



UADY

**UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE YUCATÁN**

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE YUCATÁN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**EL SEÑOR TRISTEZAS: UN CASO DE DEPRESIÓN
EN UNA ADOLESCENTE CON TÉCNICAS
NARRATIVAS**

TESIS

PRESENTADA POR

YAZULLY MARGARITA VELÁZQUEZ HERNÁNDEZ

PARA OBTENER EL GRADO DE

MAESTRA EN PSICOLOGÍA APLICADA EN EL ÁREA CLÍNICA INFANTIL

DIRECTOR DE TESIS

MTRO. JORGE RAMÓN NAVARRETE CENTENO

MÉRIDA, YUCATÁN, MÉXICO

2020

Declaro que esta investigación es de mi propia autoría, a excepción de las citas de los autores mencionados 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.

Agradezco el apoyo brindado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por haberme otorgado la beca No. 928062 durante el periodo agosto 2018-julio 2020 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.

A todos los que viven
con un señor Tristezas y
siguen luchando día a
día por salir de ahí.

Agradecimientos

A Zully, Ricardo, Belgio y Lupita, por ser los pilares de mi vida, por estar sosteniéndome en esos momentos que no me quedaban fuerzas. Gracias papás por ser mis motores y mi trampolín para alcanzar todas mis metas, por enseñarme valores y principios que al día de hoy guían mi vida personal y profesional, y por brindarme todo el amor y recursos para poder llegar hasta aquí el día de hoy. Belgio, gracias por siempre estar, por ser un hermano, mi compañero de vida y esa mano que nunca me suelta y siempre está ahí para salvarme, gracias por escucharme, consolarme y siempre tener un abrazo reparador. Lu gracias por ser mi fan número uno y por estar ahí siempre para ayudarme en todo, por tu compañía y por tu inmenso amor.

A mi familia y esos amigos que, con el paso del tiempo, se han vuelto extensión de mi familia, gracias por siempre estar ahí al pie del cañón apoyándome y confiando en mí incluso antes de que yo lo hiciera, gracias por siempre tener palabras de aliento, por todas las porras y especialmente por tanto amor, ese amor verdadero que motiva a ser mejor día a día.

A la Universidad Autónoma de Yucatán por brindarme la oportunidad de dar un paso más en mi formación profesional, en especial a todos mis maestros y compañeros que formaron parte de mi vida estos últimos años fue un placer coincidir, gracias por tantos aprendizajes; y a mi director de tesis el Mtro. Jorge Navarrete, quien siempre confió en mí y en mi capacidad.

A Diane y su familia, en especial a ella, por compartir su historia conmigo, y permitirme exponer sus vivencias en este trabajo, ya que sin ella este trabajo no existiría.

Y un agradecimiento especial a mi Manchitas bella, que estuvo conmigo en todo momento de mi vida acompañándome y dándome motivos para esforzarme para ser la persona que ella veía en mí, y que aún después de su muerte siguió brindándome enseñanzas, te amare por siempre mi gordita bella, este trabajo es en honor a ti. Y gracias a mí por no rendirme.

Índice

Resumen	1
1. Introducción	2
1.1. Planteamiento del Problema y Justificación.....	5
1.1.1. Planteamiento del problema	5
1.1.2. Justificación.....	7
1.1.3. Propósito general del trabajo terminal.....	9
1.2. Marco Teórico Referencial.....	10
1.2.1. La adolescencia	10
1.2.1.1. Desarrollo físico	13
1.2.1.2. Desarrollo cognoscitivo	15
1.2.1.3. Desarrollo psicológico	18
1.2.1.4. Desarrollo social.....	20
1.2.1.5. Desarrollo emocional	22
1.2.1.6. Factores de riesgo en la adolescencia.....	24
1.2.2. Depresión.....	27
1.2.2.1. Tratamiento	29
1.2.3. Depresión en la adolescencia.....	30
1.2.3.1. Sintomatología	31
1.2.3.2. Factores desencadenantes.....	34
1.2.3.3. Tratamiento	36
1.2.4. La familia y la depresión en la adolescencia	38
1.2.5. Relación madre-hija y la depresión en la adolescencia	40

1.2.6. Rivalidad entre hermanas y la depresión en la adolescencia.....	42
1.2.7. Terapia narrativa.....	45
1.2.7.1. El lenguaje de la terapia narrativa.....	46
1.2.7.2. Historia dominante vs. Historia alternativa.....	47
1.2.7.3. Beneficios de la terapia narrativa en el tratamiento de depresión.....	49
1.2.8. Técnicas narrativas	50
1.2.8.1. Externalización.....	50
1.2.8.1.1. Bautizar el problema	52
1.2.8.1.2. Lenguaje externalizador	53
1.2.8.2. Preguntas de influencia relativa	54
1.2.8.3. Documentos terapéuticos	55
1.2.8.4. Uso de testigos externos.....	56
1.2.9. Terapia relacional	57
1.2.10. Terapia en línea.....	58
2. Evaluación diagnóstica del problema.....	60
2.1. Descripción del escenario y participantes	60
2.1.1. Motivo de consulta	62
2.1.2. Datos generales.....	63
2.1.3. Descripción del paciente.....	63
2.1.4. Conceptualización del caso	65
2.1.5. Objetivo General	66
2.1.6. Objetivos Específicos	66
2.1.7. Definición de términos	66

2.2. Instrumentos, técnicas y estrategias utilizadas	67
2.2.1. Instrumentos utilizados.....	67
2.2.2. Técnicas implementadas.....	67
2.2.3. Evaluación del proceso	68
2.3. Procedimiento.....	69
2.3.1. Descripción de las sesiones de la fase de evaluación diagnóstico.....	70
2.4. Informe de resultados de la evaluación diagnóstica.....	82
3. Programa de intervención	84
3.1. Introducción	84
3.2. Objetivos del programa de intervención	85
3.2.1. Objetivos específicos.....	85
3.3. Programa de intervención.....	85
3.3.1. Diseño de intervención	85
3.3.2. Fases de intervención	86
3.3.3. Diseño de Psicoterapia	88
4. Resultados para la intervención	93
4.1. Evaluación del proceso.....	93
4.1.1. Resultados de la aplicación de instrumentos	94
4.1.2. Historia clínica.....	96
4.1.3 Instrumentos aplicados	100
4.2. Sesiones de psicoterapia.....	100
5. Discusión y conclusiones.....	128
5.1. Relación intervención- cambios observados	128

5.2. Comparación cambios observados-literatura sustento	130
5.3. Conclusiones	133
5.4. Limitaciones	136
5.5. Sugerencias.....	137
Referencias.....	138
Apéndices	150
Apéndice 1. Test de la persona bajo la lluvia.....	150
Apéndice 2. Sr. Tristezas	150
Apéndice 3. Depresión de la mamá.....	151
Apéndice 4. La vida sin sr. Tristezas.....	151
Apéndice 5. Primera autoevaluación.....	152
Apéndice 6. Carta de la mamá.....	152
Apéndice 7. Carta del novio.....	153
Apéndice 8. Sr. Tristezas actual	153
Apéndice 9. Carta al Sr. Tristezas.....	154
Apéndice 10. Autoevaluación final.....	155

Lista de tablas

Tabla 1. Programa de intervención87

Tabla 2. Diseño de psicoterapia empleado.....89

Lista de figuras

Figura 1. Familiograma.....62

Figura 2. Sr. Tristezas (14 de octubre de 2019).....94

Figura 3. Sr. Tristezas (6 de junio de 2020).....94

Resumen

En el presente estudio se exhibe el caso de una adolescente de 17 años con depresión, para el cual se diseñó, implementó y evaluó un programa de intervención utilizando técnicas narrativas y sesiones relacionales madre-hija. Con el objetivo de analizar la efectividad del uso de técnicas narrativas, especialmente la externalización y las conversaciones con lenguaje metafórico para el control de la sintomatología depresiva que presenta la adolescente. Se utilizó una metodología de estudio de caso clínico único, el cual contó con 28 sesiones divididas en cuatro fases, para el diagnóstico se emplearon cinco sesiones, la intervención constó de dieciocho sesiones efectuadas y una falta, la evaluación de tres sesiones y una sesión de cierre. La intervención obtuvo resultados positivos, especialmente en sus relatos, ya que al inicio de la intervención estos se encontraban saturados del problema y a partir de la intervención se logró construir historias alternativas que favorecieron el cambio de perspectiva de la adolescente, y así mismo hubo una disminución en los episodios depresivos, y un mejor control de estos, de igual manera, con las sesiones relacionales se fomentó una mejor relación madre-hija lo que ayudó a que la adolescente tuviera una mayor autonomía.

Palabras clave: *depresión, técnicas Narrativas, externalización, sesiones relacionales, adolescencia.*

1. Introducción

La adolescencia es una etapa de transición entre la niñez y la adultez, que se caracteriza por la presencia de grandes cambios biológicos, psicológicos y sociales; lo cual supone la adaptación a todos estos nuevos cambios y el establecimiento de una identidad individual, sexual y social, por medio de las relaciones con los pares y los adultos que los rodean (Alzuri, Hernández y Calzada, 2017).

Cuando los adolescentes cuentan con el apoyo y una buena guía de los adultos significativos, se logran desarrollar de maneras inconcebibles, hasta convertirse en miembros plenos de sus familias y comunidades y dispuestos a contribuir; sin ese apoyo, se convierten en seres mucho más vulnerables (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF, 2002), lo que los podría llevar a diversos problemas o situaciones de riesgo, entre las que podrían encontrarse la depresión.

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas; e incluso puede convertirse en un problema de salud muy serio, en especial cuando es de larga duración y de intensidad moderada o grave, esta enfermedad puede causar un gran sufrimiento y alteración en las actividades laborales, escolares y familiares, llevando en el peor de los casos incluso al suicidio (Organización Mundial de la Salud, OMS 2020).

De acuerdo con la Academia Nacional de Medicina (2016) uno de cada cinco adolescentes aproximadamente, podría experimentar un cuadro depresivo antes de cumplir la mayoría edad. La depresión en adolescentes tiene una amplia sintomatología, que abarca aspectos emocionales, físicos, cognitivos y somáticos.

Se ha observado que durante la adolescencia el estrés de la vida puede provocar la aparición y el desarrollo de síntomas depresivos. Estos provienen de condiciones familiares, personales y económicas, que han modificado las actividades normales de las personas (Veytia, González, Andrade y Oudhof, 2012).

Entre la sintomatología destacan el estado de ánimo depresivo, la anhedonia, la falta de interés y de disfrute, la energía disminuida, la falta de concentración y memoria, el sentimiento de culpa, el pesimismo, la baja autoestima, las ideas suicidas, las alteraciones del sueño, dolor, fatiga y disminución de peso (Academia Nacional de Medicina, 2016).

Los adolescentes diagnosticados con depresión se ven afectados por los diversos contextos en los que se desarrolla como lo son el familiar, el escolar y laboral, de igual manera, estos diversos contextos intervienen en la construcción de su propia identidad (Cartes, 2014).

El tratamiento para la depresión en niños y adolescentes se compone principalmente por un tratamiento farmacológico e intervenciones psicoterapéuticas, las cuales incluyen gran variedad de técnicas de diversas bases teóricas, actividades y tareas, duración y frecuencia del tratamiento, así mismo pueden ser de manera individual, familiar o grupal (Guías de práctica clínica, 2018).

Con esta intervención se pretende analizar la efectividad de las técnicas narrativas como tratamiento psicoterapéutico en un caso de depresión en la adolescencia. Las sesiones fueron en su mayoría en modalidad individual, sin embargo, se emplearon sesiones relacionales con la madre al inicio de la intervención. Para la intervención principalmente se utilizó un lenguaje metafórico durante las sesiones y se empleó la técnica de externalización, para separar a la adolescente de la depresión.

Desde el inicio del tratamiento, las técnicas narrativas buscan ayudar a la persona a recuperar la convicción de que tiene el control de su vida, o por lo menos reducir la idea de que no puede controlarla; y por esta razón la externalización es una técnica efectiva, ya que el “ponerle nombre” a su problema le permite a la persona recuperar un poco de control; ya que a lo largo del tiempo los problemas han logrado dominar a las personas que acuden a terapia y el bautizarlo puede darles ánimo (Payne, 2002).

Para esta intervención se utilizarán técnicas narrativas, debido a que a la adolescente se le facilita más hablar con lenguaje metafórico al expresar su sentir sobre el momento que está viviendo y desde el inicio se pudo observar que era parte de su lenguaje. De igual manera, se utiliza este enfoque ya que se considera que nadie conoce mejor su propia historia que la misma adolescente, y con ayuda de las técnicas narrativas solo se busca darle una connotación más positiva a su narrativa.

Investigaciones en narrativas demuestran la presencia de déficits en el lenguaje de pacientes deprimidos, los cuales suelen utilizar palabras con una connotación más negativa, lo que provoca una construcción de su realidad y de su yo repletos con significados negativos, es por eso que es importante para el tratamiento tomar en cuenta las características de las narraciones de personas con síntomas depresivos (Arias, 2019).

La metáfora en la terapia es un método que nos ayuda a crear una conversación externalizante, y es base de la Terapia Narrativa; crear metáforas durante el proceso le permite a la persona separarse del problema, lo que nos permite explorar la influencia que tiene este sobre ella y viceversa; también permite darse cuenta los contenidos relatados tanto en la historia saturada del problema, como en los acontecimientos extraordinarios (Campillo, 2013).

1.1. Planteamiento del Problema y Justificación

1.1.1. Planteamiento del problema.

El presente trabajo reporta el diseño, implementación y evaluación de un programa de intervención que se realizó en un centro de atención psicológica pública de la ciudad de Mérida, Yucatán que atiende a niños, adolescentes y adultos.

La intervención fue con una adolescente con depresión que al inicio del tratamiento tenía 16 años y cursaba el segundo año de preparatoria, en un COBAY, sin embargo, debido a la depresión decidió abandonar la escuela, actualmente tiene 17 años. Su familia tiene una estructura nuclear y está compuesta por ambos padres de 46 años y dos hermanas mayores a ella, una de 24 años y la otra de 19 años, la cual presenta epilepsia. La dinámica familiar, es un tanto conflictiva, especialmente entre las hermanas.

La adolescencia es una etapa de vida donde se da la preparación para la adultez, en donde ocurren diversas experiencias de desarrollo de mucha importancia, así mismo, es un periodo en donde puede haber riesgos considerables, y el contexto social puede tener una influencia determinante (OMS, 2020).

Es común que las personas experimentemos tristeza en ciertas ocasiones, especialmente ante acontecimiento inesperados de la vida, sin embargo, en ocasiones esos sentimientos son tan fuertes que continúan por un largo tiempo y se acompañan de otros síntomas que causan malestar y dificultad para llevar una vida cotidiana funcional, provocando dolor no solo a quien lo padece, sino también a los que los rodean, como es el caso de la depresión (Guías de Práctica Clínica en el SNS, 2014).

La depresión, que es un trastorno del estado de ánimo compuesto por un conjunto de síntomas, principalmente de tipo afectivo, especialmente, la tristeza patológica, la desesperanza, la apatía, la anhedonia, la irritabilidad, la sensación subjetiva de malestar; los cuales están acompañados de síntomas cognitivos y físicos. Con lo anterior, queda a la vista que se trata de una afectación global del funcionamiento de la persona, con un especial énfasis el área afectiva (Guías de práctica clínica, 2018).

En la adolescencia la depresión se presenta con diversos aspectos, en ocasiones se da con expresiones comportamentales impactantes como crisis de llanto, desesperación, rabia; en otros momentos con actitudes inhibidas como lo son el cierre relacional, el mutismo y el retiro de las alteraciones emocionales; y otras veces, puede estar oculta en trastornos psicósomáticos o por conductas de riesgo, es decir, una tóxica dependencia, la búsqueda del peligro e incluso llegando al suicidio (Nardi, 2004).

Principalmente los adolescentes que presentan depresión de larga duración han experimentado sucesos estresantes durante su vida relacionados principalmente con problemas familiares, ya que cuando son problemas con sus pares los síntomas son de corta duración (Veytia, González, Andrade y Oudhof, 2012).

Tradicionalmente, el problema de la depresión se entiende a través de un enfoque moderno que prioriza el concepto terapeuta-paciente y una serie de prácticas que se han establecido en el contexto de la atención pública. A raíz de este fenómeno, los terapeutas comenzaron a interesarse en comprender cómo los adolescentes narran sus historias para luego entender y analizar su narrativa y su influencia en la construcción de su identidad, así como los efectos y significado en el espacio terapéutico (Cartes, 2014).

1.1.2. Justificación.

Las tasas de depresión en la adolescencia se han incrementado entre los 13 y 18 años, por lo que se estima que la incidencia para este grupo de edad es muy similar a la de los adultos; no obstante, a pesar de la manifestación temprana de síntomas, es muy bajo el porcentaje de adolescentes que recibe la atención temprana. Es por esto por lo que la adolescencia es catalogada como un período crítico, que debe recibir especial atención, especialmente debido a que un episodio depresivo previo no reconocido, y si no se cuenta con un tratamiento oportuno puede desencadenar consecuencias fatales, como lo es el suicidio, el cual es la tercera causa de muerte entre la población joven de entre los 15 a 25 años (Academia Nacional de Medicina, 2016).

La Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) señaló que, de cada cien mexicanos, quince padecen depresión y la cifra puede incrementar ya que algunas personas jamás son diagnosticadas y pueden vivir hasta 15 años sin saberlo y por consiguiente sin recibir un tratamiento oportuno (Milenio Digital, 2019).

De acuerdo con Silvia Morales Chainé, coordinadora de los Centros de Formación y Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la UNAM, la depresión se ha convertido en un problema de salud realmente serio y significativo, se estima que en México uno de cada cuatro adolescentes se encuentra en riesgo de padecer depresión o ya ha tenido trastornos psicológicos por consumo de sustancias psicoactivas (Delgado, 2019). Cabe destacar que casi seis millones de niños y adolescentes de entre 12 y 22 años han presentado y/o manifestado sintomatología depresiva principalmente por medio de irritabilidad y violencia (Milenio Digital, 2019).

De acuerdo con la OMS (2020) a nivel mundial es notable el aumento de depresión y otros trastornos mentales, sin embargo, a pesar de que existen tratamientos eficaces para la depresión, más del 50% de los afectados a nivel mundial no reciben estos tratamientos. Cada cinco personas tardan entre cuatro y 20 años en tomar una terapia para atenderlo (Delgado, 2019).

La falta de recursos y de personal sanitario capacitados, así como la estigmatización de los trastornos mentales y la evaluación clínica inexacta o errónea son los principales obstáculos para una atención eficaz. A menudo, las personas con depresión no son correctamente diagnosticadas, mientras que otras que en realidad no la padecen son diagnosticadas erróneamente y tratadas con antidepresivos. En una resolución de la Asamblea Mundial de la Salud adoptada en mayo de 2013 se abogó por una respuesta integral y coordinada de los países al problema de los trastornos mentales (OMS, 2020).

Existen diferentes modelos de psicoterapia para el tratamiento de la depresión que varían según su fundamentación teórica y las técnicas, las más utilizadas son la terapia cognitivo-conductual, la activación conductual, la terapia de solución de problemas, el counselling, la terapia interpersonal, la terapia psicodinámica breve y el entrenamiento en habilidades sociales (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto, 2014).

En cuanto al trabajo con niños y adolescentes, comúnmente, se usan la terapia cognitivo-conductual, la terapia interpersonal, la terapia psicodinámica individual y la terapia familiar, cada una se diferencia por su base teórica, el tipo e implementación de actividades, la duración y frecuencia del tratamiento o implicación de terceras personas en la terapia (Guías de práctica clínica, 2018).

Como se puede apreciar se utilizan más las intervenciones que se centran en modificar las conductas disfuncionales y desadaptativas, son métodos más psicoeducativos que buscan que el paciente aprenda a reconocer sus patrones de pensamiento negativo distorsionados y reevaluarlos. En este caso dado la naturalidad de la paciente para hablar y expresarse de manera metafórica se utilizaron técnicas narrativas como tratamiento psicoterapéutico, especialmente la técnica de externalización, así como sesiones relacionales para fomentar una relación madre-hija más saludable, lo que ayudará a la adolescente a tener mayor control de su vida y autonomía.

1.1.3. Propósito general del trabajo terminal.

Describir el proceso psicoterapéutico realizado con una adolescente de diecisiete años de la ciudad de Mérida, Yucatán con depresión, con el propósito de evaluar la eficacia de las técnicas narrativas para el tratamiento.

1.1.3.1. Objetivos específicos:

- Diseñar un programa de intervención para el tratamiento de depresión con técnicas narrativas y sesiones relacionales.
- Implementar el proceso psicoterapéutico a una adolescente de diecisiete años con depresión.
- Analizar la utilidad de las técnicas implementadas en el proceso psicoterapéutico.
- Evaluar si hubo disminución y/o control de la sintomatología depresiva de la adolescente, a partir de la implementación.

1.2. Marco Teórico Referencial

Este apartado presenta los conceptos y teorías que son base de la intervención. Se inicia con la definición de la etapa de desarrollo en la que se encuentra el sujeto de estudio, es decir, la adolescencia. Después se conceptualiza la depresión, la cual, es el punto en el que gira la intervención, se mencionan principalmente la definición, causas, criterios y tratamiento de esta. Así mismo se aterrizará el problema a la etapa de desarrollo de la participante, es decir la depresión en la adolescencia. Por último, se aborda las técnicas que guían la intervención, las cuales pertenecen a la Terapia Narrativa y la terapia relacional.

1.2.1. La adolescencia.

La OMS (2020) define la adolescencia como la etapa de crecimiento y desarrollo humano que ocurre entre niñez y la edad adulta, es decir, entre los 10 y los 19 años; la pubertad inicia la adolescencia, la cual, es catalogada como uno de los periodos de transición más importantes de la vida, y se caracteriza por un acelerado ritmo de crecimiento y cambios, los cuales están condicionados por varios procesos biológicos.

Durante la pubertad ocurren únicamente cambios biológicos, mientras que en la adolescencia ocurre un crecimiento y desarrollo físico y psicosocial; siendo una etapa con características y necesidades propias. Hablando físicamente, es el periodo más sano de la vida, sin embargo, los adolescentes están expuesto a demasiados riesgos y una gran variedad de problemas de salud, por lo que los profesionales de la salud deben conocer el desarrollo puberal y psicosocial, las variaciones dentro de la normalidad, necesidades en salud y formas de enfermar, y estimular la resiliencia o factores protectores y evitar los factores de riesgo para la salud (Güemes-Hidalgo, Ceñal e Hidalgo, 2017).

La adolescencia es un constructo social, incluso el concepto como tal no existía en las sociedades preindustriales, fue apenas en el siglo XX que la adolescencia fue definida como un periodo específico de la vida en el mundo occidental. Actualmente, se ha transformado en un fenómeno global, sin embargo, varía de acuerdo con las diferentes culturas, lo que es un hecho es que a nivel mundial el inicio de la adultez requiere de más tiempo y es menos clara que en el pasado. Por un lado, la pubertad comienza más temprano que antes y el ingreso a una vocación más tarde, y demanda periodos más largos de educación o entrenamiento vocacional como preparación para las responsabilidades adultas, al igual que el matrimonio (Papalia, Wendkos Olds y Duskin Feldman, 2010).

El término adolescente proviene del latín “adolecere” que significa crecer o madurar, y de acuerdo con cómo transcurra, se define la calidad de vida de las etapas siguientes del ciclo vital y el nivel de desarrollo del potencial humano. Es una etapa de gran vulnerabilidad física, psicológica y social, e influyen factores biológicos, psicológicos, culturales, socioeconómicos, políticos, étnicos y raciales; así como conductas que pueden tener repercusiones graves para su vida presente y futura (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2012).

Actualmente la adolescencia tiene una duración mayor a como la conocíamos anteriormente, ahora comprende un periodo de tiempo impreciso, debido a que tiene un comienzo más precoz de la pubertad y el tiempo de formación escolar y profesional se ha prolongado. Los adolescentes son un grupo poblacional de mucha importancia desde la perspectiva de salud pública, debido a que son una gran parte de la población, es cuando de inicio la capacidad reproductora y el poder adquisitivo, y principalmente porque su estado de salud, su comportamiento y sus hábitos actuales tendrán una gran repercusión en su estilo de vida y su salud futura (Güemes-Hidalgo, Ceñal e Hidalgo, 2017).

Con sus caminos inclinados e indefinidos, la adolescencia puede ser agotadora y confusa, pero a su vez ser revitalizadora y apasionante. Es sin duda, el inicio de una búsqueda de la identidad y de una vía para darle un sentido a la vida y encontrar su lugar en el mundo. A la vez que luchan con cambios físicos y emocionales, los adolescentes de hoy deben también hacer frente a fuerzas externas sobre las que carecen prácticamente de control. Al ver cómo su mundo va perdiendo seguridad, coherencia y estructuras, los adolescentes se ven abocados con demasiada frecuencia a hacer elecciones difíciles, casi siempre sin nadie que los ayude (UNICEF, 2002).

La adolescencia es una etapa con intensos cambios físicos, psíquicos y sociales, los cuales es de mucha importancia comprender y conocer para poder diferenciar entre un desarrollo normal y de las anomalías en el crecimiento y desarrollo puberales. Así como todo, con el paso del tiempo las condiciones culturales y sociales han ido cambiando a gran velocidad en los últimos años, lo que dificulta en gran medida la expresión de estos rasgos seleccionados, lo que provoca en los adolescentes un alto grado de estrés durante esta fase del ciclo vital, lo que se traduce en una gran diversidad de patologías que son típica de este período de la vida (Casas y Ceñal, 2005).

Los adolescentes están expuestos a muchos riesgos como lo son los accidentes, la violencia, la delincuencia, el uso y consumo de drogas, las conductas sexuales arriesgadas, los embarazos, los problemas familiares y escolares, las tecnologías de la información, así como a trastornos mentales, entre otros, la mayoría de estas son prevenibles por lo que hay que estar atentos de todos los cambios que se producen durante esta época, en todos los niveles físicos, psicológicos, emocionales y sociales, ya que suelen ser muy intensos (Güemes-Hidalgo, Ceñal e Hidalgo, 2017).

1.2.1.1. Desarrollo físico.

Entre los cambios físicos que caracterizan este periodo se encuentra la adquisición de la capacidad reproductora, el desarrollo de las características sexuales secundarias, el desarrollo de los sistemas biológicos generales, cardiovascular, respiratorio y muscular, así como un acelerado aumento de estatura y peso (Valero, Pérez y Delgado, 2011).

La pubertad aparece como el primer signo de transformación adolescente. A partir de este período, las hormonas han cambiado, lo que a su vez conduce al desarrollo de características secundarias. Dimorfismo sexual, aumento de la longitud corporal, cambios en la composición corporal (Iglesias, 2013).

El desarrollo de la pubertad está regulado por una variedad de factores neuroendocrinos y hormonas que interfieren con el eje hipotalámico-pituitario-gónadas. Durante la adolescencia, con el desarrollo de las gónadas, los órganos reproductivos y las características sexuales secundarias, los cambios en el crecimiento, la composición corporal y la madurez sexual se acelerarán y desacelerarán, y las mujeres serán más precoces que los hombres (Hidalgo y Ceñal, 2014).

Durante la adolescencia se producen una serie de cambios físicos, desde el desarrollo físico hasta cambios neuroendocrinos, estos cambios desencadenan modificaciones físicas que eventualmente conducirán a la consolidación de los adultos y promoverán la aparición de características sexuales secundarias en hombres y mujeres. En mujeres. El desempeño de la reproducción y la capacidad reproductiva aparece primero en la menstruación y la primera secreción de semen en los hombres. Estos cambios fueron acompañados por el desarrollo de la libido y el deseo sexual, cuya intensidad aún se desconocía hasta entonces (Lillo, 2004).

Desde el punto de vista físico, la adolescencia es la etapa más sana del ciclo vital, Los cambios fisiológicos más relevantes son: el desarrollo de características secundarias, la maduración completa de las gónadas y glándulas suprarrenales, y la adquisición de picos óseos, grasos y musculares (Hidalgo y Ceñal, 2014).

No solo ocurre el cambio en la estatura y la figura, si no que a la par inicia la aparición del vello corporal, púbico y axilar, así como el acné. Particularmente en el caso de las mujeres se da la primera menstruación y comienza el desarrollo de los senos, así como en los hombres se desarrollan los testículos (Departamento de Educación de los Estados Unidos, 2017).

Generalmente, los primeros signos externos del inicio de la adolescencia en las mujeres suelen ser el tejido de los senos, sus pezones crecen y sobresalen, las areolas se agrandan y los senos adoptan primero una forma cónica y luego una redondeada, mientras que en los varones el tamaño de los testículos aumenta en los niños, algunos varones también presentan un crecimiento temporal del tejido mamario, lo que suele preocuparlos, sin embargo es parte de un desarrollo normal que puede durar hasta 18 meses. En ambos casos aparece el vello púbico, al principio es lacio y sedoso, pero con el paso del tiempo se torna grueso, oscuro y rizado, a la mayoría de los varones les entusiasma mientras que a la mayoría de las mujeres no. La voz se hace más profunda, especialmente en varones por el crecimiento de la laringe y la producción de testosterona (Papalia, Wendkos Olds y Duskin Feldman, 2010).

Con estos cambios físicos empieza la preocupación en los adolescentes sobre su apariencia y aspecto. No hay que olvidar que el cuerpo no se desarrolla de manera global al mismo tiempo ni con la misma rapidez, por lo que la coordinación puede sufrir alteraciones lo que significa periodos de torpeza (Departamento de Educación de los Estados Unidos, 2017).

1.2.1.2. Desarrollo cognoscitivo.

El progreso en cuanto a la manera de pensar, razonar y aprender durante las primeras fases de la adolescencia es realmente significativo. Los adolescentes son capaces de pensar sobre ideas sin la necesidad de verlos o de que sean tangibles, de igual manera, comienzan a razonar los problemas y anticipar las consecuencias, considerar varios puntos de vista, y a reflexionar. Una de las consecuencias más importantes de este cambio de mentalidad es la formación de la identidad, ya que empiezan a pensar en quienes son y quienes quieren llegar a ser, por lo que van cambiando de una forma de ser a otra con frecuencia, lo que es necesaria para un buen ajuste psicológico. La capacidad de pensar como personas adultas sin tener la experiencia previa induce que el comportamiento de los adolescentes no siempre encaje con sus ideales (Departamento de Educación de los Estados Unidos, 2017).

Los adolescentes piensan y hablan de manera distinta a como lo hacían en la infancia, su velocidad de procesamiento continúa aumentando. A pesar de que en algunos sentidos su pensamiento aún es inmaduro, muchos adolescentes tienen la capacidad de usar el razonamiento abstracto y elaborar juicios morales complejos, así mismo pueden elaborar planes futuro más realistas (Papalia, Wendkos Olds y Duskin Feldman, 2010).

Durante la adolescencia, hay una transición gradual hacia un pensamiento más objetivo y racional. Los adolescentes están adquiriendo una mayor capacidad de generalización y una mayor capacidad de abstracción, de igual manera, aprenden el concepto de tiempo y hay mayor interés por temas que no tienen impacto personal directo, así mismo inicia el pensamiento abstracto y el desarrollo de teorías. Puede razonar con hipótesis y deducciones y sacar conclusiones basándose únicamente en su propio razonamiento (Ruiz, 2013).

En el mundo del pensamiento, el adolescente pasa de la realidad concreta inmediata a los conceptos abstractos; pasan de tener un pensamiento concreto, pensando en cosas que sabe o cosas en contacto directo con él, a pensar de manera abstracta, es decir, que puede imaginar cosas que nunca ha visto o experimentado (Gaete, 2015). Alrededor de los 14 años se da un avance en el razonamiento el cual está relacionado con el descubrimiento de ideas generales, y con el descubrimiento de las conexiones lógicas que unen estas ideas. También es posible pasar de la simple verificación a la prueba teórica. El razonamiento es una necesidad importante para el adolescente (Ruiz, 2013).

A través de un proceso gradual, el adolescente alcanza un pensamiento operacional formal, que le permite obtener habilidades de razonamiento más avanzadas. Esto incluye la capacidad de pensar en todas las posibilidades y el razonamiento deductivo hipotético, lo que le permite explorar de manera sistemática y lógica varias opciones para resolver mejor los problemas. Así mismo, le permite comprender y construir teorías, participar en la sociedad y adoptar una actitud analítica hacia la ideología de los adultos, que suele ir acompañada de cambiar la sociedad, e incluso destruirla cuando es necesario, para construir una mejor. De igual manera, el pensamiento operacional formal también le permite analizar su pensamiento y participar en matemáticas más avanzadas (Gaete, 2015).

El pensamiento de los adolescentes es irracional e infantil, hasta los 12 años empieza el desarrollo cognitivo con capacidad de pensar en abstracto y con proyección de futuro con un creciente autointerés, característico de la madurez, sin embargo, aún está presente la fantasía por lo que se establecen objetivos vocacionales irreales o ideales; ya para los 15-16 se da el desarrollo moral, es decir, la capacidad de saber lo que está bien y mal (Güemes-Hidalgo, Ceñal e Hidalgo, 2017).

En la mitad de la adolescencia, la inteligencia y creatividad de los adolescentes aumenta, mientras que sus deseos idealistas comienzan a disminuir, así mismo comienzan a notar sus limitaciones, por lo que pueden sentirse inferiores, frustrados, con baja autoestima e incluso pueden presentar sintomatología de depresión. Al final de la adolescencia, el pensamiento ya es completamente abstracto, por lo que se establecen metas profesionales prácticas y realistas en las proyecciones futuras. De igual manera, se delimitan los valores morales, religiosos y sexuales, así mismo se establece la capacidad para comprometerse y establecer límites (Güemes-Hidalgo, Ceñal e Hidalgo, 2017).

