

UNIVERSIDAD ADVENTISTA DE CHILE
Facultad de Ciencias de la Salud
Licenciatura en Psicología

UNIVERSIDAD
ADVENTISTA
DE CHILE



EXPERIENCIA DE ADOLESCENTES DERIVADOS DEL INSTITUTO
TÉCNICO MABEL CONDEMARIN GRIMBERG CON
DESREGULACIÓN EMOCIONAL EN UN PROCESO
DE PSICOTERAPIA COGNITIVA
POST-RACIONALISTA

TRABAJO FINAL INTEGRADOR
Presentado en cumplimiento parcial de
los requisitos para optar al título de
Psicólogo y al grado de Licenciado
en Psicología

Por:

Bárbara Paz Cerda Aedo
Verónica Abigail Cerda Mora
Priscila Yemina Godoy Sarmiento

Profesor guía: Cristian Rodrigo Sepúlveda Fernández

Chillán, noviembre, 2017

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo el comprender la experiencia de adolescentes que cursan tercero y cuarto año medio en el Instituto Técnico Mabel Condermarin Grimberg que presentan desregulación emocional en un proceso de psicoterapia cognitiva post-racionalista.

La metodología utilizada es cualitativa, se adopta la perspectiva fenomenológica, donde la realidad estaría construida a partir de los significados que cada adolescente le otorgue a su experiencia de vida. Además se busca generar una teoría fundamentada, que es expresa como una teoría que emerge desde los datos, a través de una hipótesis comprensiva desde el modelo teórico cognitivo post-racionalista donde se busca observar como las adolescentes logran identificar y experimentar las emociones que predominan en su vida.

Para esta investigación se realizaron entrevistas psicológicas semiestructuradas clínicas utilizando los siguientes instrumentos: Ficha clínica, pauta de supervisión de casos y pauta de condensación, con la finalidad de recolectar datos de identificación de las pacientes, relaciones familiares, sintomatología, y registro del avance de las sesiones psicoterapéuticas.

Mediante este estudio se pudo observar cambios significativos en las pacientes intervenidas con respecto a los principales indicadores de desregulación emocional que se dieron a conocer durante las primeras sesiones, verbalizadas tanto por los pacientes como la información obtenida del establecimiento del cual fueron derivadas.

Los datos obtenidos sugieren que es importante promover estudios que se centren en la experiencia de vida de los adolescentes que presenten sintomatología que se pueda trabajar con la psicoterapia cognitiva post-racionalista, para lograr que se contacten con sus emociones y puedan reconocer cual es el tema de vida que predomina, comprendiendo de manera explicativa su manera de ser, sentir y funcionar.

Palabras clave: Adolescente, desregulación emocional, psicoterapia cognitiva post-racionalista, cualitativa, experiencia de vida, estilo de apego, organización de significación personal (OSP), tipo de procesamiento, técnica de la moviola.

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo en primer lugar a Dios,
quién nos ha permitido concluir a pesar de las
dificultades, a nuestras familias quienes han sido
incondicionales, y a quienes nos han apoyado en este
proceso.

RECONOCIMIENTOS

¿No has sabido, no has oído que el Dios eterno es Jehová, el cual creó los confines de la tierra? No desfallece, ni se fatiga con cansancio, y su entendimiento no hay quien lo alcance.

El da esfuerzo al cansado, y multiplica las fuerzas al que no tiene ningunas.

Los muchachos se fatigan y se cansan, los jóvenes flaquean y caen;

Pero los que esperan a Jehová tendrán nuevas fuerzas; levantarán alas como las águilas;

correrán, y no se cansarán; caminarán, y no se fatigarán.

(Isaías 40:28 – 31)

Queremos agradecer, en primer lugar, a Dios, quien ha estado con nosotros en el transcurso académico de nuestra carrera profesional, entregándonos fortaleza en nuestros momentos de debilidad, falta de fe, y sabiduría para escoger las decisiones acertadas en cada momento de nuestra vida. Asimismo, agradecer a nuestras familias por la comprensión y el apoyo brindado a lo largo de este proceso, haciéndose partícipes de cada logro alcanzado, y a la vez motivándonos en aquellos momentos en que nos sentimos sobrepasadas. Reconocer también el compromiso y dedicación de cada docente que de alguna u otra forma se hizo presente en este proceso mostrando disposición y compromiso con nosotros ofreciendo su total apoyo: Cristian Sepúlveda Fernández, Javier Hernández, Cristian Peña Ventura y Mireya Cerda Jiménez. Agradecer a nuestros compañeros y amigos Katherine Vásquez, Iris Muñoz, Claudia Campos, Sofía Burgos, Pablo López y Javiera Cerda por su disposición y aliento constante desde el inicio y término de esta etapa.

TABLA DE CONTENIDO

LISTA DE ABREVIATURAS UTILIZADAS	VII
CAPÍTULO I ANTECEDENTES Y NATURALEZA DEL ESTUDIO	1
Introducción.....	1
Planteamiento del problema	3
Objetivos.....	4
Objetivo general.	4
Objetivos específicos.....	4
Importancia del estudio y justificación.....	4
Delimitaciones del estudio.	5
Limitaciones del estudio.....	5
Definición de términos	6
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO	10
Desregulación emocional.	10
Manifestaciones de la desregulación emocional	10
Consumo de sustancias.....	10
Crisis de pánico y trastornos de ansiedad.....	10
Trastornos por estrés post traumático.....	11
Impulsividad y agresividad	11
Autolesiones	11
Teoría y terapia cognitiva post-racionalista	12
Orígenes del post - racionalismo	12
Terapia cognitiva post-racionalista	12
Comprensión epistemológica	13
Organización del significado personal.	14
La moviola	14
Psicología Evolutiva (Adolescencia).....	15
Definición de Adolescencia	15
Etapas de la adolescencia	15
Adolescencia temprana	15
Adolescencia intermedia	15
Adolescencia tardía	15
Cambios durante la adolescencia	16
Desarrollo físico adolescencia.....	16
Desarrollo psicológico.....	16
Desarrollo emocional	16
Desarrollo social.....	16
Psicología clínica.....	17
CAPÍTULO III METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	19
Tipo de investigación y diseño	19
Tipo de diseño	19
Tipo de investigación.....	20
Participantes.....	20
Instrumentos de recolección de datos	20
Procedimientos	21
Aspectos éticos	23

CAPÍTULO IV PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS	24
Individualización paciente N° 1	24
Individualización paciente N° 2	26
Individualización paciente N° 3	30
Individualización paciente N° 4	32
Individualización paciente N° 5	35
INTRODUCCIÓN DE RESULTADOS	39
CAPÍTULO V DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	43
Discusiones	43
CONCLUSIONES	46
Recomendaciones	47
ANEXO N° 1 CONSENTIMIENTO INFORMADO	49
ANEXO N° 2 FICHA CLÍNICA	51
ANEXO N° 3 PAUTA SUPERVISIÓN DE CASOS	56
ANEXO N° 4 PAUTA DE CONDENSACIÓN	61
ANEXO N° 5 PAUTA REGISTRO INTERVENCIONES	62
ANEXO N° 6 DICTAMEN DEL COMITÉ DE BIOÉTICA	63
ANEXO N° 7	64
RESULTADO PAUTA DE CONDENSACIÓN PACIENTE N°1	64
ANEXO N° 8	67
RESULTADO PAUTA DE CONDENSACION PACIENTE N°2	67
ANEXO N° 9	71
RESULTADO PAUTA DE CONDENSACION PACIENTE N°3	71
ANEXO N° 10	73
RESULTADO PAUTA DE CONDENSACION PACIENTE N°4	73
ANEXO N° 11	75
RESULTADO PAUTA DE CONDENSACION PACIENTE N°5	75
LISTA DE REFERENCIAS	77

LISTA DE ABREVIATURAS UTILIZADAS

APA: American Psychological Association

CESFAM: Centro de Salud Familiar.

