diagnóstico, hasta la última cita médica reportada, la madre y ambas abuelas fueron pieza fundamental de la disminución de ansiedad, estrés y miedo acerca del padecimiento y se refleja en los trazos firmes, rectos y colores utilizados en sus dibujos.

Decisiones en el pasado

El sentimiento que rodea el pasado de la joven y todas sus decisiones, es la culpa, se acusa por haber caído en alcohol, tener actitudes rebeldes que la llevaron a escaparse de casa, reprobar un año escolar, rodearse de “malas amistades”, “decepcionar” a su familia, no conseguir “una buena pareja” y ser tan “diferente” a ellos. Se usa el análisis reflexivo de ese pasado, y se realiza una línea del tiempo que le permite ver las consecuencias, el momento familiar y circunstancial que pudo influir en ella, la responsabilidad en la toma de decisiones, pero sobre todo los aprendizajes que pudo obtener de cada uno de los momentos que le permiten ver con otra cara sus decisiones. En sesiones posteriores comenta que se encontró en la calle con una de sus amistades pasadas y pudo hacer el comparativo de cómo están ellos y agradece haber podido cambiar, asumir responsabilidad con el estudio, rodearse de nuevas amistades y reconoce que el perdón fue pieza clave para superar esos momentos.

Deseos por estabilidad

De un inicio se pintaba “un mundo rosa” prácticamente imposible de alcanzar por la situación familiar, se denota un anhelo por entablar una relación con su madre, nubes, montañas y un mar en calma que la hagan “tener su espacio”. Conforme fueron avanzando las sesiones, la joven comienza a ver en sí misma la posibilidad y el mayor recurso para encontrar la paz y estabilidad, reconoce que, aunque existan dificultades encontrará el camino como lo ha hecho anteriormente, se ve fuerte, decidida, más feliz, centrada y con el apoyo de su familia para enfrentar los retos que se proponga.

Metas

En la entrevista inicial la madre y abuela reportan que no existe algún tipo de meta, la ven “perdida” y desubicada con lo que quiere, incluso la menor lo afirma, que antes tenía

muchas ilusiones, sueños, pero ahora está confundida. La primera vez que se le nota tan entusiasmada por cumplir una meta y un sueño, fue para la presentación artística en el cinema-café, se le ve con iniciativa, creatividad, responsabilidad porque saliera a su gusto y que su familia pudiera reconocer lo que realiza y que no es algo para “perder el tiempo”. A partir de este momento se trabajan con las metas personales a nivel personal, familiar y de salud, siendo su familia una prioridad, poder convivir y disfrutar con todos los miembros como no lo hacía antes, académicamente ya se encuentra en segundo de preparatoria y le gustaría estudiar arquitectura o artes visuales, continúa tomando los medicamentos prescritos y asistiendo a sus citas médicas.

Como se pudo observar, la menor fue descriptiva en los relatos que otorgaba, esta información, sumada a los indicadores conductuales, los presentes en cada obra y el sustento teórico fueron base para confirmar un avance real.

5.2.Comparación Cambios Observados-Literatura Sustento

López (2015) afirma que los adolescentes consolidan su sentido de la identidad personal, sexual y social, construyendo una teoría positiva o negativa sobre sí mismos que tendrá una importancia decisiva para el resto de su vida, ya que en ella se fundamenta la autoestima y el sentimiento de autoeficacia y de capacidad para gestionar su propia vida de forma autónoma y responsable. En el proceso terapéutico en el cual se intervino, cobra especial importancia por el momento evolutivo en el que se encontraba la paciente, ya que podría ser decisivo para su vida; de igual forma la adolescente se encontraba con una confusión general debido a síntomas alucinatorios, delirios aunados a una situación familiar complicada que la llevaron a no ser capaz de responder de forma autónoma y conciente.

Como menciona Rojas (2001) en Gómez (2008) las circunstancias, características, condiciones y atributos que facilitan al individuo lograr la salud integral, son factores

protectores que pueden provenir de la familia, grupo o comunidad al que pertenecen; mientras los factores de riesgo son los atributos o cualidades de un sujeto o comunidad unidos a una mayor probabilidad de daño a la salud, estos incrementan la probabilidad de conductas como el uso y abuso de drogas, consumo de alcohol, delincuencia, deserción escolar y relación sexual precoz. En este caso, estaban presentes muchos factores de riesgo contemplados por Esquivel (2010), padres jóvenes que se separaron, inclusión de nuevas parejas en el caso de la madre, nacimiento de hermanastros, cambio de escuela, enfermedad crónica, familia en situación de pobreza económica y cultural que afectaban de gran manera a la menor, pero conforme fueron aumentando los factores protectores como encontrar lazos familiares, sociales y la relación terapeuta-paciente, los atributos de la joven fueron revelándose y desarrollándose, no se volvió a presentar consumo de alcohol y retoma los estudios.

Gómez (2008) afirma que en la adolescencia uno de los principales problemas es la dificultad para expresar, comprender, compartir, regular y usar las emociones, lo que genera problemas de comunicación, empatía, regulación emocional, en relaciones sociales y mayor probabilidad de conductas agresivas o violentas, aunado a sufrimientos de soledad, frustración, inseguridad que son los más frecuentes. Razón por la cual se trabajó en la fase de intervención con la expresión emocional y en el punto en que pudo externar todas las emociones contenidas, se ve una mejora en el ámbito personal y social, los sentimientos de soledad, frustración e inseguridad disminuyen gradualmente, se observa que la adolescente puede manejar mejor las emociones y actuar de manera más adaptativa ante una situación problemática mediante el diálogo o realizando actividades de disfrute para ella como dibujar.

Para lograr esta expresión emocional se retoma a Freud (1910) que remarca que ciertos casos, como el que se plantea en esta intervención, en donde la persona está enemistada con la realidad y posee talento artístico, puede transportar sus fantasías en creaciones en lugar de hacerlo en síntomas, escapando así de la neurosis y recupera el vínculo de la realidad. Se puede observar en este trabajo terminal, que mientras más avanzaban las sesiones el talento se pone al servicio de la salud y la expresión, que le permitieron a la adolescente encarar ciertas problemáticas y retomar su conexión con la realidad.

Teniendo en cuenta la necesidad de contacto y vinculación afectiva que exigen los jóvenes, se debe contemplar a aquellos cuidadores que se saben, sienten y experimentan como incondicionales, cálidos y eficaces (Gómez, 2008). Razón por la cual incluir a la abuela materna y paterna en ciertas sesiones, jugó un papel fundamental que permitió a la adolescente construir una adecuada autoestima, sentimiento de valía, relaciones amorosas y estabilidad emocional al relacionarse con personas que le mostraron soporte y apoyo incondicional.

Por último, como mencionan Iglesias, Fabelo, Rojas, González, Ramírez (2012) la literatura especializada en el tema de la psicosis abarca una edad entre los 6 y 10 años en sexo masculino, debido a la frecuencia de aparición. Efectivamente, aunque no fue fácil encontrar la información pertinente al tema en las mujeres, es cada vez más común encontrar artículos en donde contemplan esta condición en la adolescencia.

5.3. Sugerencias y Conclusiones

Con respecto a la intervención y resultados obtenidos en el proceso psicológico se puede concluir que la paciente obtuvo cambios positivos permitiendo trabajar aspectos individuales enfocados en la dimensión emocional mediante actividades artística y lúdicas que gracias a la reflexión e introspección, fortalecieron su autoconcepto y autoestima,

generando aceptación e identificación de cualidades propias, que la llevaron a procurar su autocuidado y tomar decisiones concientes, además de disminuir la ansiedad y estrés que le generaba la situación médica y familiar que la rodeaba.

El trabajar mediante temáticas e indicadores en cada una de las sesiones permitió que se focalizara cada una de las dimensiones para ir integrando las habilidades de la adolescente y propiciar avances más significativos en ella, de igual manera realizar dos etapas de intervención, permitió potencializar junto con la medicación la mejoría integral.

Fue de importancia que las temáticas abarcadas en el proceso fueran trabajadas en varias sesiones hasta ir satisfaciendo las necesidades surgidas en el diagnóstico e intervención, ya que era evidente que la joven necesitaba guía constante y por la situación familiar de constante conflicto, se necesitaba consolidar los avances ya obtenidos para que pudiera enfrentar las nuevas situaciones de la mejor manera.

Incluir a la madre y abuela que eran personas significativas para la menor, fue útil para que los cambios logrados en la terapia puedan ser incorporados al entorno familiar, en el caso particular, la menor anhelaba un reconocimiento y confianza por parte de estas figuras; y en el punto en que la relación entre padre e hijos se fortalece, el niño o adolescente encuentra estabilidad, afecto y seguridad, tal cual sucedió en este proceso. Al padre no fue posible incluirlo debido a la negativa de la adolescente y de él mismo a participar o verse involucrado de cualquier forma, sin embargo, la abuela paterna quien posee la custodia de la joven, acudió en dos ocasiones, una para la firma del consentimiento para la exposición artística y otra para el consentimiento de este trabajo terminal, en ambas ocasiones acude puntualmente, no fue muy participativa y llega únicamente a otorgar su firma, pero a futuro y sino genera tanta tensión, se sugiere incluirla en sesiones familiares.

Una de las características que fue de relevancia en el proceso fue la disposición de la adolescente para trabajar en las sesiones, era evidente el deseo y entusiasmo por mejorar, ser escuchada y poder hacer frente a la situación de conflicto y obtener herramientas para enfrentarlo de la mejor manera. También se muestra participativa, colaborativa y creativa ante todas las actividades sugeridas y con alto entusiasmo para realizar la exposición artística, por lo que al concluir la anterior, se le nota con más seguridad, confianza, expresión y manejo emocional que se vio reflejado en su conducta con los demás miembros familiares y compañeros de escuela siendo más empática y participativa.

En las últimas sesiones de cierre se da una modificación familiar importante, debido a que la nueva pareja de la madre es recluida por problemas legales y la adolescente pasa a ser pieza fundamental del cuidado de su medio hermano, aunque no se reportó mayor conflicto, es una situación de riesgo y se sugiere que continúe recibiendo atención psicológica. Por lo antes mencionado, se recomienda que la madre y hermanos asistan a un proceso terapéutico ya que se percibieron conductas y características que son importantes trabajar con atención especializada.

Por cuestiones económicas, no se pudieron realizar los estudios médicos de escaneo cerebral que solicitó la institución privada al otorgar el diagnóstico, ni los solicitados para evaluar los efectos de la medicación en la sangre, por lo que se recomienda sean realizados a la brevedad, ya que servirán para confirmar las zonas afectadas y la dosis necesaria. De igual forma durante el proceso, por los mismos motivos, la medicación fue suspendida por casi tres meses, hasta que la madre consiguió un trabajo estable comenzó a hacerse cargo puntualmente de la medicación, el tema se trató en sesión, pero se sugiere un chequeo con la asociación y la familia de su cumplimiento.

Por todo ello, se puede concluir que las intervenciones que utilizan el juego expresivo se ajustan adecuadamente a casos de niños y adolescentes con habilidad y disposición para crear, ya que como menciona Freud (1910) los pacientes enemistados con la realidad ponen en el juego y creaciones artísticas todas sus emociones y logran reconectarse con la realidad, y como recalca Turpeinen-Saari (2007), estos pacientes con condiciones médicas y/o rasgos psicóticos, son aquellos que requieren ayuda rápida, incondicional, donde se respeten sus necesidades y ansiedades. Logrando de esta forma grandes resultados en un proceso individual con el paciente y la participación de la familia.

Referencias

- Amescua, G. (1997). *La magia de los niños. Psicoterapia Gestalt Infantil*. Cuba: Editorial Academia.
- Bender, J., Hernández, L., Rodríguez, L. y Menéndez, K. (2016). Trastornos psiquiátricos asociados a las epilepsias. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 15 (6), 890-905.
- Blecher, J. (2008). *Psicosis epilépticas*. Documentos del departamento de Psiquiatría y Salud Mental Sur. Santiago de Chile: Universidad de Chile.
- Brun, A. (2009). *Mediaciones terapéuticas y psicosis infantil*. Barcelona: Herder.
- Casado, F. (1998). Algunas reflexiones sobre la incorporación de los psicólogos clínicos a los servicios de salud. *Revista Apuntes de Psicología*, 16 (2), 73-80.
- Chetty, S. (1996). The case study method for research in small and médium sized firms. *International small business journal*, 5, 73-85.
- Cornejo, L. (2010). *Manual de terapia infantil gestáltico*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- D'Alessio, L., Donnoli, V. y Kochen, S. (2012). Psicosis y epilepsia: características clínicas y abordaje terapéutico. *Revista Argentina de Psiquiatría*, 23, 265-270.
- Epilepsy Foundation of America. (2009). *La epilepsia y los niños*. Recuperado de: [http://www.epilepsynw.org/wp-content/themes/epilepsy/brochures/Espanol/La-Epilepsia-y-los-Ninos-\(Epilepsy-and-Children\).pdf](http://www.epilepsynw.org/wp-content/themes/epilepsy/brochures/Espanol/La-Epilepsia-y-los-Ninos-(Epilepsy-and-Children).pdf)
- Esquivel, F. (2010). *Psicoterapia infantil con juego. Casos clínicos*. México: Manual Moderno.
- Esquivel, F., Heredia, M. y Gómez-Maqueo, E. (2017). *Psicodiagnóstico clínico del niño*. México: Manual Moderno.