El juicio y la discusión por parte de los adolescentes, no siempre es expresado debido a que el miedo lo previene, sin embargo, internamente se opondrá a lo que se inyecta desde afuera, ya que lo critica todo, lo que representa una oportunidad para conocerse a sí mismo y medirse con las cosas que le rodean. El descubrimiento de hechos no depende del grado de certeza de los adultos, sino de la correspondencia con los estándares internos (Ruiz, 2013).

Esta nueva capacidad les permite disfrutar de la discusión de ideas al interesarse en temas idealistas y solo por el placer de la discusión, disfrutando así de la capacidad cognitiva. Aunque sus aplicaciones son variables, pueden percibir el significado futuro de sus acciones y decisiones (Casas y Ceñal, 2005).

Para ayudar a los adolescentes a tener un desarrollo cognitivo positivo y sano se les debe motivar a expresar sus ideas y pensamientos, animarlos a tener un pensamiento más independiente, a que desarrolle sus propias ideas y a fijarse sus propias metas, buscando retarlo a pensar en su futuro y ayudarlo a evaluar las decisiones que no han sido muy buenas y felicitarlo cuando sí lo son (Stanford Children's Health, 2020).

1.2.1.3. Desarrollo psicológico.

La adolescencia es un período fundamental del desarrollo psicológico, ya que es la etapa donde se forma la personalidad, se consolida la autoconciencia, se fortalece la identidad sexual y se forma el sistema de valores. Es un período de búsqueda, oposición, rebelión y extremismo; es la edad de lo ideal, de ver todo claro y de la nada caer en un caos mental absoluto, de violar las normas y de ir en contra de todo y de todo. Los objetivos a alcanzar durante la adolescencia son adaptarse a los cambios físicos, afrontar el desarrollo sexual y los impulsos psicosexuales, establecer y reafirmar un sentido de identidad, integrar la personalidad, ser independiente y emanciparse de la familia y adquirir un sistema de valores (Ruiz, 2013).

La tarea central de la adolescencia es la búsqueda de la identidad, es decir, encontrar un sentido coherente y estable de quién es, es decir, lo que lo diferencia de los demás. El logro de una identidad personal involucra la aceptación de su cuerpo y personalidad, el conocimiento objetivo, la identidad sexual, profesional y moral, y que defina una filosofía de vida. Para ello, es importante que los adolescentes diferencien entre quiénes son realmente y quiénes quieren ser, y que sean responsables de su potencial y limitaciones. En la búsqueda de la identidad los adolescentes pueden tener diversos comportamientos, estilos y grupos de pares, esto puede implicar cierto grado de rebeldía ante la imagen familiar (Muuss, 1996, citado en Gaete, 2015).

El desarrollo de la identidad es un segundo nacimiento, porque se alcanza un nivel superior de autoconciencia, lo que impulsa a la autoestima a un nuevo nivel. La crisis de la adolescencia también se considera una crisis psicológica, ya que expresa la contradicción entre el potencial psicológico creciente del adolescente, de las cuales va siendo cada vez más consciente, y las posibilidades reales para su realización (Medina, 2006).

Una de las tareas a las que se enfrentan los adolescentes es el definir una nueva identidad, la cual se logra por medio de un proceso a largo plazo de cambios psicológicos y emocionales, los cuales suelen ser muy contradictorios, ya que a la hora de buscar ideales y su identidad, todo adolescente debe elegir entre varios modelos, estilos y formas de vida que desee. Esta es una de las razones por las que tiene o tendrá que invertir mucha energía para encontrar e imitar la vestimenta, el pensamiento o el comportamiento de la persona que desea imitar. Los adolescentes deben ir probando y probando entre diferentes modelos de personalidad; e incluso a veces, los modelos se pueden invertir (Nuevas Tecnologías, 2013).

Al adolescente se le imponen grandes exigencias de comportamiento y casi no tiene oportunidad de organizarse, incluso a veces no está preparado para la libertad que desea, debido a que aspira a una libertad sin responsabilidad. Las necesidades de independencia y confianza son expresiones de la crisis y son signo de inseguridad, una forma de buscar apoyo y comunicación con las personas que lo rodean (Medina, 2006).

Los cambios psicológicos de los adolescentes incluyen conductas egocéntricas, impulsivas y de riesgo; el inicio del pensamiento formal, en el que las teorías parten de argumentos que justifican sus puntos de vista; el surgimiento de sus propios intereses; el apoyo grupal y la identificación con los demás; la redefinición de la imagen corporal; el fin del proceso de personalización; y el desarrollo de su escala de valores. Estos cambios no pueden separarse del resto de estos, ya que conforman un cúmulo de interacciones recíprocas en donde cada uno de los elementos afecta a los demás. Cada uno de estos cambios ayudará a alcanzar la madurez, la individualidad y una identidad coherente, que marcará el final de la adolescencia (Méndez, 2009).

1.2.1.4. Desarrollo social.

De igual manera, cambia el estatus social de los adolescentes. Aunque la etapa no está bien definida como la infancia, ya que varía de acuerdo con los diferentes antecedentes culturales. Este nuevo periodo social es efímero y no tan claro como otros. Estos cambios han llevado a la clasificación de los adolescentes desde la perspectiva de la sociedad y la antropología como jóvenes, obteniendo así un nuevo estatus social. (Lillo, 2004).

Las mujeres experimentan cambios sociales, psicológicos y emocionales uno o dos años antes que los hombres. Cabe recordar que, hacia la adolescencia, la base del desarrollo ya está establecida, por lo que los patrones de vinculares que se adquirieron en sus vivencias de la primera infancia los guiarán a encontrar otros referentes vinculares y emocionales (Güemes-Hidalgo, Ceñal e Hidalgo, 2017).

Las diferencias de tiempo entre unos y otros puede preocupar al adolescente, los que tardan más, principalmente son los varones, y suelen sentirse inferiores ante sus compañeros por lo que dejan de participar en actividades físicas; por otro lado, las chicas que se desarrollan primero suelen sentirse emocionalmente estresadas y mal preparadas. Independientemente de su velocidad de desarrollo la mayoría de los adolescentes tiene una distorsionada visión sobre sí mismos y por lo que necesitan que se les compruebe que las diferencias son completamente normales (Departamento de Educación de los Estados Unidos, 2017).

Entre los objetivos psicosociales de la adolescencia se encuentran ganar la independencia de los padres, comprender y aceptar su imagen corporal, establecer relaciones con amigos y parejas, y establecer su identidad sexual, ocupacional, moral y del yo, es necesario alcanzar estos objetivos para lograr incorporarse a la vida adulta (Hidalgo y Ceñal, 2014).

Al inicio de la adolescencia, se dificulta la relación con los padres, ya que existe mayor recelo y confrontación; posteriormente estos conflictos llegan a su punto más alto y empiezan a disminuir, dando a paso a una mayor integración, independencia y madurez, y poco a poco se regresa a los valores familiares. Por otro lado, es vital para el desarrollo de aptitudes sociales la integración al grupo de pares, ya que al inicio de la adolescencia la amistad se torna en lo más importante y el apego que tenía a los padres se ve desplazado (Iglesias, 2013).

En esta etapa las relaciones interpersonales son extremadamente emocionales e inician las relaciones con el sexo opuesto. En plena adolescencia, estas relaciones se tornan muy tensas, y nacen pandillas, clubes, deportes y grupos de amigos donde se comparten gustos musicales y otros gustos en común de identidad como los piercings, tatuajes, moda, y conductas de riesgo; ya para el final de la adolescencia la relación con los amigos se debilita, enfocándose en pocas personas y/o relaciones estables (Iglesias, 2013).

El comportamiento y el desarrollo psicosocial de los adolescentes son en general normales, teniendo en cuenta que la situación normal en una etapa puede ser diferente a la situación en otra etapa; por lo tanto, el adolescente en la etapa final de esta debe ser independiente de sus padres y amigos sin dificultad. La evaluación del joven se realizará comprobando su familia, colegio, relación con los amigos y si ha logrado sus objetivos con el apoyo del entorno (Güemes-Hidalgo, Ceñal e Hidalgo, 2017).

Hoy en día los adolescentes necesitan más tiempo para completar sus estudios, lo que retrasa su integración a un trabajo estable y, por tanto, retrasa su independencia y aceptación de los roles típicos del adulto. Una vez que establezcan su identidad personal, ganarán una buena disposición para la intimidad y el compromiso con su pareja y su carrera. (Gaete, 2015).

1.2.1.5. Desarrollo emocional.

La adolescencia se caracteriza también por el desarrollo emocional, es decir, la capacidad de manejar o autorregular las emociones, de igual manera amplían el ámbito de los sentimientos, con una nueva capacidad para examinar los sentimientos de los demás. Así mismo se da una labilidad emocional con rápidas y amplias fluctuaciones del ánimo y de la conducta, una tendencia a magnificar la situación personal, la falta de control de impulsos, y necesidad de gratificación inmediata y de privacidad (Gaete, 2015)

Es un periodo de gran riqueza emocional, el humor es variable y suelen sentir un vacío emocional (Iglesias, 2013), que puede causar problemas de comportamiento. No hay duda, que la adolescencia se caracteriza por que durante ese periodo se da un desarrollo emocional progresivo, donde se puede presentar una inestabilidad emocional, y por la formación gradual de la identidad (Güemes-Hidalgo, Ceñal e Hidalgo, 2017).

Durante esta etapa el adolescente pasa de una dependencia emocional infantil a una mayor independencia afectiva, ya que adquiere conciencia de que sus pensamientos y sentimientos son propios, y no dependen ni influyen sus padres (Lillo, 2004).

La adolescencia es una etapa de alta emotividad y gran sensibilidad, donde la gama de emociones se amplía, se llena de matices, cada vez más interiorizado y gradualmente más consciente. La sensibilidad se incrementa en intensidad, amplitud y profundidad. Este proceso se ve afectado por los factores fisiológicos prominentes de los cambios hormonales, y factores cognitivos, ya que el pensamiento racional posibilita la aparición de nuevos sentimientos. Por lo tanto, en esta etapa, el ámbito emocional se vuelve más rico y multifacético, pero al mismo tiempo se vuelve menos equilibrado y más reprimido (Ruiz, 2013).

Los adolescentes presentan una elevada sensibilidad afectiva lo que es conocido como excitabilidad emocional; de igual manera, sus sentimientos se vuelven más diversos y profundos y reconocen los sentimientos de otros; así mismo pueden conscientemente controlar mejor su expresión emocional (Medina, 2006).

La dependencia en la escuela y en el hogar obliga al adolescente a repeler las emociones que lo dominan y mantenerlas en su interior, lo que provoca que sus reacciones emocionales sean muy vividas, es decir, que ante el menor reproche se muestra rebelde o colérico; mientras que, ante una manifestación de simpatía, o al recibir un elogio, se siente radiante, emocionado y eufórico. Lo anterior muestra que el adolescente es muy sensible a los juicios que se le hacen, ya que cada uno de estos representa para él un motivo de aliento o preocupación (Ruiz, 2013).

La adolescencia es el periodo de redefinición de las capacidades emocionales, por lo que es esencial fomentar el desarrollo de estas, el autoanálisis de sentimientos y emociones vividos para poder conocerlos y comprenderlos mejor; así como comprender las propias limitaciones, lo que permitirá comprender las limitaciones de los demás (Colom y Fernández, 2009).

Los adolescentes son propensos a caer en los extremos, por lo que sobreestima todo lo que viene de los adultos. Es por eso que los adultos deben pensar cuidadosamente sus palabras, ya que, a menudo pasan por alto la verdadera influencia que tienen estas en las emociones de los adolescentes. Esta ignorancia de los adultos se ve favorecida porque los adolescentes muestran expresiones independientes y opuestas cuando prestan atención a sus juicios, lo que lleva a la gente a creer en una total indiferencia. Ignorar este tipo de ambivalencia puede provocar malentendidos o, lo que es peor, también puede hacer que los adultos se vuelvan indiferentes, cuando de hecho, los adolescentes necesitan más que nunca aliento y estimulación. (Ruiz, 2013).

1.2.1.6. Factores de riesgo en la adolescencia.

Desde un punto de vista físico, la adolescencia es el período más saludable de la vida, sin embargo, es la etapa donde hay más problemas y riesgos sociales y psicológicos. Es bien sabido que el mecanismo neurofisiológico de la corteza prefrontal no está completamente desarrollado hasta los 25-30 años, por lo que los adolescentes no tienen bien desarrollada la capacidad de distinguir lo que les conviene, es por esto que los adolescentes se involucran en comportamientos peligrosos. La falta de control de los impulsos puede generar desprecio por la autoridad y conductas de riesgo. Así mismo, se presenta un sentimiento de omnipotencia e inmortalidad, que lo conduce a conductas peligrosas como los accidentes, el consumo de drogas, un embarazo, infecciones de transmisión sexual, incluso el suicidio (Güemes-Hidalgo, Ceñal e Hidalgo, 2017).

La mayoría de los comportamientos peligrosos que se dan en la adolescencia pueden estar vinculados con la maduración tardía de ciertas funciones cerebrales. A pesar de eso, los adolescentes pueden desarrollar capacidades de abstracción que les ayudan a discernir de manera clara ciertas decisiones de riesgo cognitivos, morales y conductuales. Sin embargo, el deseo y la posibilidad de experimentar pueden exceder la vigilancia, lo que les dificulta evaluar los riesgos para la salud a largo plazo (Iglesias, 2013).

Cuando los adolescentes no pueden desenvolverse plenamente en sus diferentes contextos, podrían desarrollar problemas de personalidad, conductuales, incluso depresión e ideación suicida, por esto hay que recordar que no es un período psicopatológico normal, y que los problemas psicológicos y conductuales de los adolescentes tienen que tratarse del mismo modo que el de los niños y los adultos, y evitar pensar que solo pasará, o que es típico de la edad, ya que no es una respuesta suficiente (Güemes-Hidalgo, Ceñal e Hidalgo, 2017).

Durante la etapa vital conocida como adolescencia el adolescente está experimentando una dinámica de conflicto que puede llevar a un estado mental contradictorio en el punto más alto, que se expresa en un sentido exagerado de vulnerabilidad ante las altas expectativas personales (Medina, 2006).

Entre los síntomas que señalan vulnerabilidad psicológica en los adolescentes se encuentran la respuesta emocional inadecuada, la irritabilidad, los arrebatos de rabia, la falta de tranquilidad emocional, las emociones planas, las conductas peculiares, la desconfianza, el aislamiento social, los cambios en el desempeño social, es decir, problemas en sus relaciones amistosas y familiares, las dificultades para concentrarse y memorizar, alteraciones emocionales como depresión y ansiedad, preocupación por pensamientos extraños o difíciles de ignorar, abuso de sustancias, desempeño limitado de roles y/o realización de actividades diarias, descuido del cuidado personal, el discurso es pobre, desarticulado, vago, abstracto y sobre elaborado, el pensamiento es mágico, las experiencias de percepción son inusuales, hay falta de iniciativa, interés o energía, hay una fatiga persistente (Ruiz, 2013).

Por mucho tiempo se ha culpado al egocentrismo de provocar que los adolescentes se sientan inmunes, haciéndolos vulnerables a someterse a situaciones peligrosas que los ponen en riesgo, las cuales son comunes en este periodo de vida. Algunas personas creen que esta sensación de omnipotencia lesiona su juicio y les genera una aparente sensación de poder que no es real, esta falsa sensación de poder tiene efectos negativos en escenarios críticos porque les hace creer cosas como que a pesar de tener sexo sin protección no quedarán embarazados o no se contagiarán de enfermedades de transmisión sexual, o incluso pueden creer que si llegaran a usar drogas no se harían adictos (Gaete, 2015).

El adolescente durante esta etapa de su vida se siente omnipotente e invencible y tiene la idea mágica de que no le pasará nada. Este sentimiento promueve conductas de riesgo como el uso de sustancias ilícitas y relaciones sexuales sin protección, este tipo de conductas lo conducen a la morbilidad e incluso a la muerte, y pueden determinar parte de la patología en la edad adulta (Casas y Ceñal, 2005).

Investigaciones recientes sobre el desarrollo neurológico han demostrado que los adolescentes son conscientes de los riesgos que están tomando, pero esto no les impide exponerse a estos comportamientos ya que se encuentran en un estado donde se da un aumento sustancial a la inclinación hacia las recompensas o sensaciones, la cual acrecienta cuando se está en presencia de otros adolescentes (Gaete, 2015).

Ante estas conductas, es necesario obtener un abanico más amplio de características del comportamiento de los adolescentes y su contexto, en lugar de esperar a observar lo que sucede, es importante explorar la existencia de factores de riesgo psicopatológico en niños y adolescentes, y asegurar un seguimiento cercano al desarrollo, porque si bien estos síntomas no son específicos, pueden ser precursores de trastornos mentales graves (Ruiz, 2013).

Los trastornos emocionales tienen una mayor incidencia durante esta etapa por 2 motivos: por una parte, cualquier período de adaptación o cambio posibilita que aparezca sintomatología emocional y, en segundo lugar, el propio egocentrismo del adolescente hace que se fije más en sus emociones y el exceso de atención a éstas dificulta la regulación emocional (Méndez, 2009).

Se puede decir que, al promover el desarrollo de habilidades emocionales, no sólo se beneficia a la construcción de una persona más completa, sino que también puede prevenir o reducir conductas problemáticas o peligrosas. (Colom y Fernández, 2009).

1.2.2. Depresión.

La depresión es un trastorno mental que se presenta cuando el funcionamiento cotidiano de una persona se ve afectado por más de seis meses a raíz de la tristeza causada por una pérdida, enojo o frustración (Campos, 2020). Así mismo, se presentan síntomas de angustia gran parte del día, los cuales, interfieren en los pensamientos, sensaciones y acciones cotidianas tales, como dormir, comer o trabajar; para ser considerada depresión estos síntomas deben estar presentes al menos por dos semanas consecutivas (National Institute of Mental Health, NIMH, 2016).

Este trastorno afecta de forma global en la persona, es decir que repercute tanto de manera psíquica como física, ya que, a pesar de que el ámbito afectivo es el que se ve más afectado, también se presentan síntomas cognitivos, volitivos, somáticos, y hay un deterioro funcional y social (Guías de Práctica Clínica en el SNS, 2014).

Este trastorno afecta principalmente el estado de ánimo, ya que la persona se encuentra irritada o triste la mayor parte del tiempo, y deja de interesarse en actividades que solían hacerle feliz, se siente cansada y sin energía, incluso podría experimentar sentimientos de inutilidad, desesperanza, abandono, odio a sí mismo y culpa, lo que puede desencadenar en pensamientos repetitivos de muerte o suicidio; de igual manera su ciclo de sueño se ve afectado, ya que o se les dificulta conciliar el sueño o duermen demasiado; lo mismo con su apetito, ya que aumenta o lo pierden reflejándose en el de peso (Cortés, 2015). Así mismo, se presenta un deterioro en la apariencia de la persona, su coordinación psicomotriz se vuelve lento, la modulación de la voz suele ser baja, su rostro denota tristeza, el llanto se produce espontáneamente y con facilidad, hay una disminución de la atención y dificultad para concentrarse, y usa verbalizaciones pesimistas (Guías de Práctica Clínica en el SNS, 2014).

Este trastorno mental afecta a todos los sectores de la población, sin importar sexo, estatus económico, ni edad, y a pesar de que muy pocas personas mueren a causa de la depresión, son muchas las que la padecen, y está ampliamente relacionado con el suicidio (Gil, 2020).

Como en la mayoría de las enfermedades y trastornos, la depresión es el resultado de la interacción entre factores biológicos, genéticos, de desarrollo, antecedentes y las características particulares de la persona (Berenzon, Lara, Robles y Medina-Mora, 2013). Así mismo, puede estar causada por aspectos vitales infortunados y alteraciones de neurotransmisores, y puede estar acompañada por llanto, pesadillas, y otras enfermedades emocionales, especialmente por Trastornos de Ansiedad. Los síntomas pueden ser leves, moderados o graves, y mientras más graves, mayor probabilidad de pensamientos suicidas. (Cortés, 2015).

El Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM-V, 2014) clasifica los trastornos depresivos principalmente en trastornos depresivos mayores y trastornos depresivos persistentes (distimia). El trastorno depresivo mayor es un trastorno del estado de ánimo clínicamente heterogéneo, cuyo inicio es propenso a la recidiva, y su diagnóstico se basa en criterios puramente descriptivos y no tiene significación etiológica, mientras que el trastorno distímico es una depresión crónica, y se diferencian entre sí por intensidad y duración (Alarcón, Gea, Martínez, Pedreño y Pujalte, 2009).

La depresión puede afectar el funcionamiento social de la persona en esferas como escuela, trabajo, relaciones de pareja, familiares lo que detona en un malestar significativo a nivel personal (Cortés, 2015). Y debido a que afecta significativamente el funcionamiento familiar, social y laboral es catalogado como un problema vinculado al bienestar social ya que no solo afecta al paciente, sino también a sus cuidadores (Gil, 2020).

1.2.2.1. Tratamiento.

Es importante recurrir a un profesional de la salud mental para adquirir el tratamiento más adecuado, ya que es necesario que se realice una valoración psicológica para diagnosticar la depresión y descartar que pudiera ser otro problema (NIMH, 2016). El tratamiento va depender de la gravedad y la duración de los síntomas, si los síntomas son leves y han estado presentes por menos de un año el tratamiento podría consistir únicamente de psicoterapia; en caso de que los síntomas sean moderados será necesaria la combinación de psicoterapia y antidepresivos al menos por seis meses; y si los síntomas ya son graves adicional a la psicoterapia y el uso de antidepresivos será necesario recurrir a la hospitalización con el fin de procurar la integridad física del paciente (Cortés, 2015).

El tratamiento de la depresión como el de otros trastornos psiquiátricos incluye diversos elementos, como el farmacológico y el psicoterapéutico. Sin embargo, es realmente importante tener en cuenta los aspectos familiares, sociales, ambientales y económicos, ya que el involucrarlos representa un mayor grado en el éxito del tratamiento.

En la psicoterapia se muestran formas distintas de pensar y comportarse, lo que da como resultado cambios en los hábitos que contribuyen a la depresión, así mismo ayuda al paciente a entender y mejorar relaciones o situaciones difíciles que generen la depresión o la empeoren (NIMH, 2016). Es decir, que, mediante la interacción paciente-terapeuta, se busca eliminar o disminuir los síntomas y/o patrones de conducta indeseables y a su vez mejorar la funcionalidad de su personalidad y sus relaciones con los demás (Vázquez, 2015). De igual manera, recurrir a un tratamiento oportuno ayuda a recuperar la calidad de vida e incluso salvar su vida (Cortés, 2015).

1.2.3. Depresión en la adolescencia.

Pese a que cualquier persona puede padecer trastornos depresivos hay sectores de la población más vulnerables que otros como lo son los adolescentes, especialmente las mujeres (Gil, 2020). No obstante que su inicio puede darse a cualquier edad, hay mayor prevalencia entre 15 y 45 años, y es por esto presenta un gran impacto en la educación, la productividad, el funcionamiento y las relaciones personales (Guías de Práctica Clínica en el SNS, 2014).

Durante la adolescencia el riesgo de depresión aumenta (Carballo, Pardo y Gadea, 2020); debido a que en esta etapa de vida la susceptibilidad a los trastornos emocionales va en aumento (Vázquez, 2008). La depresión infanto-juvenil debido a su alta prevalencia, su impacto negativo en el que lo padece y el riesgo vital que significa representa un importante problema de salud pública. (Carballo, Pardo y Gadea, 2020).

Los adolescentes deprimidos experimentan cambios emocionales con tristeza y/o irritabilidad, anhedonia y voz monótona, incluso podrían padecer a la vez un trastorno de ansiedad o alimenticio, caer en el abuso de sustancias nocivas como alcohol y drogas, presentar decadencia en su rendimiento académico y retraimiento social, y tener pensamientos de baja autoestima e intentos de autolesión; es importante destacar que el suicidio constituye la tercera causa de muerte en la adolescencia, incluso las adolescentes incurren en intentos de suicidio unas 3 veces más que los varones (Vázquez, 2008).

La depresión es una condición que interfiere con el desarrollo de diversas áreas de los adolescentes, provocando incluso que se vuelvan incapaces a la hora de tomar decisiones importantes de su vida, lo que los puede llevar a tomar malas decisiones (Berenzon, Lara, Robles y Medina-Mora, 2013).

Los adolescentes que padecen depresión pueden tener problemas escolares, estar de mal humor o irritables, incluso pueden presentar síntomas de otros trastornos, como ansiedad, trastornos alimentarios o drogadicción (NIMH, 2016). Para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor o de una distimia se siguen los mismos criterios que para los adultos, sin embargo, para niños y adolescentes un año es suficiente para diagnosticar los trastornos del estado de ánimo, y en ambos casos, la tristeza puede ir acompañada de irritabilidad o incluso ser reemplazada por irritabilidad (Vázquez, 2008)

1.2.3.1. Sintomatología.

La sintomatología del trastorno depresivo puede ser distinta con la edad: los jóvenes muestran síntomas fundamentalmente comportamentales (Guías de Práctica Clínica en el SNS, 2014), a diferencia con el adulto que es más de labilidad emocional los adolescentes tienen más problemas conductuales (Campos, 2020). A diferencia de los adultos los adolescentes tienen menos insomnio terminal, menos variaciones en el humor diurno, más conductas suicidas, menos energía, menos anorexia, menos quejas somáticas, más sentimientos de culpa, el estado de ánimo puede ser disfórico (Garre, Robles, y Vicente, 2009).

Al igual que la depresión preadolescente, pero a diferencia de la depresión en los adultos, los adolescentes deprimidos muestran emociones reactivas, que pueden conducir a un diagnóstico incorrecto y subestimar los efectos negativos de los síntomas. La depresión se manifiesta en niños y adolescentes como un conjunto de síntomas persistentes, crónicos y recurrentes, que suponen un cambio significativo con respecto al estado habitual del que la padece, provocando deterioros en la funcionalidad ya que interfieren negativamente en el rendimiento académico y en las relaciones familiares y sociales (Carballo, Pardo y Gadea, 2020).

Los niños y adolescentes con depresión presentan poco interés por las cosas, de manera duradera o espontánea, la mayor parte del tiempo parece que están aburridos y/o tristes, tienden a regresar a la dependencia, son pasivos y con falta de iniciativa, tienen poco apetito, insomnio u otros trastornos del sueño, pueden caer en conductas autoeróticas u otras actividades repetitivas, es muy complicado tener contacto con ellos, tiene una baja regulación conductual, sus temas de conversación y juegos suelen ser negativos, incluso podrían presentar onicofagia, mutismo y enuresis (Campos, 2020).

En la población infanto-juvenil la tristeza puede no manifestarse y en su lugar se experimenta enojo y/o irritabilidad, lo que se puede desencadenar en agresividad, ya sea física, verbal o psicológica, y puede estar dirigida hacia uno mismo o hacia los demás (Cortés, 2015).

En adolescentes la depresión guarda más similitudes a la depresión del adulto que la depresión en la etapa prepuberal donde hay principalmente una tendencia a la cronicidad y recurrencia, un humor fluctuante, abandono de actividades que antes le divertían y del aseo y cuidado del aspecto personal (Prieto, 2017).

A pesar de que los síntomas son cada vez son más parecidos a los de los adultos, se conservan algunas características típicas de la adolescencia, como los trastornos del estado de ánimo, por ejemplo, la tristeza lleva una carga disfórica importante la encubre, manifiesta una fuerte anhedonia, falta de motivación, y una actitud negativa hacia la vida, presentan muchas veces un autoconcepto negativo, complejo de inferioridad y sentimientos de culpa que los llevan a tener pensamientos recurrentes de muerte, con un alto riesgo de suicidio, también experimentan rebeldía y agresividad, que pueden confundirse con algún trastorno de conducta, incluso podría haber inhibición psicomotora, tendencia a aislarse (Garre, Robles, y Vicente, 2009),

Así mismo como parte de la adolescencia experimentan una fuerte irritabilidad acompañada de arranques de ira, hipersomnia, aumento del apetito y ganancia de peso, quejas somáticas y sensibilidad extrema al rechazo lo que lleva a tener dificultades para mantener unas adecuadas relaciones interpersonales (Prieto, 2017), incluso presentan dificultades de aprendizaje reflejadas como distracción, pensamiento lento, falta de motivación, que conduce al fracaso académico (Garre, Robles, y Vicente, 2009),

Los síntomas comunes pueden clasificarse en cognitivos y conductuales, siendo los primeros más duraderos. En los cognitivos destacan la anhedonia, la falta de motivación, el negativismo, el aburrimiento manifiesto, el interés por temas negativos, la baja tolerancia a la frustración, la incertidumbre, la culpa, las dificultades para la regulación emocional y la ideación suicida. Mientras que en los conductuales se encuentran la falta de apetito y de iniciativa, la pasividad, la dependencia, el aislamiento, el insomnio, las actividades autoeróticas, la rebeldía, la agresividad impulsiva errática y disruptiva, la inhibición, el daño autoinfligido, la falta de higiene y cuidado personal (Campos, 2020).

De igual manera se pueden clasificar en afectivos, físicos y cognitivos, los cuales son los más frecuentes en adolescentes. En los primeros están la tristeza, la irritabilidad, el estado depresivo, la incapacidad para experimentar placer, la apatía, el llanto, la labilidad, la ansiedad, la angustia, la insatisfacción, el pesimismo generalizado y el aislamiento. En los físicos, encontramos las molestias somáticas poco específicas, el retraso psicomotriz, la letargia, el mutismo, la agitación, la astenia, la fatiga, las alteraciones del apetito y del sueño. Por último, en los cognitivos están la dificultad para concentrarse y para tomar decisiones, los fallos de memoria, las distorsiones cognitivas, las ideas de incapacidad e inutilidad, de baja autoestima, de desesperanza, de muerte y de suicidio (Carballo, Pardo y Gadea, 2020).

En cuanto a los síntomas que son específicamente de los adolescentes se encuentra la marcada labilidad emocional, los problemas para relacionarse y vincularse con sus pares y/o personas cercanas, los periodos de agresión, las crisis de angustia, la ira, la desmotivación, las cefaleas, la facilidad para caer en situaciones o conductas dañinas como los son las relaciones conflictivas, el cutting, el consumo de alcohol, el exceso de ejercicio; las conductas atípicas para el sujeto y rutinas fuera de lo común. Cuando son estudiantes experimentan retraimiento, poca participación en clases, dan la impresión de sentirse rechazados por sus compañeros, tienen dificultad para seguir las reglas, suelen faltar a clases, presentan bajo rendimiento escolar debido a desmotivación, habilidades cognitivas adecuadas, somnolencia en las clases, pérdida de peso, poco cumplimiento de tareas y desinterés por los exámenes y se notan ausentes (Campos, 2020).

1.2.3.2. Factores desencadenantes.

Los trastornos depresivos tienen una etiología multifactorial en donde interviene factores biológicos, psicológicos, ambientales y socioculturales, los cuales provocan y/o mantienen los síntomas, el impacto de estos dependerá en gran medida de la edad y sexo del niño (Carballo, Pardo y Gadea, 2020).

En el caso de los adolescentes la disminución del número de horas de sueño y el abuso de sustancias nocivas son claros factores de riesgo típicos de esta etapa responsables del incremento de la prevalencia de los trastornos depresivos (Birmaher et al., 2007, citado en Carballo, Pardo y Gadea, 2020). Así mismo, la pubertad temprana en sí, es un indicador de prevalencia para el incremento del riesgo de depresión, especialmente en niñas, ya que al aumentar la reactividad del cortisol los niveles de hormonas esteroides gonadales asociadas con el desarrollo puberal aumentan consecuentemente (Colich et al., 2015, citado en Carballo, Pardo y Gadea, 2020).

Dentro de los factores biológicos se encuentran los mecanismos endocrinos, metabólicos e inmunológicos, así como la genética y epigenética del individuo, donde la patología relacionada con el estrés se transmite de generación en generación a través de cambios en la expresión génica (Carballo, Pardo y Gadea, 2020). Queda claro que el nivel de estrés de los acontecimientos vitales está ampliamente relacionado con la manifestación de síntomas depresivos en los adolescentes. (Veytia, Gonzalez, Andrade y Oudhof, 2012).

Algunos factores estresantes como el bullying son típicos de la edad, especialmente al estar en un ambiente escolar, incluso el estar en el proceso de formación de una identidad personal, el ir "asimilando" su nueva sexualidad y los cambios físicos típicos de la pubertad, especialmente cuando estos ocurren antes o después que sus pares, así como la separación de sus progenitores y la toma de decisiones importantes por primera vez son estresantes propios de la edad (Carballo, Pardo y Gadea, 2020). La manifestación de síntomas de depresión puede darse a raíz del abuso, la falta de oportunidades para alcanzar sus metas y la violencia en el entorno en el que viven los adolescentes (Berenzon, Lara, Robles y Medina-Mora, 2013).

A partir de la adolescencia los conflictos interpersonales se convierten en factores de riesgo significativos de depresión, en especial cuando el niño empieza a independizarse de su familia citado en (Carballo, Pardo y Gadea, 2020), incluso las dificultades en la relación con los iguales podría ser un factor de riesgo (Garre, Robles, y Vicente, 2009). De igual manera, ciertos rasgos sociodemográficos como la pobreza, tener a un nivel socioeconómico bajo y vivir en áreas urbanas aumentan el riesgo de presentar depresión (Carballo, Pardo y Gadea, 2020), ya que las bajas condiciones económicas, culturales y educativas pueden afectar negativamente al niño, favoreciendo el desarrollo de expectativas negativas en relación a sus logros y su futuro (Garre, Robles, y Vicente, 2009).