CVI: Inventario de Depresión Infantil

DAP: Disturbios Alimentarios Psicogénicos

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

INTENCO: Instituto de Terapia Cognitiva Post-Racionalista

SENAME: Servicio Nacional del Menor

OMS: Organización Mundial de la Salud

OSP: Organización de Significado Personal

CAPÍTULO I

ANTECEDENTES Y NATURALEZA DEL ESTUDIO

Introducción

El comienzo de la psicología estuvo marcado por importantes aportes al estudio del comportamiento humano desarrollando diferentes escuelas según el contexto en el cual se encontraban inmersos los profesionales del área de la salud mental. Dentro de estas escuelas se encuentran el estructuralismo, siendo su mayor exponente Wilhelm Wundt, psicólogo alemán “que abrió el primer laboratorio experimental de psicología en 1879, sentaron la base de la primera escuela de pensamiento en psicología” (Sánchez, s.f., párr. 3). A partir de estos descubrimientos es que el académico americano William James, considera “que es más útil estudiar la función que estudiar la estructura de la mente. Mencionando que la función, en este sentido, puede significar dos cosas: cómo funciona la mente o cómo los procesos mentales promueven la adaptación.” (Sánchez, s.f. párr. 34). Posteriormente a estos académicos surge la escuela del psicoanálisis, desarrollada por Sigmund Freud quien no estando satisfecho con sólo examinar el pensamiento consciente, comienza a estudiar también el inconsciente, encontrando que la mayoría de nuestros pensamientos se localizan fuera de la consciencia, desarrollando los niveles de consciencia, ejemplificándola como un modelo de iceberg. “A pesar de sus diferencias, el estructuralismo, el funcionalismo y el psicoanálisis tenían en común el énfasis en los procesos mentales: acontecimientos que no pueden ser percibidos a simple vista.” (Sánchez, s.f. párr. 31). Es en este contexto que surge una fuerte oposición por parte de John B. Watson, conocido como el padre del conductismo, quién postula que las conductas encubiertas, incluyendo los procesos mentales, no podían ser estudiadas científicamente.

Al igual que Watson existieron otros investigadores como B. F. Skinner que apoyaban su postura y consideraban que las conductas podían ser evaluadas mediante refuerzo y castigo, dejando de lado los procesos mentales. Es frente a este debate que surgen “otros conductistas que posteriormente adoptan un punto de vista más equilibrado, aceptando el estudio de las conductas tanto encubiertas como observables. Estos conductistas fueron conocidos como conductistas cognitivos”. (Sánchez, s.f. párr. 40). Es a partir de este momento en donde se comienza a considerar los procesos mentales como parte del desarrollo del comportamiento humano y por lo tanto se da lugar a estudios y aplicaciones en diferentes áreas de la salud mental de los individuos.

Se plantea entonces, que desde estas escuelas, el comportamiento humano, considera que la conducta puede ser modificable según las variables presentes en el ambiente y que la cognición es la encargada de los pensamientos a través de la reestructuración cognitiva; es aquí donde surge la crisis

explicativa del modelo cognitivo, en donde se origina la teoría de experimentar la emoción, mediante el hacer consciente el sentir. Basándose en la importancia que comienza a tener la emoción en esta nueva escuela de la psicología, denominada cognitivo post-racionalista, es que surge este cambio epistemológico, al considerar al sujeto al mismo tiempo como objeto, haciendo referencia al sujeto como experto en su vida y un participante activo de la terapia; construyendo así la realidad a partir del lenguaje, y en consecuencia establecer que cada individuo construye su propia y única realidad, haciendo de esta, una terapia centrada en el individuo como ser único, explicando por qué el paciente presenta cierta sintomatología de una manera comprensiva, más que encasillarlo en la sintomatología desde este lugar configura una patología como tal.

Recientemente en 1990, Guidano desarrollo una escuela que centra su atención en la experienciación de las emociones, para dar sentido de continuidad a la experiencia. Para este propósito el modelo cognitivo post-racionalista establece que los procesos psicopatológicos tienen su origen en un desbalance de tipo emocional, haciendo hincapié fundamentalmente en el desarrollo emocional de los niños y adolescentes con sus cuidadores, este vínculo es un generador de seguridad y cuya pérdida o amenaza produce ansiedad, este vínculo se denomina apego, teniendo un impacto en su desarrollo y conducta, este se puede modificar desde el nacimiento hasta los 18 años (Crittender, 2006, p. 1,2), existiendo tres tipos de apego; seguro, coercitivo y evitativo. De igual manera se toma en consideración el tipo de procesamiento que presenta cada paciente, clasificándolo en normal, neurótico y psicótico. Y por último se presenta el sistema del ordenamiento de la experiencia inmediata que se caracteriza por una personal y única manera de agrupar y cambiar las tonalidades emocionales básicas, agrupándolas según el significado personal que cada individuo le da a su experiencia de vida, siendo estas OSP dápica, fóbica, depresiva y obsesiva.

Por lo tanto, la presente investigación tiene como objetivo comprender la experiencia de adolescentes que cursan tercero y cuarto año medio en el Instituto Técnico Mabel Condermarin Grimberg que presentan desregulación emocional en un proceso de psicoterapia cognitiva post-racionalista. Participaron 5 adolescentes, entre 16 y 19 años de edad. La metodología de investigación es de tipo cualitativa, adoptando la perspectiva fenomenológica, donde la realidad estaría construida a partir de los significados que cada adolescente le otorgue a su experiencia de vida. Además se busca generar una teoría fundamentada que es expresa como una teoría que emerge desde los datos, a través de una hipótesis comprensiva, desde el modelo teórico cognitivo post-racionalista donde se ha observado como las adolescentes logran identificar, externalizar y experimentar las emociones que predominan en su vida, a través de entrevistas psicológicas semiestructuradas utilizando los siguientes instrumentos: ficha clínica, pauta de supervisión de casos y pauta de condensación, con la finalidad de reconocer la presencia de desregulación emocional, identificando patrón de apego presente,

organización de significado personal (OSP), y tipo de procesamiento, configurando una hipótesis comprensiva, en base a la experiencia emotiva que presenta cada adolescente, siendo el terapeuta un perturbador emocional estratégicamente orientado durante el proceso psicoterapéutico.

Frente a la experienciación de las emociones de las adolescentes se visualizó la presencia de sintomatología asociada a desregulación emocional, mediante la revisión de cada caso, identificando la presencia de una correlación significativa entre el sexo femenino y la prevalencia de impulsividad, crisis de pánico, autolesiones, y agresividad, dejando de manifiesto la existencia de una realidad y experiencia única en cada paciente, concluyendo que cada adolescente se auto-organiza en función de los significados que le otorga a su propia experiencia. Para esta investigación de tipo observación participante se utilizó el método de autoobservación, con la implementación de la técnica terapéutica denominada “la moviola”, enfocadas en reconstruir la experiencia inmediata del paciente.

Con esta investigación se desea dejar un precedente para realizar futuros estudios basándose en la teoría de las emociones, mediante la psicoterapia cognitivo post-racionalista.

Debido a lo anterior se puede evidenciar claramente el impacto que esta psicoterapia produjo de forma positiva en la experienciación de las emociones de las pacientes que presentaban desregulación emocional, al poder identificar avances significativos en el desarrollo de la terapia, como disminución de la sintomatología presente en un inicio, la que se expresaba mediante autolesiones, agresividad e impulsividad; incluso en algunos casos fue posible evidenciar la presencia de crisis, que en esta psicoterapia, hace referencia a la conexión con la emoción presente en su historia de vida, al no poder seguir dando sentido de continuidad a su experiencia de vida.

Planteamiento del problema

“En la atención en psiquiatría y psicología clínica de niños y adolescentes frecuentemente se presentan graves dificultades en la regulación y modulación de sus emociones, el estudio de variables emocionales dentro del ámbito de la psicología clínica y de la psicopatología infanto-juvenil ha sido escasa y reciente a nivel internacional”. (Capella & Mendoza, 2011, p. 155).

Lo cual indica que existe escasa información de estudios realizados en Chile con población que sufren desregulación emocional, volviendo este porcentaje más pequeño al hablar de niños y especialmente adolescentes, que es el tema hacia el que apunta esta investigación.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define salud mental como: un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución en su comunidad (OMS, 2013, párr. 1).

Teniendo esta información en consideración, es que se ha decidido realizar la presente investigación donde se trabajara con estos pacientes, específicamente con adolescentes que presentan desregulación emocional para poder mejorar su bienestar psicológico y estilo de vida de una manera significativa

Por esto es preciso levantar información cualitativa respecto a este tema, ya que en la actualidad existen escasas investigaciones que lo abalen. Resultando relevante visibilizar esta práctica clínica, analizar esta temática y sentar las bases para que abra el camino a otras modalidades y territorios de atención.

Objetivos

Objetivo general.

Comprender la experiencia de adolescentes de tercero y cuarto medio del instituto técnico Mabel Condermarin Grimberg con desregulación emocional en un proceso de psicoterapia cognitiva post-racionalista.

Objetivos específicos.

1. Caracterizar organización de significado personal de las adolescentes con desregulación emocional.
2. Describir la experiencia emocional vivenciada del adolescente con la terapia cognitivo post-racionalista.
3. Diseñar cada sesión del proceso terapéutico en base a la sesión anterior.

Importancia del estudio y justificación

La importancia de esta investigación es desarrollar una temática con escasos estudios y sentar las bases que podrán abrir el camino a otras modalidades y territorios de atención que se deseen investigar, referida a la terapia cognitiva post-racionalista en adolescentes que presenten desregulación emocional. Se espera que esta información sea un aporte para el desarrollo de la psicología en nuestra región.