- Gómez, E. (2008). Adolescencia y familia: revisión de la relación y la comunicación como factores de riesgo o protección. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 10 (2), 105-122.
- González, C., Gil, M., Calvo, D., Corbalán, T., Martínez, L., Iñiguez, C., Santos, S., Mauri, J. (2013). Epileptic peri-ictal psychosis, a reversible cause of psychosis. *Neurología: Publicación Oficial de la Sociedad Española de Neurología*, 28 (2), 7-18.
- Hospital Infantil de México Federico Gómez. (2010). *Crisis convulsivas y epilepsia*. Recuperado de:
<http://himfg.com.mx/descargas/documentos/planeacion/guiasclinicasHIM/CrisisConvulsivasyEpilepsia.pdf>.
- Iglesias, M., Fabelo, R., Rojas, V., González, P. y Ramírez, M. (2012). Calidad de vida en niños y adolescentes con epilepsia. *Revista Cubana de Enfermería*, 28 (2), 99-111.
- Kanner, A. y Schachter, S. (2008). *Psychiatric Controversies in Epilepsy*. USA: Elsevier Academic Press.
- Krauskopf, V. y De la Barra, F. (2013). Psychiatric Comorbidity in Patients with Epilepsy. *Revista Médica Clínica CONDES*, 24 (6), 979-985.
- Loos, S. y Metref, K. (2007). *Jugando se aprende mucho: Expresar y descubrir a través del juego*. Madrid: Narcea.
- López, F. (2015). Adolescencia. Necesidades y problemas. Implicaciones para la intervención. *Revista ADOLESCERE*, 3 (2), 9-17.
- López, I., Varela, X., Marca, S. (2013). Síndromes epilépticos en niños y adolescentes. *Revista Médica Clínica CONDES*. 24 (6), 915-927.

- Martín, L. (2014). *Intervenciones y herramientas favorecedoras del cumplimiento del régimen terapéutico en adolescentes epilépticos*. España: Universidad de Cádiz.
- Mendoza, C. y Gómez, B. (2009). La psicosis en epilepsia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38 (4), 739-760.
- Milenio Novedades. (2016). *Uno de cada cien yucatecos padece epilepsia*. Recuperado de <https://sipse.com/milenio/consultas-imss-epilepsia-salud-merida-yucatan-220234.html>.
- Ministerio de Salud Gobierno de Chile. (2014). *Guía Clínica: Epilepsia Niños* (3ª ed.). Recuperado de: http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/GUIA-CLINICA_EPILEPSIA-NI%C3%91OS_web.pdf.
- Ministerio de Salud. (2015). *Guía de práctica clínica de epilepsia*. Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3392.pdf>.
- Oaklander, V. (2008). *El Tesoro Escondido* (2ª ed.). Chile: Cuatro Vientos.
- Obiols, J. y Barrantes-Vidal, N. (2014). *Signos de riesgo y detección precoz de psicosis*. Madrid: Síntesis.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Desarrollo en la adolescencia*. Recuperado de: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/.
- Papalia, D., Wendkos, S. y Duskin, R. (2009). *Psicología del Desarrollo. De la infancia a la adolescencia* (11ª ed.). México: McGrawHill.
- Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la Lengua Española* (23ª ed.). Madrid: España.
- Roussos, A. (2007). El diseño de caso único en investigación en psicología clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 15 (3), 261-270.

- Servicios de Salud de Yucatán. (2017). *Epilepsia*. Recuperado de <http://salud.yucatan.gob.mx/portfolio-item/epilesia/>.
- Schaefer, C. (2012). *Fundamentos de terapia de juego* (2ª ed.). México: Manual Moderno.
- Turpeinen-Saari, P. (2007). *Adolescencia, creatividad y psicosis*. Barcelona: Herder.
- Winnicott, D. (1999). *Realidad y juego*. España: Gedisa.
- Yin, R. (1989). *Case Study Research: Design and Methods, Applied social research Methods Series* (5ª ed.). London: Sage Publications.

Apéndices

Apéndice A. Historia Clínica

I. Datos Generales

Ficha de identificación

- Nombre: Para fines de este trabajo terminal se le asigna el nombre de “Angélica” para conservar la confidencialidad.
- Edad: 15 años
- Escolaridad: Estudiante
- Sexo: Mujer
- Lugar de nacimiento: Motul, Yucatán
- Nivel socioeconómico: Bajo
- Religión: Cristiana (en el proceso se bautiza a la religión Adventista)

Referida por: La abuela materna es quien averigua del servicio y le pide a la madre de la menor que acudan

Datos de los padres:

Madre

- Edad: 31 años
- Escolaridad: Licenciada en Ingeniera Química
- Ocupación: Desempleada
- Condición civil: casada

Padre

- Edad: 36 años
- Escolaridad: Secundaria
- Ocupación: Taxista

- Condición civil: casado

Nota: Los padres viven separados y se encuentran actualmente en proceso de divorcio

Datos de los hermanos

Hermano

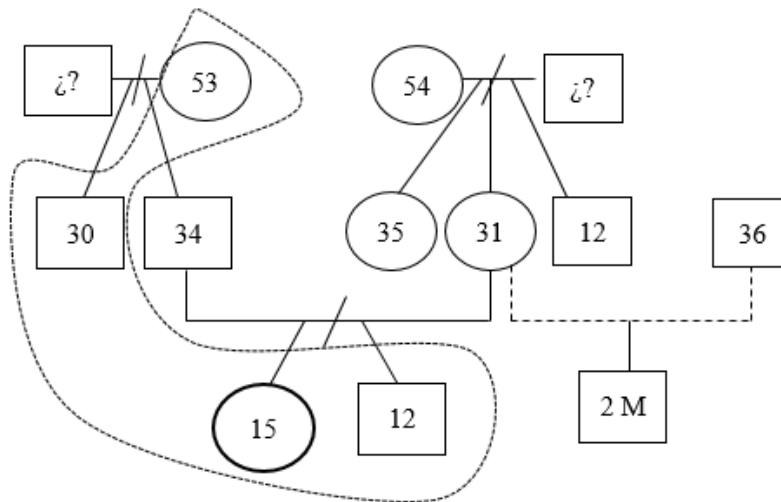
- Edad: 12 años
- Escolaridad: Primaria
- Ocupación: Estudiante

Hermano

- Edad: 2 meses

Nota: Hermano de la nueva relación de la madre

Familiograma



II. Motivo de consulta

- Motivo de consulta de la madre: Se encuentra desubicada, confundida, ha dicho que se quiere suicidar y se ha escapado de casa en dos ocasiones por un día o más, ya han levantado denuncia en la policía y regresa a casa diciendo que estuvo en casa de

una amiga, pero, que no lo hace porque quiere si no que escucha voces, pero no le creo.

- Motivo de consulta de la menor: aunque no está convencida de un proceso psicológico por las experiencias previas que ha tenido, le gustaría hablar con alguien de todo lo que le pasa. Reconoce que hace un tiempo intentó suicidarse, pero hasta para eso es cobarde. Le atribuye su problema a la mala relación con sus padres y que su abuela paterna, con quien vive, le fomenta sentimiento de rencor, tristeza hacia su madre.

Áreas implicadas:

- Cognitiva: La madre menciona que desde que su hija presentó el examen para entrar a la preparatoria pública y no obtuvo un buen puntaje, se “deprimió”. Para que no perdiera el año, la inscriben a una preparatoria privada de la cual es recientemente expulsada por reprobado todas las materias. Sin embargo, en su trayecto académico jamás ha mostrado dificultad de aprendizaje o bajas calificaciones.
- Afectiva: La menor declara tener un resentimiento hacia su madre por haberse separado y rehecho su vida con otra pareja, no quiere ni acepta a su hermano de 2 meses. No tiene buena relación con su papá, a pesar de que vive con su abuela paterna, no lo frecuenta. La madre por su parte está preocupada porque cree que su hija no supera a su exnovio, aunque ya llevan más de 6 meses separados. La abuela materna por su parte menciona que su nieta está confundida porque no sabe si le gustan los hombres o las mujeres y esto le preocupa, a lo que la madre responde “solo lo dice para que le prestemos atención”.
- Somática: dolores de cabeza constante, aumento de peso.

- Conductual: la madre sospecha que su hija ha consumido drogas y que está teniendo relaciones sexuales con uno de sus compañeros de la prepa, aunque nunca se lo han preguntado directamente. Menciona que Angélica en una ocasión llega en estado de ebriedad a la casa después de salir con sus amigos, han tenido peleas por su conducta rebelde y grosera, ya se escapó en dos ocasiones, le han cachado mentiras.
- Interpersonal: La madre señala que en la secundaria su hija tenía amigos, pero dejó de frecuentarlos porque la castigan constantemente por su conducta. En la última escuela tenía amistades de mayor edad que mal encaminaron a su hija para que consumiera alcohol y posiblemente drogas. Ha tenido una relación de noviazgo, pero están confundidos porque recientemente dijo que duda de su preferencia sexual.

La menor menciona que no tiene mayor convivencia o relación con sus padres, ni con su familia extensa, solo con abuelas, la materna como su mayor fuente de apoyo emocional, y la abuela paterna con quien vive actualmente aporta lo económico; con sus hermanos igual tiene conflictos y rechazo por el más pequeño.

III. Pautas del Desarrollo

Antecedentes pre-peri y postnatales

La madre menciona que fue un embarazo no deseado ni planeado, tampoco tuvieron preferencia por algún sexo porque eran muy jóvenes y no esperaban nada; no tuvo amenazas de abortos, pero su novio, padre de la menor, le pidió que abortara y le da el dinero para el procedimiento porque no se haría cargo, pero con apoyo de la abuela y sus hermanas decidió tener al bebé. Al ver esta actitud la abuela materna decide entablar una demanda al padre de Angélica por abuso sexual porque él era mayor de edad y su hija no, es gracias a esto que el padre “decide hacerse cargo”, se casan y cuando nace la bebé le da su apellido. Fue parto

natural, a término, sin complicaciones al nacer. La mamá comenta que durante el embarazo recibió la atención médica ginecológica necesaria, por su edad le recetan vitaminas y ácido fólico para reducir los riesgos. En todo este tiempo el padre no tuvo algún tipo de atención para ella o la menor, pero la abuela paterna les brindó apoyo económico, alimentación y hogar.

Pautas de alimentación

A la menor se le alimentó con pecho y biberón, debido a que la mamá era menor de edad y no producía tanta leche para llenar a la bebé ya que comía bastante desde su nacimiento, alternaba con fórmula por recomendación del doctor. El pecho se retira al año y medio, poco a poco sin inconveniente, pero el biberón no quería dejarlo, hasta que tenía 4 años lo hizo sola. La alimentación la daba la madre o alguna de las abuelas, dependiendo con quién estuviera y el horario porque la madre trabajaba por las mañanas.

Patrones de sueño

La madre menciona que desde pequeña su hija ha sido inquieta a la hora de dormir, le daba miedo hacerlo sola y mostraba resistencia porque decía que había alguien en su cuarto o debajo de su cama; ahora dice que el miedo es porque ve sombras, pero siempre ha dormido acompañada. En su infancia acompañada por ella o sus abuelas; ahora que regresó a vivir con su abuela paterna duermen en el mismo cuarto con mi hijo mayor porque la casa solo tiene dos cuartos y en el otro vive un tío. Duerme en hamaca propia, pero también en cama, ella se acomoda. La menor menciona que tiene dificultades para dormir, duerme poco y se despierta constantemente por las voces que la despiertan, no tiene un horario fijo para dormir, su familia le ha dicho que habla durante el sueño, recuerda tener terrores nocturnos y pesadillas constantes; esto lo relaciona con una gran imaginación que tiene y a sus miedos a la soledad y oscuridad.