Así mismo, la falta de apoyo social, el no tener a nadie en el que confiar y/o la insuficiente integración social son factores de riesgo importantes (Shaffer y Greenberg, 2003, citado en Carballo, Pardo y Gadea, 2020). La cultura también representa un factor de riesgo especialmente a partir de la pubertad, por los roles impuestos donde se espera que las chicas adolescentes sean dependientes, muy emocionales, sumisas y sacrificadas (Carballo, Pardo y Gadea, 2020).

1.2.3.3. Tratamiento.

Contar con un diagnóstico y tratamiento oportunos es esencial para reducir los síntomas, evitar secuelas y reducir el impacto negativo de estos, a pesar de esto son muy pocos los niños y adolescentes que son diagnosticados y tratados, por lo que es realmente indispensable que profesionales de la salud fomenten y faciliten una mejora en la adecuada identificación de este trastorno (Carballo, Pardo y Gadea, 2020), ya que tener una intervención temprana puede evitar el desarrollo de comorbilidad psiquiátrica (Garre, Robles, y Vicente, 2009).

El tratamiento va depender de la gravedad y la duración de los síntomas, si los síntomas son leves y moderados se requieren intervenciones breves, que consiste técnicamente en un corto número de diálogos y reflexiones empáticas con el adolescente y sus padres, y tomar medidas para reducir el estrés y promover el apoyo emocional; en caso de que los síntomas sean moderados será necesaria el uso de antidepresivos y de psicoterapia individual, en estos casos es fundamental el apoyo familiar, tratando de que los padres comprendan y conozcan el cuidado del adolescente depresivo; y si los síntomas llegarán a ser resistentes se recomienda la reconsideración del diagnóstico, verificar la persistencia o no de factores psicosociales de mantenimiento, y se aconseja cambiar a un fármaco con mecanismo dual (Vázquez, 2008).

La depresión necesita ser abordada multidisciplinariamente, y el tratamiento se enfoca en disminuir la duración del proceso, el impacto de los síntomas, las secuelas en el funcionamiento del niño o adolescente, y reducir el riesgo de aparición de trastornos comórbidos y la recaída. Para elegir el mejor tratamiento hay que tener en cuenta las características personales del niño o adolescente, las de su familia, las del entorno en el que vive y del tipo de trastorno depresivo que presenta, esto debido a que cada tratamiento debe ser individualizado y personalizado (Carballo, Pardo y Gadea, 2020).

La intervención infanto-juvenil intentará reducir factores de riesgo existentes, como el bajo autoconcepto, el déficit de la competencia social, los sentimientos de impotencia, la falta de seguridad, entre otros y pueden ser en formato individual o grupal, dependiendo de la edad del niño, y en muchos casos, será necesario contar con la colaboración de diversos profesionales de la Salud Mental, con los padres y con otras instituciones relacionadas con el paciente (Garre, Robles, y Vicente, 2009).

Con adolescentes con depresión moderada o severa, la primera línea de tratamiento debe ser psicoterapia, especialmente la psicoterapia interpersonal, terapia cognitivo-conductual o terapia familiar (Hussain et al., 2018, citado en Carballo, Pardo y Gadea, 2020); incluso la integración o combinación de técnicas de este tipo de terapias pueden resultar beneficiosas para el paciente (Garre, Robles, y Vicente, 2009). La Terapia Interpersonal tiene como objetivo mejorar las relaciones interpersonales con el fin de mejorar el funcionamiento social y humor del paciente, mientras que la Terapia Cognitivo-Conductual busca descubrir pensamientos erróneos que desencadenan comportamientos negativos y corregirlos, promoviendo un comportamiento adaptado y positivo; por otro lado, la Terapia Familiar se encamina a examinar las relaciones disfuncionales intrafamiliares para generar cambios en ellas (Carballo, Pardo y Gadea, 2020).

Contar con la participación de la familia en el tratamiento es sumamente crucial, ya que los factores familiares son muy importantes en el origen de los trastornos depresivos, por lo que es realmente necesario realizar una intervención sobre aquellos aspectos más alarmantes. Se puede intervenir por medio de la psicoeducación y orientación a los padres o recurriendo a la implementación de terapia familiar (Garre, Robles, y Vicente, 2009).

La farmacoterapia, debe ser acompañada de otros tratamientos psicoterapéuticos (Garre, Robles, y Vicente, 2009); incluso no se recomienda la medicación antidepresiva como primera línea de tratamiento para depresiones leves en población pediátrica, solo se recomienda fluoxetina en combinación con psicoterapia como primera línea de tratamiento para pacientes entre 12 y 18 años con depresión moderada o severa (Carballo, Pardo y Gadea, 2020).

El efecto terapéutico de la psicoterapia es modesto y al inicio el efecto es más lento que con medicación, sin embargo, la psicoterapia se puede usar como único tratamiento en depresión leve y simple. En otros casos la psicoterapia se utiliza como tratamiento complementario al tratamiento farmacológico, ya que su efectividad disminuye si el niño presenta una depresión grave, o comorbilidad psiquiátrica, incluso la terapia combinada tiene más probabilidad de llegar a remisión que la medicación antidepresiva por sí sola (Carballo, Pardo y Gadea, 2020).

Con el tratamiento es necesario ayudar al adolescente a entender sus cambios emocionales y a diferenciar la tristeza de la depresión, checar los miedos que lo rodean que pueden estar sosteniendo sus síntomas, permitirle manejar la situación a su modo con vigilancia, explicarle el funcionamiento de la medicación y vigilar su consumo, vigilar su relación con los adultos y con sus pares, ayudándolos a comunicarse asertivamente, permitir la expresión de sus ideas negativas y de la emoción que les sobrepasa brindándoles aceptación (Campos, 2020).

1.2.4. La familia y la depresión en la adolescencia.

A medida que desaparecen las redes sociales tradicionales, la estructura de la familia se remodela y a veces se viene abajo, y la capacidad de los sistemas de apoyo de la familia y la comunidad disminuye (UNICEF, 2002). Algunas dificultades familiares graves pueden actuar como desencadenante de depresión como la discordia familiar severa, y la muerte o la separación de un padre, sobre todo en los niños más pequeños. Hay una asociación entre la depresión en niños y vínculos familiares afectivos débiles, y niveles elevados de crítica, hostilidad familiar o psicopatología de los padres (Diamond et al., 2002, citado en Carballo, Pardo y Gadea, 2020).

En muchas ocasiones la depresión en la población infanto-juvenil se da como resultado de una patología familiar, una incidencia en depresión de los padres por identificación, por la dificultad para manejar la agresión, la hostilidad y/o el rechazo manifiesto de los padres, o están expuestos a un ambiente hostil, conflictivo y complicado (Campos, 2020).

El niño mientras más pequeño es, más depende de su ambiente familiar para cubrir sus necesidades, es por esto que la familia juega un papel importante en las causas de la depresión de niños y adolescentes; lo que indica que la falta de cohesión y frialdad afectiva, el exceso de crítica y control, las pérdidas y separaciones, las enfermedades psiquiátricas de los padres, las experiencias estresantes intensas, la enseñanza muy estricta y con un nivel muy alto de exigencia son aspectos que pueden llegar a ser factores de riesgo para la depresión (Garre, Robles, y Vicente, 2009).

Las relaciones familiares separadas con padres depresivos o poco involucrados en la educación de los hijos, así como las experiencias familiares estresantes o situaciones de rechazo y aversivas pueden predisponer al trastorno depresivo en la adolescencia (Vázquez, 2008)

Comúnmente los adolescentes que presentan depresión de larga duración han experimentado más sucesos de vida estresantes relacionados con problemas familiares, ya que los sucesos vitales estresantes familiares están ampliamente relacionados con los síntomas de depresión (Veytia, Gonzalez, Andrade y Oudhof, 2012).

La familia debe ayudar a los adolescentes a recurrir a un profesional de la salud mental, ofrecerles apoyo emocional, comprensión, paciencia y ánimo, de igual manera, siempre deben estar pendiente de los comentario que haga sobre el suicidio e infórmele al terapeuta, pueden invitarlo a caminar, pasear o participar en otras actividades, se les debe brindar la ayuda para seguir el plan de tratamiento, tal vez recordándole que se tome los medicamentos que le recetaron y recordarle que la depresión desaparecerá con el tiempo y el tratamiento (NIMH, 2016).

1.2.5. Relación madre-hija y la depresión en la adolescencia.

El vínculo afectivo madre-hijo es la relación más importante que tenemos como humanos, debido a que guía el desarrollo de la personalidad en la infancia y da la pauta del tipo de relación que se establecerá con los demás en el futuro (Soler, 2019). Toda mujer, lleva consigo las enseñanzas que le ha dejado la relación que ha tenido con su madre, es decir que, si esta ha transmitido mensajes positivos acerca del cuerpo femenino y de la manera en la que hay que trabajarlo y cuidarlo, sus enseñanzas siempre formarán parte de una guía para su salud física y emocional; la relación madre-hija está estratégicamente diseñada para ser una de las relaciones más activas, solidarias e íntimas que tendremos, sin embargo, la influencia de las madres también puede ser problemática cuando el papel que ejercen resulta tóxico debido a una actitud descuidada, celosa, chantajista o controladora (Aldana, 2019).

Los adolescentes que tienen relaciones poco saludables, inadecuadas o tóxicas con sus madres debido al control excesivo, el abandono emocional, los malos tratos o el abuso, suelen presentar baja autoestima y sentimientos de inferioridad, lo que afecta en gran medida sus relaciones personales y su capacidad para afrontar situaciones de la vida cotidiana (Soler, 2019).

Todo niño quiere ser acogido y amado incondicionalmente por su madre al nacer, por lo tanto, cuando esta situación no ocurre, el niño se sentirá triste, indefenso, deprimido y enojado, sin poder expresarlo, y para sobrevivir se adapta a esas condiciones familiares (Soler, 2019). Casi todos necesitan ser vistos y recibir la aprobación de su madre, inicialmente, esta dependencia es causada por factores biológicos, ya que necesitan de ella para sobrevivir, sin embargo, esta necesidad de aprobación se forja a partir del momento en que la buscan con la mirada para recibir la aprobación, y con el paso de los años, esta necesidad de aprobación puede volverse patológica, creando obligaciones emocionales que permiten a la madre tener el poder de la felicidad en toda o casi toda su vida (Aldana, 2019).

Los problemas de comunicación con la madre constituyen un factor de riesgo distal, es decir que no se requiere de la presencia inmediata para surtir efecto, ya que ejerce una influencia indirecta en la conducta riesgosa, ya que la calidad de la relación de la adolescente con su madre influye en sus modelos internos, el vínculo que se maneje en la relación con la madre tendrá un impacto mayor y coordinará las relaciones con los demás (Gómez, 2008).

Para sanar en profundidad, es necesario sacar a la luz las emociones reprimidas en el pasado, conectar con la verdadera esencia y no volver a reprimirla, es necesario ser auténticos y honestos para poder forjar relaciones sanas con los demás, abandonar la sumisión y la dependencia, y marcar límites propios (Soler, 2019).

1.2.6. Rivalidad entre hermanas y la depresión en la adolescencia.

La rivalidad fraterna es uno de los problemas más antiguos de los seres humanos, y se define como el conjunto de emociones, sentimientos y comportamientos, dolorosos y regresivos que manifiestan de diversas maneras algunos niños ante el nacimiento y/o existencia de sus hermanos. La fuente real de la rivalidad entre hermanos suele ser una lucha por el amor, la atención, la aprobación y el tiempo de sus padres (Rigat, 2008).

Los celos entre hermanos son comunes, ya que al vivir juntos deben compartirlo todo, especialmente el afecto de los padres, el cual les cuesta compartirlo, ya que perciben que al compartirlo lo pierden (Guembre y Goñi. 2020).

La rivalidad entre hermanos inicia desde de la infancia con el fin de ganarse el afecto de los padres, para los niños es muy doloroso cuando hay diferencias en el trato que muestra el padre o la madre hacia uno de los hijos, incluso las comparaciones, que hacen algunos padres entre los hermanos motivan la competitividad, aumentan la polarización y fomentan uso de etiquetas que pueden perdurar por mucho tiempo (Izquierdo, 2019). En muchas ocasiones la rivalidad inicia incluso antes del nacimiento del segundo hijo y se extiende conforme los niños crecen y compiten por todo (Pendley, 2012).

La competencia entre hermanos es normal, e incluso hasta cierto punto podría considerarse saludable, debido a que ayuda a moldear la identidad de los niños y/o adolescentes, por lo que el problema no es la competencia o los celos, sino cómo lo manejan los padres, eso no quiere decir que ellos sean lo culpables de la rivalidad, sin embargo, si tienen la responsabilidad de lidiar con los celos, la injusticia o la competencia en el hogar (Izquierdo, 2019).

Es necesario que los padres enseñen a los hijos a pelearse y resolver sus diferencias sanamente ya que sentirse desprotegidos resulta terrible para la víctima (Tucker, Finkelhor, Turner y Shattuck, 2013), incluso si no saben detectar estas situaciones y no las solucionan bien, los celos, que nacen en la infancia, pueden perdurar hasta la adolescencia o resurgir en esa etapa vital en la que se desestabiliza la autoestima, se incrementa la rivalidad y las peleas, celos, y envidias son más frecuentes (Guembre y Goñi. 2020).

El conflicto entre hermanos puede ser leve, sin embargo, en ocasiones es más grave, ya que se torna dañino cuando deriva a un comportamiento negativo y violento, como lo es la intimidación excesiva sobre el otro, incluso puede estar acompañado por agresiones físicas, robo con o sin fuerza, rotura de objetos personales del hermano o hermana a propósito y/o agresiones verbales como insultos, burlas y en el peor de los casos el acoso o bullying sobre uno de ellos, que les hacen sentirse mal, asustados o, incluso, no queridos a su alrededor, lo que podría traer consecuencias sobre la salud mental del hermano violentado ya que este tipo de acoso puede desencadenar en depresión, ansiedad (Tucker, Finkelhor, Turner y Shattuck, 2013) y/o autolesiones cuando son mayores, incluso podría ocasionar los mismos problemas psiquiátricos que provocaría el acoso escolar entre iguales, provocando un efecto devastador y duradero (Bowes, Wolke, Joinson, Lereya y Lewis, 2014).

En ocasiones la rivalidad entre hermanos acompañada de violencia, produce baja autoestima, depresión o ansiedad, incluso podría haber señales de ideas o amenazas suicidas cuando un niño pierde interés en las actividades que antes disfrutaba, distanciándose de sus hermanos o de otros familiares (Kennedy, 2021), esto debido a que se altera el funcionamiento diario por efectos emocionales o psicológicos, que dañan la autoestima y el bienestar psicológico de cualquier miembro de la familia causando incluso depresión (Pendley, 2012).

Cuando la frecuencia e intensidad de la ira entre los hermanos aumenta y obstaculiza la vida diaria puede considerarse como un problema porque podría traer como consecuencia daños irreparables a la persona, a sus relaciones sociales y laborales, la normalización de la agresividad, el aumento de la posibilidad de sufrir enfermedades como alteraciones cardíacas, la reducción de la capacidad de resolver problemas, una baja tolerancia a la frustración y problemas emocionales, como depresión y culpabilidad (Magagna, 2015, citada en Redrován, 2015).

Hay una asociación importante entre el conflicto crónico en la relación de los hermanos en la infancia y la presencia de problemas de ansiedad, depresión y comportamientos desadaptativos en la adolescencia (Branje, Van Lieshout, Van Aken y Haselager, 2004, citado en Redrován, 2015), incluso cuando las relaciones entre hermanos se afectan durante la adolescencia, puede dañar la relación fraterna en la adultez (Kennedy, 2021).

Tener una mala relación con los hermanos durante la niñez incrementa en gran medida el riesgo de padecer de trastornos depresivos en la edad adulta, incluso es un hecho que la forma de relacionarse con los hermanos, influye considerablemente en el tipo de relaciones que se establecerán a lo largo de la vida (Izquierdo, 2019).

En ocasiones, las necesidades especiales por enfermedad, problemas de aprendizaje o emocionales de uno de los hermanos requieren más tiempo y atención de los progenitores, lo que podría ocasionar que los otros hijos noten cierta diferencia en el trato y ocasionen que se comporten de mala manera para llamar la atención (Pendley, 2012), debido a que recibir un trato menos favorable que el que experimentan los hermanos se ve asociado con problemas de comportamiento, estado de ánimo depresivo, ansiedad y baja autoestima (Richmond, Stocker y Rienks, 2005).

1.2.7. Terapia narrativa.

La terapia narrativa tiene su origen en 1990 de la mano de Michael White y David Epston, quienes en un inicio la plantearon en su libro “Medios narrativos para fines terapéuticos”. La terapia narrativa busca que las personas desarrollen conciencia de sus habilidades y significados, por medio del análisis y reedición de su historia, ya que a través de esta reedición llegan a descubrir nuevos significados. La terapia narrativa se ha desarrollado y se ha empleado como alternativa para resolver los problemas emocionales (Campillo, 2013).

La terapia narrativa busca generar una aproximación respetuosa y sin juicio entre la terapia y el trabajo comunitario, considera que la persona es la única experta en su vida, y separa a las personas de sus problemas, asumiendo que estas cuentan con diversas habilidades, competencias, convicciones, valores, compromisos y capacidades que los ayudarán a reducir la influencia del problema en sus vidas (Morgan, 2000).

En este enfoque se emplea lo llamado “agencia personal”, es decir que el cliente tiene la capacidad para tomar decisiones y ejercer acciones en su propia vida, por eso son ellos quienes definen las metas terapéuticas, y el terapeuta tiene un rol de acompañante y coautor en el proceso de re-escribir la vida del cliente, con el fin de que la historia saturada de problema no siga dirigiendo su vida. Debido a la naturaleza no normativa del enfoque en la terapia narrativa no se realiza diagnóstico como forma de evaluación del cliente, sin embargo, si se evalúan los efectos del problema en la vida del cliente, y cómo estos influyen en el problema. En terapia narrativa los terapeutas no hablan de estrategias ni de intervenciones terapéuticas; sino que de prácticas de exploración conjunta entre los clientes y los terapeutas. No existe una duración estándar de la terapia, puede ser breve o durar años con intervalos de baja frecuencia (Pacheco, 2011).

Una de las metas de la terapia narrativa es conectar la vida del cliente con la vida de los otros, ya que el terapeuta narrativo tiene un gran interés en la comunidad y en la sociedad como un todo, así mismo no ve a los problemas como asuntos puramente individuales, sino que examina el rol que tienen la comunidad, la familia y la sociedad en la mantención o en la solución de un problema (Pacheco, 2011).

1.2.7.1. El lenguaje de la terapia narrativa.

La terapia narrativa utiliza la metáfora del relato para plantear la experiencia vivida y sus descripciones se organizan en forma de relato para explicar lo vivido, es por esto que cuando dentro de las narraciones de las personas no se representan suficientemente sus vivencias, es común que experimenten problemas, para los cuales a menudo acuden a terapia (Campillo, 2013). La narración es entendida como el conjunto de secuencias elegidas que cobran existencia como entidad a través del acto de relatarlas, e involucra al propio narrador y a los demás agentes de interacción, lo cual da el sentido de identidad (Payne, 2002)

Todos vivimos la vida a través de historias, las cuales transmiten el significado de nuestra vida; establecen la manera en que llevamos nuestras relaciones, nuestra identidad, y las posibilidades de la vida, es por esto que la experiencia de las personas sobre el significado de su vida y de sus relaciones cambia por medio de los cambios en la narrativa de su vida, es decir que en la medida que cambia la narrativa, también cambia lo que hacemos y lo que percibimos (Pacheco, 2011). White (1998, citado en Campillo, 2013) menciona que la historia auto narrativa es la que determina la forma de expresar los aspectos exclusivos de la experiencia vivida, ya que las personas creamos significados al explicarnos la experiencia, siendo el relato lo que permite darle coherencia y organización.

El terapeuta espera que toda conversación terapéutica guíe a la exploración de las múltiples construcciones de la realidad en lugar de indagar en los hechos que conforman una verdad única, ya que las realidades sociales se componen a través del lenguaje y se organizan a por medio de las narrativas, (Carr, 1998). El terapeuta se interesa en generar en las conversaciones, historias de identidad que ayudarán a las personas a alejarse de la influencia de los problemas que están enfrentando, así mismo se interesan en trabajar con las personas para producir historias que no apoyan o sostienen los problemas, y así comenzaran a habitar y vivir las historias alternativas, los resultados van más allá de la resolución de problemas, ya que dentro de las nuevas historias, las personas viven nuevas imágenes de sí mismas, nuevas posibilidades de relaciones y nuevos futuros (Pacheco, 2011).

1.2.7.2. Historia dominante vs. Historia alternativa

Para White y Epston (1993, citado en Pacheco, 2011), las personas tienen dificultades cuando viven historias dominantes que están saturadas de problemas, estas historias son restrictivas, es decir que no tienen partes significativas de la experiencia de la persona, y pueden llevarlas a conclusiones negativas de su identidad. Desde este enfoque los pacientes acuden a terapia a raíz de que sus historias se rompieron y sus vidas no tienen sentido, estas historias rotas tienen su raíz en discursos dominantes, que descalifican, limitan o niegan aspectos significativos de su experiencia y su sentido de identidad.

Desde el enfoque narrativo, los problemas surgen y se mantienen por las historias opresivas que dominan la vida de las personas. Los problemas surgen cuando las personas relatan su vida a sí mismos o a otras personas de una manera que no concuerda con su experiencia de vida (Carr, 1998).

Cuando hay un problema el relato se torna en una historia saturada por el problema, donde éste tiene preeminencia y pareciera hablar por la persona misma, e inundar todas las áreas de su vida (Campillo, 2013).

Algunas historias se tornan dominantes en nuestras vidas y si son demasiado estrictas, pueden excluir aspectos importantes de la experiencia y llevarnos a sacar conclusiones negativas sobre nuestra identidad. Estas historias dominantes están llenas de desesperación, frustración y sentimientos dolorosos (López, 2011).

Desde el enfoque narrativo (Payne, 2006, citado en Pacheco, 2011), los terapeutas están interesados en desarrollar conversaciones que llevan a historias alternativas, es decir, historias que son identificadas como historias a través de las cuales les gustaría vivir su vida.

Desarrollar soluciones terapéuticas, desde este enfoque, implica abrir espacios para la expresión de historias alternativas, las que probablemente fueron desplazadas por las narrativas dominantes saturadas de problemas (Carr, 1998).

El trabajo terapéutico consiste en encontrar historias alternativas y tratar de enriquecerlas para que jueguen un papel importante en la vida de las personas; para esto, el terapeuta organiza un trasfondo, hace preguntas e invita a las personas a experimentar experiencias que han vivido y darles significado y ser autores principales para dar sentido a estas experiencias (López, 2011).

La experiencia vivida es relatada y organizada, de tal forma que ahora la historia se pueda comenzar a desentrañar, a deconstruir o desarmar buscando relaciones entre los panoramas de acción y de identidad, de acuerdo a la trama que plantea el problema y buscando acontecimientos extraordinarios o logros aislados (Campillo, 2013).

1.2.7.3. Beneficios de la terapia narrativa en el tratamiento de depresión.

Durante la depresión se da una disminución o incluso pérdida de la flexibilidad del sistema de valoración de las situaciones y de la variedad temática narrativa, así mismo, cuando alguien se encuentra en un proceso depresivo sus vivencias se organizan alrededor de la experiencia de pérdida tanto en un plano de acción como en uno de significado (Hermans y Hermans-Jansen, 1995, citado en Rodríguez y Fernández, 2012).

En pacientes deprimidos se aprecia un déficit en el lenguaje, queda en evidencia que estos pacientes tienden a usar palabras con una connotación negativa, lo que provoca una construcción de su realidad y de su yo con significados negativos (Arias, 2019).

La visión narrativa, no se enfoca en la depresión como enfermedad, si no en las personas que la atraviesan, y se les ve como consultores, que se narran a sí mismos y su mundo, y estas narrativas se ven como los elementos centrales del significado, la pérdida y la auto-culpa o el desprecio por sí mismos, queda muy en evidencia que las historias que dominan el panorama de la acción y el significado de estas personas son de pérdida y desprecio a sí mismas (Rodríguez y Fernández, 2012).

Con el lenguaje externalizante se habla de la depresión, pero sin atribuírsela a las personas, así es como se inicia a identificar en el panorama de acción, explorando las acciones y hechos que respaldan la historia contada, y de igual manera, explorando interpretaciones e identificando y confirmando las conclusiones de estos hechos y acciones se va explorando el panorama de la conciencia, para ello, se investigan sobre el impacto del problema en la vida de la persona, y viceversa, el impacto de esta persona en la vida del problema (González y Campillo, 2016).

El que paciente y terapeuta van edificando el camino al relacionarse entre ellos con el objetivo de la búsqueda de historias alternativas que excluyan la tristeza o el sufrimiento de la depresión para el paciente. Cuando la persona habla de su historia, sobre quien es, de por qué y cuáles son las cosas que hace y no hace, al mismo tiempo se busca un sentido a la experiencia, construyendo su identidad, y, los problemas que llevan al sufrimiento y a la depresión, y que es lo que origina cuando se aferra a ella como algo existente con su propia realidad (Rodríguez y Fernández, 2012).

1.2.8. Técnicas narrativas.

La Terapia Narrativa tiene una forma de trabajar definida que consta principalmente de diversos tipos de conversación cliente-terapeutas y prácticas como la externalización, la identificación de acontecimientos excepcionales, el uso de preguntas de Panorama de la Acción y de la Identidad, el trabajo con testigos externos y el uso de documentos terapéuticos (López, 2011). El terapeuta busca co-construir relatos alternativos externalizando el problema, utilizando preguntas, analogías, metáforas y elementos escritos (Beltran y Villa, 2017).

1.2.8.1. Externalización.

El enfoque narrativo, ve al problema como algo separado de la persona, lo que facilita la re-escritura de vivencias y relaciones (López, 2011). White y Epston (1993, citado en Pacheco, 2011) plantean la externalización como un abordaje terapéutico que lleva a las personas a cosificar e incluso en ocasiones a personificar los problemas que las oprimen. La mayoría de las personas que buscan terapia creen que el problema es reflejo de su propia identidad, lo que las lleva a que sus esfuerzos para resolver los problemas, tengan el efecto adverso de exacerbar los problemas (White, 2007, citado en Pacheco 2011).

Este proceso de externalización es progresivo, sistemático y continuo, y se emplea durante toda la terapia (White y Michael, 1994, citado en Gonzalez y Campillo, 2016). Al separar la persona del problema, se proporciona un espacio en el que las personas pueden actuar en contra del problema, así mismo, el foco se apunta sus habilidades, intereses, competencias y compromisos, se ponen al alcance y reducen la culpa y la condena, dando lugar a la responsabilidad (López, 2011).

Las personas que tienen síntomas depresivos suelen hablar de la depresión como una parte inseparable de su personalidad, por lo que la externalización al desconectar la depresión de su identidad, les ayuda a derribar el auto-reproche y la indefensión. (Rodriguez y Fernández, 2012).

De igual manera, la externalización le quita poder a los efectos que tiene la etiqueta, patologización y/o diagnóstico, que muchas veces empobrecen las vidas de las personas, y a su vez se abre la posibilidad de describirse a sí mismo y a sus relaciones desde una mira diferente no saturada de problemas y lo que permitirá el desarrollo de una historia alternativa más atractiva para la persona y su familia (López, 2011).

Al separarse del problema, la persona comienza a verse como víctima del problema, más que como el problema en sí, al lograr esta separación, las opciones se abren y es más fácil darse cuenta de que el problema no existe. Estos resultados son historias diferentes y descripciones más enriquecedoras para la vida de la persona. Y de esta forma, la persona ya no piensa a quién culpar, sino que trata el problema como una identidad independiente, y es así que, al no la identidad de la persona, la cooperación y la colaboración se vuelven más posibles (Morgan, 2000).

1.2.8.1.1. Bautizar el problema.

Para facilitar la externalización, es indispensable imaginar al problema como algo que está fuera de la persona, incluso se le puede dar una identidad y/o un nombre propio como si se tratase de una persona independiente, es decir, se busca personificar el problema, en ocasiones suele ser más enriquecedor y de gran ayuda pedirle a la persona, especialmente cuando se trabaja con niños, que dibujen al problema (Morgan, 2000). El emplear el dibujo ayuda a conocer las representaciones que el niño realiza de la situación (Castaño & Saldarriaga, 2010, citado en Beltran y Villa, 2017).

Es indispensable que el lenguaje que se emplee y el nombre que se elija para el problema venga únicamente de la persona, ya que muchas veces el nombre del problema nos da detalles importantes de la persona, es por esto, que el terapeuta nunca debe imponer el nombre del problema. Cabe recalcar que el nombre del problema puede ir cambiando de acuerdo a cómo se van descubriendo más de sus características, esto nos indica que el terapeuta no solo tiene la función de acompañar a la persona en la elaboración de una nueva narrativa, sino que también la debe animar a darle un nombre puntual al problema, se puede emplear una palabra o frase. (Morgan, 2000).

Al ponerle nombre al problema es necesario ayudar a la persona a que sea ella misma quien le ponga nombre al problema, describiéndolo o definiéndolo de una manera cercana a su experiencia (Rodríguez y Fernández, 2012). Se pueden emplear las metáforas como recurso terapéutico al bautizar el problema, ya que se puede hablar y expresar los sentimientos relacionados a éste con mayor facilidad (Castaño & Saldarriaga, 2010, citado en Beltran y Villa, 2017).

1.2.8.1.2. Lenguaje externalizador.

El terapeuta debe utilizar un lenguaje que de manera implícita transmita la sensación de que el problema tiene efectos sobre la vida de la persona, y no que es parte de ella (Payne, 2002). El terapeuta buscará encarecidamente a través de preguntas comenzar a separar los hechos, las experiencias y las conclusiones de la persona, ya que el separar el problema de la persona, proporciona la sensación de liberar un poco de la carga emocional que el problema genera, se busca alejar el problema lo necesario para poderlo ver de diferente forma, desde otra perspectiva, y así identificar y encontrar nuevas alternativas de solución (González y Campillo, 2016).

Es indispensable que el lenguaje que se usó para la externalización no refuerce las ideas dominantes que mantienen el problema, sino que el nombre del problema realmente represente la experiencia de la persona, para lo que el terapeuta deberá esforzarse por comprender las palabras de cada persona, para lograr trabajar con las mismas palabras con las que se expresa la persona, para lo cual el terapeuta puede usar metáforas que le permitan comprenderlas mejor (Morgan, 2000).

Las conversaciones externalizadoras pueden suministrar un antídoto a esos entendimientos internos, debido a que el problema deja de representar la “verdad” acerca de la identidad de la persona, y se hacen visibles y accesibles opciones para la solución exitosa del problema (White, 2007, citado en Pacheco, 2011).

Para ello, el terapeuta escucha atentamente el lenguaje interiorizado del paciente para cuestionarlo, mientras mantiene un lenguaje para discutir la depresión, utilizando los términos a los que se refiere el paciente, como una entidad, separada de la identidad del paciente (Rodríguez y Fernández, 2012).

1.2.8.2. Preguntas de influencia relativa.

Una vez externalizado el problema, lo siguiente es explorar la influencia que tiene o ha tenido este problema sobre el paciente y su familia, y así mismo explorar si ha habido también algún tipo de influencia el paciente con el problema. Las preguntas de influencia relativa ayudan a modificar la relación existente entre el paciente y el problema, así como la relación entre el paciente y la familia, y al mismo tiempo va reforzando la externalización del mismo (González y Campillo, 2016).

Estas preguntas animan a las personas, por un lado, a describir la influencia del problema sobre su vida y sus relaciones, y por el otro les ayuda a describir su propia influencia sobre la vida del problema (Rodríguez y Fernández, 2012), es decir, cómo la persona coopera con el mantenimiento el problema (Pacheco, 2011). Así mismo, se utiliza este tipo de preguntas para para poner en palabras el impacto del problema en su vida e identificar los recursos y responsabilidades (White y Epston, 1993, citado en Méndez, 2012).

Las preguntas enfocadas en conocer la influencia del problema sobre la vida de las personas y sus relaciones, nos permiten identificar las esferas de influencia del problema, es decir, en las áreas conductual, emocional, físico, interaccional y actitudinal, dando como resultado generalmente una descripción saturada del problema. Por otro lado, las preguntas enfocadas en la Influencia de la persona sobre la “vida” del problema generan información que se contradice con la descripción saturada por el problema, de forma tal que las personas identifican sus competencias y recursos ante la adversidad, ya que al separarse del problema las personas están menos paralizadas por éste, de esta forma se facilita el descubrimiento de acontecimientos extraordinarios (Méndez, 2012).

1.2.8.3. Documentos terapéuticos

Uno de los aportes valiosos y enriquecedores de White (1989, citado en Lizcano, 2013) en el proceso terapéutico es la escritura narrativa, como la redacción de cartas terapéuticas en las que el paciente muestra con libertad y con sus palabras gran variedad de temáticas que permiten al terapeuta hondar en puntos importantes de su vida y creencias, también permite adentrarse en temas susceptibles para el paciente, y a su vez permite hacer un seguimiento al caso.

Epston y White proponen que hay una diversidad de maneras en que podemos usar terapéuticamente la palabra escrita, como cartas, invitaciones, cartas de referencia, certificados, predicciones, declaraciones, etc. (Castillo, Ledo y del Pino, 2012).