Lo que se busca con esta investigación de tipo cualitativa es que las adolescentes con desregulación emocional experimenten sus emociones a través de la terapia cognitiva post-racionalista.

Como grupo de trabajo, se ha orientado la investigación en visualizar como las adolescentes que presentan desregulación emocional experimentan sus vivencias significativas durante un proceso de psicoterapia y como a su vez logran hacer consciente su forma de ser, sentir y funcionar a través del método de autoobservación con la técnica de la moviola. Es por esto que consideramos oportuno realizar

un estudio cualitativo mediante observación participante; lo que se desarrollara dentro de un proceso psicoterapéutico individualizado.

Desde este punto de vista, el terapeuta debe ayudar a sus pacientes a manejar sus emociones de múltiples maneras dependiendo de las situaciones, logrando que los individuos desarrollen estrategias alternativas adaptativas de regulación emocional, que les permita alcanzar mayores niveles de satisfacción y bienestar, así como una mejor integración social. (Capella & Mendoza, 2011).

Delimitaciones del estudio.

El tema de esta investigación se delimita a conocer la experiencia de 5 adolescentes durante un proceso de psicoterapia cognitivo post-racionalista que actualmente cursan tercer y cuarto año medio derivados del Liceo Técnico Mabel Condemarin Grimberg ubicado en Av. Libertad 458, Chillán, Región del Biobío.

Limitaciones del estudio.

Durante el proceso de desarrollo y discusión de la investigación, se ha llegado a consignar que las limitaciones durante el estudio son las siguientes:

1. Existe una alta probabilidad de que los pacientes al momento de comenzar la psicoterapia no generen adherencia al proceso.
2. Cabe la posibilidad además que al momento de pedir el consentimiento informado a los padres o tutores responsables de los estudiantes, para comenzar con el proceso terapéutico, estos no estén de acuerdo en firmar el documento, afectando el número de las participantes de la investigación.
3. No fue posible acceder a un formato para tesis cualitativa lo cual significó adaptar un modelo cuantitativo de investigación.
4. Verificar previamente que las participantes cumplan con los requisitos necesarios para la investigación.
5. Asegurarse de tener los recursos y materiales necesarios para llevar a cabo las intervenciones en tesis cualitativa.

Definición de términos

- **Post-Racionalismo:**

Cambio epistemológico del cual surge un proceso de psicoterapia que se funda en el modelo cognitivo constructivista, el cual:

Niega la existencia de una realidad externa definida y unívoca, es decir, igual para todos, y que el orden que muestran los organismos es auto construido, autoorganizado. Se plantea entonces que la autoorganización es un proceso, es el mecanismo básico de cualquier estructura viviente (INTECO, 2016, párr. 2)

Durante el proceso de intervención “El terapeuta para hacer este trabajo, conduce al paciente a enfocarse en las emociones que está experimentando, ya sea que estas corresponden a los rasgos emocionales, es decir la mismidad o a los episodios emocionales” (INTECO, 2016, párr. 14)

- **Apego:**

“El apego es la relación afectiva más íntima, profunda e importante que establecemos los seres humanos” (Lecannelier, 2016, párr. 1), una de sus principales características es la durabilidad de la relación a través del tiempo, esta “suele ser estable, relativamente consistente, y es permanente durante la mayor parte de la vida de una persona” (Lecannelier, 2016, párr. 1)

Dentro del apego, como terminología se incluyen una variedad de tipos, pero para lo que compete a esta investigación es que se definirán solo los utilizados.

- **Apego seguro:** “caracteriza a los niños y adolescentes que buscan y reciben protección, seguridad y apoyo cuando están estresados” (Harcha, 2012, párr. 3). Se manifiesta posteriormente en adultos asertivos, seguros, capaces de confiar en otro y en sus propias habilidades. Se desempeñan de manera adaptativa en relaciones sociales y no presentan elevados niveles de ansiedad.
- **Apego evitante:** Se caracteriza por “el uso de predicciones temporales de información, que pueden ser verdaderas o pueden estar distorsionadas” (Harcha, 2012, párr. 10). Los adultos que presenten este tipo de apego son emocionalmente inhibidos, y en su mayoría tienden a ser bastante predecibles.
 - **A1-2 de apego Inhibido/Socialmente fácil:** “caracteriza a las personas que utilizan predicciones en base a la información cognitiva (sus pensamientos o expectativas), en un contexto de poca amenaza o peligro real. Las figuras de apego son idealizadas, pasando por alto sus cualidades negativas” (Harcha, 2012, párr. 11).
 - **A3 o Cuidador compulsivo:** Es el tipo de apego que caracteriza a las personas que “confían en contingencias temporales predecibles, que inhiben afectos como la rabia, la pena y la

angustia; y se protegen a sí mismas al cuidar a sus figuras de apego” (Harcha, 2012, párr. 12).

- **A4 o apego Compulsivo complaciente:** Comparte la misma definición del tipo de apego A3, con la diferencia de que en estos casos las personas actúan: “protegiéndose a sí mismas al hacer aquello que sus figuras de apego desean que ellos hagan, especialmente si estas figuras se muestran amenazantes o están enojadas”. (Harcha, 2012, párr. 13)
- **A5 o apego Compulsivamente promiscuo:** “caracteriza a las personas que buscan evitar la intimidad genuina, mientras mantienen el contacto humano, y en algunos casos, logran satisfacer sus deseos sexuales” (Harcha, 2012, párr. 15).
- **A6 de Autoconfianza compulsiva:** Este apego es característico de personas que se creen incapaces de “predecir las demandas de quienes les rodean, que se consideran inadecuadas para reconocer esas demandas, o ambas alternativas (reconocerlas y confiar en ellas). Inhiben el afecto negativo y se protegen a sí mismas, confiando sólo en ellas mismas” (Harcha, 2012, párr. 16).
- **A7 o Sí mismo ilusorio:** “caracteriza a las personas que tienden a tener ilusiones que idealizan a los otros, que han tenido repetidas experiencias con daños severos que no pueden predecir ni controlar, que despliegan un falso afecto positivo frágil” (Crittenden, 2000, p. 67-82).
- **A8 o Sí Mismo externamente ensamblado:** “caracteriza a personas que hacen lo que los otros requieren, tienen pocos sentimientos genuinos propios, e intentan protegerse, al confiar completamente en los demás” (Harcha, 2012, párr. 18).

- **Apego coercitivas o ambivalentes:** “implican el uso del afecto como fuente central de información y la omisión de la cognición, porque las respuestas de los otros han sido impredecibles en repetidas ocasiones, y la información cognitiva no presta utilidad para protegerse” (Harcha, 2012, párr. 20).
 - **C1-2 o Apego Amenazante/Desarmante:** Involucra “la confianza en los sentimientos propios para guiar la conducta propia y el uso exagerado de emociones tales como pena, rabia, angustia, frustración y temor, con la intención de influenciar la conducta de los otros” (Harcha, 2012, párr. 22).
 - **C3-4 o Agresión/Desesperanza fingida:** Involucra “la alternancia entre la agresión con aparente desesperanza, para llevar a los otros a obedecer por temor a un ataque, o ayudar por el temor de que uno no pueda cuidarse a sí mismo” (Harcha, 2012, párr. 24).
 - **La estrategia c5-6 o apego castigador/seductor:** “(Punitivamente obsesionado con la venganza y/o seductoramente obsesionado con el rescate) es una forma más extrema de

C3-4, que involucra una decepción activa para llevar a cabo una venganza, o elicitarse un rescate” (Harcha, 2012, párr. 25).

- **La estrategia c7-8 o amenazante/paranoide:** “Es la más extrema de las estrategias tipo C, e involucra una voluntad de atacar a cualquiera, combinada con temor a todos” (Harcha, 2012, párr. 26).

- **Organizaciones de significado personal:**

U OSP (por sus abreviaturas) es la manera en la que un individuo se organiza en torno a las experiencias emocionales en relación con otros. (Aronsohn, 2001)

Cuando se habla de OSP se incorporan 4 tipos:

- **OSP Depresiva:** “el infante, puede haber percibido como pérdida y específicamente como pérdida afectiva focalizada en la figura vincular que tendría que funcionar como soporte emotivo” (Aronsohn, 2001). Es el adolescente que “tiene un sentido de sí mismo basado en temas de desesperación o rabia. Es típico de estos niños tener oscilaciones entre momentos de desesperación y momentos de rabia” (CUVA, 2013, p. 1). La emoción predominante es la tristeza.
- **OSP Fóbica:** Caracteriza a quienes durante su infancia sus padres “le impiden separarse, ser autónomo, también separarse momentáneamente para ir a jugar con otros niños” (Aronsohn, 2001, p. 41). La emoción predominante es el miedo.
- **OSP Obsesiva:** Caracterizada por un “sentido ambivalente y dicotómico respecto al todo o nada, incontrolabilidad en el pensamiento y comportamiento. El paciente los percibe como extraño con necesidad de certeza absoluta” (PsicoSek, 2012, párr. 1).
- **OSP Dápica (Disturbios alimentarios psicogénicos):** “Esta organización no tiene polaridades emocionales tan definidas. Es la organización típica de los pacientes con síntomas de trastornos alimentarios (Anorexia, bulimia, obesidad), de allí el origen de su nombre” (CUVA, 2013, p. 3).