Motricidad

La madre y la abuela materna mencionan que sonrió por primera vez a los 5 meses, sostuvo la cabeza a los 4 meses, se sentó sin apoyo a los seis meses, gateó a los ocho, se mantuvo de pie a los nueve y caminó desde los 10 meses. Nació con el pie doblado hacia atrás pero el médico lo atribuyó al parto y se arreglaría con el tiempo, así fue, pero cuando comienza a caminar notan que las piernas se le abrían hacia los costados, van al doctor y les explican que la cadera se le cerró y las piernas se estaban arqueando, utiliza zapatos ortopédicos y así se corrige. Le recomendaron actividades físicas como ballet o gimnasia para fortalecer las caderas, piernas y lograr flexibilidad, pero no acudieron a nada y actualmente no presenta dificultades motrices. Sus actividades físicas preferidas con caminar, ha ido al gimnasio y a clases de zumba, pero los abandona porque termina muy cansada y adolorida. Recuerdan que desde pequeña le gusta dibujar, utiliza la mano derecha y tiene una habilidad superior, dibuja muy bonito y jamás necesitó ayuda para escribir claro, la recuerdan como muy independiente para comer, vestirse y bañarse, solo que le falta iniciativa.

Desarrollo del lenguaje

Desde sus primeros meses emitía sonidos frecuentes. Su primera palabra con significado fue “mamá” como a los 11 meses, no presentó dificultades y hablaba fluidamente. Actualmente la joven declara que en ocasiones no le fluyen las palabras que quiere utilizar, como que se le olvidan, cierra sus ojos y las recuerda; en otras ocasiones su hermano y sus amigos le dicen que habla sin sentido o cambia de un tema a otro confundiendo al otro.

Control de esfínteres

La abuela y la madre son las personas que enseñan el control de esfínteres a la menor, logra el control total a los 3 años, pero a los seis todavía tenía “accidentes” por las noches, era una enuresis nocturna intermitente que preocupaba a la abuela, pero no a la madre, la

menor no tiene recuerdo de esta situación, alrededor de los 7 años se logra el control completo sin alguna reacción específica más que de alivio por parte de la abuela. No se reporta encopresis.

Salud

Entre los antecedentes familiares destaca del lado materno un primo y tío diagnosticados y medicados por Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, bisabuela y abuela con problemas cardiacos e hipertensión, la madre padece miopía. Del lado paterno un tío padece delirios visuales por consumo de drogas y la bisabuela también padece del corazón e hipertensión. Respecto a la menor consideran que se enferma poco, pero a la abuela le preocupa que realmente escuche voces y que vea cosas “raras”. La menor declara que en la escuela las psicólogas le dijeron que tenía “principios de esquizofrenia” razón por la cual está angustiada de que sea cierto. No se reportan problemas médicos visuales o auditivos, nunca ha sido sometida a operación, ni posee discapacidad.

Sexualidad

La madre y la abuela coinciden en que no se le brinda información de este tema por la religión que profesan y porque no saben cómo hablar de esto. La menor les confesó que ya tuvo relaciones sexuales y lo único que hicieron fue preguntarle si se protegió, al saber la respuesta, la regañaron y desearon que no estuviera embarazada. Actualmente se encuentran muy confundidas porque la menor se identifica como niña, le gusta combinar su ropa, ver tutoriales de maquillaje, pero ha menciona que está confundida por su preferencia sexual. La madre dice que esto lo hace “para llamar la atención”, igual que las supuestas voces que escucha y las alucinaciones visuales que menciona.

Personalidad

La madre describe a la menor como sociable, platicadora, divertida, le gusta hacer chistes, pero cuando no se calla llega a desesperar y últimamente no es lo alegre que era antes. Está muy sensible, tiene cambios de humor bruscos, es celosa con su hermanito, siempre quiere ser el centro de atención y busca cariño constantemente, tanto verbal como físicamente. Cuando quiere algo es insistente, habla fuerte y suele ser grosera; por lo que cuando se le niega algo se molesta, pelea, no entiende de razones, chantajea y te deja mal ante los otros con tal de salirse con la suya. Cuando se le pide hacer algo no te dice que no, pero tampoco lo hace. Sus intereses son pintar, escuchar música, le gustan los Beatles, música de los 80's, el rock y sus actividades favoritas son maquillarse y dibujar. La madre reconoce que su hija destaca en aprender idiomas, el inglés lo aprendió sola, es estudiosa y creativa, esas son sus mayores virtudes, pero no le gusta que sea chantajista, que cuando se molesta dice cosas hirientes hasta hacer llorar al otro y es explosiva.

Familia

Está conformada por papá, mamá y su hermano de 12 años, pero solo vivieron juntos en casa de la abuela paterna durante sus primeros cuatro años de vida, luego vivió con su madre, hermano, tías y abuela materna por la separación de sus padres, ellos discutían constantemente, era un ambiente violento y no recibía el apoyo suficiente de su parte. Cuando la madre encontró nueva pareja vivieron con él y el nuevo hermano durante unos meses, pero por discusiones constantes y razones económicas (la nueva pareja no quería apoyar a los otros hijos y la madre no trabajaba), ella y su hermano deciden vivir con la abuela paterna y un tío desde hace cuatro años. Los padres se encuentran en proceso de divorcio, la menor declara que le dolió mucho enterarse, aunque nunca ha tenido una relación con su padre, actualmente no lo puede ni ver y le guarda mucho rencor a su madre por rehacer su vida y tener otro hijo.

La madre menciona que se comunica con su hija por Whats App, físicamente se reúnen cada 15 días o una vez al mes en casa de la abuela materna porque la paterna se opone a las visitas. La relación con el padre es conflictiva, la menor dice que no lo puede ver, lo odia y aunque va a su casa algunas veces solo causa problema y la regaña por su mala conducta, pero no es “nadie para opinar”. Mantiene una relación cordial y de agradecimiento con su abuela paterna por tenerlos en su casa, con su hermano, hay días buenos y otros malos porque tienen gustos diferentes, con el hermano más pequeño ni está interesada en entablar una relación porque atribuye que por su culpa los abandonaron. La abuela materna es con quien mantiene una relación cercana, “su más grande apoyo”, todos los días visita a sus nietos porque vive cerca y es el medio de comunicación entre ellos y su mamá.

Disciplina

La disciplina es rígida, poco democrática, infunde miedo al castigo, es impuesta por la abuela paterna, además ella toma las decisiones. La madre y el padre no interfieren en la disciplina a menos que sus respectivas madres, abuelas de la menor, se los pidan. Los castigos más frecuentes son limitarle las salidas y quitarle el celular a la menor, a pesar del llanto, rencor, conducta rebelde y actitud retadora que puede tener, se mantiene firme el castigo.

Socialización

La madre recuerda que desde la secundaria cambió mucho, de ser muy sociable pasó a tener pocos amigos, tiene un mejor amigo y a los demás ella los ha elegido. Se le han limitado amistades actualmente porque sus amigos de la preparatoria privada eran de mayor edad y la impulsaban a beber, escaparse de clase y posiblemente consumir drogas, si han influido en su conducta y de ser líder, tener metas, pasó a ser seguidora de malos comportamientos. No tiene actividades extraescolares donde conviva con personas de su edad, pero ha conocido algunos en sus actividades religiosas en el Templo, toma cursos de lectura bíblica.

Entretenimiento

La madre menciona que nadie en su hogar lee ni realiza actividad física o artística, pero su hija desde siempre manifestó interés por esto, le gusta leer, hacer ejercicio y pintar.

Juego

La abuela y la madre recuerdan que la menor no jugaba, tenía muñecas y juegos de té, pero ni los abría, tenía un peluche de un brujo que cargaba a todos lados, pero solo eso. Las pocas veces que jugó era con su hermanito porque era la figura más cercana a su edad, no tiene videojuegos y aunque tiene televisión, no ve novelas o algún programa, prefiere leer o estar en la computadora escuchando música. Nunca ha tenido mascotas.

Escuela

Acudió a la guardería privada al año, lloraba mucho desde que la dejaban hasta que la recogían. Cursó el preescolar público de los 3 a los 6 años, su abuela materna trabajaba en ese kínder y estaba pendiente de ella, su adaptación fue mejor que en la guardería, los reportes indicaban que era tranquila, se llevaba bien con sus compañeros, maestros, no tuvo dificultad para leer ni para escribir, logra consolidar ambos a los siete años. Su primaria la realizó en dos escuelas públicas, el cambio se dio en sexto de primaria por complicaciones de transporte; en este tiempo tenía buenas calificaciones, participaba en clases, buena conducta, como en este momento se dio la separación definitiva de sus padres, la psicóloga reportó que se le notaba triste, cita a los padres para platicar, pero ninguno acude. En la secundaria pública comienzan los reportes de mala conducta, problemas con maestros, compañeros, nuevamente citan a los padres, pero es la abuela materna quien acude. En general no ha tenido problemas de atención, concentración, razonamiento, memoria, lectura, escritura o para hacer las tareas; pero con el tiempo su motivación para el aprendizaje ha disminuido, recientemente la retiran de la preparatoria privada por reprobar todas las materias, no saben si fue una conducta a

propósito porque ella quería estudiar en una pública pero no logró el puntaje suficiente y desde eso se le nota decaída.

Eventos significativos

No ha habido alguna muerte de familiar o mascota significativo, ni enfermedad que haya heredado. Pero la abuela materna menciona un accidente que tuvieron a los 15 días de nacida, estaban en una combi yendo al doctor, chocan, la bebé se golpea la frente con el metal del asiento, comenzó a ahogarse hasta tomar una tonalidad verde, los paramédicos acudieron rápido y dijeron que no parecía haber consecuencias, sugirieron un chequeo, pero del susto regresaron a su casa sin la revisión médica.

Apéndice B. Relatorías

Sesiones de Evaluación

Sesión número uno

- Fecha: 27 enero 2017
- Objetivo de la sesión: Realizar la entrevista inicial con la madre para explorar el motivo de consulta e historia clínica.
- Descripción de la sesión: La madre de la menor llama unos minutos antes de la cita para avisar que no podría asistir
- Observaciones: No justifica la inasistencia

Sesión número dos

- Fecha: 17 febrero 2017
- Objetivo de la sesión: Realizar la entrevista inicial con la madre para explorar el motivo de consulta e historia clínica.
- Descripción de la sesión: La madre en esta ocasión asiste, se muestra receptiva a las preguntas, pero le cuesta brindar información de la situación actual de su hija debido a que no viven juntas hace tiempo, reconoce que hay poca comunicación y afecto entre ellas. Puede hablar sobre el motivo de consulta y sugiere que su abuela asista en alguna sesión para completar la información, además se realiza la lectura y firma de documentos pertenecientes a la institución como derechos del cliente, contrato de atención y consentimiento.
- Observaciones: solicita apoyo para su hijo menor debido a que entabló el proceso de divorcio e intuye que la Procuraduría le pedirá una evaluación psicológica, se le orienta al respecto.

Sesión número tres

- Fecha: 24 febrero 2017
- Objetivo de la sesión: Establecer la alianza terapéutica y explorar el motivo de consulta de la paciente.
- Descripción de la sesión: Se realiza la presentación como terapeuta, del espacio, de los aspectos éticos como confidencialidad y la manera de trabajar durante el proceso terapéutico. Se explora acerca del motivo de consulta personal, la paciente menciona que no quería venir porque ya había tenido dos experiencias pasadas con psicólogas y la trataban como loca, le dijeron que tenía principios de esquizofrenia, le aplicaron pruebas y no le dijeron nada más, ni la ayudaron. Pide disculpas anticipadamente porque a veces le es difícil expresarse, se confunde y las palabras no las dice como quisiera, sin embargo, no se nota esta dificultad en la sesión.
- Observaciones: la menor aparenta mayor edad física que la cronológica, remarca con el maquillaje labios y ojos, establece poco contacto visual, se muestra aplanada emocionalmente, tono de voz es bajo y con pocas variaciones. Al final menciona que se sintió más a gusto que en las otras ocasiones con las psicólogas.

Sesión número cuatro

- Fecha: 10 marzo 2017
- Objetivo de la sesión: Continuar con el establecimiento de la alianza terapéutica e indagar acerca de la información otorgada por la madre en la historia clínica.
- Descripción de la sesión: Otorga información sobre la dinámica en casa, el reciente proceso de divorcio por parte de sus padres y que ha tornado “agobiante” el ambiente en casa. Durante toda la sesión se nota sensible, llora y dice que no lo

soporta, tiene momentos en los que se queda mirando a la pared en silencio absoluto, es hasta que se le habla que sale de ese estado. Comienza a hablar de “Él” y dice hacer un dibujo para que pudiera entender mejor, menciona tener una metáfora, pero se le olvida, al cuestionarle el interior de toda la figura que describe señala que la respuesta a la metáfora era eso precisamente “paisaje igual a tranquilidad”.

- Observaciones: Sus temas de plática son variados, parece que quiere abarcar la mayor cantidad de temas posibles por lo que va de un tema a otro y en ocasiones se le tiene que recordar de lo que estaba hablando.