Los documentos terapéuticos pueden ser de la autoría del terapeuta, del paciente o de agentes externos, y tienen como función crear un resumen de los descubrimientos del paciente y permiten identificar su progreso, incluso es decisión del paciente el conservarlos y usarlos en el futuro en caso de necesitarlos, estos documentos pueden ser cartas, listas o declaraciones (Payne, 2002). De igual manera, se pueden emplear elementos simbólicos como certificados y cartas como parte del cierre narrativo, lo que incrementa la eficacia de la comunicación y divulgación de los cambios logrados (Montesano, 2012 citado en Beltrán y Villa, 2017)

White y Epston (1989) emplean una diversidad documentos terapéuticos con el objetivo de fortalecer las historias alternativas que surgen en la terapia. En una terapia narrativa el terapeuta puede escribir certificados o diplomas que den constancia de los logros del cliente, con el fin de ofrecer un contrapeso a los expedientes y reportes psicológicos escritos sobre los clientes, ya que estos contienen descripciones negativas basadas en un lenguaje de déficit y patología (López, 2011).

En la terapia narrativa, se emplean materiales escritos que se proporcionan a los clientes entre sesiones, o al finalizar la terapia como forma de valoración (Pacheco, 2011). Se pueden escribir cartas, notas textuales de la sesión, cartas de recomendación, cartas de predicción, declaraciones e invitaciones, entre muchos otros tipos de documentos, normalmente es el terapeuta quien los redacta, sin embargo, en ocasiones lo hace junto con el cliente. Las cartas principalmente se emplean con el fin de convertir las vivencias en un relato que tenga sentido, de acuerdo a los criterios de coherencia y realismo, pueden ser de invitación, con el propósito de incluir en la terapia a personas externas; y de despido, las que son narradas despidiendo de la vida de los clientes roles o funciones, que son innecesarios para sus vidas (López, 2011).

1.2.8.4. Uso de testigos externos.

Se incluyen a familiares o a otras personas significativas como testigos externos que reflejan y devuelven la experiencia del paciente (Rodríguez y Fernández, 2012); con el fin de contar y recontar nuestras historias para construir nuestra identidad (López, 2011).

Los testigos externos tienen la función de colaborar con las personas para restaurar el impacto de sus historias en los demás, por lo que es útil escuchar sus comentarios. Este proceso sigue cuatro pasos: 1) expresar, en el que el testigo ve o escucha la entrevista y elige lo que atrae su atención del contenido; 2) imagen que requiere que las personas observen la imagen con su imaginación y creatividad al escuchar; 3) resonancia, que conecta la vida del testigo con la historia que escucha; y 4) transporte donde el testigo utiliza su experiencia de vida para aportar sus propios aspectos, describe el impacto de la vida de la persona y exhibe sus conclusiones que extrae después de escuchar las historias de vida de las personas para ayudar a desarrollar habilidades y enriquecer el relato alternativo (White, 2002, citado en Campillo, 2013).

1.2.9. Terapia relacional

La Terapia Relacional Padres-Hijo es un proceso terapéutico diseñado para ayudar a padres e hijos en mejorar la calidad de su relación, disminuyendo conflictos familiares, comportamientos agresivos y opositores, es uno de los tratamientos más efectivos para padres con hijos preadolescentes y adolescentes entre 9 y 16 años (Espacio vida, 2018).

Las sesiones en la terapia relacional se llevan a cabo de manera lúdica con papá o mamá y su hijo o hija, siguiendo el ritmo de cada uno de manera fluida y facilitando la comunicación congruente y consistente. El terapeuta emplea técnicas de la Terapia Relacional para ayudar a reparar el vínculo por medio de la expresión de sentimientos, sensaciones, creencias y significados sobre el lugar que tiene cada uno en esta relación (Espacio vida, 2018).

Las intervenciones de la Terapia Relacional tienen como fin crear nuevos hábitos relacionales que mejoren la dinámica entre los dos y cualquier otra situación de conflicto, de igual manera se busca obtener una reparación vincular, facilitar la internalización positiva de la figura de madre/padre, solucionar situaciones de conflicto entre p(m)adre/hijo, establecer una buena función parental, mejorar la relación entre padres e hijos, eliminar comportamiento agresivos y opositores y madurar la relación paternal o maternal (Espacio vida, 2018).

En el enfoque relacional de la psicoterapia, un sistema se define por sus relaciones, no por la suma de sus partes, es por esto que la modificación de un elemento altera la actividad del resto de los miembros, en consecuencia, todo el sistema se modifica, la comunicación afecta el comportamiento de los sujetos en comunicación tanto del que emite el mensaje como del que lo recibe, el efecto de lo comunicado no está en el mensaje sino en su interpretación (Pinto, 2014).

La terapia relacional ayuda a expandir la atención del paciente con depresión hacia su familia y busca una sólida red de apoyo social, que puede ayudarla a seguir mejorando con el tiempo (Linares y Campo, 2000, citado en Faini, 2010). El enriquecimiento de la relación que experimentará gradualmente lo hará más poderoso y probablemente se sentirá mejor, obtendrá más apoyo y se sentirá menos abandonada (Faini, 2010).

1.2.10. Terapia en línea

El inicio del uso de las TICs en psicología clínica, se sitúa en 1961 cuando Wittson, Affleck y Johnson usaron la videoconferencia por primera vez; consecutivamente Weizembaum en 1966 diseñó el programa ELIZA y su aplicación DOCTOR que ayudaba en el campo clínico del estudio del comportamiento humano. Hoy por hoy, una de las áreas que más se abre camino en el uso de TICs es el trabajo como terapeuta, ya que por la contingencia actual se está presenciando el nacimiento de una nueva forma de tratamiento: la intervención mediante internet. (Andersson, 2009, citado en División de Ciencias de la Salud e Ingenierías, 2020).

La terapia en línea, es una forma de intervención de ayuda psicológica respaldada en internet, la psicoterapia se va transformando y optando por una alternativa a la atención tradicional demostrando eficacia (Soto-Pérez, Franco, Monardes y Jiménez, 2010).

En este momento, a nivel mundial y sobre todo nacional, se viven situaciones de salubridad y seguridad que aumentan considerablemente la aparición de síntomas de depresión y ansiedad como la preocupación constante, irritabilidad, temor, llanto y dificultades en relaciones interpersonales, y es por esto que aparece la oportunidad de promocionar y facilitar el acceso a la salud mental a personas que, por cualquier circunstancia, no están en posibilidades de asistir a terapia presencial (División de Ciencias de la Salud e Ingenierías, 2020).

La eficacia de una intervención psicológica en línea plantea una serie de retos, para empezar existe muy poca formación para el entrenamiento de psicólogos clínicos y el uso de la tecnología como herramienta para las intervenciones; de igual manera, el riesgo de faltas éticas, la confidencialidad de datos sensibles se ve en peligro tanto para el terapeuta como para el usuario, se pueden presentar malentendidos debidos a problemas en la comunicación escrita asincrónica; también podría darse el abandono después de las primeras interacciones; y podría haber dificultad para la identificación y gestión oportuna de crisis y riesgos de daños; así como dificultades para adquirir una tecnología adecuada y pertinente para brindar el apoyo psicológico oportuno a la población (De la Rosa y de la Rosa, 2020).

Por otro lado, también existen algunas ventajas de trabajar vía electrónica, como la disminución de costos, la comodidad de no moverse hacia el sitio de consulta, y principalmente se da una mejora en la adherencia a las intervenciones e indicaciones (Soto-Pérez, Franco, Monardes y Jiménez, 2010).

La psicoterapia se centra en la comunicación eficaz entre personas, ya sea cara a cara o mediante tecnologías de la información y la comunicación. Durante el tratamiento, el cliente explica los problemas, motivaciones, metas, psicólogos, analiza las necesidades y ofrece soluciones al cliente a través de la comunicación más común (De la Torre y Pardo, 2019).

Esta comunicación que se da entre cliente y terapeuta es de naturaleza verbal, pero ciertamente está respaldada por los dos lenguajes no verbales del hablante. La coherencia en los mensajes lingüísticos y no verbales de las personas contribuye a la comprensión del mensaje alineando importantes implicaciones para la psicoterapia y minimizando la posibilidad de malentendidos (De la Torre y Pardo, 2019).

2. Conociendo al Sr. Tristezas (Evaluación diagnóstica del problema)

A continuación, se presenta la fase de evaluación diagnóstica del problema que se realizó en este estudio de caso, es decir la información sobre la adolescente y su familia. Es importante recalcar que, por confidencialidad y ética, se cambiaron los nombres reales de las personas por pseudónimos que eligió la adolescente. De igual manera, en este apartado se describen el contexto, el procedimiento y las estrategias que se utilizaron durante esta fase. Así como las sesiones que se llevaron a cabo, finalizando con los resultados obtenidos de este proceso terapéutico. A pesar de que el enfoque narrativo se aleja de las evaluaciones y etiquetas, las sesiones que se presentan en este apartado ayudan a entender la historia que llevó a la adolescente y su familia a solicitar la atención psicoterapéutica.

2.1. Descripción del escenario y participantes

El escenario donde se han llevado a cabo la intervención es un centro de atención psicológica pública, la cual, ofrece terapia psicológica a niños, adolescentes y adultos, así como psicodiagnósticos, estudios de orientación vocacional, atención a víctimas, terapia grupal y talleres diversos. Los servicios son proporcionados por psicólogos en formación de licenciatura, bajo supervisión de maestros, aunque cabe señalar que los procesos psicoterapéuticos son impartidos únicamente por psicólogos clínicos estudiantes de la maestría, bajo supervisión de psicólogos expertos.

Este espacio busca apoyar la formación del aula de los estudiantes y prepáralos para un ejercicio profesional y a su vez brindar un servicio tan necesario y primordial para nuestra sociedad, como lo es la salud mental, y nos permite contactar con la realidad social presente en Mérida Yucatán y sus lugares aledaños, lo que nos da el privilegio de retribuir a la sociedad.

Para solicitar atención, la persona, o los padres en el caso de los menores de edad, deben asistir al centro a llenar una solicitud del servicio, con el motivo de consulta y otros datos relevantes. La población principal que acude al centro tiene un nivel socioeconómico medio-bajo, por lo cual ofrece costos accesibles, por un servicio de calidad y efectividad. Los diferentes procesos psicoterapéuticos que se ofrecen en el centro tienen una duración de aproximadamente tres a cuatro meses, siendo una sesión semanal de 45 minutos (Facultad de Psicología, 2020).

La adolescente acude al servicio médico de la Universidad Autónoma de Yucatán donde es diagnosticada con depresión, la medican y le sugieren tomar sesiones terapéuticas. No se pudo establecer contacto con el médico, debido a que la familia no lo mencionó en sesión en ningún momento, a pesar de que en diversas ocasiones durante el proceso les pregunté por el nombre del médico y los medicamentos que le habían recetado, sin embargo, no lo recordaban, a pesar de eso estuve al pendiente de tener conocimiento al menos de cuando hubo cambio de medicación por algo más ligero, en palabras de la adolescente “unas gotitas que le ayudan a relajarse y poder dormir mejor”, ya que como mencioné no recordaba el nombre y cuando le sugerí que llevara el empaque lo olvidaba.

Las sesiones fueron principalmente individuales con la adolescente, sin embargo, en ocasiones hubo sesiones relacionales madre-hija, e individuales con la madre. Con el padre solo se contó con su participación durante la primera sesión donde conocí a la familia, en una sesión individual que sirvió para la fase de diagnóstico y en la ceremonia de cierre que fue con los tres, debido a que era complicado para él estar faltando a sus trabajos, u organizarse ya que tiene tres empleos y es el único proveedor de la casa, por lo que realmente no tenía disponibilidad de tiempo para asistir.

Su familia es una familia nuclear, con un nivel socioeconómico medio-bajo, compuesta por el padre de 46 años, quien es el proveedor de la familia, la madre de 47 años quien es la encargada del hogar y el cuidado de las tres hijas, la adolescente por la que se solicita la atención es la menor de las tres hermanas con 17 años. La hermana mayor de 24 años, estudiante universitaria, y la de en medio de 19 años, estudiante de preparatoria, con la que comparte habitación. En la figura 1, se muestra gráficamente a cada uno de los integrantes de la familia.

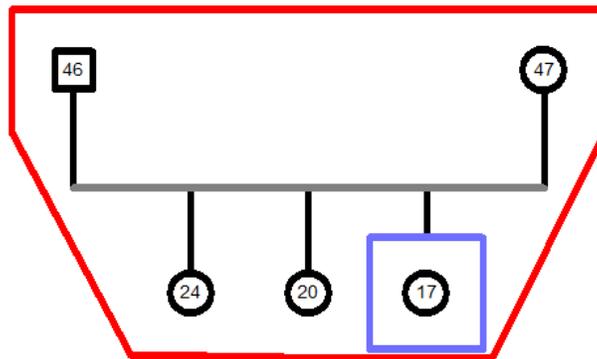


Figura 1. Familiograma

A partir de este momento, llamaremos a la adolescente con el pseudónimo Diane; nombre que ella eligió inspirado en uno de sus animes favoritos “Nanatsu no Taizai (los siete pecados capitales)”, ella escogió a este personaje debido a que la percibe como una joven fuerte y decidida, y que a pesar del pasado que vivió es fuerte y no le tiene miedo a enfrentarse a una situación peligrosa; lo cual le representaba sus aspiraciones.

2.1.1. Motivo de consulta.

La madre de la paciente es quien solicita el apoyo psicoterapéutico en compañía de la adolescente, debido a que a inicios de septiembre de 2019 es diagnosticada y tratada en el servicio médico de la Universidad Autónoma de Yucatán con depresión y ansiedad. Sin embargo, ha presentado cuadros de tristeza desde hace aproximadamente dos años atrás.

La joven manifiesta tener crisis de ansiedad intensas, periodos depresivos largos, pensamientos y comentarios suicidas, razones por las cuales la llevan a consultar al psiquiátrico. En la primera sesión con la paciente, se le pregunta el motivo por el cual ella accedió a asistir a la terapia, comentando que le gustaría “dejar de estar en el hoyo”.

2.1.2. Datos generales.

- Nombre: Diane.
- Edad: 17 años.
- Escolaridad: 2° de preparatoria.
- Escuela: Pública.
- Nacionalidad: mexicana.
- Nivel Socioeconómico: Medio-bajo

2.1.3. Descripción del paciente.

Diane es una adolescente de 17 años, de compleción promedio, estatura alta, tez blanca, cabello negro y desarreglado, y ojos grandes de color café oscuro. En las primeras sesiones llegó desarreglada, con ropa casual, principalmente short de mezclilla con blusas ombligueras y sin mangas, su cara denotaba tristeza y su tono de voz era muy bajo. Desde el inicio se mostró abierta al hablar, pero tenía una actitud de desesperanza, con la creencia de que la situación nunca cambiaría y con mucho resentimiento hacia sus hermanas y padres.

Al inicio del proceso cursaba el segundo año de preparatoria en una escuela pública. Su rendimiento académico siempre ha sido estable, es muy buena haciendo proyectos y es responsable, sin embargo, desde que empezó con los cuadros de tristeza le cuesta mucho tener motivación y ganas de hacer las cosas.

Debido a que constantemente se siente triste, sin energía y motivación a estado faltando mucho a clases, por lo que está teniendo problemas con dos materias. Sin embargo, menciona que le gustaría ser médico militar, pero que su mamá en una ocasión le dijo enfrente de sus compañeros que “no llegaría ni a ser médico de Simi”, lo que a ella realmente le marcó y lo recuerda con mucho sentimiento.

En cuanto a las relaciones sociales, menciona que nunca ha tenido problema con hacer amigos, que para ella siempre ha sido muy fácil acercarse a las personas y sacarles temas de conversación. Ella considera que tiene muy buenos amigos, que se preocupan por ella y la apoyan, pero actualmente no se considera una buena amiga.

Antes le gustaba jugar basquetbol y voleibol, bailar, así como escuchar música mientras hacía la tarea y arreglaba disfrutaba, disfrutaba de hacer necesidades, jugar con su perrita y dibujar, pero ahora piensa “no tiene sentido si no me llena”.

Su madre es una señora de 47 años, de tez morena, estatura alta, cabello corto, ondulado y teñido de color rojizo. Se dedica cien por ciento a la casa y atender a sus tres hijas, incluso menciona que no trabaja porque “sería un caos” dejar a sus hijas. Su participación en el proceso psicoterapéutico fue muy activo especialmente al inicio, tuvimos sesiones individuales y sesiones relacionales madre-hija. Siempre llegó a las sesiones con buena actitud y muy dispuesta a cooperar. También se nota culpable y busca recompensar de sobremanera a Diane, haciendo diversas cosas para ayudar a Diane como escuchar audios motivacionales juntas, hacer meditación, ayudarla a controlar la respiración, le habla a su cerebro y rezar a las 3am, y hace todo con ella, incluso dormir e ir al gimnasio, incluso menciona “he hecho las cosas mal y ahora trato de hacer todo”, es muy evidente que la señora busca tener bajo control todo y a todos.

2.1.4. Conceptualización del caso.

La depresión de la adolescente, a partir de este momento “el señor tristezas” había resistido todos los intentos de los medicamentos, los padres y el médico de la unidad de salud de alejarla de Diane. Todos los días sin falta ocurría algo, que hacía que se apoderara de ella, y se presentarían crisis y cuadros de tristeza profundos. Por si fuera poco, el señor tristezas se había vuelto el compañero incómodo de la adolescente, ya que sin que ella quisiera la acompañaba a todos lados, a la escuela, en su casa y en cualquier lugar a donde ella fuera. Incluso cuando ella se sentía feliz y compartía momentos con su familia de la nada el señor tristezas se aparecía sin avisar.

Ella describe la depresión como un vacío, bajones de tristeza y estar intranquila, dice: "es una yo desesperada, cansada de llorar, gris, lastimada y me consume", menciona que constantemente se queja de su pelo, su forma de vestir ve todo muy negativo.

Un aspecto que le daba fuerza al señor tristezas, eran los momentos en que Diane se sentía sola, lo cual ocurría muy a menudo, ya que Diane considera que no se puede apoyar en su familia, ella siente que “todos se consumen entre todos”, incluso menciona “mi familia es muy tóxica, no tenía apoyo, tenía que ser fuerte para los problemas el peso de la casa me consumió”.

Diane describe la relación con su madre como falsa y sin equidad, cree que ahora solo la apoya por compromiso, pero al final volverá a ser las cosas como antes, donde no la valoraban y sus hermanas tenían la atención. Sin embargo, menciona que actualmente cuando se siente mal abrazar a su mamá la calma ya que ella le ayuda a manejar las crisis pero que la deje de escuchar, y que dejen de ser parejas las cosas. Incluso comenta que antes su mamá no intervenía ni la apoyaba cuando su hermana mayor la humillaba.

2.1.5. Objetivo General.

Describir el trabajo clínico en un caso de depresión en una adolescente de diecisiete años, usando conceptualización de la de terapia relacional con técnicas de la orientación narrativa.

2.1.6. Objetivos Específicos.

- Recabar la información relacionada con el motivo de consulta.
- Conocer el impacto emocional que el señor tristezas ha generado en la adolescente.
- Identificar los recursos y limitaciones individuales, familiares y contextuales presentes.
- Establecer las metas terapéuticas que guiarán la intervención.

2.1.7. Definición de términos.

Depresión: Trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por una tristeza profunda y una general y mantenida pérdida de interés por las cosas, y suele asociarse a otros síntomas psicológicos, físicos y del comportamiento. (Guías de Práctica Clínica en el SNS, 2014).

Adolescencia: Etapa entre la niñez y la adultez, que inicia con los cambios puberales y que se caracteriza por los diversos cambios biológicos, psicológicos y sociales, los cuales son generadores de crisis, conflictos y contradicciones. Es un período de adaptación y una fase de determinación hacia una mayor independencia psicológica y social (Pineda y Aliño, 1999).

Terapia Narrativa: Busca un acercamiento respetuoso, no culposo de la terapia y la persona, centra a la persona como expertos en su vida. Ve el problema separado de las personas y asume que ellas tienen las habilidades, competencias y capacidades que los ayudará a reducir la influencia del problema en sus vidas (Morgan, 2000).

Terapia Relacional: Ofrece una solución que requiere una participación más activa de los padres durante el proceso, los ayuda a hacer cambios más duraderos y les brinda la seguridad de que se mantenga el progreso del paciente. Así mismo, busca fortalecer las relaciones entre padres e hijos, resolver problemas y fomentar un futuro desarrollo psicosocial sano, principalmente a través de actividades lúdicas (Segovia, 2016).

2.2. Instrumentos, técnicas y estrategias utilizadas

En este apartado está destinado a definir las técnicas e instrumentos que fueron utilizados para la evaluación diagnóstica y proporcionar la impresión diagnóstica, sin embargo, dado que se usa la terapia narrativa la cual no realiza diagnóstico específico, debido a su naturaleza teórica, en las primeras sesiones fue por medio de la escucha activa del discurso de la adolescente y sus padres que se pudo identificar la historia saturada del problema y se decidió usar una prueba proyectivas que ayudó a tener una perspectiva más completa de la narrativa de la paciente para el desarrollo de la intervención terapéutica.

2.2.1. Instrumentos utilizados.

Test Persona Bajo la lluvia. En la interpretación del dibujo se busca obtener la imagen corporal del individuo bajo condiciones ambientales desagradables, tensas, en las que la lluvia representa el elemento perturbador (Maldonado, 2002). Sin embargo, para este caso se utilizó para observar la narrativa del relato que contó la adolescente a partir del dibujo.

2.2.2. Técnicas implementadas.

Entrevista Clínica. En la psicología clínica, la entrevista se utiliza para obtener y recabar información, para esto es necesario saber interrogar, escuchar, encontrar la lógica en las respuestas del otro y hallar la lógica en las preguntas que se harán (Morga, 2012).

El objetivo principal de la entrevista es el de obtener información confiable, válida y pertinente para orientar la intervención, especialmente cuando se utiliza en psicología clínica el objetivo de la entrevista es conocer el funcionamiento de la personalidad de la persona (Morga, 2012).

Observación clínica. La observación clínica permite analizar los procesos, acciones y conductas perceptibles en el paciente durante la sesión de terapia y poder utilizar dichos conocimientos en favor de la terapia (Anguera, 2010).

Dentro de las principales técnicas narrativas que utilicé en esta fase se encuentran las preguntas de influencia relativa, la metáfora y la externalización donde se dibujó y describió al señor Tristezas, las cuales se encuentran descritas en el primer capítulo de este trabajo.

2.2.3. Evaluación del proceso.

La evaluación del proceso se realizará por tres vías: externalización de la depresión al inicio y al final del proceso; autoevaluación, una a mitad del proceso y la otra al final; y el análisis del discurso a través del proceso.

Para la externalización se le pedirá al inicio del proceso que bautice y dibuje a la depresión y la describa lo más detallado posible, posteriormente al finalizar el proceso se le pedirá nuevamente que dibuje y describa a la depresión para poder comparar los cambios que se presenten en su imagen y descripción.

Para la autoevaluación de los logros se le pedirá a la paciente a mediados del proceso que escriba como llegó al proceso, cómo se encuentra en ese momento y cómo le gustaría estar al finalizarlo; posteriormente al finalizar el proceso se le volverá a pedir que escriba como llegó y como se va y se le muestran ambas autoevaluaciones para que pueda observar los cambios.

2.3. Procedimiento

La fase de evaluación diagnóstica constó de cinco sesiones semanales. La primera sesión fue con Diane y ambos padres, con el fin de establecer encuadre, elaborar la historia clínica, identificar el motivo de consulta de los padres y Diane, y conocer las expectativas del proceso. La segunda sesión fue con Diane, con el propósito de establecer el rapport y la alianza terapéutica con la adolescente, explorar su motivo de consulta y perspectiva de la situación, así como identificar la historia saturada del problema.

La tercera sesión fue con la madre, con el objetivo de explorar la historia familiar y realizar familiograma materno, así como conocer su perspectiva ante el problema. La cuarta sesión fue doble, ya que en la primera parte trabajé con la adolescente en identificar cómo percibe sus crisis y la búsqueda de acontecimientos extraordinarios; y la segunda parte fue con el padre con el fin de explorar la historia familiar y realizar familiograma paterno y conocer su perspectiva ante el motivo de consulta.

La última sesión de la fase diagnóstica fue únicamente con Diane, la cual tuvo como objetivo conocer la frecuencia, síntomas y duración de las crisis, de igual manera apliqué el test de persona bajo la lluvia, con el fin de apreciar el relato a partir del dibujo; así mismo, se impulsó a externalizar el síntoma, donde conocí por primera vez a señor tristezas.

Como parte del encuadre terapéutico se le notificó a la familia que la información del caso sería compartida con mi supervisora. Así mismo se pidió la autorización y se hizo firma del consentimiento informado de que el caso fuera redactado como parte del trabajo terminal para obtener el grado de Maestra en Psicología Aplicada, dejando en claro que toda la información obtenida sería manejada con respeto, ética y confidencialidad.

2.3.1. Descripción de las sesiones de la fase de evaluación diagnóstico

En este apartado se describen a profundidad las primeras cinco sesiones que conformaron la fase de evaluación diagnóstica del presente trabajo, cabe resaltar que cada sesión fue bautizada con un nombre, el cual se tomó de frases de la adolescente dichas durante la sesión o por el objetivo de la sesión.

Número de sesión: 1

Fecha: 23 de septiembre de 2019

Asiste: Diane, mamá y papá.

Descripción de la sesión: Primer encuentro con Diane y sus dos padres. Llenamos los formatos de protocolo y abarcamos el motivo de consulta. La primera en hablar fue la mamá, luego Diane y al final el papá, luego se alternaban. La madre fue la que tuvo la palabra en la mayor parte de la sesión, se nota angustiada y culpable, cuando le di la palabra al padre, la madre solía interrumpir, por lo cual él sólo habló muy puntualmente sobre algunas cosas. Diane tuvo una actitud de desesperanza, cree que la situación nunca cambiará.

Se habló sobre las cosas que la madre está haciendo para ayudar a su hija a salir de la depresión, sobre la actitud negativa de las hermanas hacia Diane y la indiferencia de los padres ante esta situación, la preferencia que hay sobre la hermana mayor, la epilepsia de la hermana mediana, datos relevantes sobre la historia familiar con un énfasis en el alcoholismo del padre, algunos momentos significativos que marcaron a Diane, como cuando su mamá delante de sus amigos le dijo que nunca llegaría a ser ni médico de Simi.

Impresiones de la terapeuta: En esta sesión pude observar que hay en Diane mucho resentimiento hacia sus hermanas y padres, sin embargo, a pesar de la actitud desesperanzadora se mostró colaborativa al hablar, aunque presenta un tono de voz muy bajo. La mamá se muestra muy culpable por lo cual está teniendo conductas sobre compensadoras con la adolescente, por otro lado, el padre reconoce tener una actitud periférica.

Número de sesión: 2

Fecha: 30 de septiembre de 2019

Asiste: Diane.

Descripción de la sesión: Primera sesión solo con Diane llegó desarreglada y desesperada, su cara denota tristeza y su tono de voz es muy bajo. Hablamos sobre su vida familiar, su concepto de familia, cómo se siente, la dinámica familiar y la relación con sus hermanas, mientras tocamos esos temas la noté muy dolida, agotada y harta. Durante la sesión planteamos el objetivo, con sus palabras: "*dejar de estar en el hoyo*"; hizo mucho énfasis en que se siente como una carga para sus padres, especialmente económicamente.

Menciona que ha cambiado su manera de vivir, mencionó que ya no ayuda en casa como antes y que dejó de hacerlo porque piensa que sus padres no la valoraban y sus hermanas no ayudaban y a ellas si las valoraban, incluso menciona que solo arreglaba para ser valorada.

También hablamos de cómo se percibe y cómo percibe a la depresión, durante ese tiempo la noté conmovida. Ella describe la depresión como un vacío, bajones de tristeza y estar intranquila, con sus palabras: "*es una yo desesperada, cansada de llorar, gris, lastimada y me consume*", menciona que constantemente se queja de su pelo, su forma de vestir ve todo muy negativo (Historia dominante).

Comenta que antes le gustaba bailar, escuchar música mientras hacía tarea y arreglaba, disfrutaba de hacer necedades, jugar con su perrita y dibujar, pero ahora piensa: *“no tiene sentido si no me llena”*.

Menciona que desde hace dos años experimenta bajones de tristeza e incluso hubo un intento de suicidio con la hamaca, pero se detuvo porque pensó en sus papás, siente que su vida es irrelevante (Historia dominante). Incluso comenta que siente que no importa y si se va no cambiaría nada, menciona: *“siento que soy una pieza como una mesa, no hago nada”*. Quiere irse a vivir a la ciudad de México con una tía para poder estar tranquila, ya que en su casa está al pendiente de todos menos de ella.

Comentó que sus hermanas la tratan mal. Describió a la mayor como una serpiente que *“es fría no siente cuando mata”*, dice que exige y no ayuda y que le tiene mucho rencor a su papá y que ella *“por amor de hija trato de que no se peleen”*. Actualmente su mamá la está apoyando, hace todo con ella, incluso mencionó: *“lo que haga yo lo hago, no quiero ver a mi mamá mal”*. Su papá antes bebía mucho, menciona que antes todos los fines de semana tomaba pero que ya le bajó y le gustaría que convivan más.

Hizo gran hincapié en *“me gustaría que mis papas se pusieran en mi lugar”*, cuando murió su abuelita materna no lloró porque tenía que ser fuerte por su mamá y su hermana mediana, ya que para ese tiempo le detectaron epilepsia, y menciona *“sentí que tenía que cargar con la responsabilidad”* (Historia dominante).

También me comentó que la hermana mayor siempre la ofende le dice que esta gorda y tiene cuerpo de hombre, en cambio a la mayor todos siempre le echan flores, hace lo que quiere y mandaba a todos, decían que ella era la más ordena y nunca hace nada, *“está en un pedestal”*.

Comenta: “no juzgo a mis papás, nadie enseña a ser padres”, pero “les decía que vean mi esfuerzo y solo me decían que era una dramática y que ser víctima no es bueno, no me gusta ser la víctima, por eso siempre me guardo mis problemas y lloro a solas”. Comenta que antes, “no tenía apoyo, tenía que ser fuerte para los problemas, el peso de la casa me consumió”. Menciona “siempre quise una familia que es unida y se protege siempre trate de estar bien con mis hermanas me deje a mí, que los problemas me consuman”. (Historia dominante).

Dice que ella quiere una familia unida, pero nadie la ayuda ni quiere cambiar “todos se consumen entre todos, mi familia es muy tóxica”. Su concepto de familia es de felicidad, amor, estar ahí no pisándose, “nunca lo tendré” (Historia dominante). “Hace unos meses me di cuenta porque empecé a ver como mis amigas interactuaban con sus familias, tengo ganas de desaparecer y decirles que si por mí no cambiaron que sin mí lo intenten”

“Pensé que nadie me iba a apoyar, mi hermana me intenta pisar me quiere humillar, antes ni mi mamá me apoyaba cuando me trata mal”, lo único que quiere es “desaparecer y dejar todo atrás, no quiero seguir en este lodo que solo me ensucia más, es una rueda nunca llegamos a ningún lado”. (Historia dominante)

Al final mencionó “quiero estar pendiente de mí, rescatarme dejar de querer rescatar a otros, quererme, pensar en mí será imposible, pero quiero intentarlo”.

Impresiones de la terapeuta: En esta sesión pude observar que la historia dominante de Diane gira entorno a que no se siente valorada, siente que ella tiene que preocuparse por todos, pero nadie se preocupa por ella. Hay mucho rencor hacia la hermana mayor, por el trato preferencial que percibe que existe hacia ella. Sus relatos están muy orientados al pasado y saturados del problema, hay que favorecer la búsqueda de acontecimientos extraordinarios.

Número de sesión: 3

Fecha: 2 de octubre de 2019

Asiste: Mamá.

Descripción de la sesión: Sesión de dos horas con la madre, ahondamos en las acciones que ha tomado, sobre su historia familiar y la vida en pareja. La señora está muy comprometida y dispuesta, es consciente de las cosas sólo no sabe qué medidas tomar, y se siente muy culpable.

Al inicio mencionó que ve a Diane mejor en actitud y pensamientos, que siempre le dice “*somos una mesa yo cargo un lado tú el otro*”. Hablamos sobre las acciones que ha tomado para ayudar a Diane (audios, meditación, respiración, hipnopedía, rezar a las 3am, hace todo con ella), hace que digan “*soy feliz para que la mente lo crea*”. Menciona que antes se negaba a llorar, porque era símbolo de debilidad. Dice que está cansada porque casi no duerme ya que le habla al cerebro de Diane mientras duerme y hace oración a las tres de la mañana.

Dice “*he hecho las cosas mal y ahora trato de hacer todo, ahora la casa está de cabeza*”; ella hace todo en la casa, no quiere mover a sus hijas, “*en vez de enseñar las lastimé*” y eso le duele, por eso prefiere solucionarlo y no quiere que hagan nada, una por la epilepsia y la otra estudia medicina y está cansada siempre.

Menciona que cuando sus hijas estaban en la primaria, se la pasaba trabajando, antes de irse al trabajo dejaba la casa limpia y cuando regresaba la casa estaba sucia y las niñas sin hacer tarea, por eso dejó de trabajar y se dedicó a sus hijas. Ella solo quiere ser una buena mamá, pero sus hijas no cambian. Considera que antes tenía el control, pero después de que a la mediana le detectaron epilepsia “*trate de meter a las otras dos, pero Diane es fuerte y la tome de apoyo*”.