- **Tipo de procesamiento:**

Es la forma en que el individuo comprende los datos expuestos por el ambiente, en algunos casos suele ser más generativa o abstracta, a lo que Guidano llama normal; en otros casos más concretos y menos generativos, a lo que denomina neurótico, y en casos en que esta elaboración no alcanza a cubrir todo y comienza a dejar elementos sin incorporar, a lo que llama psicótico. (Aronsohn, 2001).

- **Desregulación emocional:**

Se denomina así a una alteración de la regulación y reactividad emocional.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Desregulación emocional.

Para hablar de desregulación emocional es necesario primeramente definir lo que es regulación emocional, esto ocurre como “un proceso de modificar, modular o mantener estados internos y darle forma a una respuesta emocional; en el sentido del manejo que realizan las personas de cuales emociones se tienen y como esas emociones son expresadas” (Capella & Mendoza, 2011, p. 155),

También puede presentar dificultades, resultar ineficaz, desadaptativa y conducir hacia la pérdida del valor funcional de las emociones. Se estaría en presencia de la desregulación emocional, y ello sería el fracaso para regular la emoción, lo cual puede traer importantes implicaciones para la salud mental y física (Perez & Guerra, 2014, p. 86).

Cuando se habla de desregulación emocional en adolescentes es importante señalar las formas en las que esta se manifiesta a través de sintomatología cognitiva y conductual, entre ellas encontramos el consumo de sustancias, crisis de pánico, trastorno de ansiedad, trastornos por estrés post-traumático, impulsividad, agresividad y autolesiones. Se observa además un estudio en el que se trabajó con el Inventario de Depresión Infantil de Kovacs (CDI) en adolescentes con edades que oscilaban entre los 12 y 15 años, donde se correlacionaba de manera significativa dificultades en la regulación emocional y sintomatología depresiva. (Mengana, 2013).

Manifestaciones de la desregulación emocional

Consumo de sustancias

Las sustancias psicoactivas pueden ser de origen natural o sintético y cuando se consumen por cualquier vía (oral-nasal-intramuscular-intravenosa) tienen la capacidad de generar un efecto directo sobre el sistema nervioso central, ocasionando cambios específicos a sus funciones; que está compuesto por el cerebro y la médula espinal de organismos vivos. Estas sustancias son capaces de inhibir el dolor, modificar el estado anímico o alterar las percepciones. (Ministerio de Justicia, 2017, párr. 1).

Es por esto, que para un adolescente que presenta consumo de sustancias se vuelve compleja la regulación de emociones produciendo un efecto “parecido al de una emoción en un breve espacio de tiempo y de modo autogenerado por la persona que hace uso de esta sustancia” (Rueda, 2015, párr. 12).

Crisis de pánico y trastornos de ansiedad

Su característica esencial es la presencia de crisis recurrentes de ansiedad graves (pánico) no limitadas a ninguna situación o conjunto de circunstancias particulares. Son por tanto imprevisibles. Como en otros trastornos de ansiedad, los síntomas predominantes varían de un caso a otro, pero es frecuente la aparición repentina de palpitations, dolor precordial, sensación de asfixia, mareo o vértigo y sensación de

irrealidad (despersonalización o desrealización) (American Psychiatric association (APA), 2002, p. 401).

Según Tomé, (2015) las emociones cumplen un rol fundamental en el desarrollo y mantenimiento del trastorno de pánico, esto ha sido descuidado y/o pasado por alto en las definiciones y conceptualizaciones modernas sobre el desarrollo de este trastorno.

Trastornos por estrés post traumático

“Trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o situación (tanto breve como prolongada) de naturaleza excepcionalmente amenazadora o catastrófica que causaría malestar generalizado casi en todo el mundo” (OMS, 1992, p. 121). Observándose que frente a un hecho traumático es normativo que las emociones se desregularicen en cierto modo para buscar el sentido de continuidad y el equilibrio emocional, volviéndose patológico cuando estas desregulaciones culminan en un trastornos de estrés post traumático.

Impulsividad y agresividad

Con respecto a impulsividad esta se define como “Pobre juicio en la toma de decisiones respecto a la consecución y/o aplazamiento de refuerzo como drogas, sexo, comida, poder social, dinero y otros recursos” (Mingote & Requena, 2013, p. 195). Al hablar de agresividad se utiliza como definición “habilidades normales del repertorio comportamental humano que van dirigidas a obtener saldos favorables en las interacciones conflictivas (Ganancias/Perdidas, Victorias/Derrotas)” (Mingote & Requena, 2013, p. 195). Dicho esto las conductas agresivas también se pueden ver favorecidas en individuos que presentan una elevada impulsividad (Mingote & Requena, 2013, p. 195). Esto se generaría por una tendencia a experimentar las emociones de una forma más extrema, no encontrando una respuesta adecuada frente a estímulos estresores que culminaría, en una respuesta poco adaptativa lo que podría desencadenar en agresividad. (Hervas & Jodar, 2008, 139)

Autolesiones

La autolesión suele comenzar en la adolescencia y normalmente no busca encontrar la muerte aunque puede ser un factor de riesgo de suicidio en el futuro. Los mecanismos por los que se producen las autolesiones funciona a través de tres trayectorias: Anulación de emociones no deseadas; su materialización y su transformación (Matey, 2009, párr. 3).

Conociendo la definición y sus posibles funciones, esta se menciona como una estrategia para regular las emociones en los adolescentes.

Teoría y terapia cognitiva post-racionalista

Orígenes del post - racionalismo

Para poder entender con mayor claridad la terapia cognitiva post-racionalista se debe comprender y conocer, que la terapia tiene sus bases en la terapia cognitiva de Beck y la terapia racional emotiva de Ellis, la cual surge del conductismo. Esto ocurre cuando se comienza a postular sobre la relación que existe entre estímulo y la conducta. Según las investigaciones, esta relación serían; los pensamientos, las imágenes, las expectativas, atribuciones, esquemas mentales y actitudes.

En esta primera etapa, el cognitivismo es solamente una tentativa de ampliar el enfoque conductista, introduciendo estas "variables mediacionales", que como decíamos son los procesos cognitivos, imaginativos, emotivos. Pero, aquí también empiezan a surgir fenómenos o experiencias que no podían ser explicados y comienza a presentarse una nueva crisis. (Ruiz A. , 2007, párr. 3)

Gracias a esta crisis que afectó a la mayoría de los terapeutas, en Italia Vittorio Guidano, llega a la conclusión que no se debe resolver esta crisis como se resolvió anteriormente sino que se debe formular otros aspectos teóricos, y se va a los aspectos epistemológicos que sustentan la terapia cognitiva y conductual. A finales de los 80 y gracias a las diferentes corrientes que aparecieron Guidano, comienza a realizar un posible cambio en la estructura que se da tanto en el observador como el observado.

En efecto, el observador ya no aparece en esta posición de privilegio observando objetivamente las cosas tal como son; más bien con su observación, el observador introduce un orden en lo que observa, y lo que observa es más dependiente de su estructura perceptiva que de algo externo a él. Lo que se empieza a notar claramente que el mundo de regularidades que vivenciamos es construido por cada observador. (Ruiz A. , 2007, párr. 7)

También la realidad cambia su noción, ahora se ve como un continuo fluir, multidireccional y en diversos niveles, de procesos que están en desarrollo continuo, "por lo tanto surgen tantas realidades como modos de vivir surgen en cada observador". (Ruiz A. , 2007, párr. 8).

El significado personal, es el modo de elaborar los datos en referencia a un tipo de experiencia inmediata, que puede dar lugar a todas las dimensiones de realidad que se quiera, dado que no se definen de manera unívoca.

Terapia cognitiva post-racionalista

Por lo tanto el término que se da al post racionalismo surge en psicoterapia a un exceso en los modelos cognitivos conductuales, que se daba por un abordaje epistemológico poco consistente. Post-racionalismo no quiere decir negación de, sino más allá de lo racional. "Considera la razón como fenómeno importante en el ser humano, pero no único ni primario, comenzando así a derrumbarse las

certezas en que el ser humano ya no tiene el control racional ni la ciencia la explicación de todo”. (Zagmutt, 2006, p. 2).