Sesión número cinco

- Fecha: 17 marzo 2017
- Objetivo de la sesión: Realizar el examen mental con juego para evaluar las áreas contenidas en el mismo.
- Descripción de la sesión: Se logra completar el examen mental con juego y la menor participa gustosa de todos ellos, se evalúa temporalidad, ubicación, estado de conciencia, reconocimiento de emociones, juicio, insight, contenido del pensamiento, motricidad final y gruesa.
- Observaciones: la menor comenta que al final de la sesión pasada le agradeció a su abuela por traerla y llora de emoción al escuchar a su nieta decirlo. Entrega a la terapeuta dos dibujos a manera de regalo “Mujer del velo” y “La mente de Paul” y comenta lo que representa y pide que la siguiente sesión sea de dibujar, la terapeuta se compromete a llevar los materiales elegidos (cartulina, pinceles y pinturas acrílicas).

Sesión número seis

- Fecha: 24 marzo 2017
- Objetivo de la sesión: Realizar la sesión artística solicitada por la menor para seguir recabando información.
- Descripción de la sesión: La menor acude con una cartulina y decide dibujar algo que soñó, describe que era “Él” y una mujer imperfecta a su lado, describe las características de ambos al irlos dibujando, al concluirlos a ellos pasa a dibujar las estrellas y la luna porque fue un sueño.
- Observaciones: por momentos deja de dibujar, se desconcentra, incluso deja de hablar sobre lo que comentábamos para fijar la mirada en un punto de la ventana, se le pregunta ¿qué pasa? pero dice “nada” un tanto dudosa. La siguiente sesión se continuará con el dibujo.

Sesión número siete

- Fecha: 31 marzo 2017
- Objetivo de la sesión: Continuar con el dibujo de la sesión pasada para recolectar información.
- Descripción de la sesión: Entrando pide continuar el dibujo y comenta que la voz está siendo más recurrente y confiesa que no es solo eso lo que la asusta, sino que también ve manchas que se agrupan, objetos que se mueven de su lugar, por ejemplo, los números del reloj cambian de lugar o los muñecos de porcelana de su abuela se mueven, siente que personas la observan raro “como si le fueran a hacer daño”.

- Observaciones: En esta sesión pregunta acerca de si es necesario una medicación, pero de ser así todavía no se siente lista para este paso, sin embargo, marca la pauta de una conciencia y posible canalización a un psiquiatra.

Sesiones de Intervención

Sesión número nueve

- Fecha: 28 abril 2017
- Objetivo de la sesión: Evaluar conductas, pensamientos y emociones ocurridas durante el periodo vacacional.
- Descripción de la sesión: La menor comenta que en el periodo vacacional acudió a Sinanché con su familia paterna y convivió con un primo al que quiere mucho, pero de la nada le dejó de hablar y no sabía por qué, a partir de esta confusión empezó a sentir la presencia de “alguien” en su casa que abre las puertas y la observa en el baño. También discute con su papá y en esta ocasión la voz le dijo “clávale la tijera” pero no le hizo caso y aunque insistió ella sabía que no lo haría.
- Observaciones: La menor reconoce que ha hecho un esfuerzo por convivir con su familia paterna e incluso con su papá, pero continúa siendo algo muy difícil, también le gustaría entender por qué su primo se molestó, pero fue entendiendo que hay situaciones que no dependen de uno mismo.

Sesión número diez

- Fecha: 12 mayo 2017
- Objetivo de la sesión: Indagar la evolución de los conflictos familiares paternos y los roles, conductas que tiene la menor ante ello.

- Descripción de la sesión: El objetivo planteado no se cumple debido a que la menor llega con la inquietud de bautizarse o no en su nueva religión (adventista), se realiza un cuadro de ventajas y desventajas, además realiza el dibujo “La noche estrellada” mientras conversábamos.
- Observaciones: El cambio de religión se debe en parte a que la abuela paterna pertenece a esta y ha acercado a la adolescente.

Sesión número catorce

- Fecha: 9 junio 2017
- Objetivo de la sesión: Brindar pautas de socialización, conducta y emociones desencadenadas por el nuevo ingreso a la Preparatoria pública.
- Descripción de la sesión: Inicia la conversación identificando molesta y frustración porque la pareja de su madre realizó destrozos en su casa por estar alcoholizado, ahora su hermano y su madre están viviendo con su abuela paterna y declara que por eso ni ella ni su hermano aguantaron la situación y se fueron con su abuela paterna. Respecto a la escuela, la emoción principal es alegría, pero al mismo tiempo angustia por los nuevos compañeros, por la diferencia de edad entre ella y sus compañeros, pero afirma estar lista para hacerlo. Además, trae a la sesión unos dibujos que había hecho con anterioridad en casa denominados “Persona diferente” “Naturaleza de la mujer” “Relación de pareja” “Él” con sus respectivas descripciones.
- Observaciones: El incidente no es comentado por parte de la madre, la menor se entera por su abuela, aunque fue un momento difícil menciona que no ha tenido alucinaciones auditivas, pero si visuales de puntos, manchas por su casa y cortinas

donde alguien se esconde. Muestra preocupación por el bienestar de su hermano menor, cuidado y atención.

Sesión número veinte

- Fecha: 1 septiembre 2017
- Objetivo de la sesión: Chequeo de consultas médicas y retroalimentación de los dibujos traídos a la sesión.
- Descripción de la sesión: Comenta que las sesiones médicas ahora serán una vez al mes y no semanales como antes, los medicamentos siguen en la misma dosis, pero está comprometida a informar si aumentan alucinaciones o experimenta cambios físicos; la decisión se tomó con base en sus avances emocionales y disminución de alucinaciones y delirios auditivos, visuales y táctiles. Los dibujos que trae a la sesión son nombrados “Mundo rosa”, “Guitarra”, “Manchas sucias”, “Diversidad sexual”, “Depresión” y “Manchas”.
- Observaciones: Es hasta esta sesión que se mencionan las experiencias lésbicas durante la secundaria, confiesa que no ha tenido una pareja femenina formal y actualmente está a gusto intentando una relación con una pareja masculina, ya no es algo que le conflictúe como antes. Avances confirmados por el médico de la Asociación Civil.

Sesión número veintiuno

- Fecha: 8 septiembre 2017
- Objetivo de la sesión: Trabajar en el autoconocimiento de la menor debido a que en ocasiones se siente una falsa versión de ella para encajar y que no hagan comparaciones familiares.

- Descripción de la sesión: En la semana comenta que la comparan con una de sus primas y esto no le gusta, menciona que ha intentado ser como ella para sobresalir, pero no se siente cómoda, por lo cual se realiza una comparación entre ambas y al final reconoce que ya ha cambiado y quiere que los demás lo reconozcan.
- Observaciones: Al confirmar con la familia el dato de comparaciones, mencionan que es real pero no se habían dado cuenta que podría afectar a la menor, en muchas ocasiones lo hacían como motivación; se les comenta las posibles consecuencias y otras formas de motivar.

Sesión número veinticuatro

- Fecha: 29 septiembre 2017
- Objetivo de la sesión: Explorar avances en la relación de pareja y aspecto médico.
- Descripción de la sesión: Trae a la sesión dos dibujos, uno llamado “Emociones” y otro “voces” ambos tienen relación con su posible pareja porque le ocasiona enojo, felicidad, tristeza, melancolía entre las principales y en esos momentos se considera vulnerable, pero reconoce que en la mayoría de las ocasiones las voces no llegan a ella porque ya es más fuerte.
- Observaciones: Se reconocen avances porque las alucinaciones han cesado, se ve “más fuerte que las voces”.

Sesión número veinticinco

- Fecha: 6 octubre 2017
- Objetivo de la sesión: Comentar acerca de los dibujos que prometió traer a la sesión.
- Descripción de la sesión: Los dibujos realizados fueron “Esquizofrenia”, “Epilepsia”, “Esquizofrenia y voces” en la mayoría era su perspectiva acerca de las

enfermedades mentales antes y ahora que posee un diagnóstico, panorama positivo de la epilepsia. Además, dice estar feliz porque el acuerdo de ver a su mamá los fines de semana se ha cumplido desde hace un mes, ella, su hermano y su mamá fueron este fin de semana a un museo. Se reporta avance en socialización, habla con 12 compañeros del salón.

- Observaciones: Se muestra alegre durante toda la sesión, impacto positivo en estabilidad con los acuerdos de divorcio y convivencia con hermanos y madre, socialización positiva, se está dando más oportunidad de conocer a los compañeros y no dejarse guiar por la primera impresión.

Sesión número treinta y tres

- Fecha: 1 diciembre 2017
- Objetivo de la sesión: Iniciar los preparativos para la exposición artística en el café-cinema y obtener la firma de consentimiento por parte de la abuela paterna.
- Descripción de la sesión: Se cita a la abuela paterna que es la poseedora de la custodia de la menor para obtener su consentimiento, se muestra dispuesta a apoyar en lo que se necesite, pero informa que no podrá asistir porque es cumpleaños de su hermana, únicamente se queda para la firma y se va por pendientes en casa. Se eligen, describen y preparan las obras “Felicidad y nostalgia”, “Señor con sombrero”, “Art Abstracto”, “Sentimientos”, “Sentimientos II”, “Un sueño en la floresta”, “Manchas sucias”, “Paul McCartney”, “La voz” y “Esquizofrenia I”.
- Observaciones: La menor se muestra muy entusiasmada con la exposición artística, menciona que su mamá, su hermanito, su padrastro, unas tías y su abuela materna

ya confirmaron su asistencia. No parece afectarle que su abuela paterna no pueda acudir.

Sesión número treinta y cuatro

- Fecha: 8 diciembre 2017
- Objetivo de la sesión: Continuar los preparativos para la exposición artística en el café-cinema
- Descripción de la sesión: En esta ocasión se concluye la selección, descripción y preparativos de las obras, las que se agregaron fueron “Epilepsia”, “Trastornos mentales”, “Tranquilidad”, “Naturaleza de la mujer”, “El atardecer”, “Mujer bonita”, “Noche estrellada”, “Esquizofrenia II”, “Las cuerdas y guitarras”.
- Observaciones: Continúa el entusiasmo hasta llegar al llanto por la emoción de un día tan esperado para la menor. Se confirman últimos detalles de horario, día y ubicación de la presentación.

Sesión número treinta y cinco

- Fecha: 19 enero 2018
- Objetivo de la sesión: Revelar los mensajes para la menor obtenidos de la presentación artística.
- Descripción de la sesión: La sesión se realiza con la abuela materna y la menor porque la madre no pudo asistir, llega ansiosa y deseosa de leer los comentarios, narra lo que significó para ella todo el apoyo recibido por parte de familia, amigos y los psicólogos; fue difícil esperar las vacaciones de diciembre, pero feliz de que llegara el día.

- Observaciones: Al leer los comentarios tanto la abuela como la menor se muestran sensibles, alegres y cercanas una a la otra, agradecidas por este proceso y la actividad artística sugerida.

Sesión número treinta y siete

- Fecha: 1 febrero 2018
- Objetivo de la sesión: A petición de la menor realizar una revisión del pasado y los eventos significativos que no la dejan “en paz”.
- Descripción de la sesión: Se realiza una línea del tiempo de ese pasado tormentoso que menciona, entre los que resaltan el dejarse influenciar por malas compañías, caer en vicios como el alcohol, escaparse de casa en dos ocasiones, no enfocarse en los estudios, llevarse mal con todos, no poder establecer una relación amorosa satisfactoria y la confusión de su sexualidad. En torno a todos los temas se pudo obtener un aprendizaje y una retroalimentación, al final dice sentirse más clara y organizada porque recuerda todos esos momentos a la perfección, pero si le enseñaron y se quedarán como “parte de su libro de vida” porque ya cambió.
- Observaciones: Se le encarga para la siguiente sesión la realización de un dibujo que resuma los aprendizajes de este pasado que ahora queda como lecciones de vida.

Sesión número treinta y nueve

- Fecha: 19 febrero 2018
- Objetivo de la sesión: Revisar los dibujos de los aprendizajes del pasado que no pudo traer la sesión previa y dialogar sobre ellos.

- Descripción de la sesión: Menciona que por una discusión con su enamorado no pudo hacer algo que le guste, trae cinco dibujos, pero no desea nombrarlos ni describirlos porque lo puede hacer mejor, sin embargo, reconoce avances generales como mayor estabilidad a pesar de las discusiones o ambiente no tan favorecedor en casa, asume las consecuencias de sus acciones, toma decisión de terminar esta relación al ver que no va cambiar como ella lo hizo y porque le trae mucha inestabilidad a su vida.
- Observaciones: Se le observa decidida, fuerte, es capaz de contemplar pros y contras de diferentes situaciones, autocuidado y relaciones positivas.