Dice que *“si suelto a mis hijas se hundan”*. La señora expresa: *“no tengo ganas de moverme, pero tengo que sacar fuerzas, creo soy muy dramática y exagerada”*

Dice que su esposo resta no ayuda lo ve únicamente como proveedor, dice que *“de mi esposa soy la mamá, su todo, lo apoyo en todo”*. Dice que Diane no puede estar sola, por eso la lleva a dormir con ella, que sabe que su esposo tiene necesidades, pero sus hijas son su prioridad, sólo tienen intimidad cuando el señor la busca, menciona que desde que Diane se enfermó solo han tenido intimidad una o dos veces, dice que antes de Diane su vida de pareja era aparentemente normal pero ahora *“solo por él yo estoy rendida no tengo ganas mi prioridad es mi hija”*. Menciona que su esposo siempre habla de la economía enfrente de ella pero que ella *“lo entiendo, pero puedo trabajar y dejar a mis hijas si trabajo se agarran entre ellas”*.

Comenta que su relación con su esposo no es buena, dice que la ofende en forma de vacile y ella lo empezó a notar como algo normal. Dice que el señor nunca quiso educar, que para las hijas ella es la mala, pero que ahora ya no se quiere desgastar con nadie por eso piensa *“mejor yo lo hago”*.

En cuanto a su historia familiar hubo abuso, violencia, alcoholismo, un homicidio, cáncer y depresión, con la familia del esposo no se lleva bien, solo se llevaba bien con su suegra que ya falleció de cáncer. Se casó porque se embarazó, ninguno de los tres embarazos fue planeado, las tres cesáreas, al segundo no lo quería tener incluso tuvo depresión.

Impresiones de la terapeuta: En esta sesión pude observar que la mamá de Diane tiene mucha culpa, se siente responsable de lo que les pasa a sus hijas, e intenta compensar es culpa resolviéndoles todo, lo cual le resulta muy agotador, pero lo prefiere a dejar a sus hijas a la deriva porque siente que si ella no toma el control todo sería un caos.

Número de sesión: 4

Fecha: 7 de octubre de 2019

Asiste: Diane y papá.

Descripción de la sesión: Sesión de tres horas, de una hora con Diane y el resto del tiempo con el padre. Con ambos hablamos sobre la historia familiar desde su perspectiva e hicimos sus familiograma. Durante la sesión Diane estuvo un poco más tranquila comparado a cómo ha llegado en sesiones pasadas, aunque me mencionó que estaba angustiada porque siente que no avanza, y al final me dijo que tenía ganas de llorar, pero no quería que la viera como víctima, le dije que eso no pasaría.

Sesión con Diane: Desde que entró me dijo que había sido una semana movida, por una situación que tuvo con su prefecta donde le decía que deje de actuar así porque solo le hace daño a su mamá y alejará a sus amigos. Hablamos sobre sus pensamientos de lastimarse menciona que llegan de repente, ella cree que no es relevante “*sólo perjudico, no quiero complicar más*”, pero piensa en su mamá “*le miento a mi mamá para que esté tranquila*” no quiere que se preocupe y le dice que está mejor.

Hablamos de las crisis de cómo son y lo que hace para calmarse, “*cuando tengo crisis la abrazo*” (a su mamá). Menciona que sus crisis varían en frecuencia y tamaño, las crisis bajas las describió “*como si me apretaran el pecho, como si algo pasara, quiero llorar, me desespera, porque no sé por qué pasa, ya estoy medicada*”.

Cuando está conviviendo con su familia de pronto vienen los bajones y piensa “*no merezco esa familia, no merezco seguir viviendo*”, también comenta “*a veces siento que avanzo y luego pienso que no es así*”, y se angustia por lo que sus padres tienen que pasar por ella.

Menciona que lo que le ha ayudado es la meditación guiada (YouTube), le relaja y le da esperanza de cambiar (acontecimientos extraordinarios).

Me contó cómo fue el primer ataque de epilepsia de su hermana cuando solo tenía nueve años y se asustó mucho, lo recuerda vívidamente que fue en la madrugada un sábado, que estaba durmiendo y escucharon un tosido y luego su hermana empezó a patear, la llevaron al doctor, y tenía una venita inflamada, y menciona que a partir de eso su mamá metió a su hermana en una burbuja, pero ella tiene sentimientos encontrados y piensa “*un día estás bien y luego no sabes*”.

También hablamos del mejor recuerdo que tiene, sus lugares favoritos que son Sisal y Cozumel, que desde los seis años le gusta pescar y snorklear con su papá, de igual manera mencionó las peleas que han tenido en su familia extensa (acontecimientos extraordinarios).

Sabe que en su familia por parte de la madre hay antecedentes de homicidio, abortos, preferencia por los hombres, violencia, depresión, alcoholismo, sabe que su mamá quería abortar a su hermana mediana, en cuanto a lado paterno, sabe que no se llevan bien con su mamá, que hubo aborto, alcoholismo, infidelidad, violencia y abuso.

Sesión con el papá: El señor estaba angustiado al entrar a la sala, ya que intentaba arreglar un asunto de su hija mayor. Lo primero que comentó es que nota a Diane más tranquila. Dice que su esposa nunca le ha dejado tener una buena comunicación con sus hijas, ya que siempre desvaloriza su opinión, dice que él es un tonto, y que las que tienen la razón son ellas, menciona que para su esposa siempre lo más importante es lo que las hijas quieran o digan.

Me comentó que trabaja mucho tiene tres trabajos se levanta desde las 5:30am, y que su esposa cree que es un alcohólico, él cree que ella puede tener razón pero que únicamente toma en fines de semana.

El afirma que solo tiene destinados \$100 para sus cervezas y nunca toma fuera de casa, solo toma en las noches cuando regresa de trabajar mientras ve tele, toma solo y que nunca ha llegado alcoholizado a su casa, incluso dice “el día que tome fuera de casa dejó de tomar porque ya me ganó”.

Menciona que su esposa no deja que las hijas hagan nada por sí solas, dice “*no las deja ni andar en camión, ni llamar al señor del agua, no las deja ni ir al gym solas*”, incluso que la casa está hecha un asco que tiene como quince días que no limpian comenta que le dijo a Diane, que recoja el popo de su perrita y ella lo iba a hacer y la mamá le dijo que no por los tóxicos y que lo haga él. Dice que la señora siempre dice que está arrepentida de casarse con él, lo dice en frente de las hijas. Comenta que la señora piensa que las hijas están así porque ella las descuidó por trabajar por su culpa, pero el señor comenta que solo trabajaba dos días por cuatro horas, ante esto el señor dice “*no puedo decir nada*”.

Menciona que su esposa no se lleva con su familia, que incluso el sábado es su cumpleaños y la señora ya le dijo que no puede su papá, el señor se muestra inconforme porque dice que cuando es el cumpleaños de la señora, él tiene que cumplir todo pero que él solo ha festejado dos veces.

También dice que en su juventud era muy violento, pero ahora es muy pasivo y que no reacciona si le hacen algo que incluso nunca les ha levantado la voz a sus hijas. Menciona que nunca pide nada, que todas las mañanas se levantaba y antes de salir les dejaba sus lonches, su dinero y el carro y él se iba en camión. En cuanto a su historia familiar me contó que trabajó desde muy pequeño, que su papá le fue infiel muchas veces a su mamá, que era muy violento, alcohólico, por eso se fue de la casa muy joven por defender a su mamá se peleaban muy feo. Sabe que los hermanos de su esposa son muy alcohólicos y violentos.

Se considera de gustos simples el cree que “*la compra de cosas es una transición de la vida, porque trabajas como esclavo para tener ese dinero y nunca dejas de ser esclavo*”, que no obedece la estructura de la sociedad, que incluso tiene doce años sin comprarse ropa, y si compra es de paca, aunque su esposa le diga que es un zarrapastroso, ya que a ella le importa mucho las apariencias pero él piensa “*para qué comprar ropa no tiene sentido, es lo mismo comprar una de \$400 que uno de \$40, para qué gastar en algo que no vale la pena*”.

El señor comenta “*a veces me siento muy solo*”, incluso dijo que en una ocasión tuvo una crisis de llanto y estaba llorando en la cocina por su mamá y la esposa lo pateó para que no lo vean sus hijas y que “*desde entonces prefiero hacerlo solo*”.

Lo que él más desea es comprar un terreno en el puerto, vivir tranquilo de la naturaleza, tener una lancha y un caballo, y que sus hijas obtengan lo que quieran, “*mi mayor temor es no tener para darles a mis hijas lo que ellas necesitan*”.

Impresiones de la terapeuta: En esta sesión pude darme cuenta de que Diane si es capaz de identificar los momentos en los que sus crisis son más fuertes y qué estrategias le ayudan a controlarlas. También pudimos explorar acontecimientos extraordinarios, donde las crisis no se presentan. Por otro lado, con el papá pude ver que su figura como padre está desvalorizada y él mismo siente que no tiene voz ni voto en la educación de las hijas, es más bien únicamente proveedor.

Número de sesión: 5

Fecha: 14 de octubre de 2019

Asiste: Diane.

Descripción de la sesión: Esta sesión fue con Diane vino más arreglada, pintada, con uñas y el cabello peinado, habló un poco más fuerte, se notaba más tranquila, y no se puso ansiosa al dibujar. Durante la sesión me habló de sus amigos Ana a la que conoce desde hace seis meses y Alexis que lo conoce desde hace 10 años, menciona que ellos la apoyan y la quieren, pero que ella se considera mala amiga, porque ellos le llevan comida y ella no da nada.

También hablamos de cómo han sido sus crisis, cuando aparecen, qué frecuencia, síntomas y duración tienen. Menciona que cuando las crisis llegan siente “*tristeza y soledad, siento que me aprietan el pecho, me siento incómoda con pensamientos negativos*”, como son repentinas dice que es como cuando está “*la luz prendida y se apaga, me consume*”.

Dice que cuando las crisis son muy altas en nivel 10 son con llanto “*no paró de llorar, quiero mi casa, ganas de no vivir todo se derrumba*”, dice que en esos momentos solo quiere acostarse; por otro lado, cuando las crisis son medianas tiene “*sentimiento de soledad, angustia, mucha tristeza*” y piensa que solo la apoyan por cumplir.

Menciona que si su depresión hablara le diría cosas negativas, “*estas toda acabada, no vales la pena, te quieren por compromiso no en serio, está sola*”. Le conté la metáfora de la rana y el aceite, y me dijo que cree que las sesiones representan el sol, y entonces hay que esperar a que se seque para poder quitar la depresión. También hicimos el dibujo de persona bajo la lluvia y me escribió una historia donde pude observar el relato dominante que se presenta en su narrativa.

Durante la sesión externalizamos la depresión la bautizó como señor tristezas incluso lo dibujó, me dijo que “*es muy oscuro, muy negro, huele podrido es insoportable*”, lo describió como “*algo que me consume, es un monstruo que se alimenta de la felicidad y de la alegría*”.

También dijo: “*el Señor tristeza está siguiéndome los pasos*”, mencionó que el señor tristeza es humo cuando las crisis son bajas y cuando son fuertes se convierte en sólido. Dijo que el señor tristeza está más se acerca cuando más feliz está y “*me abraza y aprieta, viene de tras nunca sé en qué momento vendrá, viene una soledad, es un desierto, me roba la energía y me consume*”. Comenta que cuando le pasa eso trata de manejar su respiración con ayuda de su mamá y de videos de meditación de YouTube.

Hablamos de lo que cree que pasaría cuando la depresión no esté, y que le da miedo, dijo: “*me da miedo que dejen de escuchar, que dejen de ser parejas las cosas, en cuanto a los regaños y empiezan ayudar*”. Mencionó los cambios que ha habido en casa dijo que ya hay más paz que a la grande ya la frenan y su papá ya no bebe tanto.

Se aplicó el test de persona bajo la lluvia, con el fin de apreciar el relato que creaba a partir del dibujo. El relato que escribió fue el siguiente: “Salía del trabajo cansada y agotada cuando de repente una tormenta de lluvia empezó mientras ella caminaba sola por las calles semioscuras y alumbradas por la luz de la luna”. En esta narrativa se puede percibir que tiene agotamiento, cansancio, sentimientos de soledad, pero tiene una pequeña esperanza que le aporta posiblemente el apoyo de su mamá.

Impresiones de la terapeuta: Con ayuda de la externalización y el relato que escribió, pude darme cuenta de que Diane realmente se siente atrapada por el señor tristeza, lo que le genera tener diversos pensamientos que solo le dan más fuerza a él y la debilitan a ella. Sin embargo, tiene cierto grado de esperanza, ya que se empieza a sentir apoyada y abrigada por su madre, pero esto mismo le da miedo e inseguridad de que su madre la defraude por lo que tiene miedo de confiar.

2.4. Informe de resultados de la evaluación diagnóstica

Después de conocer a Diane, su familia y al señor tristezas al implementar la externalización, pude darme cuenta de que, a pesar de tener una actitud de desesperanza, con la creencia de que la situación nunca cambiaría, la adolescente desde el inicio se mostró abierta al hablar, lo que muestra sus ganas de salir adelante.

Es una chica tímida y retraída, incluso su tono de voz es muy bajo, al hablar sobre ella misma se puede apreciar cierta autodesvalorización e inseguridad, se puede percibir cierta falta de vitalidad, está muy orientada al pasado, y si se aprecian los síntomas depresivos como fatiga, desaliento, agotamiento y tiende a estar a la defensiva. Tuvo un intento de suicidio y tiene constantes pensamientos suicidas. Sin embargo, es una chica sencilla, sociable, con rapidez mental, le gustan los deportes, es creativa, ágil, sensible y con ganas de salir adelante, realmente desea ser independiente, autónoma y alcanzar sus metas lo que es importante.

Diane percibe la dinámica familiar un tanto hostil especialmente en la relación entre hermanas, se percibe inferior a sus hermanas, incluso podría haber sentimientos de inadecuación. Presenta una relación dependiente con la madre, podría decirse hasta simbiótica a raíz de que es diagnosticada con depresión, Diane se siente muy cómoda y mirada en esa posición, por lo que podría indicar un deseo de mantenerse pequeña. La madre es absorbente con las tres hijas, quiere solucionarles todo, protegerlas del mundo y tenerlas bajo control. Por otro lado, el padre se mantiene en la periferia únicamente cumpliendo el papel de proveedor, orillado a jugar ese papel por la madre que no le permite tener mayor interacción. Diane idealiza mucho una familia perfecta, por lo cual, tiene mucho resentimiento contra sus padres y hermanas porque los ve muy alejados de su familia ideal.

Queda muy a la vista que el sentirse triste e incluso llorar no está bien visto entre la familia, ya que tanto Diane como sus padres comentan situaciones en las que fueron mal vistos por esto, o incluso dentro de su discurso externalizan que el llorar es símbolo de debilidad o de querer hacerse la víctima, lo cual no está bien visto. El padre mencionó incluso sentirse muy solo, dicha sensación es compartida con Diane, ya que sus relatos están saturados de comentarios relacionados a sentirse sola y sin apoyo, ante esta situación la madre juega un papel importante para que la familia tenga este sentir.

Inclusive la madre al tener la necesidad de controlar y resolver todo en casa, siente que no hay apoyo y para evitar conflictos hace todo ella, por lo cual todo el tiempo se siente cansada y agotada ante la situación, pues ella sola asume toda la carga y así de alguna manera contribuye a que todos tengan una actitud individualista, situación con la que Diane no está de acuerdo ya que ella solía tratar de ayudar a todos pero cansada de sentirse no valorada ni tomada en cuenta y sentir que toda la atención y cariño era para las hermanas especialmente para la mayor, la cual solo piensa en su beneficio, también dejó de aportar como sus hermanas, y ahora se siente una carga para la familia.

Con lo anterior, queda a la vista cuáles son las líneas por seguir para la intervención. Una primera línea sería la relación madre-hija, ya que la madre es absorbente con las tres hijas, quiere solucionarles todo, protegerlas del mundo y tenerlas bajo control, lo que puede darle fuerza al señor tristezas. Otra línea es la seguridad que tiene sobre sí misma, y la creencia de que el señor tristezas es quien tiene el control total de su vida, lo que le hace sentir que no tiene sentido vivir así, por lo cual es importante regresarle ese control.

3. Combatiendo contra el Sr. Tristezas (Programa de intervención)

3.1. Introducción

En el presente capítulo se presenta el programa de intervención que se desarrolló para trabajar con Diane y el señor tristezas, por lo que en este apartado se describe la intervención implementada a partir de un caso clínico único, donde se plantean los objetivos de la intervención realizada, señalando las técnicas narrativas que se utilizaron para el abordaje clínico del caso, así como las diversas acciones que se tomaron para el cumplimiento de los objetivos, como lo fueron las sesiones relacionales madre-hija.

El programa de intervención propuesto se sustenta en técnicas narrativas y en un inicio sesiones relacionales. En cuanto a las técnicas narrativas se utilizó principalmente la externalización, la cual, ayuda a las personas en su lucha contra sus problemas, esta técnica propicia un espacio observacional de distancia que libera a las personas para que puedan analizar su experiencia con el problema, las maneras en que este opera y principalmente recuperar la influencia que ellos tienen sobre este (Campillo, 2013).

Por otro lado, se completó con sesiones madre-hija (sesiones relacionales), con el fin de fomentar una relación saludable entre ellas por medio de actividades lúdicas y que favorecen la comunicación asertiva y la expresión de sus pensamientos y sentimientos, de igual manera se busca resolver los problemas que puedan haber entre ellas lo que hará que Diane tenga una mejor confianza en sí misma y se sienta empoderada de tomar el control de su vida sin necesidad de depender de su madre o de alguien más; así mismo el uso de sesiones relacionales fomenta que los cambios sean más duraderos y les brinda la seguridad tanto a los padres como a la adolescente que el progreso se mantendrá.

3.2. Objetivos del programa de intervención

El programa de intervención tiene como objetivo que Diane establezca nuevos significados a través de la revisión y reedición de su historia, creando un discurso de más equilibrio y promover la convicción de que tiene el control de su vida.

3.2.1. Objetivos específicos

- Deconstruir las ideas, creencias, prácticas que mantienen la sintomatología depresiva.
- Identificar los acontecimientos extraordinarios para ampliar la capacidad de control de Diane sobre los síntomas depresivos.
- Construir historias alternativas para la expresión de ideas y emociones.
- Disminuir la influencia que tiene la depresión sobre la vida de Diane.
- Fortalecer la autoestima de la adolescente para incentivar sentimientos positivos que le ofrezcan seguridad.
- Fomentar una relación saludable con su madre.

3.3. Programa de intervención

3.3.1. Diseño de intervención.

Desde la narrativa no hay un diseño de intervención específico, se trabaja con lo que el paciente trae en sus relatos a sesión, sin embargo, se realizó una propuesta de diseño de intervención en general, compuesta de cuatro fases: de diagnóstico, de intervención, de evaluación y de cierre. El diseño de la propuesta de intervención se basó en la información recabada durante la fase de diagnóstico, en los objetivos establecidos a partir de lo observado y en la utilización de técnicas narrativas y sesiones relacionales.

El proceso terapéutico dio inició el 23 de septiembre de 2019 y finalizó el 23 de junio de 2020 siendo un total de 28 sesiones, de las cuales 18 fueron destinadas a la aplicación del programa de intervención con técnicas narrativas diseñado para una adolescente de diecisiete años con depresión. El proceso psicológico estuvo orientado a favorecer que Diane recupere el control de su vida, o por lo menos reducir la idea de que el sr. Tristezas la controla.

3.3.2. Fases de intervención.

El programa de intervención se compone de 28 sesiones clasificadas en cuatro fases, donde cada una estuvo orientada por objetivos planteados de acuerdo con lo el que caso fue solicitando y se implementaron de la siguiente manera (Ver Tabla 1)

La primera fase fue la de Diagnóstico, la cual está detallada en el segundo capítulo de este trabajo, constó de cinco sesiones, donde se identificaron las historias saturadas de problemas presentes en los discursos de Diane y me permitió conocer los factores contextuales de la familia, el impacto emocional del señor tristezas, y los recursos de Diane y su familia.

Con la información recabada durante la fase anterior se establecieron los objetivos del Programa de Intervención, la cual representa la segunda fase en donde se trabajaron dichos objetivos durante dieciocho sesiones, a través de la aplicación de un conjunto de técnicas y herramientas narrativas, así como de cuatro sesiones relacionales madre-hija.

La tercera fase es la de Evaluación, donde a través de un análisis cualitativo y reflexivo de las sesiones de intervención y el lenguaje de la adolescente a través de las sesiones, la re-externalización y una autoevaluación donde, comparamos su percepción de cómo llegó y cómo se va, se observaron los alcances y principales resultados obtenidos de la intervención, esta fase comprendió de tres sesiones y se realizó al terminar la aplicación del programa de intervención.

La última fase es la de cierre, donde se realizó la despedida con Diane y ambos padres, se utilizó únicamente una sesión donde juntos hicimos un reencuentro del proceso terapéutico y las observaciones finales del caso. Cada uno de los participantes mencionó aspectos significativos como cambios, dificultades y lo que se llevaban del proceso.

Tabla 1.
Programa de intervención

Sesiones	Fase	Objetivos	Técnicas empleadas
1-5	Diagnóstico	Conocer la historia saturada de problemas y la información relacionada con el motivo de consulta	Preguntas de influencia relativa
		Explorar los recursos y limitaciones individuales, familiares y contextuales percibidas por Diane.	Preguntas del panorama de la acción Búsqueda de acontecimientos extraordinarios
		Separar a Diane del problema (sr. Tristezas).	Externalización
		Explorar la influencia que tiene el sr. Tristezas sobre Diane y viceversa	Preguntas del panorama de la conciencia
6-24	Intervención	Deconstruir las ideas, creencias, prácticas que alimentan al señor tristezas.	Deconstrucción Lenguaje externalizador
		Ampliar la capacidad de control de Diane sobre el señor tristezas.	Búsqueda de acontecimientos extraordinarios Documentos terapéuticos

Sesiones	Fase	Objetivos	Técnicas empleadas
		Construir historias alternativas para la expresión de ideas y emociones.	Lenguaje metafórico Preguntas del panorama de la acción
		Disminuir la influencia que tiene el señor tristezas sobre la vida de Diane.	Lenguaje externalizador
		Fortalecer la autoestima de la adolescente para incentivar sentimientos positivos que le ofrezcan seguridad.	Preguntas del panorama de la conciencia
		Fomentar una relación saludable con su madre.	Sesiones relacionales Documentos terapéuticos
25-27	Evaluación	Evaluar los cambios que percibe Diane en el señor tristezas	Externalización
		Observar los alcances y principales resultados obtenidos de la intervención	Documentos terapéuticos
28	Cierre	Realizar un reencuentro del proceso terapéutico y las observaciones finales del caso.	Preguntas del panorama de la conciencia

3.3.3. Diseño de Psicoterapia.

En este apartado se describen las sesiones realizadas en el trabajo con la adolescente tomando en cuenta todas las etapas del proceso terapéutico. Cabe mencionar que cada sesión lleva un nombre, el cual fue tomado en su mayoría por frases dichas por Diane o descritas por mí de acuerdo a la temática por la que giró la sesión, con el objetivo de ir apreciando el cambio de narrativa conforme las sesiones (ver Tabla 2).

Tabla 2.
Diseño de psicoterapia empleado.

Fase	Sesión	Nombre	Objetivo	Aspecto terapéutico
Diagnóstico	1	“Mi situación nunca cambiará”	Sesión conjunta (Diane, mamá, papá): Que la familia conozca las condiciones del servicio y se hable del motivo de consulta.	Encuadre y establecer el primer contacto
	2	“En el hoyo”	Sesión individual (Diane): Establecer un ambiente de confianza y se hable del motivo de consulta	Análisis de la historia saturada del problema
	3	La historia de mamá	Sesión individual (Mamá): Conocer la historia familiar y se hable del motivo de consulta	Escucha activa
	4	“No merezco seguir viviendo”	Sesión individual (Diane): Identificar cómo percibe las crisis y conocer la historia familiar	Búsqueda de acontecimientos extraordinarios
		La historia de papá	Sesión individual (Papá): Conocer la historia familiar y se hable del motivo de consulta	Escucha activa
	5	Conociendo al sr. Tristezas	Sesión individual (Diane): Ponerle nombre al problema Observar su relato a partir del Test de persona bajo la lluvia (Ver Apéndice 1).	Externalización (Ver Apéndice 2).
Intervención	6	“Mi vida no es fácil”	Sesión individual (Diane): Explorar el miedo al rechazo y resentimientos	Análisis de la historia saturada del problema

Fase	Sesión	Nombre	Objetivo	Aspecto terapéutico
		“Me siento sola”	Sesión individual (Diane): Explorar acontecimientos pasados antes del sr. tristezas	Aislamiento. Inseguridad
	7	“Es un chantaje”	Sesión individual (Mamá): Explorar la culpa y las acciones que toma a partir de ella. Explorar cómo percibe la depresión	Culpa. Papel de madre. Externalización (Ver Apéndice 3).
	8	No asistieron a la sesión, ni avisaron para cancelar (primera falta).		
	9	“Jaula de emociones alborotadas”	Sesión individual (Diane): Explorar las emociones positivas.	Búsqueda de acontecimientos extraordinarios
	10	“Miedo de perder el miedo”	Sesión individual (Diane): Explorar las ideas y pensamientos suicidas.	Catarsis. Desaliento. Desesperanza
	11	La vida sin sr. Tristezas	Sesión relacional (Diane-mamá): Explorar las cosas que le gusta hacer juntas y realizar un collage de cómo se imaginan la vida después del señor tristezas (Ver Apéndice 4).	Vínculo madre-hija.
	12	Dando testimonio	Sesión relacional (Diane-mamá): Relatar la experiencia de cada una en el proceso.	Reconocimiento de cambios.
	13	“No cumplo como hija”	Sesión individual (Diane): Autoevaluación del proceso antes de vacaciones (Ver Apéndice 5).	Culpa. Frustración.

Fase	Sesión	Nombre	Objetivo	Aspecto terapéutico
	14	Desamor, desilusión	Sesión individual (Diane): Explorar cómo le fue durante las vacaciones.	Resistencia. Decepción. Búsqueda de alternativas.
	15	“Solo por hoy”	Sesión relacional (Diane-mamá): Trabajar en la comunicación y asertividad.	Independencia. Relación madre-hija.
	16	Al límite	Sesión individual (Mamá): Delimitar las funciones que tiene como madre.	Catarsis Papel de madre.
		“Hundida”	Sesión individual (Diane): Delimitar las funciones que le corresponden como hija y de acuerdo con su edad.	Dependencia Abandono
	17	“Me empuja al lodo en vez de ayudarme”	Sesión individual (Diane): Explorar conceptos de familia.	Familia ideal vs. familia real
	18	Hablando de frente	Sesión relacional (Diane-mamá): Propiciar una comunicación asertiva (Ver Apéndice 6).	Asertividad. Relación madre-hija.
	19	Después de la tormenta viene la calma	Sesión individual (Diane): Hablar sobre los cambios.	Apego
	20	En el momento correcto	Sesión conjunta (Diane-mamá): Proponer retomar el proceso vía online.	Alianza terapéutica. Catarsis.
	21	Adaptándose al cambio	Sesión individual (Diane): Conocer los últimos acontecimientos.	Familia.

Fase	Sesión	Nombre	Objetivo	Aspecto terapéutico
Evaluación	22	“Encontré la escalera”	Sesión individual (Diane): Explorar su relación de pareja (Ver Apéndice 7).	Noviazgo. Los celos.
	23	“Ya no soy un globo”	Sesión individual (Diane): Conocer la presencia que tiene el sr. Tristezas en este momento de su vida.	Dependencia.
	24	El muro	Sesión individual (Diane): Hablar sobre su percepción actual, miedos e inseguridades.	Inseguridad.
	25	“Una nueva vista”	Sesión individual (Diane): Fomentar una nueva visión sobre la vida.	Externalización (Ver Apéndice 8).
	26	Aprendiendo a manejar bicicleta	Sesión individual (Diane): Explorar la adecuación al cambio.	Prevención de recaídas
	27	“Cambio de envoltura”	Sesión individual (Diane): Evaluar los cambios desde la perspectiva de Diane (Ver Apéndice 9). Realizar una carta al sr. Tristezas (Ver Apéndice 10).	Aspectos de cambio.
	Cierre	28	Gracias	Sesión conjunta (Diane, mamá, papá): Realizar un reencuentro del proceso terapéutico y las observaciones finales del caso.

4. De villano a aliado del héroe (Resultados para la intervención)

El presente capítulo tiene como finalidad exponer el alcance del programa de intervención psicoterapéutico diseñado para el caso de Diane, evaluando los resultados obtenidos de acuerdo con los objetivos planteados para el mismo. Así mismo en este apartado se presentan la historia clínica y las relatorías de las sesiones de psicoterapia. Cabe resaltar que a pesar de que el enfoque narrativo no propone una evaluación de manera explícita y estructurada, para este trabajo se presentarán los cambios que pudieron ser observados después de la intervención especialmente en la narrativa de los relatos de la adolescente y en la forma de percibir al sr. Tristezas.

4.1. Evaluación del proceso

La evaluación de los efectos del proceso psicoterapéutico se realizó a partir de tres vías. La primera fue por medio de la re-externalización del señor Tristezas, para observar los cambios de imagen y percepción que tiene Diane sobre él después de la intervención. Así mismo, se realizaron dos autoevaluaciones, una a la mitad del proceso y la otra al finalizar para conocer cómo iba percibiendo Diane sus avances, y saber si sus objetivos iniciales se cumplieron al final, al hacer la comparación entre las dos autoevaluaciones.

De igual manera, se realizó un análisis de contenido de cada una de las sesiones realizadas con Diane a lo largo de todo el proceso psicoterapéutico para observar los cambios en las verbalizaciones hechas por la adolescente durante las sesiones, y apreciar cómo se fue dando la deconstrucción del relato saturado del problema, a través de la búsqueda de sus historias alternativas, y cómo van cambiando las verbalizaciones de pasar a estar orientadas al pasado a una visión más a futuro.

4.1.1. Resultados de la aplicación de instrumentos.

Los cambios más significativos se encuentran en cuanto a la percepción de Diane sobre el señor tristezas, ya que no solo se presenta un cambio en cuanto a su aspecto que en un inicio era sombrío (Ver Figura 2) y ahora lo presenta como “un payaso elegante” (Ver figura 3), si no que pasó de ser el villano al ayudante del héroe.

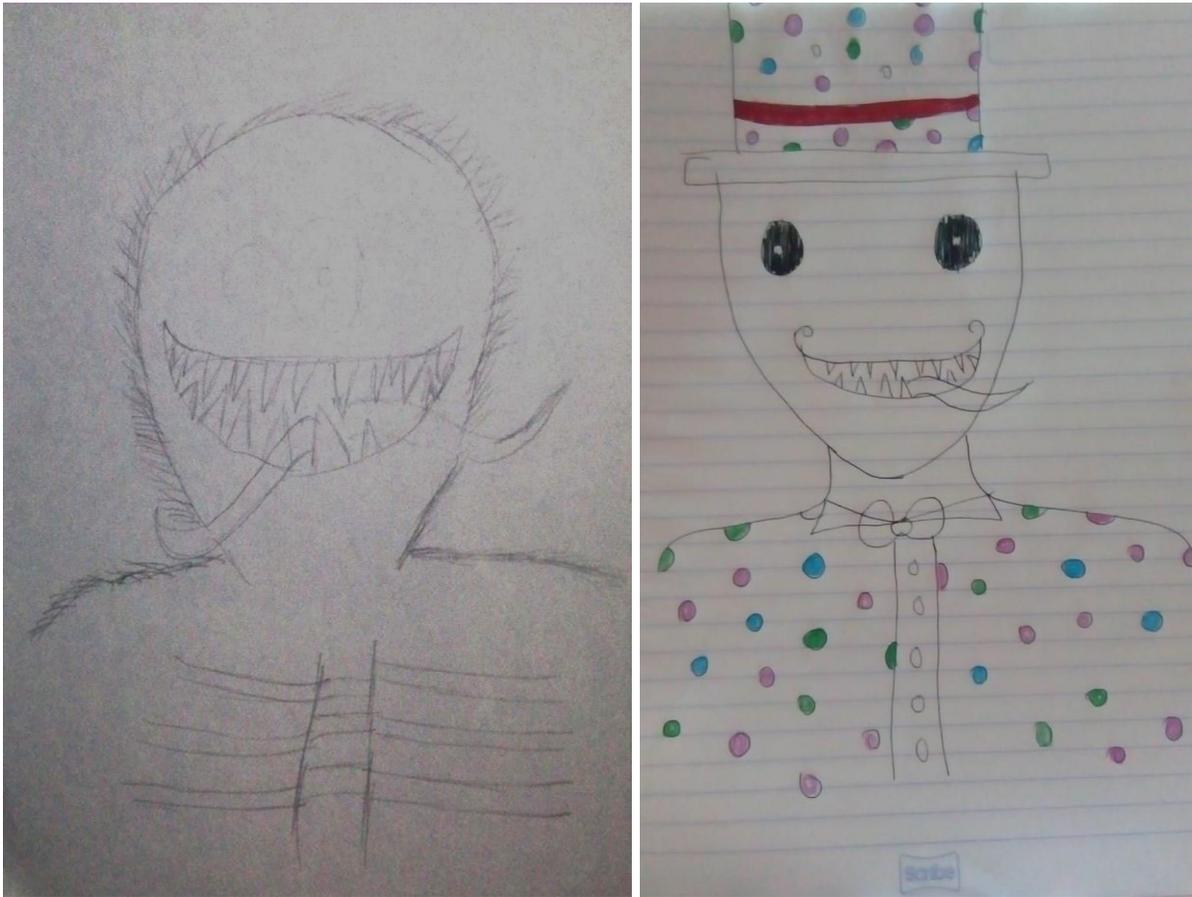


Figura 2. Sr. Tristezas (14 de octubre de 2019) Figura 3. Sr. Tristezas (6 de junio de 2020)

En un inicio describía la Sr. Tristezas como un ser muy oscuro, muy negro, que olía a podrido al grado de ser insoportable y que la consumía, así mismo Diane decía que era un monstruo que se alimenta de su felicidad y le seguía los pasos, también comentó que podía ser humo o muy sólido y que cuando estaba solido era cuando las crisis eran fuertes y él la apretaba.