Es así como el modelo nace demarcándose de la mirada tradicional cognitiva racionalista, “razón por la cual asume el nombre inicialmente como una forma de destacar la idea de ir más allá del exceso positivista que dominaba la psicoterapia”. (Ruiz A. , 1998, p. 2).

Comprensión epistemológica

El tema básico de la epistemología post-racionalista, es que existe una realidad externa que es distinta para todos, en la que se encuentra el sentido de las cosas y donde el conocimiento pasa a ser lo que el sujeto en cuestión considere de su realidad, permitiendo entonces observarla como “un continuo fluir, multidireccional y en diversos niveles, de procesos que están en desarrollo continuo. En este fluir de múltiple procesos el observador introduce un orden que no existía, estableciendo regularidades y continuidades” (INTECO, 2008, párr. 8)

Es en este enfoque donde se puede apreciar que la cantidad de realidades existentes va a depender de cuantos observadores existan.

Ahora, es de suma importancia comprender que para esta corriente, todos los organismos (específicamente el individuo humano) tendrán como elemento central lo que se conoce como autoorganización, “Esto indica que su identidad emerge de su red de procesos, lo que les ocurre se determina internamente y todas sus operaciones se subordinan a la conservación de su organización, aunque experimenten cambios para compensar perturbaciones” (Cathalifaud, Dockendorff, & Anahí, p. 3).

Para poder mantener esta autoorganización, es necesario considerar las dos dimensiones de la experiencia humana, estas dimensiones son; el nivel de la *experiencia inmediata* siendo este el nivel que corresponde a la vida emocional del ser humano, en el cual no hay acceso directo por encontrarse a la base de la emocionalidad. Es de igual forma como fluyen y como se modulan sus emociones, “en este sentido los sentimientos son siempre verdaderos, puesto que siempre dan información de como la persona se siente en ese momento en el mundo en el aquí y el ahora” (INTECO, 2008, párr. 14). Y por otra parte se encuentra el nivel de *la explicación*, la cual se realiza a través del lenguaje y viene posterior a la experiencia inmediata dando una respuesta a la situación vivida que sea acorde con la forma de vivenciar que tuvo el sujeto para así continuar manteniendo la consistencia interna, es en este nivel de experiencia cuando se reordena la experiencia inmediata en conceptos y empieza a explicarse y autoreferirse. Constantemente entonces, el sujeto se encuentra operando de esta manera en su medio, vivenciando experiencias para inmediatamente a esta darles una explicación, “naturalmente la explicación que dará consistencia o forma a la experiencia inmediata depende de cómo el individuo ha

reconstruido este reordenamiento, es decir, ha reconstruido su nivel de explicación.” (INTECO, 2008, párr. 14)

Lo que ocurre al momento en que el ser humano se encuentra en la situación donde no es capaz de dar una explicación que permita mantener la coherencia interna se llama ipseidad, que es el síntoma que se vive como la psicopatología, siendo el contrapunto en relación a la mismidad (sentido de continuidad, psicología sana). Al hablar de ipseidad entonces, señalamos inmediatamente las patologías varias con las que puede presentarse un sujeto en cuestión, entendiendo así que no hay síntoma en una persona hasta que esta sea incapaz de encontrar una respuesta que permita mantener su sentido interno de continuidad

Organización del significado personal.

Se habla de organización ya que es un orden central de todo el dominio emotivo individual es una vinculación del apego del niño con su cuidador, este proceso ocurre durante todo el periodo del desarrollo evolutivo del niño, que va desde el nacimiento a los 18 años aprox. Estas se dividen en cuatro organizaciones que se utilizan en terapia en la cultura occidental contemporánea, las cuales son: depresiva, fóbica, obsesiva y dápica, (conceptos ya definidos en el apartado anterior).

Es importante que de acuerdo a la OSP que tenga cada sujeto será la forma en que se explicarán los sucesos ocurridos para así darle un sentido de continuidad a su experiencia, lo que se conoce como el *Yo y el Mi*.

La moviola

Esta técnica representa la interfaz con la realidad clínica de una teoría que la sustenta y la vuelve coherente, siendo parte de un método en el cual se articulan y se tornan explícitas las maneras en las cuales puede tomar forma una aproximación terapéutica.

La moviola, ideada por Guidano, es el núcleo de un método que se expresa en el modelo cognitivo post-racionalista, que nace como mencionamos anteriormente de la superación de la epistemología empirista y de asumir como centrales para el hombre los procesos de auto organización y de construcción del significado personal.

En esta perspectiva el actuar del terapeuta en la creación del setting clínico se modifica sustancialmente respecto a las aproximaciones del cognoscitivismo tradicional.

La moviola no puede ser considerada simplemente una técnica, ella es en realidad el núcleo de la estrategia psicoterapéutica que nace del modelo cognitivo post-racionalista. Este tiene origen en la superación de la epistemología empirista y asume como centrales para el hombre los procesos de auto

organización y de construcción del significado personal. “La psicoterapia tiende a hacer consciente al sujeto de cómo está hecha su experiencia emotiva y de cómo se construyen los contenidos.” (Dodet, 1998, p. 89)

Psicología evolutiva (Adolescencia)

Definición de adolescencia

La adolescencia, como periodo del desarrollo del ser humano abarca por lo general el periodo comprendido de los 11 a 20 años, en el cual él sujeto alcanza la madurez biológica y sexual; y se busca alcanzar la madurez emocional y social (Papalia, Feldman, & Olds, 2001), a su vez la persona asume responsabilidades en la sociedad y conductas propias del grupo que le rodea (Aberastury & Knobel, 1997).

Este tema de investigación toma importancia a finales del siglo XIX, debido a los trabajos realizados por Platón y Aristóteles, quienes plasmaron su interés en lo modificable del comportamiento (Derflinger, 1991). Se otorga importancia a los cambios psicológicos presentados en este periodo, así como a las transformaciones de la personalidad fundamentada a partir de los eventos ocurridos en la infancia, las crisis que presenta, y la búsqueda de la identidad.

Etapas de la adolescencia

Adolescencia temprana

Esta etapa inicia en la pubertad, entre los 10 y 12 años, en donde se presentan los primeros cambios físicos, e inicia el proceso de maduración psicológica, pasando del pensamiento concreto al pensamiento abstracto, el adolescente trata de crear sus propios criterios, y generar nuevas maneras de interactuar para ser aceptado por los adolescentes, debido a que no se siente identificado con los niños, ni aceptado por los adolescentes. Este tipo de crisis recibe en nombre de *crisis de entrada en la adolescencia*; en donde existen dos factores que influyen en el desarrollo del adolescente como lo son los cambios en su medio (escuela, compañeros) y la familia como factor de apoyo en el desarrollo de la conformación de su personalidad. (Craig, 1997) (Deval, 2000) (Papalia, Feldman, & Olds, 2001)

Adolescencia intermedia

Esta etapa inicia entre los 14 y 15 años, en donde se genera un grado de adaptación y aceptación de sí mismo, la integración de su grupo le da seguridad y satisfacciones al establecer amistades, lo que resuelve parcialmente el posible rechazo de los padres, por lo que deja de lado la admiración al rol paterno. (Craig, 1997) (Deval, 2000) (Papalia, Feldman, & Olds, 2001)

Adolescencia tardía

Esta etapa inicia entre los 17 y 18 años, en donde va disminuyendo la velocidad de crecimiento y empieza a recuperar la armonía en la proporción de los diferentes segmentos corporales; estos cambios generan seguridad y ayudan a superar su crisis de identidad, se empieza a tener más control de las emociones, generando como resultado más independencia y autonomía. (Craig, 1997) (Deval, 2000) (Papalia, Feldman, & Olds, 2001)

Cambios durante la adolescencia

Desarrollo físico adolescencia

El desarrollo físico del adolescente no se da por igual en todos los individuos, por lo cual en muchos casos este desarrollo se puede iniciar temprana o tardíamente. Los adolescentes que maduran prematuramente muestran mayor seguridad, son menos dependientes y manifiestan mejores relaciones interpersonales; por el contrario, quienes maduran tardíamente, tienden a poseer un auto-concepto negativo de sí mismos, sentimientos de rechazo, dependencia y rebeldía. De ahí la importancia de sus cambios y aceptación de tales transformaciones para un adecuado ajuste emocional y psicológico. (Craig, 1997) (Deval, 2000)

Desarrollo psicológico

Estos cambios psicológicos, son tanto a nivel cognitivo como a nivel comportamental, la aparición del pensamiento abstracto influye directamente en la forma en cómo el adolescente se ve a sí mismo, se vuelve introspectivo, analítico, autocrítico; adquiere la capacidad de construir sistemas y teorías.