Sesiones de Cierre

Sesión número cuarenta y tres

- Fecha: 20 marzo 2018
- Objetivo de la sesión: Informar a la menor sobre el cierre cercano, hablar respecto a los aprendizajes que reconoce hasta el momento en sí misma.
- Descripción de la sesión: Narra que entabló un nuevo grupo de amigos conformado por cuatro mujeres y un hombre, se ha identificado con ellos, la apoyan con las tareas, trabajos y llora al reconocer que no veía a estar personas por llevarse con otros no tan buenos. Describe los dibujos “intenciones”, “tulipanes” y “nuevas miradas”.
- Observaciones: Al comentarle del cierre cercano no se muestra muy convencida, dice que no quiere pensar en eso, pero reconoce que ha cambiado

Sesión número cuarenta y cuatro

- Fecha: 9 abril 2018

- Objetivo de la sesión: Continuar con los dibujos de aprendizajes del proceso terapéutico.
- Descripción de la sesión: No se cumple con el objetivo de la sesión debido a que llega muy alterada y sensible porque el fin de semana arrestaron a su padrastro, dice que le preocupa su mamá, su hermanito, el dinero. Esto le ha ocasionado estar poco organizada, distraída, tiene miedo de reprobado dos materias por no entregar las tareas. La sesión se dedicó a escucharla, recordarle sus funciones reales y menciona qué puede hacer para ayudar a la situación, nombra cuestiones como: cuidar a su hermanito si se lo piden, hablar con su mamá, estar más cercana a ella.
- Observaciones: En el fin de semana que ocurrió el arresto, era un fin que le tocaba visita a la madre, ese caos la altera y aunque la madre no es capaz de darle estabilidad, no se dispara una crisis como las anteriores.

Sesión número cuarenta y cinco

- Fecha: 16 abril 2018
- Objetivo de la sesión: Realizar el examen mental post-intervención para poder evaluar cambios del proceso terapéutico.
- Descripción de la sesión: Se realiza nuevamente el examen mental, mientras se realiza los cuestionamientos, actividades o juegos se muestra poco enfocada, prefiere platicar de los sucesos ocurridos en la semana como las discusiones con un enamorado, aspectos escolares y la situación de su madre que ha mejorado.
- Observaciones: colabora con el examen mental hasta concluir, aunque habla de diversos temas mientras realiza todas las actividades, responde coherentemente y logra estar pendiente de los juegos e instrucciones.

Sesión número cuarenta y seis

- Fecha: 23 abril 2018
- Objetivo de la sesión: Concluir este proceso con la adolescente, retroalimentar sobre los cambios obtenidos.
- Descripción de la sesión: La menor menciona los aspectos contenidos en el dibujo “mis aprendizajes”, destacando el poner atrás una relación tóxica, lograr tener buenos amigos, una mejor relación con su madre, hermanos y abuelas, mejor identificación de sus pensamientos y emociones, metas académicas, reconoce sus habilidades y los recursos personales que se lleva para la vida como técnicas de respiración, dibujo, lectura para estar más tranquila, verse más fuerte y segura.
- Observaciones: A partir de este momento se continuó viendo a la menor y su familia para sesiones de mantenimiento.

Apéndice C. Tablas

Tabla 1.

Diseño de intervención

Sesión	Fase	Objetivo	Actividad	Observaciones
1 17.02.17	Evaluación	Realizar la entrevista inicial con la madre para explorar el motivo de consulta e historia clínica.	-Entrevista semiestructurada -Firma de documentos: consentimiento, derechos de cliente y contrato de atención.	Cancela minutos antes de la sesión sin dar motivo.
2 24.02.17	Evaluación	Realizar la entrevista inicial con la madre para explorar el motivo de consulta e historia clínica	-Entrevista semiestructurada -Firma de documentos: consentimiento, derechos de cliente y contrato de atención.	La madre comenta que está por iniciar su proceso de divorcio. Desconoce muchos datos de la historia clínica porque la menor ha vivido “poco tiempo” con ella y sugiere invitar a la abuela materna para esos datos.
3 10.03.17	Evaluación	Establecer la alianza terapéutica y explorar el motivo de consulta de la paciente.	-Diálogo	Se muestra renuente a un proceso psicológico por experiencias pasadas, menciona tener el diagnóstico informal “principios de esquizofrenia”.
4 17.03.17	Evaluación	Continuar con el establecimiento de alianza terapéutica e indagar acerca de la información de la historia clínica.	-Técnica “dibujando los problemas”.	Realiza descripción de la figura, alucinaciones visuales y auditivas referentes al dibujo. Se muestra aplanada, poco contacto visual,

				desorganizada en los temas mencionados.
5 24.03.17	Evaluación	Realizar el examen mental con juego para evaluar las áreas contenidas en el mismo.	-Examen mental con juego, los materiales utilizados fueron “Laberinto”, “El huevo dice”, “Bingo de emociones”, “Tablero ¿cómo me siento?”, “Fichas de colores”.	Participa gustosa en las actividades. Entrega dos dibujos a manera de regalo “La mujer del velo” y “La mente de Pau” con sus respectivas descripciones verbalmente. Pide materiales como pinturas, pinceles y cartulina para la siguiente sesión.
6 31.03.17	Evaluación	Realizar la sesión artística solicitada por la menor para seguir recabando información.	-Dibujo libre con los materiales, cartulina, pinceles, pintura acrílica.	Pide continuar el dibujo la siguiente sesión, lo denomina “Él y la mujer imperfecta” el contenido era un sueño que había tenido.
7 7.04.17	Evaluación	Continuar con el dibujo de la sesión anterior y recolectar más información.	-Dibujo “Él y la mujer imperfecta” de la sesión anterior.	En esta sesión revela otro tipo de alucinaciones visuales como manchas, movimiento de los números del reloj, adornos que se mueven y delirios sobre que la observan “como si le fueran a hacer daño”. Se cuestiona si necesita medicamento, marca pauta de canalización médica psiquiátrica.
9 28.04.17	Intervención	Evaluar conductas, pensamientos y	-Diálogo	La menor reconoce que ha hecho un

		emociones ocurridas durante el periodo vacacional.		esfuerzo por convivir con su familia paterna e incluso con su papá. pero continúa siendo algo muy difícil; también le gustaría entender por qué su primo se molestó, pero fue entendiendo que hay situaciones que no dependen de uno mismo.
10 12.05.17	Intervención	Indagar la evolución de los conflictos familiares paternos y los roles, conductas que tiene la menor ante ello.	-Dibujo “Noche estrellada” -Análisis bautizo a nueva religión.	El objetivo planteado se modifica por la necesidad de la menor, pero al final decide dar el paso y bautizarse por las ventajas espirituales.
14 9.06.17	Intervención	Brindar pautas de socialización, conducta y emociones desencadenadas por el nuevo ingreso a la Preparatoria pública.	-Dibujos “Persona diferente”, “Naturaleza de la mujer”, “Relación de pareja”, “Él”	Alegría y angustia sentimientos identificados por inicio escolar. Incidente violento con la nueva pareja de la madre que es alcohólico, relata esto como el motivo por el cual se fueron a vivir con su abuela paterna, preocupación por su madre y hermano menor.
20 1.09.17	Intervención	Chequeo de consultas médicas y retroalimentación de los dibujos traídos a la sesión.	-Dibujos “Mundo rosa”, “Guitarra”, “Manchas sucias”, “Diversidad sexual”,	Avances médicos, sesiones mensuales en lugar de semanales. En esta sesión se revelan experiencias lésbicas, pero no es algo que

			“Depresión”, “Manchas”.	cause conflicto como antes.
21 8.09.17	Intervención	Trabajar en el autoconocimiento de la menor debido a que en ocasiones se siente una falsa versión de ella para encajar y que no hagan comparaciones familiares.	-Dibujo comparaciones familiares.	Al comentarle este asunto a la familia, mencionan que lo hacían para motivar y no esperaban que tuviera ese efecto negativo en la menor, se les brinda otras opciones de motivación.
24 29.09.17	Intervención	Explorar avances en la relación de pareja y aspecto médico.	-Dibujo “Emociones” y “voces”	Relación inestabilidad por conflictos de pareja, reconoce que ya es “más fuerte que las voces”.
25 6.10.17	Intervención	Comentar acerca de los dibujos que prometió traer a la sesión.	-Dibujo “Esquizofrenia”, “Epilepsia” y “Esquizofrenia y voces”.	Perspectiva con panorama positivo de la epilepsia. Acuerdos de divorcio sobre visitas los fines de semana con su mamá se están cumpliendo y eso ha brindado estabilidad a la menor.
33 1.12.17	Intervención	Iniciar los preparativos para la exposición artística en el café-cinema y obtener la firma de consentimiento.	-Dibujos “Felicidad y nostalgia”, “Señor con sombrero”, “Art Abstracto”, “Sentimientos”, “Sentimientos II”, “Un sueño en la floresta”, “Manchas sucias”, “Paul	La menor se muestra entusiasmada con la exposición y porque su mamá, hermanito, padrastro, tías y abuela materna confirman asistencia.

			McCartney”, “La voz” y “Esquizofrenia I”.	
34 8.12.17	Intervención	Continuar los preparativos para la exposición artística en el café-cinema.	-Dibujos “Epilepsia”, “Trastornos mentales”, “Tranquilidad”, “Naturaleza de la mujer”, “El atardecer”, “Mujer bonita”, “Noche estrellada”, “Esquizofrenia II”, “Las cuerdas y guitarras”	Continúa el entusiasmo hasta llegar al llanto de la emoción del día tan esperado. Se confirman últimos detalles de horario, día y ubicación de la presentación.
35 19.01.18	Intervención	Revelar los mensajes para la menor obtenidos de la presentación artística.	-Cartulina exposición artística	La abuela y la menor se muestran sensibles, alegres y cercanas la una a la otra por el proceso y actividad sugerida.
37 1.02.18	Intervención	A petición de la menor realizar una revisión del pasado y los eventos significativos que no la dejan “en paz”.	-Línea del tiempo pasado	Se le encarga para la siguiente sesión la realización de un dibujo que resuma los aprendizajes de este pasado “tormentoso” que ahora queda como lecciones de vida.
39 19.02.18	Intervención	Revisar los dibujos de los aprendizajes del pasado que no pudo traer la sesión previa y dialogar sobre ellos.	-Dibujos sin nombre	Decide no nombrarlos porque no le gustaron, pero si menciona avances como verse fuerte, capaz de evaluar situaciones, asumir

				consecuencias, autocuidado, mejora en sus relaciones y a salir adelante a pesar del caos que rodea su vida.
43 20.03.18	Cierre	Informar a la menor sobre el cierre cercano, hablar respecto a los aprendizajes propios concebidos.	-Dibujos “intenciones”, “tulipanes”, “nuevas miradas”.	Aspectos positivos identificados hasta el momento, mejor socialización al darse la oportunidad de conocer a las personas, no dejarse influenciar, despedirse de relaciones tóxicas, decisiones propias, metas en la vida.
44 9.04.18	Cierre	Continuar con los dibujos de aprendizajes del proceso terapéutico.	-Diálogo	El objetivo planteado no se cumple debido a una crisis familiar. Se plantean acciones reales en las que puede colaborar, aunque la madre no es capaz de darle estabilidad, no se dispara una crisis como las anteriores.
45 16.04.18	Cierre	Realizar el examen mental post-intervención para poder evaluar cambios del proceso terapéutico.	-Examen mental con juego, se utilizan los mismos materiales que el realizado en la evaluación.	Colabora con el examen, aunque realiza todas las actividades hablando de diferentes temas, responde coherentemente y logra estar pendiente de los juegos e instrucciones.