Ahora lo percibe tan ligero como una pluma, con un olor dulce como algodón de azúcar, y lo más importante es que menciona que su compañía ya no le molesta. Incluso reconoce lo siguiente: “El señor tristezas me ayudó, él absorbía la emoción, por eso se nublo de esa emoción y cambió su forma, y al ir desapareciendo la emoción se fue mostrando su verdadera forma, el villano se volvió ayudante del héroe”.

Uno de los cambios más tangibles respecto al señor tristezas, es la carta que Diane le escribió, ya que en ella reconoce que tiene el control sobre la depresión y que confía en las herramientas y habilidades que ha aprendido para controlarla, así mismo se aprecia una actitud de esperanza. La carta dice lo siguiente:

“Señor tristezas hoy te escribo para decirte que te acepto tal y como eres. Hoy me he dado cuenta que tú también te puedes llenar de humo, por favor date cuenta que tú también puedes evitar ese humo. Me has ayudado a avanzar con esto creo que también puedes darte cuenta y cambiar la manera de cómo ves a ese elefante, creo que no presté mucha atención y me doy cuenta que yo misma era el señor tristezas, yo misma me encapsulaba, pero ahora me doy cuenta que solo necesito abrir la tapa y desenfrascarme se vas a estar ahí a mi lado todo el tiempo, pero voy a aprender a vivir contigo poco a poco”.

Con la primera autoevaluación se pudo apreciar que en un inicio ella reconocía que se sentía triste, opaca, dejada, olvidada, sin esperanzas, con ganas de morir, sin ánimos, sin fuerzas, cansada de sus pensamientos, de su mente y agotada de vivir como vivía, de pensar como pensaba y cómo se veía a sí misma. Con el paso de las sesiones fue adquiriendo un poco de fuerzas, de esperanza, los deseos de morir fueron disminuyendo, tenía un poco más de ánimos y felicidad, sin embargo, anhelaba tener muchas esperanzas, mucha felicidad, positivismo y más ganas de vivir.

Con la segunda autoevaluación, realizada al finalizar las sesiones, ella reconoció que ahora se sentía con energía, sin los pensamientos que la agotan, más positivas y con ganas de tener un buen futuro, incluso mencionó que quería regresar a la escuela, que ya se sentía lista.

De igual manera, sus relatos ya no están tan saturados del problema, incluso menciona que la relación madre-hija es mucho mejor, hay más confianza entre ellas, su relación pasó de ser simbiótica y ambivalente a ser una relación más cordial y con un cierto grado de independencia. También en sus relatos quedó en evidencia que las crisis han disminuido notoriamente al máximo una por semana, incluso menciona que hay semanas que ya no se presenta ninguna crisis y si se presenta alguna ya son muy leves, y ahora las puede manejar sin ayuda y sin gran esfuerzo. Incluso reconoce que sus días ahora son tranquilos y se está adecuando a esta nueva sensación, que en un inicio le pareció extraña y ahora lo aprende a disfrutar.

4.1.2. Historia clínica.

1. Ficha de identificación.

Nombre: Diane (seudónimo para conservar la confidencialidad y respeto de la menor).

Edad: 17 años.

Sexo: Mujer.

Escolaridad: Secundaria.

Lugar de nacimiento: Mérida, Yucatán.

Fecha de nacimiento: 6 de enero del 2003.

Lugar de residencia: Mérida, Yucatán.

Nacionalidad: mexicana.

Nivel socioeconómico: medio – bajo.

Religión: católica.

2. Descripción física del paciente.

Diane es una adolescente de 17 años, de complejión promedio, estatura alta, tez blanca, cabello negro y ondulado, ojos grandes de color café oscuro. A las sesiones llegó desarreglada, con ropa casual, principalmente short de mezclilla con blusas ombligueras y sin mangas, su cara denotaba tristeza y su tono de voz era muy bajo.

3. Motivo de consulta.

Motivo de consulta de la madre: A inicios de septiembre de 2019 la adolescente es diagnosticada y tratada en el servicio médico de la UADY con depresión y ansiedad. Sin embargo, ha presentado cuadros de tristeza desde hace aproximadamente dos años.

Motivo de consulta de la adolescente: La adolescente en la primera sesión menciona que le gustaría “dejar de estar en el hoyo”. La joven manifiesta tener crisis de ansiedad intensas, periodos depresivos largos, pensamientos y un intento suicida.

4. Evaluación del problema del paciente.

Diane comenta que desde hace dos años siente una tristeza profunda, en momentos que no comprende porqué, sin embargo, apenas le llevaron al médico ya que empezó a tener pensamientos suicidas y crisis de llanto y ansiedad intensas. Ella menciona que siempre trato de ser fuerte, pero que llegó el punto que el peso de su casa y el trato desigual entre las hermanas le ganó.

La adolescente percibe la depresión como un vacío, bajones de tristeza y estar intranquila, se siente desesperada y lastimada, está cansada de llorar, y siente que la depresión la consume. Ya no tiene ganas de hacer nada, siente que ya nada la llena, siente que su vida es irrelevante, que no importa y cree que si ella llegara a irse la vida de su familia no cambiaría en nada, incluso menciona que cree que no merece la familia que tiene.

Menciona que sus crisis varían de intensidad y duración, que siente como si le apretaran el pecho, como si algo pasara, y siente muchas ganas de llorar y eso le desespera, porque no entiende por le sigue pasando si está tomando medicamento, incluso a veces siente que avanzó y luego piensa que realmente no es así.

5. Historia familiar.

La estructura familiar es nuclear y está compuesta por la mamá de 47 años quien se dedica al hogar y a cuidado de las tres hijas; el papá de 46 años que se desempeña como administrativo, UBER y los fines de semana junto a su esposa ponen un puesto de tacos. Diane de 17 años es la hija menor de las tres, su hermana mayor tiene 24 años y la de en medio 20 años. La relación entre los miembros es distante y un tanto conflictiva, especialmente entre las hermanas, debido al trato desigual que reciben, ya que hay más preferencia por la hermana mayor y a la de en medio la tienen muy sobreprotegida por su diagnóstico de epilepsia.

La relación entre Diane y su mamá actualmente es de mucha dependencia, debido a que la señora por la culpa trata de sobre compensar a Diane, por lo que hace con ella todo, incluso menciona que solo les falta bañarse juntas. La relación con su padre es limitada debido al tiempo de convivencia, existe menos apertura con él para el diálogo y lo percibe como indiferente. La relación entre la adolescente y sus hermanas es de mucha rivalidad y conflictiva.

6. Historia personal.

Desarrollo: El embarazo no fue planeado, pero sí muy deseado y aceptado por ambos padres. Diane nació a los ocho meses por cesárea al igual que sus hermanas, debido a que la madre por un problema en su organismo no puede dilatar lo suficiente para que sea parto natural. Durante el embarazo la señora tuvo que estar en cama casi todo el embarazo, debido a que tuvo una amenaza de aborto. La alimentación de Diane fue exclusivamente de pecho hasta los ocho meses. Diane camina y habló al año, su madre menciona que era una niña muy traviesa que le gustaba correr. Siempre fue una niña que apoyaba a sus papás y hermanas, era la única que apoyaba en las labores de la casa y estaba a disposición de los demás para ofrecer su ayuda.

Socialización: Diane menciona que nunca ha sido problema para ella hacer amigos, incluso menciona que en la prepa tiene un amigo al cual lo conoce desde la primaria, se considera muy sociable y que se le facilita hablar con otras personas, sin embargo, desde que comenzó a presentar los cuadros de tristeza intensos, siente que no es tan buena amiga ya que sus amigos se preocupan por ella y la apoyan y ella no tiene como corresponderles.

Escolar: Diane menciona que siempre tuvo un desempeño promedio en la escuela, que siempre fue dedicada para las tareas y proyectos, sin embargo, a partir de la depresión ha faltado mucho a clases y le cuesta encontrar motivación para prestar atención y hacer las tareas por lo que ahora se encuentra en riesgo de reprobado dos materias.

7. Historia de la salud.

Antes de ser diagnosticada con depresión y ansiedad, no había presentado ningún otro problema de salud de ninguna índole, fue hasta que empezó con los cuadros de tristezas y llanto intenso que la llevaron a consultar al servicio médico de la UADY.

4.1.3 Instrumentos aplicados.

Como se mencionó al inicio del apartado, debido a la naturaleza de la terapia narrativa, no se aplicaron instrumentos para realizar la evaluación más bien se utilizó la técnica de externalización y el uso de documentos terapéuticos como lo son la carta terapéutica y la autoevaluación.

4.2. Sesiones de psicoterapia

A continuación, se presentarán las relatorías de las sesiones de psicoterapia efectuadas durante la intervención. Cabe mencionar que las sesiones correspondientes a la fase de diagnóstico se encuentran en el capítulo dos de este documento.

Sesión 6: “Mi vida no es fácil”

Fecha: 21 de octubre de 2019

Asiste: Diane.

Descripción de la sesión: Desde que me acerqué comenzó a hablar, me comentó que había sido una semana movida, me dijo que había tenido problemas con un profesor, que no era tolerante con la situación que ella estaba pasando, lo que la estaba poniendo en riesgo de reprobar la materia. Por esta razón en busca de una solución su mamá habló con el director y la cambiaron de turno. Esta situación la tenía nerviosa, ya que al integrarse a finales de semestre le preocupaba no poder hacer amigos, pero a la vez le daba calma el ya no tener que tratar con ese profesor. Comentó “*tengo miedo de que las cosas vuelvan a hacer como antes*”, refiriéndose a que no haya equidad entre las hermanas, dijo que por eso antes sentía odio y resentimiento a su mamá porque sentía que no la quería, pero ahora siente que el amor es falso.

Dijo: “Mi vida no es fácil”, y que le gustaría recuperar la confianza y tener más tiempo en familia porque siente que su familia es indiferente. Comentó que tuvo una crisis, pero fue menor de nivel cuatro. El resto de la sesión estuvimos hablando sobre estrategias para vencer al señor tristezas.

Elementos narrativos: Al inicio de la sesión el relato de Diane estaba muy saturado del problema, por lo que la escucha empática fue de gran importancia, por lo que me limité a abrirle un espacio para que pudiera expresarse, y siguiendo con la externalización planteamos estrategias para vencer al señor tristezas, en busca de desenlaces inesperados preguntándole cómo explicaba su capacidad para tolerar la depresión.

Sesión 7

Fecha: 28 de octubre de 2019

Descripción de la sesión: Sesión de dos horas la primera hora fue con Diane donde me contó cómo le va con su adaptación del cambio de turno y exploramos acontecimientos extraordinarios donde el señor tristezas no se encontraba y cuál es su debilidad. Utilice la segunda hora para platicar con la mamá, sobre lo que está pasando en su casa, como se siente, y también externalizamos como ella percibe la depresión.

Sesión con Diane: “Me siento sola”

Descripción de la sesión: En esta sesión la note más desanimada y triste incluso me dijo que ha estado teniendo malos pensamientos. Me contó que le estaba costando mucho trabajo adaptarse al cambio, incluso externo “me siento sola” y lo que más trabajo le estaba dando era hacer amigos, ya que sentía que todos ya se conocían y tenían sus “grupitos” y a ella le costaba acercarse, lo que la hace sentir mal ya que antes para ella era muy fácil hacer amigos.

Hablamos entonces de las cosas que hacía antes para que hacer amigos fuera fácil, y las cosas que podía hacer ahora. Hablamos de los momentos en los que parece el señor tristezas y donde no, dijo: “no está el señor tristeza en el gym ahí me concentro en lo que hago, cuando estoy sola llega el señor tristezas”. Después exploramos cuál sería la debilidad del señor tristezas, en un inicio dijo que no tenía, pero dentro de la conversación fuimos escarbando acontecimientos extraordinarios y terminó diciendo que “la debilidad del señor tristezas es la felicidad”.

Sesión con mamá: “Es un chantaje”

Descripción de la sesión: Note a la señora cansada y desanimada, me contó lo difícil que es lidiar con todo lo que pasa en su casa, me dijo que Diane no hace nada si ella no lo hace por lo que siente que la chantajea. La situación no es solo con Diane porque la señora comenta que las tres hijas no quieren ni salir solas, por lo que la señora piensa que lo mejor es cargar con las tres, incluso dijo “mientras ellas estén bien estaré bien”. Por eso no deja que hagan nada y mejor hace las cosas ella sola, porque cree que si las deja “sería un caos, porque una con la escuela, la otra la epilepsia y la otra se deprime”.

También definimos los conceptos de ser mamá. Ser buena mamá y mala mamá. Para ella mamá es la “persona que debe proteger a sus hijos y enseñarle que pase lo que pase siempre hay una salida con amor”; define una buena mamá como “estar pendiente de sus hijos, que piensan, sienten, en qué puedo ayudarlas para solucionarlo”; por otro lado, cree que una mala mamá es quien “abandonan, no educa”. Al final dijo “*cómo era mala ahora tengo que ser buena*”.

Durante la sesión hablamos de cómo ella ha visto la depresión a lo largo de su vida, y como era ella a la edad de cada una de sus hijas, comenta que a los 16 años que es la edad de Diane ella “era feliz, viajaba y no tenía miedo a nada”.

Sin embargo, a los 18 años “sólo quería llorar mi hermano me pegaba muy fuerte”; posteriormente a los 19 años que es la edad actual de la hija de en medio muere su papá de infarto “fue muy feo”, ella tenía una muy buena relación con su papá y cuando muere se sintió sin rumbo.

Luego a los 22 años intentó bajar de peso con unas pastillas que le dejaban una sensación muy fea; cuando cumplió 24 años que es la edad actual de Alexandra tuvo depresión y siguió así hasta los 26 que se embarazó de la hija de en medio, incluso pensó en abortar.

También externalizamos su depresión la dibujó y describió como una “nube gris grande, pero no más que el cielo” y menciona que ella con la depresión “se siente triste y muy angustiada”, y menciona que incluso le dieron ataques de pánico y dijo “en ese momento quería morirme con cloro o ácido sientes que no te entienden”; dijo que la depresión “huele a sucio” y que si hablara le diría “que tiene que salir de ahí moverme de ahí”.

Al final de la sesión me comento que sufrió de abuso sexual a los 5 o 6 años “era muy pequeña”, por lo que no se acuerda cuanto tiempo, pero menciona que tal vez fueron 4 o 5 años y fue por dos de sus hermanos, uno más que el otro, el más grande, le agradecí por compartirlo conmigo y entendía lo difícil que pudo haber sido vivir esa situación.

Elementos narrativos: Diane llegó a la sesión con un relato saturado del problema, por lo que, a través de preguntas de influencia relativa, se encaminó a buscar acontecimientos extraordinarios en su relato, hasta llegar a un relato alternativo. Por otro lado, con la mamá de Diana se trabajó con la externalización de su propia depresión, por lo que se emplearon preguntas externalizante para separar al problema, y buscar acontecimientos extraordinarios en su relato.

Sesión 8: Primera falta.

Fecha: 4 de noviembre de 2019

Sesión 9: “Jaula de emociones alborotadas”

Fecha: 13 de noviembre de 2019

Asiste: Diane.

Descripción de la sesión: Llegó arreglada y pintada a la sesión, se veía más contenta. Lo primero que me dijo es que habían faltado porque su hermana se puso mal y la acompañaron al médico. Me dijo que ya estaba haciendo amigos, que ya hizo una amiga y juega voleibol con un grupo de amigos. A pesar de que ya está haciendo amigos menciona que “*quieren regresar los patrones*” e incluso mencionó que el viernes el Sr tristezas estuvo en un nivel seis, por lo que faltó a la escuela ya que se sentía mal y cansada; dijo que sentía como una “*jaula de emociones alborotada*” y que estaba “*decepcionada de ella de que intenta cambiar y no puede porque está encadenada*”. Incluso aún tiene pensamientos suicidas cuando está sola. Sin embargo, también me contó que se sentía atraída por un amigo, se notaba nerviosa, mientras me contaba los momentos que han pasado juntos, y lo que le ha hecho pensar que a su amigo posiblemente también le guste ella. Por primera vez hablamos de emociones positivas, e incluso se veía motivada y con esperanza de lograr tener un cambio.

Elementos narrativos: A pesar de que al inicio había destellos de optimismo en su relato, la narrativa dominante saturados un lenguaje negativo no tardó en aparecer, sin embargo, con el uso de preguntas de influencia relativa se encaminó el relato a acontecimientos alternativos, e incluso dado que se sentía menos ansiosa a comparación que al inicio se pudo hablar de emociones positivas.

Sesión 10: “Miedo de perder el miedo”

Fecha: 20 de noviembre de 2019

Asiste: Diane

Descripción de la sesión: Hice pasar a ambas, para invitarlas a que me acompañen a una clase donde presentaremos el caso, ambas estuvieron de acuerdo, les platique en qué consistiría a grandes rasgos, y les pedí que para la siguiente sesión me trajeran revista para un collage que haríamos para presentar durante la clase a la que me acompañarían. Noté a Diane desanimada, se lo refleje y me comentó la mamá que incluso hoy no quería asistir a la sesión, pero ella la animó a venir, ella me comentó que se siente cansada. Posteriormente le pedí a la mamá que nos esperara afuera y el resto de la sesión la tuve solo con Diane, me dijo que se sentía al señor tristezas en un nivel 5, que se sentía desganada y triste. Me platico de cómo ha estado su semana, que hubo varios bajones, que incluso el miércoles hubo uno de nivel 7 antes de la escuela, que se sentía tan mal que no se quedó, se fueron a su casa y platicó con su mamá de cómo se sentía, se sentía inútil; y ayer hubo otro bajón, pero en nivel 6, que le dieron ganas de gritar. También dijo que se le han presentado ideas suicidas, que incluso a la mitad de la semana se puso la almohada en la cara para dejar de respirar, menciona “*tengo miedo de no controlarme por mis papás*”, aunque luego agregó “*ya no importa, ya estaré tranquila y sólo me llorarán 2 semanas*”. Mencionó que era un pensamiento insistente le pregunté si era parte del señor tristezas a lo que ella respondió que es “*diferente, pero se ayudan*”, dijo que tiene “*miedo de perder el miedo*”.

Elementos narrativos: Fue una sesión muy catártica, especialmente porque el relato de Diane durante toda la sesión estuvo muy saturado del problema, por lo que la escucha empática fue de gran importancia, por lo que me limité a abrirle un espacio para que pudiera expresarse.

Sesión 11: La vida sin sr. Tristezas

Fecha: 27 de noviembre de 2019

Asiste: Diane y mamá (sesión relacional)

Descripción de la sesión: Durante esta sesión trabajé con ambas, les pedí que en las revistas buscaran imágenes de cómo se imaginaban que sería la vida de Diane una vez que el señor tristezas ya no estuviera. Mientras buscaban las imágenes fuimos hablando de cómo han estado las semanas, de las cosas que han hecho juntas, de lo que ha mejorado, de lo que ha funcionado y de los planes que tienen. Estuvieron muy contentas durante la actividad, vi que se ha fortalecido el vínculo entre ellas.

Sin embargo, también me comentó Diane que está considerando tomar un semestre, terminando este, ya que cree que con su problema le está costando mucho trabajo lo que le genera mucho estrés y cansancio, entonces quiere tomarse un tiempo para ella, poder relajarse y concentrarse en salir de la depresión, su mamá está dispuesta apoyarla; le dije que me parecía bien, pero que buscara alguna actividad, porque no era recomendable estar todo el tiempo en casa sin nada que hacer, porque cuando así es cuando las crisis aparecen con mayor facilidad, y me comento opciones de lo que le gustaría hacer.

Elementos narrativos: Con ayuda del documento terapéutico collage, trabajamos en relatos excepcionales por medio de preguntas de influencia relativa, de igual manera, en la mayor parte de la sesión se les invitó a identificar desenlaces inesperados acerca de su capacidad para confiar en que es posible imaginar un futuro prometedor alejado del sr. Tristezas y todos los efectos que tiene este en su vida, así mismo se reforzó la relación madre e hija con el intercambio de relatos que hubo.

Sesión 12: Dando testimonio

Fecha: 2 de diciembre de 2019

Asiste: Diane y mamá (sesión relacional)

Descripción de la sesión: En esta sesión me acompañaron a mi clase de Terapia Narrativa, antes de entrar Diane me comentó que se sentía nerviosa, pude ver que venía arreglada. Al inicio si estaba muy nerviosa, pero conforme fueron platicado de su experiencia en el proceso, se fue tranquilizando, incluso le ayudó a darse cuenta de que realmente si está teniendo un cambio y un avance, lo que realmente le había costado trabajo reconocerse antes, pero le ayudó el escuchar la perspectiva de los demás.

Durante la sesión hablamos sobre el señor tristes, de cómo es y cómo la hace sentir, de igual manera hablamos sobre las cosas que hemos distinguido que realmente la ayudan a sentirse mejor. También su mamá tuvo oportunidad de comentar su experiencia y mencionar los avances que ella nota en su hija, lo que hizo que Diane se sintiera contenta y se diera cuenta también. Al final de la sesión se fueron muy contentas con la experiencia, incluso me mencionaron que estaban contentas de que las haya invitado a ellas.

Elementos narrativos: Se invitó a Diane y a su madre a contar y recontar su historia frente a testigos externos, los cuales eran terapeutas colegas los cuales proporcionaron su reconocimiento activo a su historia, y a la conversación terapéutica entre Diane y la terapeuta, en donde ahondamos sobre el dilema que la llevaron a la terapia y posibles desenlaces positivos a su vida. Posteriormente, los testigos externos le dieron una retroalimentación de la experiencia a Diane y su mamá. Se pudo observar mayores acontecimientos extraordinarios en los diálogos de Diane, incluso tuvo

Sesión 13: “No cumplo como hija”

Fecha: 9 de diciembre de 2019

Asiste: Diane

Descripción de la sesión: Fue la última sesión antes de vacaciones, hicimos una autoevaluación, hablamos sobre su semana de planes para las vacaciones, de la escuela, el problema para socializar. Venía con un corte diferente, se veía cansada porque comenta que no ha dormido bien, que solo duerme como tres horas por los finales en la escuela, está preocupada porque piensa que se va a llevar dos materias.

Mencionó que fue una semana muy movida, incluso faltó a la escuela el lunes y martes, porque se sentía desanimada y triste, considera que el señor tristeza ha estado en un nivel siete, pero más frecuente, especialmente porque le está costando hacer amigos y se siente mala hija por no cumplir con su deber que es ir a la escuela, ya que mínimo falta una vez a la semana a la escuela, me comentó que una vez fue sintiéndose mal y habló a su mamá para que vaya por ella, realmente le pesa mucho no tener amigos.

Quiere tomarse un semestre sabático, para estar preparada para lidiar con el señor tristes y disminuirlo y así “*volver a ser la Diane que era antes, chispa, energía, alegre*”, pero si hace eso piensa “*no cumplo con hija*”. Dice que ya se dio cuenta que cuando está sola es como “*darle armas al sr. tristes para que aumente*”.

Hablamos de su corte de cabello, menciona que fue de improviso y que ha experimentado mucho con su cabello, y que sus hermanas se burlaron en que se lo cortó, y menciona que antes se burlaban de su altura.

También me comentó que ahora habla más con su papá e incluso fueron a jugar básquetbol, y que su hermana mayor le pidió cambio de celular, dándole un celular mejor por lo que se sorprendió. Por otro lado, comenta que su hermana de en medio sólo habla de cosas negativas y no le gusta porque la hace pensar en cosas negativas también.

Al final hablamos de las opciones que le gustaría hacer para las vacaciones, y dijo que le gustaría meterse a un club de cocina. Los últimos 15 min de la sesión hablé con la mamá, la señora me comenta que ha estado animando a Diane para socializar más.

Elementos narrativos: Continúe externalizando los problemas de Diane a través del lenguaje. Diane inició su relato alternando entre el panorama de la acción y el de la conciencia: los problemas para sociabilizar y en la escuela le afectaron, su relato estaba saturado con un lenguaje negativo que giraba en torno a la definición de “mala hija” que ella daba; por lo que en conjunto definimos lo que realmente es una buena y mala hija, al pedirle que nombrara las acciones que haría para ser realmente mala hija, y le ayudé a aclarar y definir sus reacciones y su opinión de ella como hija. Esto la incitó a contar momentos de la semana en donde empleó un relato alternativo a la narrativa.

Sesión 14: Desamor, desilusión

Fecha: 13 de enero de 2020

Descripción de la sesión: Hable los primeros 40 min con Diane y los 20 restantes con la mamá. Con ella hablé sobre las vacaciones, acontecimientos importantes, decisiones y nuevas actividades. Con la mamá hablamos de cómo estuvo Diane, de que ella se siente estresada y siente que su hija se resiste a sentir sus emociones, y que si está molesta por lo de la escuela.

Diane se veía triste, cansada y un poco desganada, especialmente por el rompimiento que tuvo, menciona que estuvo saliendo durante las vacaciones con el amigo que me contó en las últimas sesiones, pero tenía quince días que habían terminado, el chavo simplemente decidió que no era lo mejor porque a su mamá no le parecía y dejó de hablarle, por lo que Diane se sentía realmente devastada por esa situación.

También me comentó que se fue de vacaciones a Sisal, pero que solo fueron ella y su hermana mediana, menciona que tuvo crisis de nivel ocho, pero fueron menos frecuente, especialmente no se presentaban cuando estaba con su prima y sus tíos, sin embargo, siente que su mamá ya no la está apoyando, siente que sus papás están molestos y decepcionados de ella porque decidió tomarse un año sabático de la escuela.

A pesar de eso, está emocionada por las nuevas actividades y está optando por cambios, vio unas clases de cocina que son los jueves y viernes a las 9 am, y empezó a ir a un grupo apostólico los martes a las 3pm en Sisal con sus tíos y su prima, y piensa que sería bueno los lunes jugar basquetbol o hacer mandalas ya que eso la calma y también le gustaría aprender inglés y/o francés.

Elementos narrativos: Debido a que Diane llegó muy agobiada y desanimada la escucha empática jugó un papel importante. Le proporcioné un espacio donde ella pudiera describir los acontecimientos que se dieron durante las vacaciones, inició con un relato saturado del problema, y con uso de preguntas de influencia pude ahondar la influencia que estaba teniendo el sr. Tristezas en la vida de Diane en su panorama de acción y de conciencia. Posteriormente rastreamos los desenlaces significativos, buscando que trajera a su relato acontecimientos alternativos.

Sesión 15: “Solo por hoy”

Fecha: 20 de enero de 2020

Asiste: Diane y mamá (sesión relacional)

Descripción de la sesión: Fue una sesión de dos horas con la mamá y Diane en donde acordamos un horario donde ella se compromete a seguirlo por las semanas. Ambas se comprometieron, estuvieron abiertas a escuchar, intercambiaron diferencias de una manera asertiva. Estaban entusiasmadas con los acuerdos.

Elementos relacionales: Se brindó un espacio para fomentar una comunicación e intercambios de opiniones para llegar a acuerdos, fui moldeando los intercambios para que logren tener una comunicación asertiva madre-hija, motivando a la mamá a establecer límites flexibles donde se establezca estructura y su vez se fomente la autonomía de Diane.

Sesión 16

Fecha: 27 de enero de 2020

Descripción de la sesión: Sesión de dos horas la primera hora fue con la madre y la segunda hora con Diane, ambas sesiones fueron individuales donde se establecieron los roles.

Sesión con la mamá: Al límite

Descripción de la sesión: La señora pidió hablar primero, me contó situaciones que pasaron en casa que la llevaron al límite, se siente frustrada y harta, pero más clara en lo que se debe de hacer. Todo esto a raíz de que Diane durante la semana amenazó con suicidarse (tomarse pastillas), pero ella la observa cuando está con sus amigos y está como si nada, apenas llega a casa y dice que se siente mal y solo quiere estar acostada.

Menciona que Diane no ha estado cumpliendo con los acuerdos, incluso diario se levanta tarde y a partir de una situación que paso con la hermana de en medio por una crisis donde empezó a aventar cosas la señora le dijo a Diane que se suba al carro y la llevo a casa de sus tíos a vivir, ya que ha observado que ahí si esfuerza por estar bien y mantener los cambios, sin embargo, ahí ella se duerme tarde, por lo que no logra cumplir con el horario acordado, cosa que le hace enojar a su mamá.

Elementos narrativos: La madre llegó muy agobiada, su lenguaje y relato se encontraban muy saturados del problema, por eso en un primer momento se le brindó el espacio para que pueda expresarse, posteriormente con preguntas de influencia relativa se indago sobre la percepción que la señora tenía de la influencia del problema sobre la vida de Diane y como se siente ella con esa situación.

Sesión con Diane: “Hundida”

Descripción de la sesión: Se notaba muy desgana, inclusive estaba durmiendo en la sala de espera y vino desarreglada, me mencionó la situación desde su punto de vista, se siente desmotivada porque siente que su mamá se está comportando como antes y ya no la apoya, dice que su mamá está desinteresada desde que llegó de Sisal y ella se siente “hundida” ya que su mamá le daba alivio y ahora la ha decepcionado, ella cree que la hermana mayor influencia a la mamá para que se comporte así.

También mencionó que un muchacho la está enamorando y a ella sí le atrae, pero quiere que vaya lento, su hermana mayor le dijo que mejor se busque a alguien más porque él no tiene dinero y la mamá le dio la razón y ella se sintió muy mal, incluso dijo: “no puedo más, es una basura de vida”.

Hablamos del intento suicida, dijo que la hermana mediana le dijo que debería hacerlo. Comenta que se sentía mal porque su mamá no la escucha y le pidió a su hermana mediana con la que comparte cuarto que salga del cuarto y no quiso, y su mamá no la apoyó, menciona que el señor tristeza estaba al máximo en nivel 10, se sentía hundida y pensó en tomarse pastillas, pero antes investigó qué pasaría y analizó que era mejor, pero sus papás la vieron con las pastillas y enseguida la llevaron al doctor.

Por toda esta situación su mamá entró en crisis y su papá le preguntó a Diane si ya estaba feliz, dijo que se sintió muy mal porque ahora si le echa en cara su papá pero que nunca le preguntó cómo estaba o cómo se sentía. También me comentó el incidente de su hermana de en medio.

Ella menciona: “pareciera que quieren que finja que estoy bien”, por lo que siente que ya no se puede expresar, y se siente como carga ahora que está en casa de sus tíos, comenta que cuando está ahí se aguanta las crisis y espera la noche para llorar. Al final mencionó nuevamente que su mamá la decepcionó porque realmente confió en ella y la abandonó, y ella cuando se fue Ale de su casa y su mamá se lastimó la espalda ella estuvo con ella todo el tiempo, y su mamá la dejó, dice que lleva 4 días en casa de su tío y que no la llamaron en ningún momento hasta que fueron por ella para venir aquí.

Elementos narrativos: Continuamos externalizando al señor tristeza por medio del lenguaje, enfocándonos especialmente en cómo está influenciando en la vida de Diane. En casi toda la sesión su se encontraba muy agobiada y su relato se encontraba saturado del problema, alternando entre el panorama de la acción y el de la conciencia: los problemas con sus hermanas y la actitud de su mamá la sobrepasan.

Sesión 17: “Me empuja al lodo en vez de ayudarme”

Fecha: 10 de febrero de 2020

Asiste: Diane

Descripción de la sesión: Llegó acompañada por un muchacho, se notaba feliz, incluso vino bien arreglada. Hablamos sobre el muchacho que la acompañó, me dijo que es su enamorado. También me habló de la situación con su mamá y como está la convivencia en su casa, cuando hablamos de eso se notó desesperada y cansada.

Me mencionó que su mamá ya no le quiere hablar, que incluso la dejó y ella se fue al super, y la ha estado presionando mucho para hacer la limpieza, pero a sus hermanas no, escudándose de que ellas no tienen tiempo porque estudian, dice que en casa de sus tíos todos arreglan juntos en familia.

Inclusive se siente molesta porque cumplió con picar la cebolla y no le pagaron, y constantemente le están reprochando el que no está estudiando. Externo “mi mamá me está empujando al lodo en vez de ayudarme”, antes sentía que había esperanza y ahora no. Comenta que en casa de sus tíos no llora porque no quiere asustarlos y hartarlos también, por eso cuando llega a su casa se encierra a llorar.

Elementos narrativos: Con preguntas de influencia relativa pude indagar cómo el señor tristezas estaba influenciando en la vida de Diane y como ella influenciaba en el problema. Fui dirigiendo su relato para hacerle consciente de su agencia personal, su relato estuvo alternando entre el panorama de acción y el de conciencia. A pesar de que en un inicio el relato vino saturado del problema al final cerramos con desenlaces alternativos a los que ella puede llegar por sí misma.

Sesión 18: Hablando de frente

Fecha: 17 de febrero de 2020

Asiste: Diane y mamá (sesión relacional)

Descripción de la sesión: Fue una sesión de dos horas con la mamá y Diane. Primero entre con la mamá 15 min, para explicarle en qué consistiría la sesión. Luego pase con las dos por hora y media, y al final solo con Diane por 15 min, para platicar con ella sobre la sesión y clarificar las cosas.