La inteligencia formal da paso a la libre actividad de la reflexión espontánea en el adolescente, y es así como éste toma una postura egocéntrica intelectualmente. (Craig, 1997) (Deval, 2000)

El equilibrio se alcanza cuando la reflexión comprende que la función que le corresponde no es la de contradecir sino la de anticiparse e interpretar la experiencia. (Piaget, 1984)

Desarrollo emocional

Durante el proceso del desarrollo psicológico y búsqueda de identidad, el adolescente experimentará dificultades emocionales. Conforme el desarrollo cognitivo avanza hacia las operaciones formales, los adolescentes se vuelven capaces de ver las incoherencias y los conflictos entre los roles que ellos realizan y los demás, incluyendo a los padres. La solución de estos conflictos ayuda al adolescente a elaborar su nueva identidad con la que permanecerá el resto de su vida. (Craig, 1997) (Deval, 2000).

Desarrollo social

Dentro de este desarrollo se encuentran la adquisición de actitudes, normas y comportamientos, en donde la sociedad influye en el individuo, denominando este proceso socialización (Brukner, 1975).

El desarrollo social y las relaciones de los adolescentes abarcan al menos seis necesidades importantes (Rice, 2000):

1. Necesidad de formar relaciones afectivas significativas, satisfactorias.
2. Necesidad de ampliar las amistades de la niñez conociendo a personas de diferente condición social, experiencias e ideas.
3. Necesidad de encontrar aceptación, reconocimiento y estatus social en los grupos.
4. Necesidad de pasar del interés homosocial y de los compañeros de juegos de la niñez mediana a los intereses y las amistades heterosociales.
5. Necesidad de aprender, adoptar y practicar patrones y habilidades en las citas, de forma que contribuyan al desarrollo personal y social, a la selección inteligente de pareja y un matrimonio con éxito.
6. Necesidad de encontrar un rol sexual masculino o femenino y aprender la conducta apropiada al sexo.

Los nuevos sentimientos y necesidades emocionales, la búsqueda de la independencia, la emancipación de los padres, ocasiona que el apoyo que antes era proporcionado por la familia se busque en otros adolescentes comúnmente de su misma edad. (Rice, 2000)

Psicología clínica

La psicología clínica es un área de especialización de la psicología, la cual se interesa en la investigación y el tratamiento de la conducta del ser humano. Al principio fue denominada como clínica psicológica, que contaba con una característica en particular, estar cercana al servicio social, y que era útil para la enseñanza y la investigación dedicada por completo al diagnóstico, tratamiento y estudio de los desórdenes del comportamiento. (Rey & Guerrero-Rodriguez, 2012)

El primer psicólogo que estableció una práctica denominada psicología clínica fue Lightner Witmer en 1907, quien fue discípulo de Wilhelm Wundt, y acuñó el término Psicología Clínica para describir la práctica en una clínica para niños, establecida en 1896 en la Universidad de Pennsylvania. También fundó la primera revista en esta área.

Mientras Witmer se enfocó en niños con atrasos intelectuales y déficit, otras clínicas surgieron con un enfoque en malestares emocionales y la psicología se estaba desarrollando en hospitales mentales, por cuanto psicólogos clínicos asumían puestos reconocidos hasta ese momento para psiquiatras. (Psicología Clínica, 2013, párr. 3).

La función de los psicólogos en ese momento no se enfocaba en la psicoterapia, ya que de eso se encargaban los médicos psiquiatras; en cambio los psicólogos estaban abocados en tareas de

evaluación. Esta actividad alcanzó su máxima expresión durante el desarrollo de la primera guerra mundial, específicamente en la selección de reclutas.

El nombre de psicólogos clínicos comenzó a utilizarse en 1917, con la fundación de la American Association of Clinical Psychology; esto duró muy poco, debido a que la Asociación Americana de Psicología en 1919 desarrolló una división en psicología clínica.

En Europa, durante esos años, se establecieron los primeros psicólogos clínicos, específicamente en Gran Bretaña, al igual que en Estados Unidos.

En Francia, una tradición europea fue fundada por el psicoanalista Daniel Lagache, que consideró a la Psicología Clínica como un área distinta a la Psiquiatría, que si bien integraría elementos propios de la psicopatología, debía entender al individuo en su totalidad más allá de la patología, pudiendo así obtener un conocimiento amplio y certero del funcionamiento psíquico y su relación con los fenómenos del sufrimiento. (Psicología Clínica, 2013, párr. 5)

En Chile el desarrollo de la psicología clínica fue mucho más paulatino, ya desde los años 60, se comenzó a indagar en como la psicología clínica podía utilizarse con los pacientes, pero no es hasta 2011 cuando se comienza a indagar de manera más profunda en la historia de la psicología en Chile, a través de varios estudios que se enfocan en el aumento de las publicaciones en esta área, en el desarrollo reciente de encuentros científicos específicos en esta área y por últimos en el contexto en que se desarrolló la psicología clínica en Chile (Laborda, Quezada, & Cornejo, 2013). Pero uno de los mayores exponentes en esta área es Luis Bravo Valdivieso, quien postula e investiga sobre la historia de la psicología clínica en Chile y cuáles han sido sus inicios. Uno de los hitos que destaca en sus investigaciones es la gran trascendencia que tuvo la psicología chilena la creación del Instituto de psicología de la Universidad de Chile, que fue creado el 27 de Octubre de 1941, bajo el alero de la facultad de filosofía y educación, con la finalidad de "promover las investigaciones psicobiológicas" (Bravo, 1996, p. 95).

Desde ese momento comienza a tener una mayor relevancia en Chile la psicología enfocada en las patologías mentales e higiene mental; creándose algunos servicios de psicología en instituciones públicas, como en el servicio nacional de salud, en el instituto de criminología, en la casa de rehabilitación de menores, etc.(Bravo, 1996)

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Tipo de investigación y diseño

La presente investigación tiene un enfoque metodológico cualitativo. Éste pretende enfocar los problemas o fenómenos a estudiar, a través de los datos descriptivos y analíticos, “las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable” (Taylor & Bogdan, 1984, p. 152). Por lo tanto, los resultados que se muestran son en base a una descripción de sintomatología asociadas al objeto de estudio, que en este caso corresponde a las adolescentes con presencia de desregulación emocional.

Una de las perspectivas paradigmáticas con que opera la metodología cualitativa es la fenomenológica, perspectiva desde la cual se presente esta investigación, y para la cual la realidad dependería de los significados que las personas le atribuyan, por lo tanto, esa realidad estaría construida a partir de significados (Krause, 1995). Este planteamiento favorece la comprensión de las sesiones en la Terapia Cognitiva Post-Racionalista, ya que esto permite darles sentido y no sólo observar la frecuencia de su comportamiento tanto fuera como dentro de la sesión, y sus posibles implicancias para el paciente.

La metodología cualitativa opera de manera inductiva, pues primero se explican los posibles aspectos a tratar y temas a investigar, para luego hacer generalizaciones, para lo cual se examinan cada tema que se va a profundizar, se generan conceptos y comprensiones de ellos, y luego se determinan las características que comprenden a los pacientes a tratar durante la terapia, constituyéndose como una herramienta adecuada para profundizar en el conocimiento y comprensión en torno a la Terapia Cognitiva Post-Racionalista en Adolescentes que presenta desregulación emocional. Para ello, se elaboraran las sesiones a realizar durante la psicoterapia, junto con investigación que posibilitara una construcción de conocimientos, pues son los conceptos los que permiten la reducción de la complejidad, y es por medio del establecimiento de relaciones entre éstos factores o variables, que se genera la coherencia interna del producto científico a investigar (Krause, 1995).

Tipo de diseño

En síntesis, el presente estudio es de tipo cualitativo, con un enfoque fenomenológico, a través de recolección de información, mediante estudio de caso o análisis de caso.

Para la recolección de datos se utilizó la técnica de observación participante, de acuerdo al número de estudio, de caso múltiple. Y por último utiliza como método científico de base el método inductivo.

Tipo de investigación

El estudio que se propone constituye una investigación aplicada de tipo exploratoria-fenomenológico, que trabaja con metodología cualitativa. Es exploratoria en tanto que son escasas las investigaciones que se han realizado a la fecha, que describan el proceso de psicoterapia cognitiva post-racionalista en adolescentes con desregulación emocional (Hernández, 2004).

Fenomenológico pues tratará de comprender la experiencia emocional vivenciada del adolescente, luego de la intervención con la terapia cognitivo post-racionalista. Además, se buscará generar una teoría fundamentada, que se expresará como una teoría que emerge desde los datos, a través de una hipótesis comprensiva basada en el patrón de apego, tipo de procesamiento y OSP.