46 23.04.18	Cierre	Concluir el proceso con la adolescente, retroalimentar sobre los cambios obtenidos	-Dibujo "Mis aprendizajes" -Diálogo	Destaca entre sus aprendizajes poner atrás una relación tóxica, tener un grupo de amigos, mejor relación con su madre, hermanos y abuelas, identificación de sus pensamientos y emociones que disparaban a la voz, nombra habilidades y recursos como las técnicas de respiración, dibujo y lectura para estar tranquila, verse más fuerte y segura.
----------------	--------	--	--	--

Apéndice D. Evidencias

Sesiones de Evaluación

- Sesión número cuatro

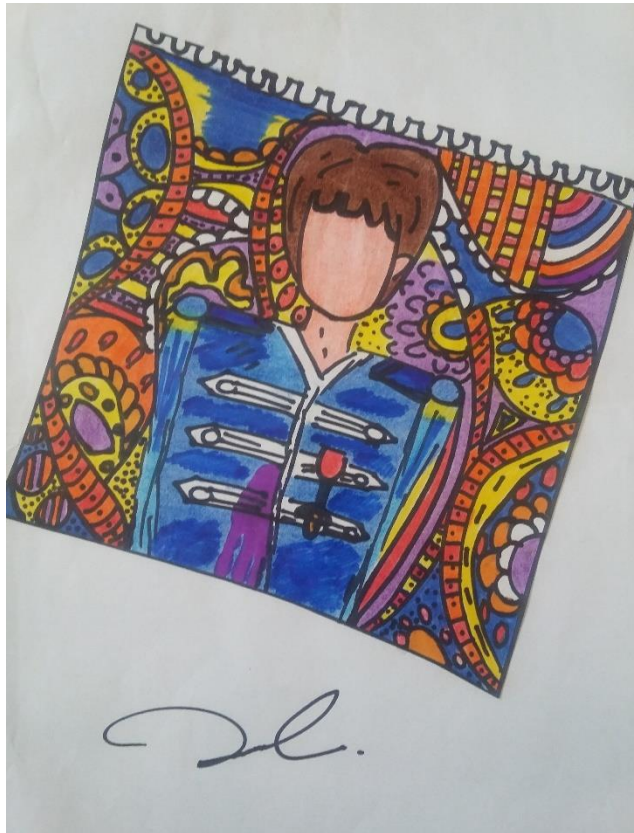


Él

- Sesión número cinco



Examen mental con juego



La mente de Paul



La mujer del velo

- Sesión número seis



Él y la mujer imperfecta

- Sesión número siete



Él y la mujer imperfecta (continuación)

Sesiones de Intervención

- Sesión número diez

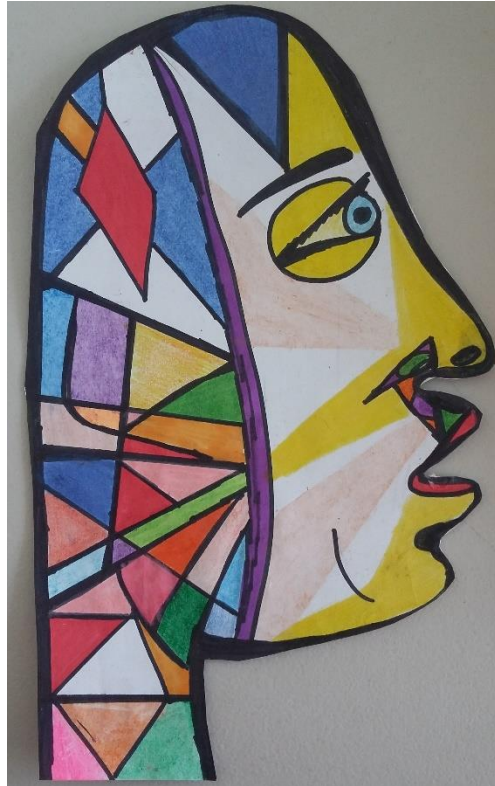
SI	NO
- Para aumentar mi fe. - Tener comunión con Dios. - Tener una vida sana.	- Porque me gusta la carne de Cerdo. @ - Me gusta bailar - Me gusta la musica Rock. - Me gusta la Coca Cola y el Cafe. - Porque el sábado no pueden ver tele y no pueden salir. - Ya no estaría a la moda - Ya no puedo maquillarme. - No puedo ir a fiesta.

Análisis bautismo a nueva religión



Noche estrellada

- Sesión número catorce



Persona diferente



Naturaleza de la mujer



Relación de pareja



Él

- Sesión número diecisiete

- Cita en 4 meses -
RECETA MEDICA

Nº 270

Fecha 06. Mayo. 2018
Céd. Prof. 6249429

① Valproato de Magnesio 1000 mg ② Risperidona 2.5 mg

Tomar 2 tabletas
por las mañanas
y por las noches.

Tomar media
tableta por
las noches.