Primero les pedí que escribieran en una hoja, cosas positivas sobre la otra persona y me lo diera, les dije que ahora cada una tendría turno de hablar, para expresar sus inconformidades, tratando de ser lo más asertiva posible, y mencionaran como les gustaría que fuera su relación, recalque que la otra persona solo podría escuchar sin contestar, hasta que sea su turno de hablar, y sería para mencionar sus inconformidades.

Durante la sesión Diane estaba muy a la defensiva, hubo intentos de confrontación entre ambas, pero mantuve el orden entre ellas porque desde el inicio les dije que cuando fuera el turno de cada una para hablar la otra solo tendría que escuchar. Diane estuvo muy alterada por un momento, y era muy reiterante con lo que decía estuvo dando vueltas en lo mismo que su mamá siempre le dice que no es madura, que la juzga, que no es pareja, ya que insistía mucho en que les daba mayor preferencia a las hermanas.

Diane hacía muchas comparaciones con respecto a sus hermanas, incluso mencionó que su mamá “*te da la mano y te la quita*”, hacía mucho énfasis en que prometió ayudarla y luego le retiró la ayuda. Pidió que no quiere que la traten como niña, pero a la vez quiere que su mamá esté con ella, se contradecía mucho.

Posteriormente les pedí que leyeran las cosas positivas que escribieron, Diane casi no escribió nada, pero su mamá le hizo una carta, al final me quedé con Diane y hablamos sobre lo que había dicho de no querer ser tratada como niña, y pedí que me definiera como sería eso, y le hice ver que no cuadraba con lo que pedía y lo que quería, al final se quedó más tranquila.

Elementos relacionales: Se les facilitó un espacio y una guía para solucionar de manera asertiva las situaciones de conflicto entre Diane y su mamá, y se les incentivó a establecer las funciones de cada una con el fin de incitar la reparación vincular y mejorar su relación a través de la expresión de sentimientos, sensaciones.

Sesión 19: Después de la tormenta viene la calma

Fecha: 2 de marzo de 2020

Asiste: Diane

Descripción de la sesión: Fue una sesión bastante tranquila, Diane llegó muy relajada, me comentó que las cosas con su mamá han estado más tranquilas. Me dijo que ya tiene trabajo, que las cosas con su enamorado van bien, que se siente muy contenta. Incluso mencionó que en las dos semanas solo tuvo una crisis fuerte que pudo manejar bien, que su enamorado la ayudó. Fue una sesión realmente amena, estuvimos jugando adivina quién con la cartilla de monstruos, mientras conversábamos, estuvo mucho más asertiva especialmente cuando hablamos del apego.

Elementos narrativos: El relato global de Diane se enriqueció por medio de la expresión de acontecimientos extraordinarios. La narración de su semana no fue negativa incluso se notaba animada. Diane se sentía más libre, por tanto, se reflejaba en su estado de ánimo y emociones. En términos generales, la sesión tuvo un aire de armonía por su relato enriquecido, el señor tristezas empezaba a dejar y ella comenzaba a sentirse bien.

No hubo sesión el 9 y 16 de marzo porque fueron puentes, y después llegó la contingencia.

Muchos de los puentes coincidieron con el día de atención de Diane, a pesar de que se le ofreció otros espacios no se le acomodaba, a las semanas y debido a la contingencia la clínica donde recibía a Diane fue cerrada, al igual que muchos lugares para poder respetar la sana distancia.

Posteriormente y debido a que el periodo de contingencia se alargó por un par de meses más se ofreció un servicio de terapia en línea el cual se le ofreció a Diane y su mamá, por lo que a partir de este momento las sesiones pasaron a ser en esta modalidad.

Sesión 20: En el momento correcto

Fecha: 1 de mayo de 2020

Descripción de la sesión: Se habló por teléfono con la adolescente y la madre de esta, para saber cómo se encontraban con la contingencia y para ofrecerles el servicio de atención en línea. Me mencionaron que estaban tranquilas en lo que cabe, solo que estaban pasando por un momento triste ya que hace dos días se perdió su perrita, sin embargo, Diane lo estaba manejando bien. Ambas accedieron a que la adolescente continuará con la intervención psicológica, incluso mencionaron que llegó la llamada en el mejor momento, por la situación de la perrita.

Elementos narrativos: Con preguntas de influencia relativa pude indagar cómo el señor tristezas estaba influenciando en la vida de Diane y como ella influenciaba en el problema en estos meses que no la vi. En su relato pude observar que su agencia personal se está consolidando, ya que pudo llevar de manera adaptativa la situación de su perrita y la contingencia, su relato estuvo alternando entre el panorama de acción y el de conciencia.

Sesión 21: Adaptándose al cambio

Fecha: 8 de mayo de 2020

Descripción de la sesión: Fue la primera sesión en línea, pude notar que traía el cuello lastimado, incluso traía un tipo collarín casero que le hizo su papá, me contó que mientras estaba durmiendo se estiró y después de eso le empezó a doler mucho por lo que la llevaron con una tía para que le sobe. Lo primero que me contó a profundidad es que se perdió su perrita, por lo que estaba triste, que incluso el señor tristezas había llegado a un nivel ocho, pero en tipo humo, así que no era tan fuerte, menciona que lo que le ha ayudado es que el día que se perdió la perrita los cinco se sentaron y platicaron como tenía mucho no lo hacían, que incluso una noche jugaron juegos de mesas y a veces se sientan a ver tele juntos. Hablamos sobre cómo ha estado en la pandemia, me dijo que ha sido estresante, especialmente al inicio ya que las peleas con sus hermanas aumentaron especialmente con la mayor, pero con lo de la perrita disminuyeron.

También mencionó que se ha sentido preocupada y triste porque ya no pueda hacer su vida normal, pero que se distrae pintando, platicando con su novio y escuchando música. Me habló también de su novio, que ya tienen tres meses, que lo extraña mucho ya que por la pandemia no lo puede ver, menciona que a veces pelean pero que lo platican y se arreglan. De tarea quedamos que le iba a mandar yo una carta a su novio y ella tenía que escribir una carta de su yo del pasado para su yo del presente, cuando le propuse la tarea estaba muy emocionada.

Elementos narrativos: La sesión tuvo un aire de tranquilidad, ya que el relato de Diane estuvo enriquecido con acontecimientos extraordinarios, incluso continúe externalizando al señor tristezas, con lo que quedó en evidencia que ahora está más débil, y que Diane es capaz de ver desenlaces significativamente positivos en su vida.

Sesión 22: “Encontré la escalera”

Fecha: 15 de mayo de 2020

Descripción de la sesión: Mencionó que esta semana ha sido de bajas y altas, que estaba contenta porque hoy cumplía 3 meses con su novio, pero triste porque no lo podía ver y por su perrita. Le leí lo que su novio me había contestado sobre ella. Estaba sorprendida y contenta especialmente porque menciona que su novio la describió como alguien tranquila, amorosa y que apoya, ya que dice que él a pesar de que conoce su lado negativo piensa bien de ella.

Su novio menciona que Diane es un poco celosa, a lo que ella comenta que los celos le salieron con él, que incluso con él es que conoció a la Diane celosa porque ni ella sabía que tenía esa parte, también menciona que él igual es celoso, pero siempre lo platican. Incluso reconoce que con sus antiguas relaciones no se daban el tiempo para hablar, en cambio en esta hay confianza.

Algo relevante que mencionó es que platicó con su mamá sobre los miedos a que la engañen, su mamá le dijo que todos los sentimos, y eso la hizo sentir tranquila, especialmente que aceptara a su novio, ya que su mamá no suele aceptar a las parejas de sus hijas, y a su novio incluso lo describe como un buen muchacho, que no quiere lo de los demás y que le impresiona que venga desde el puerto para ver a su hija un par de horas nada más y que sea tan detallista.

Realmente, se ve que le gusta que su mamá se dé la oportunidad de conocer a su novio, y que cuando su mamá la ve “bajoneada” le manda mensaje al novio y él le marca a ella. Comentó que antier tuvo un pequeño bajón, pero se puso a pintar su cuarto, porque lo está remodelando, y con eso se distrae.

Menciona que cuando el señor tristezas está sólido, le dice a su mamá que den una vuelta en el carro y se ponen a platicar, con eso se da cuenta que lo puede controlar más sin embargo cuando viene muy muy sólido, si necesita ayuda, aunque menciona que esos episodios ya no duran tanto. Me dijo que no pudo hacer la carta que cuando lo iba a hacer simplemente no supo que poner, lo que queda a la vista que aún le cuesta trabajo reconocer sus avances, por lo que le pregunté qué creía que la Diane del pasado pensaría de ella si viera como son los episodios del señor tristezas ahora, y me dijo que no lo creería, que diría que no es posible salir del hueco, entonces estaría muy asombrada y se preguntaría ¿cómo lo hizo?

Luego mencionó que se siente orgullosa y feliz, dijo: de toda esa oscuridad de ese hueco encontré la escalera. Dijo que le gustaría poder ayudar a otros a darles esperanza de poder salir de ese camino donde se sienten solos y con ganas de morir. Le mencioné que su novio había dicho que ella era un gran apoyo, y realmente se sorprendió ya que normalmente es ella la que necesita del apoyo, y dijo que no había pensado que es un apoyo, pero que, si trata de estar ahí para él, para que no se sienta como ella se llegó a sentir.

También me mencionó que está feliz porque su novio quiere un futuro con ella, por lo que ya se siente lista para regresar a la preparatoria porque también quiere tener un buen futuro. Al final me comentó que había pintado dos paisajes en la puerta de su cuarto en honor a su perrita, una ciudad lejana y unos girasoles en el atardecer, que le gustaban a ella, y que había puesto con su papá el piso del cuatro, y que le gustó mucho aprender.

Elementos narrativos: Diane tuvo una retroalimentación por parte de su novio, ya que lo utilizamos como testigo externo de los cambios que ha presentado desde que la conoció al día de hoy, con la información que nos proporcionó el chico Diane pudo reconocer los avances que va teniendo y reconoció que cada vez es más fácil lidiar con el señor tristezas.

Sesión 23: “Ya no soy un globo”

Fecha: 23 de mayo de 2020

Descripción de la sesión: Hubo un pequeño problema con la laptop ya que su otra perrita es juguetona y golpeó la laptop por lo que dejó de funcionar la cámara, entonces tuvimos que hablar por el celular. Me comentó que está ayudando a su hermana a hacer su tarea, un cómic, que eso le ayuda a distraerse, ya que se siente un poco triste y rara ya que su novio está ocupado haciendo tarea y no puede platicar tanto con ella. Reconoció que su hermana de en medio y ella están aprendiendo a convivir.

Me comentó que últimamente siente picazón en su cuerpo, especialmente en la mañana, y que su mamá la ha estado checando por eso. Lo primero que harán cuando termine la cuarentena será ir a Sisal, el lugar de donde es su novio y donde tienen familia.

Menciona que siente que el Señor tristezas está pendiente, alerta para meter cizaña en sus pensamientos, ya que justo ahora que se siente bien empieza a tener pensamientos de inseguridad, pero que trata de cuestionar los pensamientos o busca en qué distraerse. Dice: “es como si el señor tristezas tuviera una aguja y me está picando pera yo ya no soy un globo, busca un lado frágil, se alimenta de eso”, pero que ella no quiere que arruine su relación, dice que cuando se siente así se lo cuenta a su novio y él la entiende y la calma.

Realmente se siente enamorada, porque por más mal que su novio la veía no se alejó, al contrario, se acercó más a ella. Dice que poco a poco va ignorando al señor tristezas, y que él está perdiendo fuerza. Pero qué tiene miedo de ser una persona fuerte y despertar y darse cuenta de que no lo es, tiene miedo a decepcionarse y sentirse de nuevo mal.

Haremos un tipo cuento de que su vida con el señor tristezas, para que tenga una evidencia de sus avances y le sea más fácil reconocerlos; esta semana tratará de trabajar en el motivo por qué llegó el señor tristeza (cómo se creó al Señor Tristezas) y el motivo que no deje que me consumiera y pidió ayuda, ya que hace unos días vio un video de mucha que se suicida, y ella se quedó pensando de que la muchacha pudo estar pasando por lo mismo que ella paso, que ella pudo ser la muchacha, pero a diferencia ella pidió ayuda. Por último, mencionó que le gustaría trabajar en su confianza, ya que esta afecta su vida porque se reprocha mucho. Quedamos de ir leyendo “mis zonas erróneas” e ir comentándolo en las sesiones.

Elementos narrativos: Con preguntas de influencia relativa pude indagar cómo el señor tristezas estaba influenciando en la vida de Diane y como ella influenciaba en el problema, actualmente. Fui dirigiendo su relato para hacerle consciente de su agencia personal, y nos centramos a procurar tener relatos más positivos.

Sesión 24: El muro

Fecha: 30 de mayo de 2020

Descripción de la sesión: Menciona que hace unos días tuvo una discusión con su novio, ya que al hermano mayor de este no le cae bien ella y siempre anda molestando a su novio, entonces mientras tenían una llamada el hermano le preguntó a su novio si era la otra, por lo que Diane se sintió insegura y discutió con su novio, luego lo hablaron con calma y su novio mandó capturas de todas sus redes sociales.

Dice que siente que le quiere ganar el Sr. Tristezas, porque últimamente tiene más miedo de la desilusión, de tomar malas decisiones, de que la rechacen, y con eso se da cuenta y dice “gasto más tiempo pensando que viviendo”.

Al escuchar su propio relato se da cuenta y dice que esos pensamientos son “*un muro que me bloquea*” con palabras escritas de “*te lo dije*”, “*ya viste*”, “*no te diste cuenta*”, “*que boba*” y no tengo con qué picarlo para que se caiga. Se da cuenta que el miedo le hace sentir insegura y que: “*siento que avanzo, pero sigo cayendo*”. También comentó que hace días peleó con su hermana de en medio, porque ella también es molestosa y le mete ideas en la cabeza sobre su novio, que incluso ayer tuvo una crisis de grado 4, que se puso a meditar y en ese momento su novio le marcó. Menciona que dejó de tomar sus antidepresivos porque como está en tratamiento por la alergia (picazón) le dijeron que debía dejar de tomarlos mientras termine el tratamiento, y ella cree que a lo mejor por eso esta semana ha estado más vulnerable.

Elementos narrativos: El principal elemento de la sesión fue el relato de Diane, ya que en un inicio se encontraba saturado de problema, pero con ayuda del lenguaje externalizador pudo expresar con más facilidad como estaba influyendo el señor tristezas en su vida, y de qué manera puede actuar y reaccionar ella para poder fabricar desenlaces significativos más positivos.

Sesión 25: “Una nueva vista”

Fecha: 6 de junio de 2020

Descripción de la sesión: Me comentó que había sido una muy buena semana, que había leído el libro y estaba tratando de manejar sus pensamientos, que ha estado tratando de no enfrascarse en pensamientos negativos, quedamos que era mejor dejar de contemplar el muro con palabras desalentadoras y mejor pintarle un paisaje con palabras que le hagan sentir mejor, “darle una vista diferente, porque ya me estaba aferrando a verlo y pensarlo mucho, ya era momento de verlo de otra manera”.

Reflexionamos sobre las caídas, que en vez de verlas como un fracaso deberíamos verlas como una oportunidad de aprender, incluso lo ligó con los videojuegos, que cada que se atora en un nivel y lo vuelve a hacer es más fácil pasarlo. Hablando sobre estos cambios de vista, mencionó: “es momento de darle cambio de vista al señor tristezas en vez de que sea gris que sea de colores, y le propuse que lo dibujara y realmente se pudo ver un cambio muy notorio. Incluso lo describió como ligero (como una pluma), con olor dulce (como algodón de azúcar), dijo: “su compañía ya no molesta, es un payaso elegante”. Concluyó: “el señor tristezas me ayudó él absorbía la emoción (tristeza aguda), por eso el señor tristezas se nublo de esa emoción y cambió su forma, y al ir desapareciendo la emoción se fue mostrando su verdadera forma: el villano se volvió ayudante del héroe”. Le pregunté qué había cambiado, y me dijo que el querer ver las cosas de diferente vista, “hay que ver las cosas con un poco de color”.

Elementos narrativos: El elemento principal de la sesión fue el lenguaje externalizador del relato, el cual estuvo más enfocado en un panorama de conciencia. Con preguntas de influencia relativa pude indagar cómo el señor tristezas cada vez influye en menos en la vida de Diane y como ella cada vez reconoce su agencia personal.

Sesión 26: Aprendiendo a manejar bicicleta

Fecha: 13 de junio de 2020

Descripción de la sesión: Inicia diciendo que estuvo un poco estresada, debido a que su mamá tuvo un accidente en el auto el domingo, entonces ella la estuvo ayudando en todo lo que su mamá necesitara. Sin embargo, menciona que fuera de eso fue una semana bastante tranquila, incluso comenta que se siente raro estar tan tranquila, que hasta llegó a sentir que algo malo iba a pasar, pero trataba de darse cuenta de que realmente no tendría por qué ser así y se calmaba.

Me contó que en toda la semana no ha sentido inseguridad, porque ha estado trabajando en sus miedos y se da cuenta cuando sus pensamientos no son reales. Comenta que antes la presencia del señor tristezas era la que la mantenía alerta y con inseguridad, que era como una “agujita picando”, sin embargo, ahora solo se está ahí sin molestar. Llegamos a la conclusión que ir adaptándose al cambio es como aprender a manejar la bicicleta que al inicio da miedo y cuesta trabajo, pero luego es automático y solo se disfruta. Menciona que le ha ayudado mucho ir abriendo los frascos que la tenían enfrascada en pensamientos negativos, sin embargo, reconoce que algunos frascos están más duros que otros, pero está decidida a mantener los frascos abiertos para que entren los pensamientos y emociones nuevas que la hacen sentir bien.

Elementos narrativos: La sesión tuvo un aire de armonía, con apoyo del lenguaje externalizador y metafórico hablamos de la adaptación de tal manera que ella pudiera aceptarlo con más tranquilidad y sin sentirse agobiada. Cada vez tiene mayor presencia y hace uso de su agencia personal, y su relato va alternándose entre panorama de acción y de consciencia con mejor fluidez.

Sesión 27: “Cambio de envoltura”

Fecha: 20 de junio de 2020

Descripción de la sesión: Hablamos de cierre con Diane y su mamá, quedamos que la siguiente semana haríamos la video llamada entre ellas, el papá y yo. Como parte del cierre individual con Diane le pedí que escribiera una carta dedicada al señor tristezas, al terminarla le pregunté si quería compartirla o prefería que fuera para ella nada más, y me dijo que quería leerla. Cuando terminó de leer la carta, realmente se sentía muy contenta, incluso dijo estar satisfecha con todo lo que había logrado.

Así mismo hicimos una autoevaluación, donde le pedí que escribiera como llevo y como se iba, cuando termino me lo leyó y luego yo le leí la primera autoevaluación que había hecho meses atrás, y realmente se sorprendió al darse cuenta de que había logrado lo que se había propuesto, incluso comentó que fue más de lo que ella esperaba lograr. Continuamos hablando de todos los cambios que ella podía observar, y lo que yo observaba, por ejemplo, que su tono de voz ya no era bajo, que ahora siempre se arreglaba y cuidaba su apariencia y su manera de pensar ahora era más positiva y a futuro, incluso tiene ganas de volver a la escuela, realmente estuvo satisfecha de escuchar lo que observaba. Mencionó que lo que más le había gustado del proceso fue darse cuenta del cambio de mentalidad que hizo, que ya no estoy agotada y ahora sabe que ella sola puede quitar todo el humo que antes daba el señor tristezas. Dijo que le gustaba mucho poder controlar sus sentimientos y manejar sus pensamientos. Reconoce que aún siente el piquete, pero ella “*elige ver los elefantes rosas*”. Concluyó con: “*Me siento como que quité la envoltura viaja y puse una nueva*”

Elementos narrativos: Dedicamos la sesión a discutir la posibilidad de que Diane escribiese un documento terapéutico, en especial una carta para el señor tristezas. Le explique de manera transparente la fuente y la lógica de la idea, al realizar quedó en evidencia la forma en la que su percepción del señor tristeza había cambiado.

Sesión 28: Gracias

Fecha: 23 de junio de 2020

Asistió: Diane, mamá y papá.

Descripción de la sesión: Durante la sesión hicimos un reencuentro del proceso terapéutico y las observaciones finales del caso.

La señora le leyó una carta que le escribió a Diane en donde expresaba lo orgullosa que se sentía de sus cambios y mencionaba las altas y bajas que tuvieron pero reconocía que realmente había una mejora significativa en Diane y su relación, también mencionó que Diane le enseñó un nuevo significado y valor de la vida, y que lo más difícil del proceso había sido cuando la tuvo que soltar, pero que la soltó porque realmente creía en ella, y ahora le queda claro que realmente es capaz de resolver cualquier situación.

El padre mencionó que él estaba seguro que esos resultados serían los que se obtendrían, que él sabe perfectamente que de sus hijas Diane siempre ha sido la más fuerte, que la vida siempre está llena de etapas difíciles, pero que ahora ella tiene las herramientas necesarias para superar cualquiera de ellas, solo será cuestión de que así lo quiera y acepte la responsabilidad de cada decisión que tome.

Por otro lado, Diana mencionó que todo el proceso le gustó, que está satisfecha con los resultados que obtuvo, que le hubiera gustado tener más apoyo de sus papás pero que ahora entendía que ellos la apoyan desde sus posibilidades y a su manera, y que a ella le corresponde ver por sí misma. Le entregué un diploma por los logros obtenidos y se los volví a mencionar, le recordé que en cualquier momento que lo necesite tiene mi número y puede escribirme y partieron un pastel que sus papás le compraron, nos despedimos de una manera emotiva, y tantos Diane como sus padres se sentían complacidos con el proceso.

Elementos narrativos: Esta sesión tuvo un aire de ceremonia y confirmación; Diane contó la parte final de su experiencia y sus cambios, en donde se apreció su relato enriquecido, con guía de mis preguntas pudo enlazar los cambios del pasado al presente, y como el señor tristezas había abandonado su papel de villano, y ahora sería únicamente un acompañante en su vida al cual ella ya era capaz de manejar.

5. Discusión y conclusiones

En el presente capítulo se contrastan los cambios observados a partir de la implementación de la intervención diseñada para el caso de Diane, con los elementos teóricos que sustentaron la intervención. De igual manera, se presentan las conclusiones del trabajo y los alcances del mismo. Por último, se presentan las limitaciones y sugerencias a trabajar en futuras intervenciones.

5.1. Relación intervención- cambios observados

Con la intervención empleada con Diane, el cambio más destacable es el cambio de percepción que tenía ella sobre el señor tristezas, debido a que de ser percibido como algo sobrio pasó a ser algo más agradable, además su compañía de ser algo aversivo se transformó en una ayuda.

Al principio describía al Sr. Tristezas como una criatura muy negra, oscura, que emitía un hedor intolerable y la consumía. Ahora lo percibe como algo tan ligero como una pluma y que huele a algodón de azúcar. Incluso fue capaz de reconocer que el Sr. Tristezas había absorbido sus sentimientos y con eso la había ayudado, y cuando esos sentimientos desaparecieron, apareció su verdadero yo.

Al iniciar del proceso Diane tenía sentimientos de tristeza, opacidad, abandono, olvido, desesperación, y se sentía con ganas de morir, sin ánimos, sin fuerzas, cansada de sus pensamientos, de su manera de vivir y de cómo se veía a sí misma. A través de la intervención, ganó algo de fuerza, esperanza, empezó a presentar gradualmente más deseos de vivir, algo de pasión y felicidad, pero aún deseaba tener más esperanza, felicidad, ser más positiva y tener ganas de vivir.

Al finalizar la intervención, Diane reconocía que se sentía llena de energía y que estaba lista y con las ganas de volver a la escuela, ahora se sentía con esperanza y las ganas de tener un futuro positivo y bueno, en esta etapa ya se podía realizar sus diferentes actividades sin sentirse cansada. Ahora Diane tiene una actitud de esperanza, ya que es capaz de darse cuenta de que tiene el control de manejar a la depresión y confía en las herramientas y técnicas que ha aprendido para manejarla durante los últimos meses.

De igual manera, su historia ya no está tan saturada del problema. Incluso Diane reconoce que su relación madre-hija es mucho mejor, y que hay más confianza entre ellas, ya que su relación ha pasado de simbiosis y ambivalente a una relación más cordial con cierto grado de simpatía, y de respeto mutuo, con los roles bien definidos, y con mayor grado de independencia. También en su historia, es obvio que los episodios de crisis y tristeza se han reducido significativamente a como máximo una vez a la semana. Incluso mencionó que no hubo ataques durante algunas semanas. Incluso si hubieran sucedido, habrían sido muy leves. Ahora él no puede utilizar ninguna ayuda ni un gran esfuerzo. Incluso se dio cuenta de que ahora su vida es tranquila, se está adaptando a este nuevo sentimiento, al principio pensó que era extraño, ahora está aprendiendo a disfrutarlo.

Seis meses después de la sesión de cierre me contacte de nuevo con Diane para darle seguimiento, y la sorpresa fue grata cuando me comunicó que regresó a la prepa, e incluso le está yendo muy bien en sus calificaciones. De igual manera, se siente muy contenta y enamorada, ya que su relación continua y ahora es mucho más estable y fuerte que antes. Así mismo, la relación con su mamá se ha mantenido sin cambios abruptos, e incluso en los momentos que siente que el sr. Tristezas quiere volver puede retomar su estado emocional estable sin ningún problema, y sin necesidad de ayuda.

5.2. Comparación cambios observados-literatura sustento

Como se abordó en el primer capítulo de este trabajo, la depresión es un fenómeno muy frecuente en México; sin embargo, durante la adolescencia el riesgo aumenta (Carballo, Pardo y Gadea, 2020). Varios teóricos plantean que las relaciones familiares con padres poco involucrados en la educación de los hijos, así como las experiencias familiares estresantes o situaciones de rechazo y aversivas pueden predisponer al trastorno depresivo en la adolescencia (Vázquez, 2008) con en el caso de Diane, ya que se pudo observar que ella percibía su ambiente familiar como aversivo.

Para proporcionar evidencia de las bases que sustentaron toda la intervención con Diane, en este apartado se describen tres puntos principales que corresponden a los cambios observados durante el proceso. Como se ha mencionado a lo largo de este trabajo la terapia narrativa, pone especial énfasis no solo en el lenguaje, sino también en construcciones y deconstrucciones de los discursos a través de él. Además, las intervenciones psicológicas se basan principalmente en la técnica de externalización de la terapia narrativa, por lo que es importante explicar qué tan efectiva es esta técnica en psicoterapia. De igual manera, se ahondará en la fundamentación del impacto logrado a partir de las sesiones relacionales.

En un primer momento, se trabajó para definir los objetivos del tratamiento y se realizaron entrevistas con “preguntas de influencia relativas”; de acuerdo a White (1986, citado en Gonzalez y Campillo, 2016), este tipo de preguntas pueden ayudar a separar a las personas de los problemas. En este caso, cuando se le preguntó a Diane sobre el impacto del sr. Tristezas en su vida, ella pudo identificar y explicar su vínculo con el problema, así mismo por medio del relato fue posible conocer más sobre la relación entre el sr. Tristezas y Diane lo que le brindó la oportunidad de hablar de la problemática como un objeto fuera de ella y sin influencia sobre ella.

En lo que respecta a las diferencias encontradas en el discurso de Diane sobre la concepción del sr. Tristezas, y en cuanto a su forma de entender y experimentar la tristeza, en primera instancia cabe destacar que cuando inicio el proceso terapéutico se sentía “*en el hoyo*”, en cuanto a la depresión la percibía y la describía como “*una yo desesperada, cansada de llorar, gris, lastimada y me consume*” (sesión 2, 30 de septiembre de 2019), como se observa era un lenguaje muy negativo, lo que concuerda con lo planteado por White y Epston (1993, citado en Pacheco, 2011), quienes mencionan que las personas que tienen dificultades cuando viven historias dominantes que están saturadas de problemas, presentan historias son restrictivas sin partes significativas de la experiencia de la persona, lo que las lleva a tener conclusiones negativas de su identidad.

Sin embargo, a lo largo del proceso se fueron cuestionando ciertas ideas preconcebidas que Diane tenía sobre su vida lo que le permitió generar nuevas posibilidades para continuar escribiendo su historia de vida de forma más positiva., ya que como menciona Carr (1998) desarrollar soluciones terapéuticas, desde este enfoque, implica abrir espacios para la expresión de historias alternativas, las que probablemente fueron desplazadas por las narrativas dominantes saturadas de problemas; para esto, el trabajo del terapeuta es organizar un trasfondo, haciendo preguntas e invitando a las personas a experimentar experiencias que han vivido y darles significado para ser autores principales y dar sentido a estas experiencias (López, 2011).

Haber trabajado con Diane por medio de la externalización también permitió comprobar lo planteado por Rodríguez y Fernández (2012) quienes menciona que las personas que tienen síntomas depresivos suelen a hablar de la depresión como una parte inseparable de su personalidad, por lo que la externalización al desconectar la depresión de su identidad, les ayuda a derribar el auto-reproche y la indefensión.

En el caso de Diane quedó en evidencia que antes de iniciar con el proceso de externalización, se sentía dividida como si tuviera un antes y un después en su vida cuando aparecieron los síntomas de depresión, y conforme se empeló la externalización su percepción de está y de ella misma cambió drásticamente, al grado de pasar de ver a la depresión como un villano a verlo como un aliado.

A parte de la externalización se utilizaron documentos terapéuticos y testigos externos, los cuales fueron de gran beneficio para el proceso de Diane. Al usar los testigos externos se comprobó lo que propone López (2011), quien plantea que al contar y recontar nuestras historias ante terceros nos ayuda construir nuestra identidad, y así mismo ayuda a desarrollar habilidades y enriquecer el relato alternativo (White, 2002, citado en Campillo, 2013). Así mismo, se utilizó la carta terapéutica en el cierre del proceso, la cual surgió el efecto que propone Montesano (2012 citado en Beltrán y Villa, 2017), ya que incrementó la eficacia de la comunicación y divulgación de los cambios logrados durante el proceso terapéutico.

Contar con la participación de la mamá en el tratamiento fue sumamente crucial, ya que como mencionan Garre, Robles, y Vicente (2009) los factores familiares son muy importantes en el origen de los trastornos depresivos, por lo que es realmente necesario realizar una intervención sobre aquellos aspectos más alarmantes. En el caso de Diane se utilizaron sesiones relacionales las cuales facilitaron la reparación vincular madre-hija y mejoraron la relación entre ellas, que es lo esperado con esta intervención ya que como se menciona en Espacio Vida (2018) las técnicas de la Terapia Relacional ayudan a las personas a reparar el vínculo por medio de la expresión de sentimientos, sensaciones, creencias y significados sobre el lugar que tiene cada uno en esta relación.

5.3. Conclusiones

En el presente trabajo se presenta la intervención terapéutica con técnicas narrativas de una adolescente de 17 años llamada Diane que presentaba episodios de tristeza desde hace dos años, los cuales fueron diagnosticados con depresión según que con el empleo de la técnica e externalización llamamos sr. Tristezas, el cual estaban principalmente relacionados con el ambiente familiar que percibía (*“todos se consumen entre todos, mi familia es muy tóxica”*) y la falta de comprensión (*“me gustaría que mis papas se pusieran en mi lugar”*). Lo cual concuerda con lo expresado por Diamond et al. (2002, citado en Carballo, Pardo y Gadea, 2020) y Campos (2020), quienes señalan que hay una asociación entre la depresión en niños y vínculos familiares afectivos débiles, y niveles elevados de crítica, hostilidad y/o el rechazo manifiesto de los padres.

En lo que se refiere al área física, Diane solía llegar a las sesiones desarreglada, con ropa casual, principalmente short de mezclilla con blusas ombligueras y sin mangas, su cara denotaba tristeza y su tono de voz era muy bajo, lo que concuerda con lo que mencionan las Guías de Práctica Clínica en el SNS, (2014) que plantean que las personas con depresión presentan un deterioro en su apariencia, su coordinación psicomotriz se vuelve lenta, la modulación de la voz suele ser baja, su rostro denota tristeza, el llanto se produce espontáneamente y con facilidad, hay una disminución de la atención y dificultad para concentrarse, y usa verbalizaciones pesimistas.

En lo que respecta al área psicológica, Cortes (2015), menciona que las personas con depresión suelen tener dificultades principalmente el estado de ánimo, ya que la persona se encuentra irritada o triste la mayor parte del tiempo, y deja de interesarse en actividades que hacían feliz, se siente cansada y sin energía, Diane presentaba esto en su diario vivir y en las actividades que realizaba, ya que antes le gustaba jugar basquetbol y voleibol, bailar, escuchar música, dibujar, pero ahora al llegar la depresión lo dejó (*“no tiene sentido si no me llena”*).

Los autores anteriores también mencionan que las personas con depresión podrían experimentar sentimientos de inutilidad, desesperanza, abandono, odio a sí mismo y culpa, lo que puede desencadenar en pensamientos repetitivos de muerte o suicidio. En el caso de Diane, ella veía su presente y futuro de manera trágica, y se refería a él con un lenguaje negativo (“*no merezco esa familia, no merezco seguir viviendo*”).

Por último, en el área social, las personas que viven esta experiencia presentan problemas para relacionarse y vincularse con sus pares (Campos, 2020), en el caso de Diane, mostraba dificultades para relacionarse con los compañeros de escuela, principalmente por que la cambiaron de turno y sentía que salón todos ya estaban en grupitos (“*me siento sola*”).