Se utilizará un método inductivo, es decir, desde la experiencia se extraerá información que permitirá generar explicaciones tentativas acerca del fenómeno en estudio.

Participantes

Las participantes del estudio fueron estudiantes de un liceo técnico profesional particular subvencionado de la ciudad de Chillán, pertenecientes a los cursos de 3ero y 4to medio de escolaridad diurna.

Las 5 participantes de la investigación fueron estudiantes entre 16 y 19 años, que se encuentran cursando enseñanza media en el liceo Técnico Mabel Condemarin Grimberg. El sexo de las participantes es femenino y todas son de nacionalidad Chilena. Es importante saber que cada una de las participantes manifestó algún tipo de desregulación emocional durante los pasados 6 meses.

Las participantes fueron seleccionadas mediante un muestreo intencional o de conveniencia, ya que se realizó a través de la psicóloga del establecimiento, quien identificó presencia de desregulación emocional en ciertas alumnas y ante esto se llevó a cabo la selección.

Posteriormente se realizó una reunión con los padres de las participantes para explicarles en qué consistía el estudio y se les solicitó firmar el consentimiento informado (Ver Anexo N° 1) para poder llevar a cabo el proceso psicoterapéutico.

La investigación se extendió por 12 semanas, con 1 a 2 sesiones por semana, dependiendo de la disponibilidad horaria de las pacientes y se realizó en una de las dependencias del Centro Médico Libertad Ubicado en Av. Libertad, en la ciudad de Chillán.

Instrumentos de recolección de datos

La técnica de recolección de datos utilizada fue la observación participante. El principal instrumento que se utilizara para generar datos será la entrevista psicológica semiestructurada clínica, a través de fichas y pautas.

- **Ficha Clínica:** Ficha donde se ingresaron todos los avances y datos adquiridos por los pacientes en cada sesión, además de los antecedentes personales y relevantes, dejando registro de cada experiencia emocional vivenciada por parte de cada individuo en su proceso terapéutico (Ver Anexo N° 2). Se estimó que esta herramienta permitiría acceder, en un ambiente protegido, a la experiencia vivenciada por el paciente y que significado le atribuye a la terapia.
- **Pauta de Supervisión de Casos:** Pauta que permite integrar los datos obtenidos en la ficha clínica de una manera ordenada y práctica que facilita la realización de hipótesis diagnósticas y permite destacar cuales fueron las sesiones en las que se presentaron avances significativos con cada paciente. Esta pauta además permite la revisión de cada caso por parte del supervisor de una forma completa. (Ver Anexo N° 3)
- **Pauta de Condensación:** Instrumento que permite la realización de un resumen por cada caso, donde se destacan principalmente los siguientes componentes: apego, tipo de procesamiento, OSP. Consiste en seleccionar las verbalizaciones y hechos recogidos en sesión, que indiquen algún tipo de apego, tipo de procesamiento, OSP, ya anteriormente mencionadas, posteriormente se conectan con la que correspondan permitiendo un bosquejo claro del diagnóstico. (Ver Anexo N° 4)
- **Pauta Registro Intervenciones:** Pauta que consiste en los datos principales de cada paciente, además de tablas que permitan el registro de lo ocurrido sesión a sesión durante las intervenciones. Su principal función es tener de manera ordenada y clara todo lo ocurrido durante cada sesión para posteriormente realizar un análisis más completo. (Ver Anexo N° 5)

Procedimientos

Esta investigación como es de carácter cualitativa no analiza por lo tanto datos estadísticos, sino que procesos que van desarrollando la psicoterapia a través de los diferentes procedimientos terapéuticos. Y estos procedimientos se establecen como etapas que se deben cumplir y respetar para el funcionamiento y desarrollo funcional de la psicoterapia.

Las pacientes fueron derivadas del Liceo en el que cursan su enseñanza media, esta derivación la realizó la psicóloga de la institución al realizar entrevistas tanto con los apoderados como con las alumnas, para que comenzaran con un proceso psicoterapéutico, debido a que la institución educacional no contaba con disponibilidad horaria, por las funciones que debía cumplir la psicóloga en evaluaciones y talleres para el establecimiento.

A continuación se procedió a informar a las adolescentes de las atenciones que recibieran estableciendo los horarios de atención, teniendo en consideración los horarios de clases de estas, la disponibilidad del centro de salud y la disposición del tiempo de las alumnas en formación de psicólogas.

Posterior a esto se procede a realizar las intervenciones de manera individual realizando una presentación, informándole de su participación en una investigación de pregrado, solicitando que firmen el consentimiento informado (Ver Anexo N° 1). Luego se registra la ficha clínica, en donde se establecen los datos personales, además se co-construye el motivo de consulta y los objetivos terapéuticos para trabajar en sesión. Para continuar con la sesión se parte de una base segura indicando la consiga que es: “Yo te invito a recorrer un camino de autoobservación, en donde hay dos expertos; tu experto en tu vida porque nadie conoce tu vida mejor que tú mismo, y yo experto en la terapia”. Se le explica en qué consiste la técnica de la moviola, se ejemplifica y se procede a realizar un ejercicio para observar tipo de procesamiento y si interiorizó la consiga planteada anteriormente.

Las primeras tres sesiones tienen como objetivo generar un vínculo y adherencia a la psicoterapia, teniendo esta base segura para el proceso psicoterapéutico. Se desarrolla durante la tercera o cuarta sesión una devolución de la hipótesis diagnóstica explicándole a la adolescente como se configura su experiencia en base a su tipo de apego, OSP y tipo de procesamiento, a través de una lista de eventos significativos que la paciente ha seleccionado para reconstruirlos mediante la técnica de la moviola y poder experimentar cuáles son las emociones que predominaban en ese momento. Este proceso permite explorar las dos dimensiones de la experiencia humana; la experiencia interna y la explicación de esta experiencia que describe Guidano en su literatura, la experiencia inmediata y la explicación. Esta reformulación de la experiencia consiste en identificar ¿dónde sucedió el evento significativo?, la fecha del evento, ¿qué sucedió? y ¿cómo surge?.

Al igual que cualquier otra terapia esta consta de etapas que se van desarrollando durante el proceso terapéutico de cada paciente.

- **Etapas 1:** Consiste en la evaluación del paciente, donde se explora lo que la adolescente trae a sesión. Se realiza una reformulación en función de la hipótesis comprensiva, la cual se identifica al ejecutar una reestructuración de su experiencia inmediata identificando la emoción que predomina en la base del síntoma, siendo el terapeuta un perturbador emocional estratégicamente orientado a contactar al paciente con la emoción que esta de base, logrando que este haga consciente su forma de ser, sentir y funcionar, consiguiendo regular su funcionamiento al realizar un cambio en su sentido de continuidad.
- **Etapas 2:** Se establece la reconstrucción de la experiencia inmediata en el repertorio actual, a través de un listado de eventos significativos seleccionados por el adolescente, ordenados de manera cronológica para posteriormente ser revisados a través de la técnica de la moviola.

Como se mencionó anteriormente el desarrollo de la psicoterapia se divide en cuatro etapas, de las cuales solo utilizaremos para fines de esta investigación las etapas uno y dos, debido a la etapa del desarrollo evolutivo en la que se encuentran las adolescente, dejando a un lado las etapas tres y cuatro, las cuales se trabaja con adultos por su estructura y funcionalidad.

Desarrollando en estas etapas la reconstrucción del estilo afectivo y la revisión de las etapas del desarrollo evolutivo en la experiencia inmediata.

Al concluir este procedimiento se formula una hipótesis comprensiva de cada paciente para explicar la sintomatología presente desde un enfoque cognitivo post-racionalista.

Aspectos éticos

Para asegurar la confidencialidad de los datos, no se utilizaron los nombres de las pacientes otorgándoles un número durante la investigación para referirnos a ellas. Las participantes firmaron un asentimiento informado, previa participación en el estudio. Se solicitó autorización a los apoderados responsables a través de consentimiento informado autorizado por el Comité de Bioética, además del dictamen del Comité de Bioética de la Universidad Adventista de Chile sobre proyectos de investigación que utilicen datos personales. (Ver Anexo N° 6)

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

Para la presentación de los resultados e interpretación de las entrevistas semiestructuradas clínicas, haremos el análisis desde la individualización de cada paciente y de los avances obtenidos en cada sesión.

Individualización paciente N° 1

La paciente N° 1 es derivada por la psicóloga del Instituto Técnico Mabel Condemarin Grimberg, por la presencia de conductas que manifestarían signos de desregulación emocional.

La paciente N° 1 es una adolescente de 19 años, quien presenta un desarrollo físico y cognitivo acorde a su etapa de desarrollo evolutivo, cursando 4to año de enseñanza media, con especialización en el área de educación parvularia.