Firma

RECETA MEDICA

Nº 271

Fecha 06.03.2018
Céd. Prof. 6249429

BIOMETRIA SANGUINEA
QUÍMICA SANGUINEA (6 elementos)
PRUEBA DE FUNCIONAMIENTO HEPÁTICO
NIVEL SÉRICO DE ACIDO URICO

Firma

- Sesión número veinte



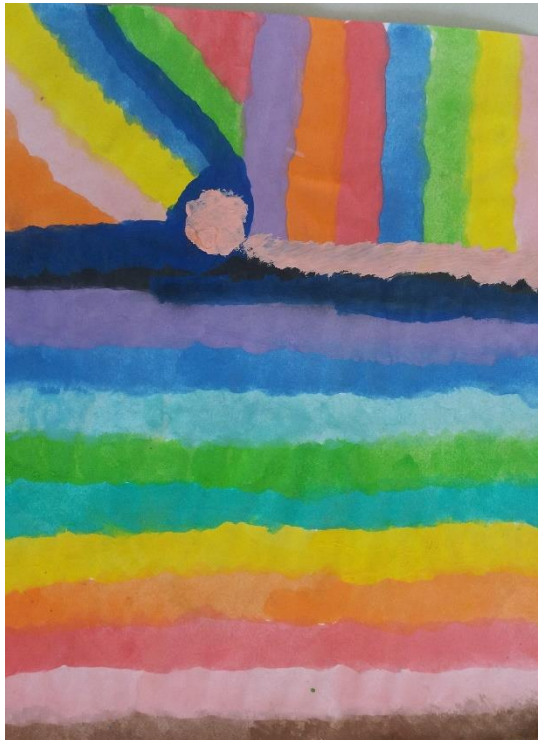
Mundo rosa



Guitarra



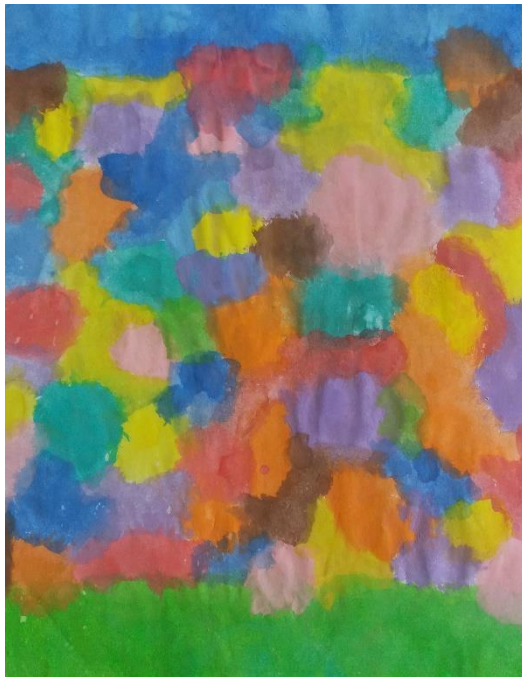
Manchas sucias



Diversidad sexual

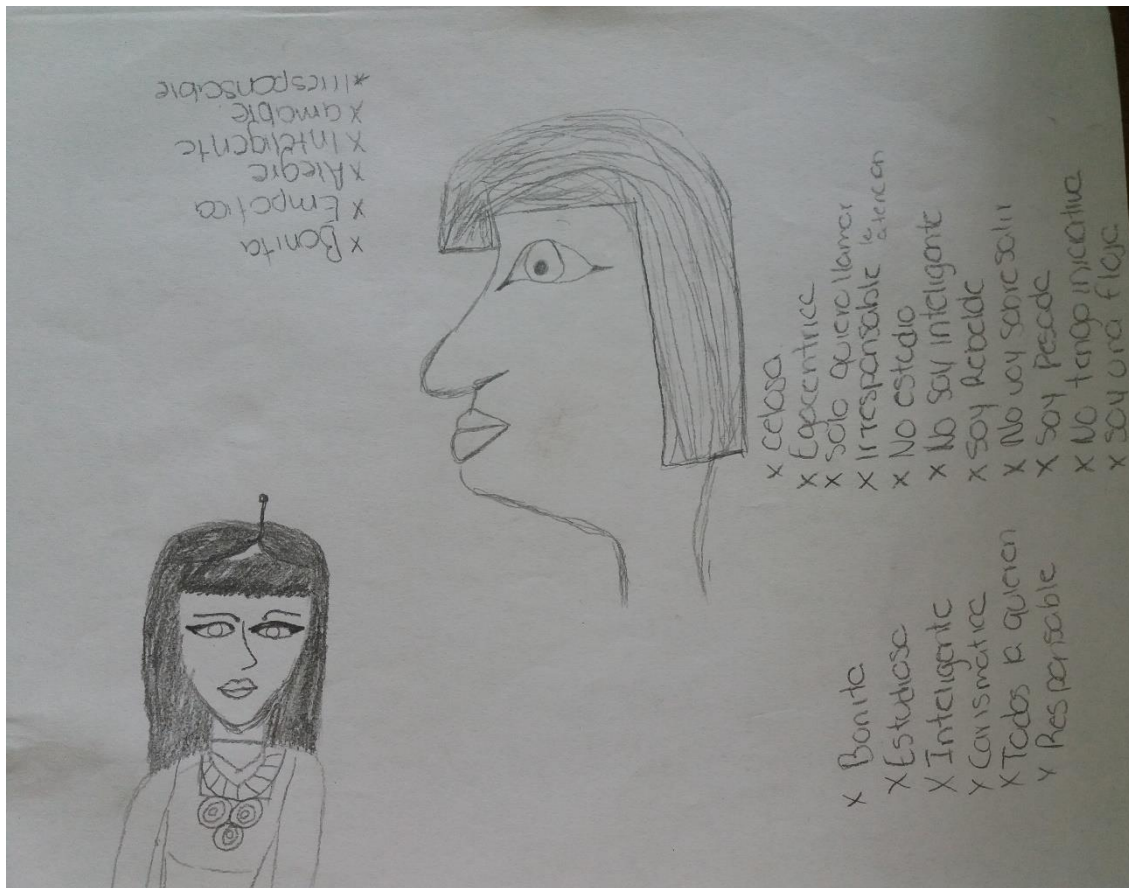


Depresión



Manchas

- Sesión número veintiuno

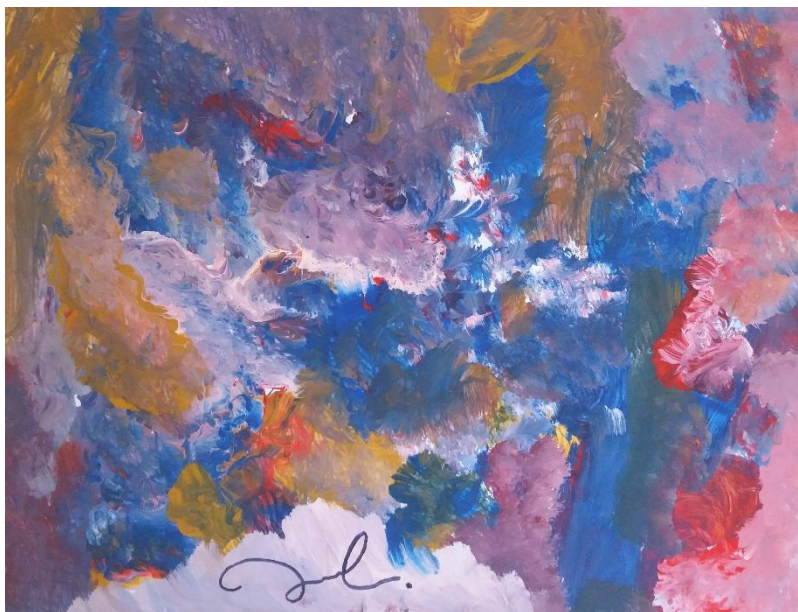


Comparaciones familiares

- Sesión número veinticuatro



Emociones



Voces

- Sesión número veinticinco



Esquizofrenia

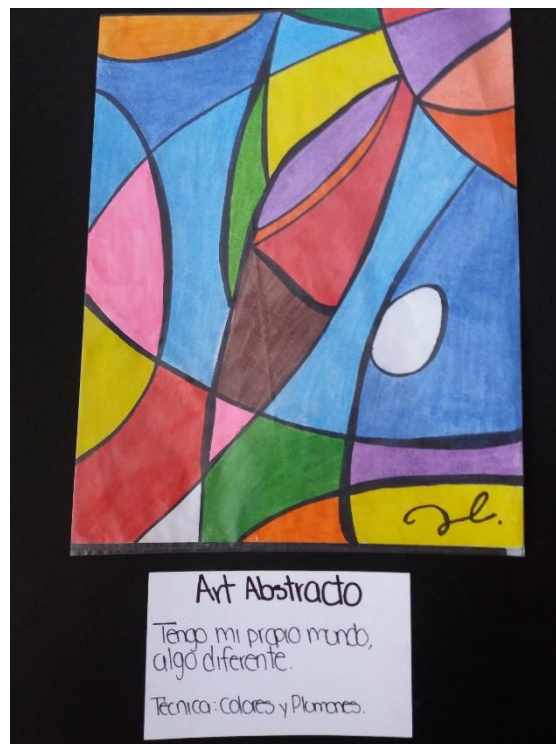
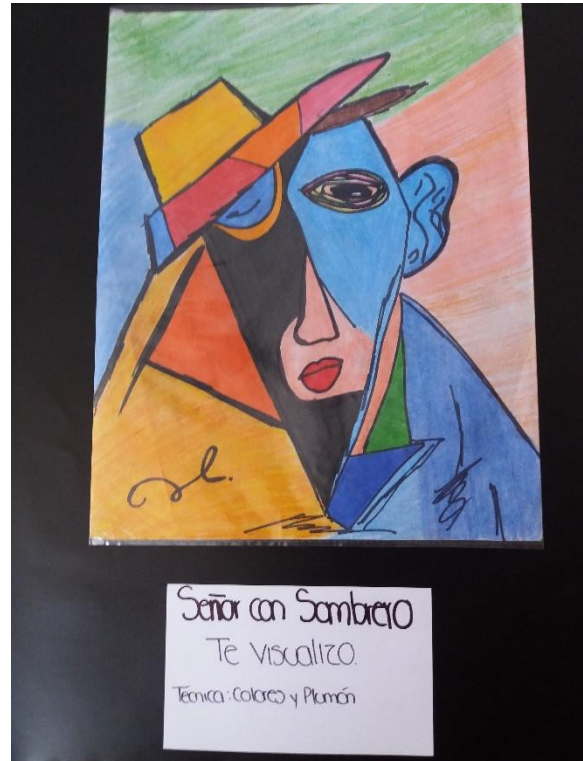
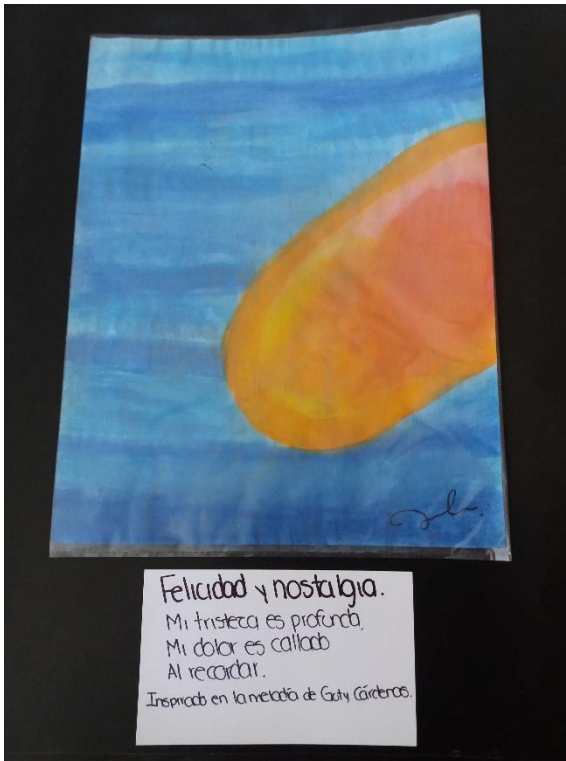


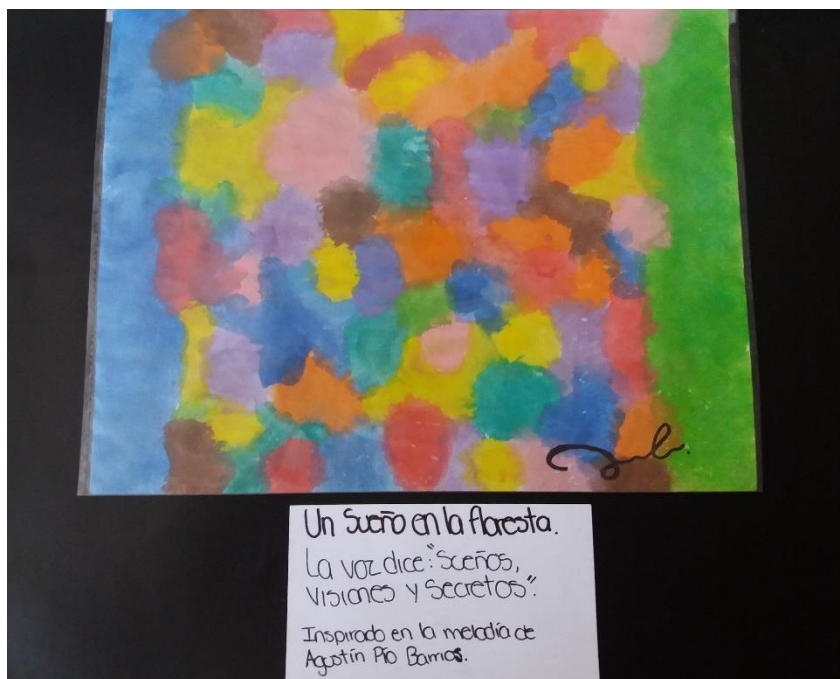
Epilepsia



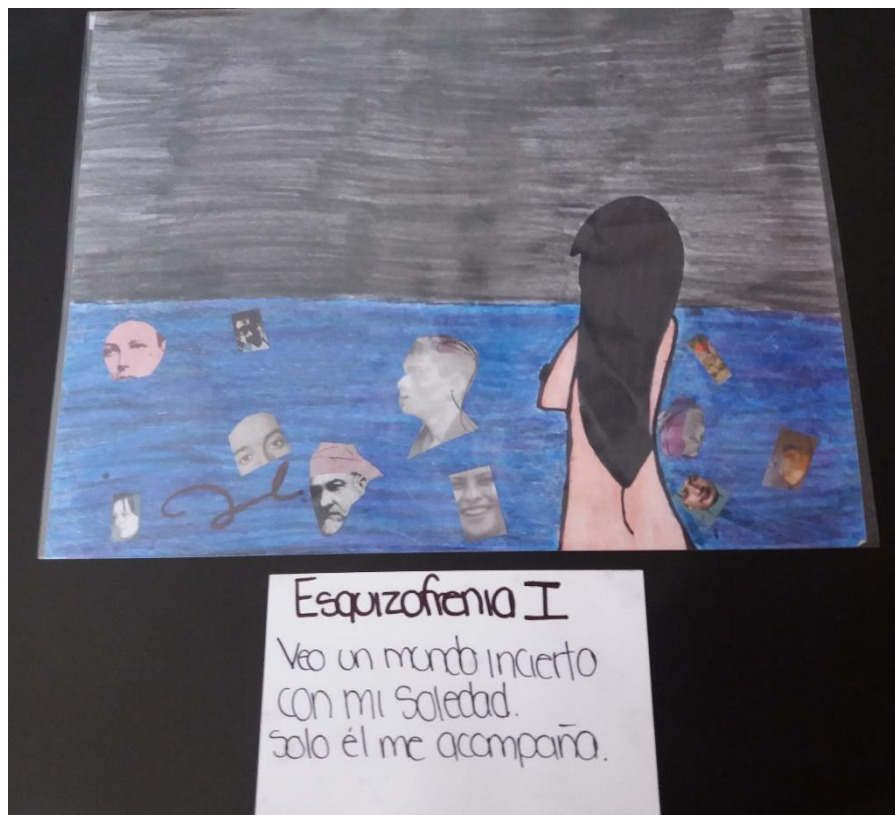
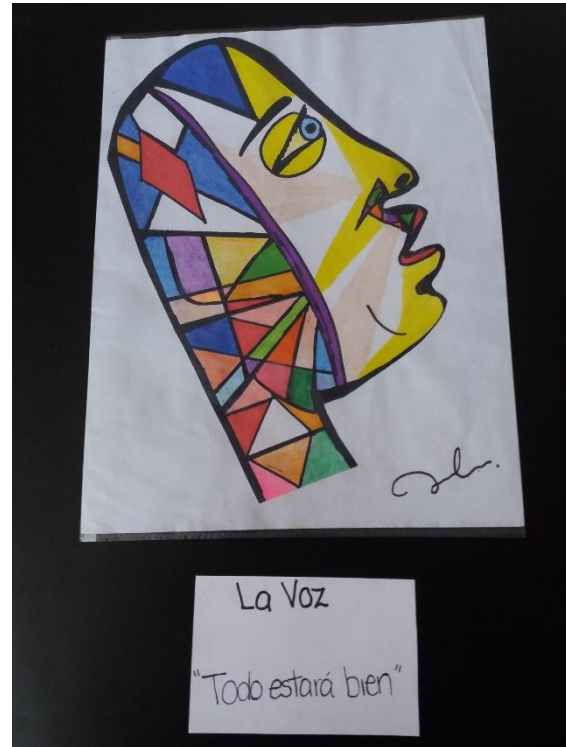
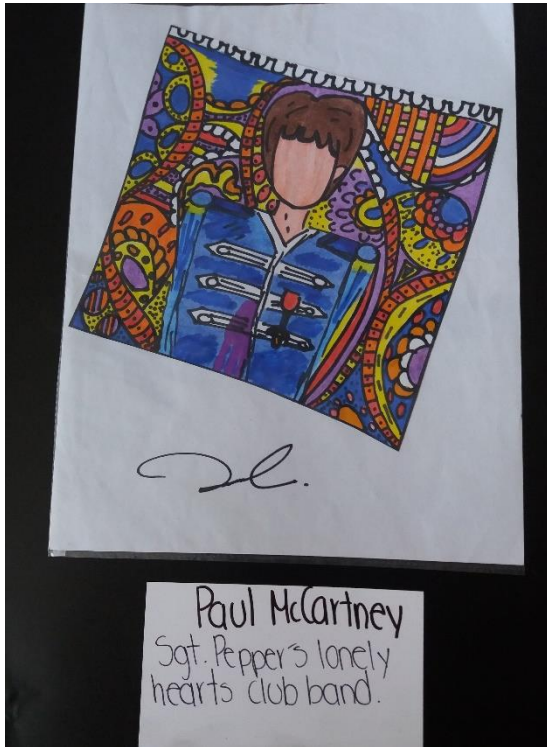
Esquizofrenia y voces

- Sesión número treinta y tres

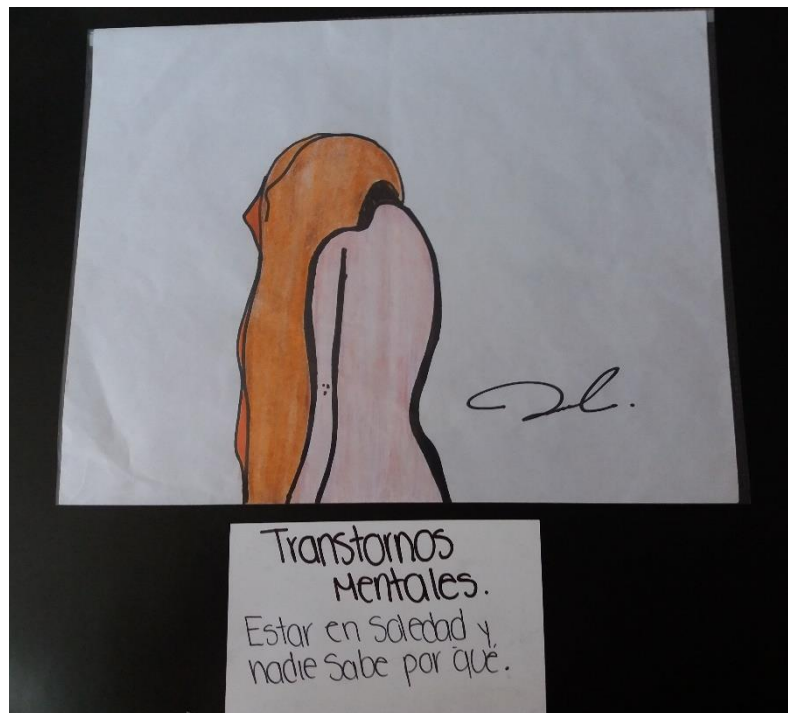
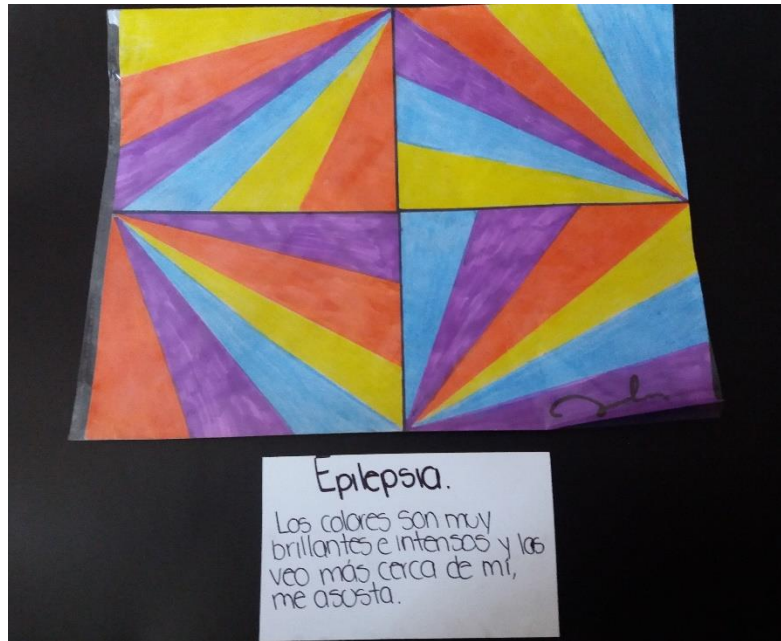