Otro punto importante era que posteriormente Diane decidió tomarse un semestre sabático, para estar preparada para lidiar con el señor tristezas y disminuirlo (“volver a ser la Diane que era antes, chispa, energía, alegre”), ya que al lidiar con el sr. Tristezas no lograba concentrarse en sus clases, hacer las tareas y no tenía ánimos por lo que faltaba mucho, todo esto la puso en riesgo de reprobación. Lo anterior se sustenta con lo que plantean la NIMH (2016) y Campos (2020), ya que mencionan que los adolescentes que padecen depresión pueden tener problemas escolares, experimentan retraimiento, poca participación en clases, se sienten rechazados por sus compañeros, suelen faltar a clases, presentan bajo rendimiento escolar debido a desmotivación, habilidades cognitivas adecuadas, somnolencia en las clases, poco cumplimiento de tareas y desinterés por los exámenes y se notan ausentes.

De igual manera, percibía su ambiente familiar como aversivo (“*todos se consumen entre todos, mi familia es muy tóxica*”), lo que concuerda con lo planteado por Campos (2020) que menciona que la depresión es resultado de una dificultad para manejar la agresión, la hostilidad y/o el rechazo manifiesto de los padres, un ambiente hostil, conflictivo y complicado.

Todo lo anterior desencadenó que Diane creyera que la depresión (sr. Tristezas) siempre iban a estar presente en su vida y que ella era el problema. Por lo tanto, la historia saturada del problema descalifica, limita y niega los aspectos significativos de su experiencia y su sentido de identidad, llevándola a conclusiones negativas de su identidad tal y como plantean White y Epston (1993, citado en Pacheco, 2011).

Se optó trabajar desde la terapia narrativa, ya que esta busca generar una aproximación respetuosa y sin juicio entre la terapia y la persona, a la cual, la considera como única experta en su vida, y separa a las personas de sus problemas, asumiendo que estas cuentan con diversas habilidades, competencias, convicciones, valores, compromisos y capacidades que los ayudarán a reducir la influencia del problema en sus vidas (Morgan, 2000). Lo anterior facilitó el que Diane no se sintiera evaluada y juzgada durante las sesiones; propició el que pudiera liberarse de los efectos opresivos generados por la depresión (sr. Tristezas) que estuvieron presentes en los últimos dos años de su vida.

Con la intervención terapéuticas, Diane logró ir regulando la presencia e influencia que tenía el señor tristezas en su vida (*“El señor tristezas me ayudó, él absorbía la emoción, por eso se nublo de esa emoción y cambió su forma, y al ir desapareciendo la emoción se fue mostrando su verdadera forma, el villano se volvió ayudante del héroe”*), lo que generó que aumentara su agencia personal, y de esta misma forma fue capaz de reescribir su historia, es decir, recuperar su identidad y el control de su vida (*“darle una vista diferente, porque ya me estaba aferrando a verlo y pensarlo mucho, ya era momento de verlo de otra manera”*) lo que coincide con lo que plantea Pacheco (2011), quien menciona que con la terapia las personas recuperan su capacidad para tomar decisiones y ejercer acciones en su propia vida; y le da un sentido a su experiencia y construya su identidad (Rodríguez y Fernández, 2012).

5.4. Limitaciones

Finalmente es importante mencionar algunas de las limitaciones que se presentaron y se podrían presentar en cuanto a la implementación de una intervención como la que se expuso en este trabajo.

En un primer momento, en cuanto a las limitaciones, se encuentra, la falta de contacto que hubo con el médico que medicó a Diane, para conocer su estado médico y la medicación proporcionada; esto debido a que la familia no lo mencionó en sesión en ningún momento, a pesar de que en diversas ocasiones durante el proceso les pregunté por el nombre del médico y los medicamentos que le habían recetado, sin embargo, mencionaban no recordarlo, a pesar de eso estuve al pendiente de tener conocimiento al menos de cuando hubo cambio de medicación por algo más ligero.

De igual manera, a mediados del proceso este se vio pausado por aproximadamente dos meses debido a la contingencia sanitaria por el Covid- 19 (Coronavirus), ya que debido a la naturaleza de la contingencia las sesiones presenciales se vieron suspendidas. Posterior a ese tiempo, se propuso retomar las sesiones vía online, por lo que las últimas 10 sesiones fueron en esta modalidad. Entre los puntos negativos que implicó la atención terapéutica online fue que en ocasiones había fallas en la conectividad, por lo que las sesiones solían retrasarse, de igual manera, solía haber problemas con el micrófono, por lo que se optó por hacer llamada para recuperar el audio mientras hacíamos la video llamada para poder emplear el video.

De igual manera, otra limitación fue la poca disponibilidad que tenía el padre, ya que tenía mucho trabajo y se le dificultaba asistir, por lo que considero que el compromiso en el proceso puede llegar a ser limitada por la situación económica y social de la persona.

5.5. Sugerencias

Es importante como terapeutas poder adaptarnos en cada situación en pro del bienestar de la persona, brindándoles todas las vías y herramientas necesarias de acuerdo a las posibilidades de cada uno de los pacientes.

Con personas que utilizan medicación, es muy importante mantener una comunicación multidisciplinar, con el médico psiquiátrico, y con cualquier otro médico involucrado, ya que es importante mantener en cuenta los cambios de medicación que se vayan dando, para estar al tanto de efectos secundarios de estos cambios.

Como en todo trabajo con niños y adolescentes, se recomienda mantener un contacto frecuente y una alianza terapéutica fuerte con los padres del menor, ya que de esta manera se garantiza la adherencia al tratamiento y el mantenimiento de los cambios por más tiempos.

Referencias

Academia Nacional de Medicina (2016). Depresión en adolescentes: diagnóstico y tratamiento.

Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM, 15(3), 6-8. Recuperado de

<https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2017/un175i.pdf>

Alarcón, R., Gea, A., Martínez, J. M., Pedreño, J. J., y Pujalte, M. M. (2009). Depresión en

adultos. En J. C. Martín García-Sancho y M. R. Hernández Vera (coord.) *Guía de*

práctica clínica de los trastornos depresivos (pp. 13-69). Servicio Murciano de Salud

Aldana, R. (6 de junio de 2019). *Madres e hijas: el vínculo que sana, el vínculo que hiere*. La

mente es maravillosa. Recuperado de [https://lamenteesmaravillosa.com/madres-e-hijas-](https://lamenteesmaravillosa.com/madres-e-hijas-el-vinculo-que-sana-el-vinculo-que-hiere/)

[el-vinculo-que-sana-el-vinculo-que-hiere/](https://lamenteesmaravillosa.com/madres-e-hijas-el-vinculo-que-sana-el-vinculo-que-hiere/)

Alzuri, M., Hernández, N. y Calzada, Y. (septiembre 2017). Depresión en la adolescencia:

consideraciones necesarias para su diagnóstico y tratamiento. *Revista Finlay*, 7(3), 152-

154. ISSN 2221-2434

American Psychiatric Association (APA, 2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los*

trastornos mentales DSM-5 (5a. ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Anguera, M. T. (2010). Posibilidades y relevancia de la observación sistemática por el

profesional de la Psicología. *Papeles del psicólogo*, 31 (1), 122-130.

Arias, Z. C. (2019). *Las narrativas y la depresión: un estudio de casos* (tesis de maestría).

Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. Recuperado de

<http://bdigital.unal.edu.co/71754/1/1019083606.2019.pdf>

Beltran, I. y Villa, V. (mayo 2017). *El lenguaje en la terapia narrativa* (tesis licenciatura)-

Universidad del Rosario, Colombia. Recuperado de

<https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/13478/El%20Lenguaje%20en%20la%20Terapia%20Narrativa.pdf?sequence=6&isAllowed=y>

Berenzon, S., Lara, M. A., Robles, R. y Medina-Mora, M. E. (enero-febrero 2013). Depresión:

estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en

México. *Salud Pública de México*. 55(1), 74-80. Recuperado de

<https://www.scielosp.org/pdf/spm/v55n1/v55n1a11.pdf>

Bowes, L., Wolke, D., Joinson, C., Lereya, S. T. y Lewis, G. (octubre 2014). Sibling bullying

and risk of depression, anxiety, and self-harm: a prospective cohort study. *Pediatrics*,

134(4). doi: 10.1542/peds.2014-0832.

Campillo, M. (2013). *El uso de la metáfora y la terapia de juego en la conversación*

externalizante con el modelo de narrativa. Recuperado de

<https://www.uv.mx/psicologia/files/2013/06/El-uso-de-la-metafora-y-la-terapia-de-juego.pdf>

Campillo, M. (2013). *Terapia narrativa de juego*. Recuperado de

<https://www.uv.mx/psicologia/files/2013/09/Terapia-narrativa-de-juego.pdf>

Campos, P. (19 de agosto 2020). *Identificación de la depresión* [Resumen de presentación del

curso]. Curso de detención y atención de la ansiedad y depresión en niños y adolescentes.

Instituto de Psicología Educativa y Aplicada, Mérida, Yucatán. Recuperado de:

<https://www.ipeayucatan.com/cursoansiedadydepresion>

- Campos, P. (19-22 de agosto 2020). *Cuadros para la identificación de la ansiedad y depresión* [Resumen de presentación del curso]. Curso de detención y atención de la ansiedad y depresión en niños y adolescentes. Instituto de Psicología Educativa y Aplicada, Mérida, Yucatán. Recuperado de: <https://www.ipeayucatan.com/cursoansiedadypresion>
- Campos, P. (21 de agosto 2020). *Diagnóstico nosológico de la depresión* [Resumen de presentación del curso]. Curso de detención y atención de la ansiedad y depresión en niños y adolescentes. Instituto de Psicología Educativa y Aplicada, Mérida, Yucatán. Recuperado de: <https://www.ipeayucatan.com/cursoansiedadypresion>
- Carballo, J. J., Pardo, M. y Gadea, S. (2020). Depresión y suicidio en población infanto-juvenil. En S. de Quiroga Bouzo (Ed.), *Depresión y suicidio* (pp. 173-185). Wecare-u. Healthcare Communication Group
- Carr, A. (1998). Michael White's narrative therapy. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 20(4), 485–503. <https://doi.org/10.1023/A:1021680116584>
- Cartes, M. A. (30 de diciembre de 2014). *Narrativas de mujeres adolescentes diagnosticadas con depresión en relación a su proceso de construcción de identidad. Un estudio exploratorio en un contexto público de salud* (Tesis de Maestría en Psicología Clínica Adultos). Universidad de Chile, Santiago de Chile.
- Casas, J. J. y Ceñal, M. J. (2005). Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría integral*, IX (1):20-24. Recuperado de [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/desarrollo_adolescente\(2\).pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/desarrollo_adolescente(2).pdf)

- Castillo, I., Ledo, H. I. y del Pino, Y. (2012). Técnicas narrativas: un enfoque psicoterapéutico. *Norte de salud mental*, X (42), 59-66. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3910979.pdf>
- Colom, J. y Fernández, M. del C. (2009). Adolescencia y desarrollo emocional en la sociedad actual. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1 (1), 235-242. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349832320025>
- Cortés, J. (2015). *Depresión*. Recuperado de <http://psiquiatria.facmed.unam.mx/pdfindex/depresion.pdf>
- De la Rosa, A., Moreyra, L, y De la Rosa, N. G. (2020). Intervenciones eficaces vía Internet para la salud emocional en adolescentes: Una propuesta ante la pandemia por COVID-19. *Hamut'ay*, 7 (2), 18-33. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.21503/>
- De la Torre, M. y Pardo, R. (2019). Guía para la Intervención Telepsicológica. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Recuperado de <https://www.psichat.es/guia-para-la-intervencion-telepsicologica-2019.pdf>
- Delgado, S. (14 octubre 2019). *Depresión, uno de cuatro adolescentes, en riesgo de sufrirla* [Blog en línea]. Recuperado de <https://www.gaceta.unam.mx/depresion-uno-de-cuatro-adolescentes-en-riesgo-de-sufrirla/>
- Departamento de Educación de los Estados Unidos. (2017). *Cómo ayudar a su hijo durante los primeros años de la adolescencia*. Recuperado de <http://movil.asturias.es/Asturias/ARTICULOS/adolescentes-guia.pdf>

- División de Ciencias de la Salud e Ingenierías. (2020). *Proyecto de atención psicológica en línea, ante situación de emergencia por COVID-19*. Recuperado de <https://www.ugto.mx/accionesug/images/pdf/informe-proyecto-atencion-psicologica-en-linea.pdf>
- Espacio vida. (2018). *Terapia Relacional Padres-Hijo*. Recuperado de <https://espaciovida.pe/terapias/terapia-relacional-padres-hijo/>
- Facultad de Psicología. (2020). *Servicio Externo de Apoyo Psicológico (SEAP)*[Página web]. Recuperado de <http://www.psicologia.uady.mx/seap.php>
- Faini, C. (noviembre 2010). *La terapia sistémica- relacional como tratamiento para el trastorno depresivo mayor: un estudio de caso* (tesis licenciatura). Universidad de San Francisco de Quito. Recuperado de <https://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/683/1/98074.pdf>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2002). *Adolescencia, una etapa fundamental*. Nueva York, Estados Unidos: Sección Editorial y de Publicaciones UNICEF. Recuperado de: https://www.unicef.org/pub_adolescence_sp.pdf
- Gaete, V. (diciembre 2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista chilena de pediatría*, 86 (6). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.07.005>
- Garre, M. I., Robles, F. y Vicente, M. (2009). Depresión infantil. En J. C. Martín García-Sancho y M. R. Hernández Vera (coord.) *Guía de práctica clínica de los trastornos depresivos* (pp. 13-69). Servicio Murciano de Salud
- Gil, A. (2020). Depresión y suicidio: una prioridad de salud pública. En S. de Quiroga Bouzo (Ed.), *Depresión y suicidio* (pp. 19-22). Wecare-u. Healthcare Communication Group

- Gómez, E. (julio-diciembre 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. ISSN: 0187-7690
- González, S. y Campillo, M. (2016). Análisis de las intervenciones en la terapia narrativa: a través de los mapas de las conversaciones. *Revista Electrónica: Procesos Psicológicos y Sociales*, 12(1), 1-54. ISSN 1870 –5618
- Grupo de trabajo de la actualización de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia (2018). *Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia* [Actualización]. Recuperado de <https://consaludmental.org/centro-documentacion/guia-practica-clinica-depresion-infancia-adolescencia/>
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. (2014). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalía-t)
- Guembre, P. y Goñi, C. (7 de agosto de 2020). *Rivalidad entre hermanos adolescentes: ¿no aguanto a mi hermano!*. Recuperado de <https://www.hacerfamilia.com/adolescentes/rivalidad-hermanos-adolescentes-no-aguanto-hermano-20180914125647.html>
- Güemes-Hidalgo, M., Ceñal, M. J. e Hidalgo, M. I. (2017). Desarrollo durante la adolescencia, aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral*, XXI (4), 233–244. Recuperado de <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/PEDIATRIA%20INTEGRAL/Desarrollo%20durante%20la%20Adolescencia.pdf>

- Guías de Práctica Clínica en el SNS. (2014). *La depresión, información para pacientes, familiares y allegados*. Recuperado de <https://consaludmental.org/publicaciones/guia depresion.pdf>
- Hidalgo, M. I. y Ceñal, M. J. (Enero - Febrero 2014). Adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Elsevier*, 12 (1), 42-46. DOI: 10.1016/S1696-2818(14)70167-2
- Iglesias, J. L. (2013). Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral*, XVII (2), 88-93. Recuperado de <https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2013/xvii02/01/88-93%20Desarrollo.pdf>
- Izquierdo, A. (3 de octubre de 2019). *Inseguridad, celos y herencias 'calientes': así destruye la rivalidad entre hermanos (y así puede evitarse)*. El país. Recuperado de https://elpais.com/elpais/2019/10/02/buenavida/1570029114_582783.html
- Kennedy, I. (17 de febrero de 2021). *Rivalidad entre hermanos en niños y adolescentes*. Texas Department of Family and Protective Services. Recuperado de <https://www.getparentingtips.com/espanol/ninos/relaciones/rivalidad-entre-hermanos-en-ninos-y-adolescentes/default.asp>
- Lillo, J. L. (junio 2004). Crecimiento y comportamiento en la adolescencia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 90, 57-71. ISSN: 0211-5735
- Lizcano, M. L. (2013). *Terapia narrativa en un caso de depresión mayor* (tesis licenciatura). Universidad Pontificia Bolivariana

- López, S. R. (2011). *Terapias breves: la propuesta de Michael White y David Epston*. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado de <https://www.academica.org/000-052/224>
- Maldonado, M. L. (2002). *Test persona bajo la lluvia*. Recuperado de <http://www.psiquneed.net/apuntes/almacen/test%20persona%20bajo%20la%20lluvia.pdf>
- Medina, G. (2006). La adolescencia: Sus particularidades psicológicas y la práctica deportiva. *Podium*, 1 (2). Recuperado de <http://podium.upr.edu.cu/index.php/podium/article/view/16>
- Méndez, P. (agosto 2009). Factores psicológicos en la adolescencia. *Anales de Pediatría Continuada*, 7 (4), 239-242. DOI: 10.1016/S1696-2818(09)71932-8
- Méndez, P. (septiembre 2012). Estudio exploratorio del uso de la técnica de externalización (terapia narrativa) para el tratamiento de trastornos de ansiedad fóbica (memoria de licenciatura). Universidad de Chile. Recuperado de <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/113487/cs39-mendezp1163.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Milenio digital. (28 de junio de 2019). *15 por ciento de los mexicanos sufren depresión: UNAM* [Periódico en línea]. Recuperado de <https://www.milenio.com/ciencia-y-salud/unam-15-ciento-poblacion-mexico-sufre-depresion>
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2012). *Adolescencia, manual clínico*. Asunción, Paraguay. ISBN: 978-99967-684-0-8

Morga, L. E. (2012). *Teoría y técnica de la entrevista*. Tlalnepantla, México: Red Tercer Milenio S.C. Recuperado de http://www.aliat.org.mx/BibliotecasDigitales/salud/Teoria_y_tecnica_de_la_entrevista.pdf

Morgan, A. (2000). *What is Narrative Therapy? An easy to read introduction*. Adelaida: Dulwich Centre Publications.

Nardi, B. (2004). La depresión adolescente. *Psicoperspectivas*, III (1), 95-126. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/1710/171017841006.pdf>

National Institute of Mental Health (NIMH, 2016). *Depresión, información básica*. Recuperado de https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression-sp/19-mh-8079spdf_159009.pdf

Nuevas Tecnologías. (2013). *Cambios psicológicos en la adolescencia*. Recuperado de <https://profdinarteprogreso.files.wordpress.com/2013/04/cambios-psicolc3b3gicos-en-la-adolescencia.pdf>

Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020). *Desarrollo en la adolescencia* [en línea]. Recuperado de https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

Organización Mundial de la Salud (OMS, 30 de enero de 2020). *Depresión* [en línea]. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Pacheco, M. (2011). *Terapia narrativa*. Recuperado de <http://www.fundacionlafrontera.cl/wp-content/uploads/2016/05/TERAPIA-NARRATIVA-Mario-Pacheco.pdf>

Papalia, D. E., Wendkos Olds, S. y Feldman, R. D. (2010). *Desarrollo Humano*. México: McGraw-Hill

Payne, M. (2002). *Terapia narrativa, una introducción para profesionales*. Barcelona, España: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.

Pendley, J. S. (agosto 2012). *Sibling Rivalry*. Rady Children's Hospital–San Diego. Recuperado de <https://www.rchsd.org/health-articles/sibling-rivalry/>

Pineda, S. y Aliño, M. (1999). El concepto de adolescencia. En Cuba, Ministerio de Salud Pública. (Ed.), *Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud de la adolescencia (15-23)*. La Habana, Cuba: MINSAP

Pinto, B. (2004). La psicoterapia relacional sistémica y el psicoterapeuta. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSB*, 2(2), 17-34. Recuperado de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612004000200002&lng=es&tlng=es.

Redrován, K. J. (marzo 2015). *Relación del tipo de familia y el trastorno de rivalidad fraterna como factores desencadenantes de dificultades en el control de la ira en adolescentes de 12 a 16 años*. (Tesis de Licenciatura en Psicología Clínica). Universidad Central del Ecuador, Quito.

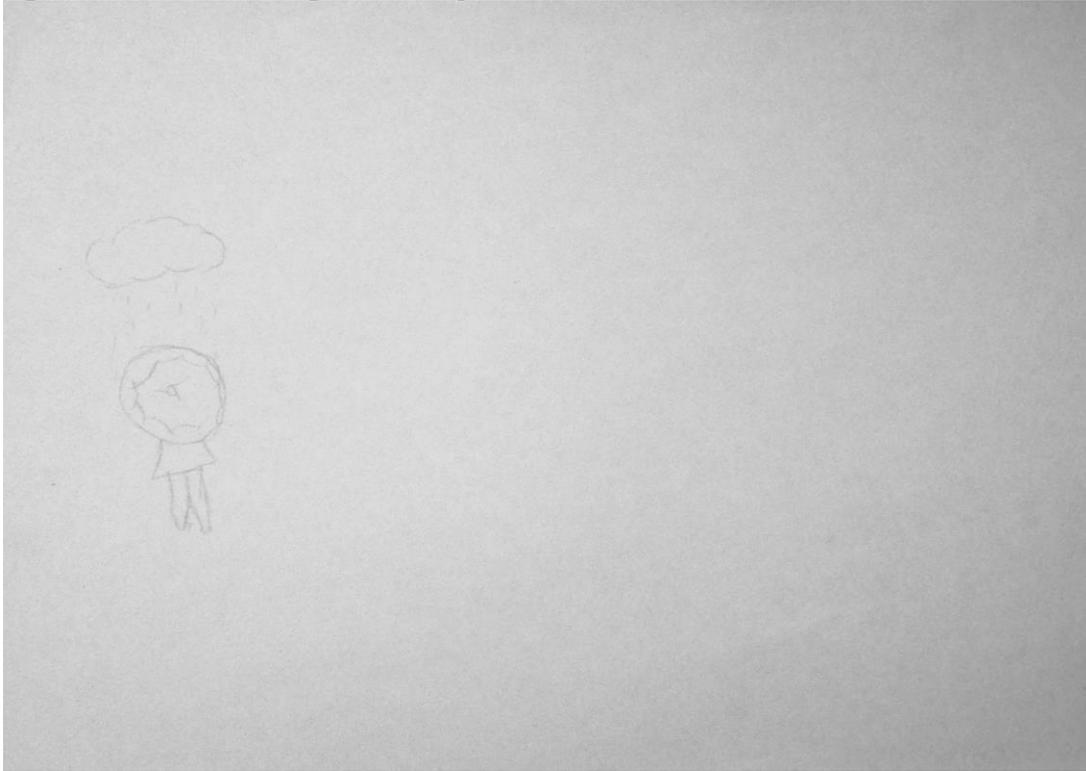
Rendón, L. (marzo 2015). Psicoterapia narrativa en un caso de ansiedad infantil. *Ajayu, Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología de la Universidad Católica Boliviana "San Pablo"*, 13 (1), 98-115. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=461545455006>

- Richmond, M. K., Stocker, C. M. y Rienks, S. L. (diciembre 2005). Longitudinal associations between sibling relationship quality, parental differential treatment, and children's adjustment. *Journal of Family Psychology*, 19(4), 550-9. doi: 10.1037/0893-3200.19.4.550.
- Rigat, A. (2008). Rivalidad fraternal, síntomas y escala para valorarlos. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(4), 83-90. ISSN: 0214-9877.
- Rodríguez, B. y Fernández, L. (2012). Terapia narrativa basada en atención plena para la depresión. Editorial Desclée de Brouwer, S.A
- Ruiz, P. J. (8 octubre 2013). *Psicología del adolescente y su entorno*. Recuperado de <http://www.sietediasmedicos.com/contacto/item/3286-psicologia-del-adolescente-y-su-entorno>
- Segovia, J. (22 de junio de 2016). *Terapia filial*. Recuperado de <https://es.scribd.com/doc/316463663/Terapia-Filial>
- Soler, R. (3 de junio de 2019). *Relación tóxica madre-hija: 6 claves para sanarte*. CuerpoMente. Recuperado de https://www.cuerpomente.com/psicologia/desarrollo-personal/sanar-ralacion-toxica-madre-hija_1408
- Soto-Pérez, F., Franco, M., Monardes, C. y Jiménez, F. (2010). Internet y psicología clínica: revisión de las ciber-terapias. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 15(1), 19-37, ISSN 1136-5420/10

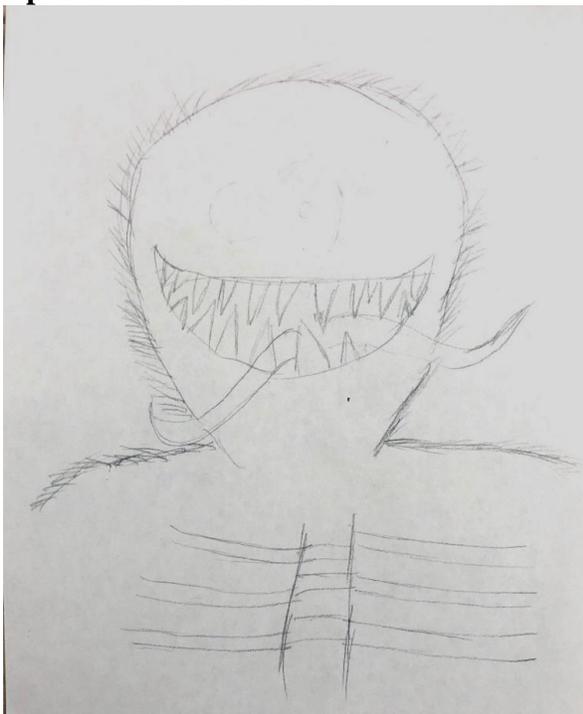
- Stanford Children's Health (2020). *Desarrollo cognitivo en la adolescencia*. Recuperado de <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=desarrollocognitivo-90-P04694>
- Tucker, C. J., Finkelhor, D., Turner, H. y Shattuck, A. (Julio 2013). Association of Sibling Aggression With Child and Adolescent Mental Health. *Pediatrics*, 132(1), 79-84. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2012-3801>
- Valero, J., Pérez, N. y Delgado, B. (2014). Desarrollo físico, psicológico, intelectual y social en la adolescencia. En N. Pérez Pérez y I. Navarro Soria (Eds.), *Psicología del desarrollo humano. Del nacimiento a la vejez* (pp. 231-264). España: Club universitario.
- Vázquez, A. (2015). Manejo psicoterapéutico de la depresión y otros trastornos psiquiátricos. En M. E. Medina Mora, E. J. Sarti Gutiérrez y T. Real Quintanar (Ed.), *La depresión y otros trastornos psiquiátricos* (pp. 195-208). Academia Nacional de Medicina (ANM). ISBN 978-607-443-528-3
- Vázquez, J. (2008). Manejo de la ansiedad y depresión en poblaciones especiales (niños, ancianos, embarazadas, inmigrantes, mobbing, burnout, estrés postraumático). En A. Alcocer (Ed.), *Atención primaria de calidad, Guía de Buena Práctica clínica en depresión y ansiedad* (pp. 183-220). International Marketing and communication, S.A. (IM&C). ISBN: 978-84-691-4782-5
- Veytia, M., González, N. I., Andrade, P. y Oudhof, H. (2012). Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes. *Salud Mental*, 35 (1), ISSN 0185-3325.

Apéndices

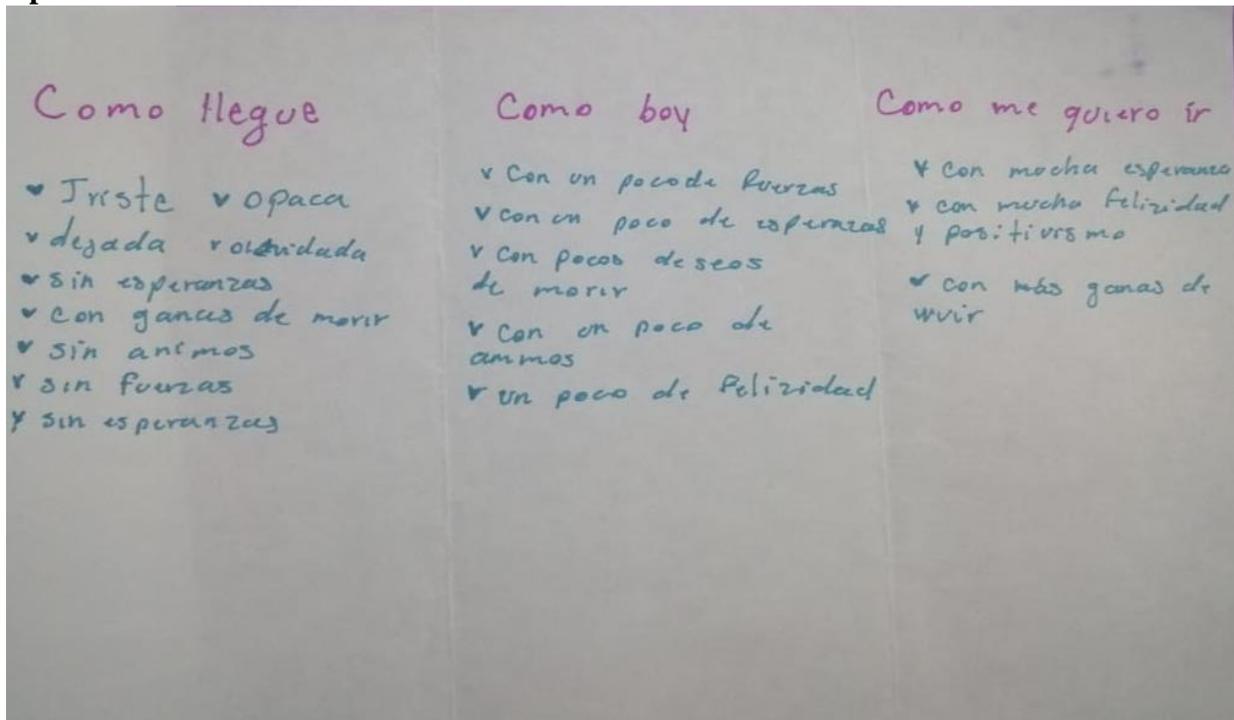
Apéndice 1. Test de la persona bajo la lluvia



Apéndice 2. Sr. Tristezas



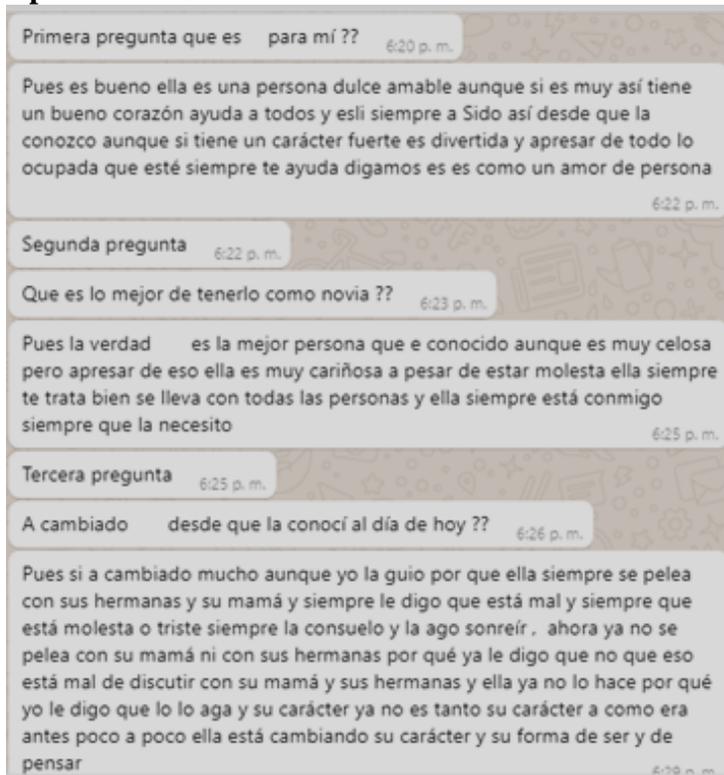
Apéndice 5. Primera autoevaluación



Apéndice 6. Carta de la mamá

es una joven muy hermosa
 muy inteligente, chistosa juguetona
 le gusta mucho el deporte
 Ella hace muchos amigos es muy
 servicial independiente cuando se lo propone.
 es una joven que se sabe arreglar y se
 pinta muy bonito cuando hace
 su ~~que~~ tareas la hace muy bien.
 Y como hija ella sabe respetarme
 se puede hacer de comer es muy
 habil para solucionar cualquier
 problema es muy amorosa con
 sus perritos paciente con
 y ~~su~~ y a su papa lo quiere y respeta
 obedece

Apéndice 7. Carta del novio



Apéndice 8. Sr. Tristezas actual



Apéndice 9. Carta al Sr. Tristezas

Señor Tristeza hoy te escribo para decirte que te he acepto tucepto tal y como eres hoy me he e dado cuenta que tu tambien te puedes llenar de humo por favor da te cuenta que tu tambien puedes evitar ese humo, me has ayudado a avanzar con esto Creo que tambien puedes darte cuenta y cambiar en la manera de como ves a ese elefante Creo que no presta mucha atencion y me doy cuenta que yo misma era el señor Tristeza y o misma me encapsule pero ahora me doy cuenta que solo necesito hubrir la tapa y desenfocarme se que vas a estar ahí a mi lado todo el tiempo pero voy a aprender a vivir con figo poco a poco.

Apéndice 10. Autoevaluación final

llege cansado de los pensamientos, de mi mente, hegolecte de vivir como vivia hegolecte de pensar como pensaba y como he ver a mi misma	me siento con energía energía sin los mismos pensamientos que me agotan con ganas de ver a todos los elefantes rosas.
---	--