- Sesión número treinta y cuatro

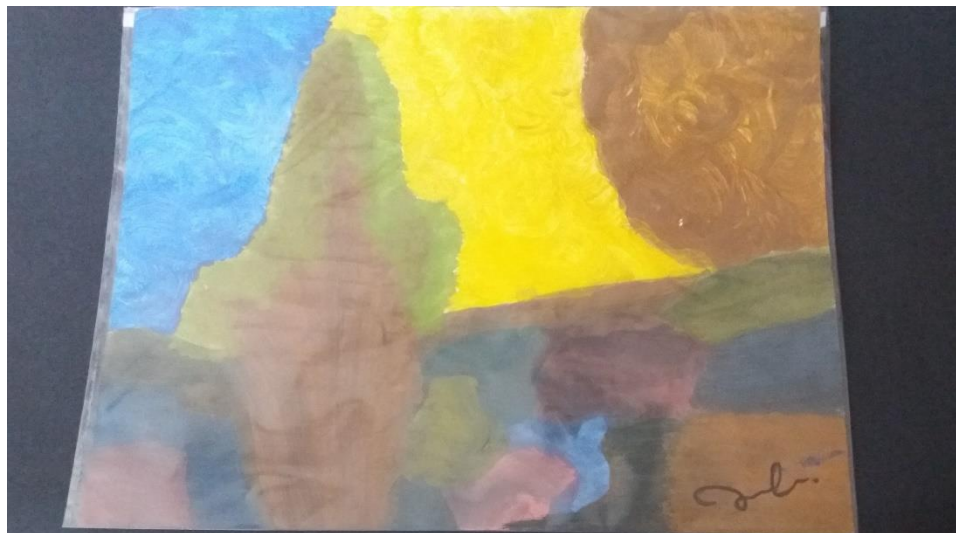




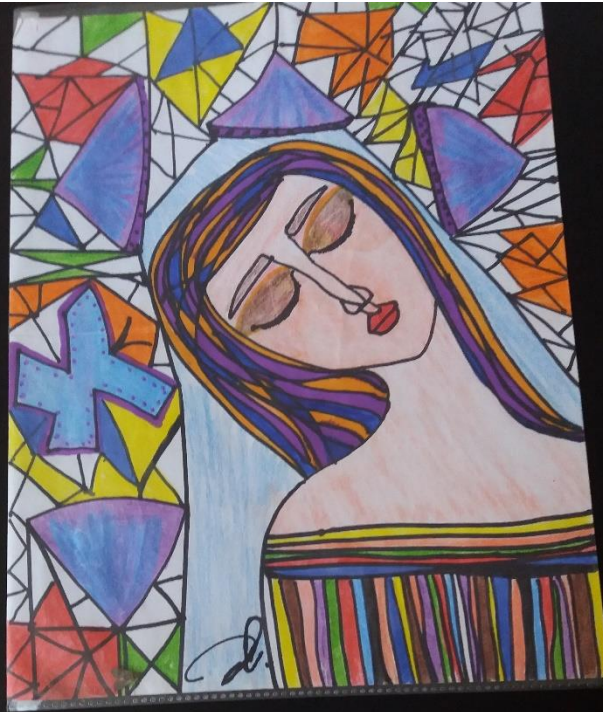
Tranquilidad
Con el tiempo me va a
beneficiar tenerla de
compañera absoluta.



Naturaleza de
la Mujer.
Técnica: Colores y Plumón.



El atardecer.
La voz: ¿Es hermoso
verdad?, el último:
Duerme en paz.



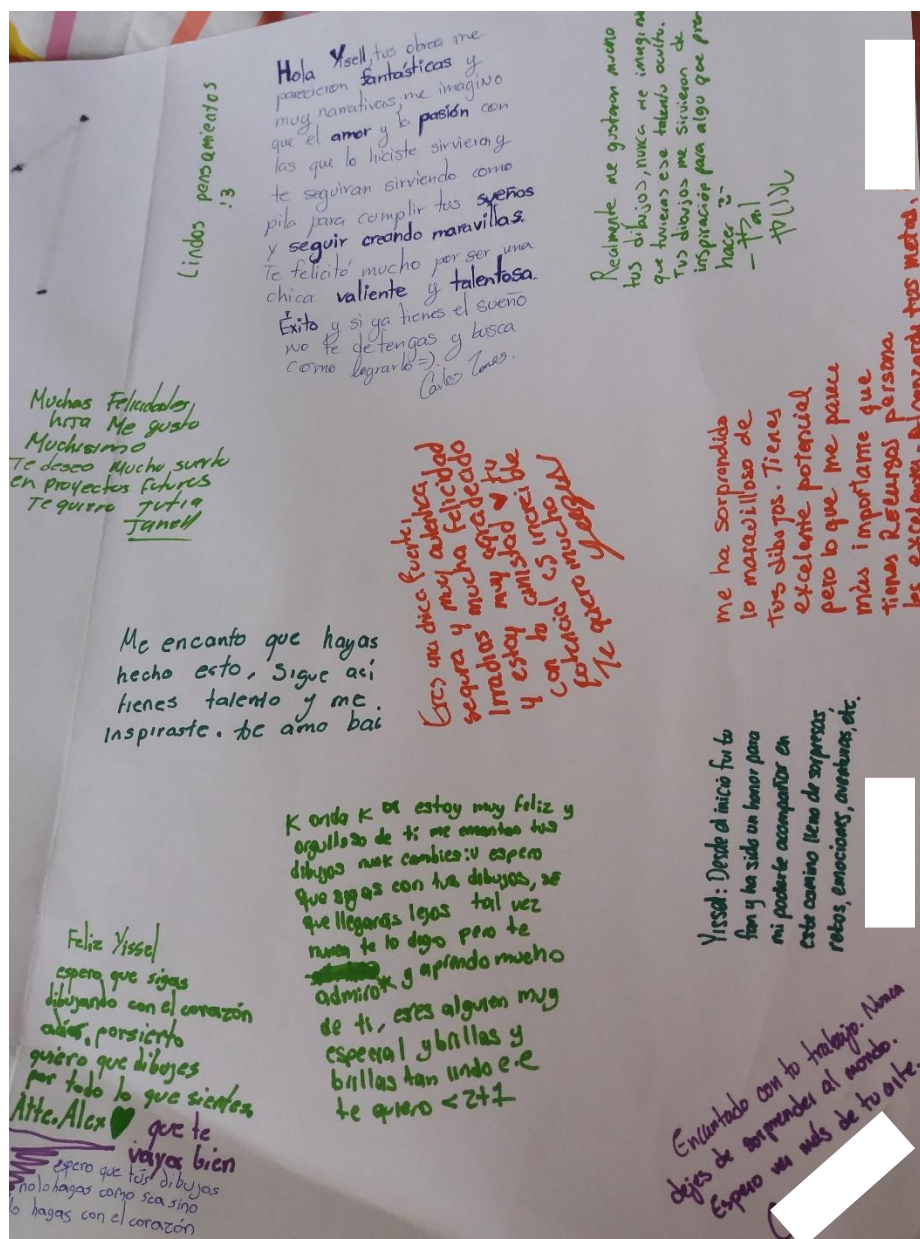
Mujer Bonita.
Dormiré muy profundamente
para olvidar.
Técnica: Colores y Pluma.



Noche Estrellada.
La noche, mucho más allá
de la medianoche, y las
voces: "Te digo migra a una
nueva ciudad."
Inspirado en la obra de Van Gogh.



- Sesión número treinta y cinco



Cartulina comentarios exposición artística

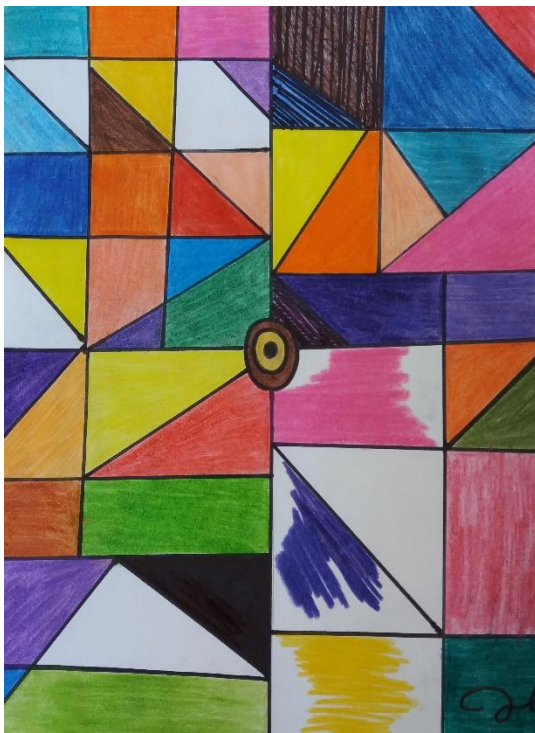
- Sesión treinta y nueve





Sesiones de Cierre

- Sesión cuarenta y tres



Intenciones



Tulipanes



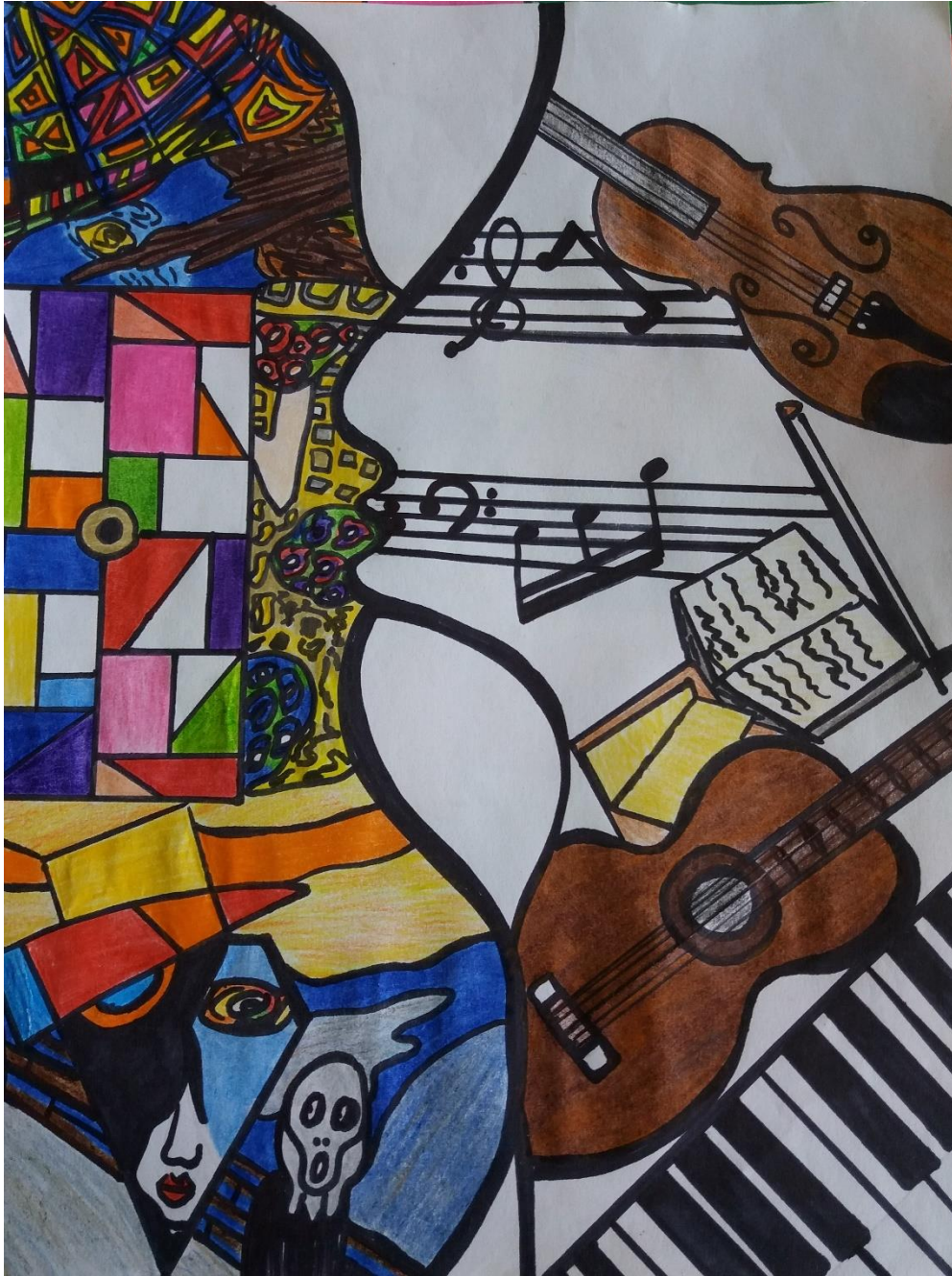
Nuevas miradas

- Sesión cuarenta y cinco



Examen mental post-intervención

- Sesión cuarenta y seis



Mis aprendizajes