La familia nuclear de la paciente estaría conformada por su pareja de 20 años de edad, quien no ha terminado sus estudios en la enseñanza media, y estaría trabajando como vendedor por internet de un negocio creado por la paciente para generar recursos económicos con la finalidad de suplir las necesidades básicas de su hija de 2 años de edad. Dentro de los antecedentes relevantes, la paciente señala haber sido víctima de abuso sexual por parte de su hermano 5 años mayor que ella.

La paciente N°1 nace producto de la filiación matrimonial entre sus progenitores, de los cuales no mantiene contacto hace bastante tiempo con su progenitor, al señalar que desde el momento que se independiza al salir del hogar del SENAME; y volver a vivir un par de meses a su casa, antes de retirarse de manera definitiva con su pareja a la casa de su suegra; no ha tenido mucha relación con él. Con respecto a la relación con su progenitora, la paciente refiere que durante el tiempo que estuvo viviendo con ella, después de volver del hogar a su casa y pasar por un proceso de adaptación, su madre no permaneció con ella, no logrando cumplir con las expectativas que tenía la paciente con respecto al rol que debía desempeñar su madre, al mencionar que desde el incidente de abuso sexual del cual fue víctima durante su infancia, siendo este causal de ingreso a un hogar del SENAME, no ha mantenido mucha relación con ella por lo mismo, negligencias parentales.

Desde un inicio la paciente refiere que el proceso de develación y posterior interrupción del maltrato, se realizó debido a la orientación recibida por parte de una docente de su establecimiento, quien al contactar a la madre y explicarle la situación, no da credibilidad al relato de la menor, siendo llevada a un hogar a los 9 años de edad.

Durante su permanencia en el hogar no mantiene mucho contacto con su madre, debido a la orden de alejamiento interpuesta en contra de su hermano mayor, señalado como el presunto agresor del abuso sexual. La paciente señala que el primer incidente de esta índole sucedió en un contexto familiar, en donde su madre al percatarse de esta situación “le saca la mugre a mi hermano y nos retó a los dos por esta situación”, agregando que no quiere que esa situación se vuelva a repetir, culpabilizando a ambos de dicha situación.

Posterior a la develación e interrupción del abuso, la paciente se entera que por parte de su familia materna no dan credibilidad al relato de abuso perpetrado por su hermano mayor, esto queda en evidencia cuando la adolescente hace abandono del hogar y vuelve a vivir con su familia materna; no estando más de un mes compartiendo con ellos, antes de que su hermano vuelva a la casa de sus padres, es en ese momento, en donde la paciente refiere que su familia por línea materna, le da más credibilidad al relato de su hermano.

Es en este contexto que se va a vivir con su actual pareja a la casa de su suegra, dejando de lado todas las situaciones estresantes que le causaban malestar en su entonces casa.

Según antecedentes con los que se cuenta, la paciente N° 1 presenta una historia vital en donde se han presentado diversos tipos de vulneración a sus derechos, tanto en su indemnidad sexual como en negligencias parentales.

En torno a ello, se visualiza un estilo de crianza orientado en lo negligente, presentando ausencia afectiva, además de no ser cubiertas sus necesidades básicas, teniendo que ser remitida a un hogar para resguardar sus derechos y velar por su bienestar. Además de la presencia de un patrón de apego evitante, el cual se ve reflejado en la constante incertidumbre que se ve envuelta la dinámica existente entre madre-hija, al no haber tenido nunca una sensación de resguardo o protección por parte de su adulto significativo.

Es importante destacar además que el tipo de procesamiento que presenta la paciente N° 1 durante las intervenciones es neurótico; al no poder comprender la consigna de la técnica de la moviola, al igual que al momento de responder de manera vaga a las preguntas que se le realizaron durante el proceso de psicoterapia. Este tipo de procesamiento podría ser comprendido debido a la presencia de sintomatología depresiva, como desánimo, disminución del apetito sexual, anhedonia, desmotivación, hipersomnias, pérdida de apetito entre otras; producto de una posible psicopatología depresiva mayor.

Por otra parte la paciente N°1 presenta conductas que indicarían la presencia de una OSP depresiva con cierre fóbico, al verbalizar que “se siente sin ganas de hacer nada, como desanimada”, al igual que menciona que “me he notado más irritable, me di cuenta de eso cuando le grite a mi hija, y ella me miro asustada y luego se puso a reír, no sé qué me pasa”, “hay momentos en los que no me dan

ganas de hacer nada, solo quiero estar acostada con los ojos cerrados sin luz”, y así varias ocasiones en las que la paciente N° 1 refiere sentirse triste o con rabia debido a las situaciones por las que ha tenido que pasar. El cierre fóbico se puede observar, en las constantes pesadillas y crisis de pánico que presenta la adolescente frente ciertas situaciones que le generan estrés. Es mediante esto que se realiza un diagnóstico de OSP como una organización depresivo con cierre fóbico.

Desde el inicio de las sesiones con la paciente N°1, hubo dificultades con la utilización de la técnica de la moviola, mediante la cual se trabajaron las principales manifestaciones de desregulación emocional, (depresión) al no poder relatar eventos significativos de su experiencia de vida desde tercera persona, como una observadora.

La psicoterapia idealmente consistía en la asistencia a sesiones de manera semanal, con el objetivo de revisar cuales eran las experiencias de vida de la paciente, además de experimentar cuáles eran las emociones que predominaban en ese momento, a través de la técnica de la moviola.

La materia prima con la cual se trabajó durante las 3 sesiones a las cuales asistió la paciente fueron las experiencias de vida generadas en torno al abuso sexual, debido a las pesadillas que eran constantemente más vívidas durante la noche.

Es a partir de estos eventos significativos que se procede a recabar información, no logrando llegar a término con el proceso terapéutico debido a las constantes ausencias por parte de la paciente a las sesiones.

Terminando el proceso terapéutico con 3 sesiones, debido a la resistencia de la paciente N° 1 a continuar con la terapia por motivos de tiempo y exámenes libres. Al analizar el proceso terapéutico no fue posible evidenciar cambios significativos, ya que no se contó con las sesiones necesarias para poder evaluar avances en sesiones.

Individualización paciente N° 2

La paciente N° 2 es derivada por la psicóloga del Instituto Técnico Mabel Condemarin Grimberg, por la presencia de conductas que manifestarían signos de desregulación emocional, tales como la impulsividad (Tricotilomanía), y ansiedad.

La paciente N° 2 es una adolescente de 17 años, quien presenta un desarrollo físico y cognitivo acorde a su etapa de desarrollo evolutivo, cursando 3er año de enseñanza media, con especialización en el área de educación parvularia.

La familia nuclear de la paciente N° 2 está conformada por su progenitora, su hermana mayor con 28 años de edad, quien está como dueña de casa (estudios de enseñanza media incompletos), con un hijo de 4 años, que asiste a jardín; y su hermano mayor con 21 años de edad, quien estudia en la

universidad del Bio Bio. Además de un hermano de 32 años que es producto de la anterior relación de su padre.

La paciente N°2 nace producto de la filiación matrimonial entre sus progenitores; falleciendo su padre a los 52 años, producto de un asesinato perpetrado por un esquizofrénico en Santiago, teniendo en ese entonces 10 años la paciente.

Con respecto a la relación que tiene con su progenitora la paciente refiere que desde el fallecimiento de su padre, esta cambió, señalando que desde ese momento comenzó a quedar sola en casa, cosa que nunca sucedía antes, porque su padre nunca dejaba que eso pasara. Desde ese momento comienzan a presentarse estos sentimientos de soledad que prevalecen durante un largo tiempo.

La adolescente al comenzar a experimentar estos sentimientos de soledad, busca refugio en la casa de sus “, que en realidad son sus primos, pero por temas de edad los llama de esa manera, comienza a pasar más tiempo con ellos y a sentirse parte de la familia; hasta que ocurre una infidelidad por parte de su tío, y las peleas comienzan a ser constantes en la casa. La paciente refiere que para ella esta situación no era común, y la llenaba de ansiedad, el tener que escuchar a sus tíos pelear de manera verbal al comienzo, pasando luego al maltrato físico. Es en este contexto cuando comienza a presentar sintomatología ansiosa, a través de dolor de estómago y cabeza.

Posterior a estas peleas e incidentes, surge un conflicto en la escuela donde asiste la adolescente junto a su prima, creándose rivalidad entre ambas con respecto a quien mantenía más relaciones de amistad. Frente a esta situación se realiza una denuncia, por acoso a través de Facebook por parte de una de sus compañeras a su prima, siendo la paciente señalada como la responsable de estos mensajes. Al llegar a instancias superior se resuelve el asunto, dejando una brecha bastante amplia y negativa entre las relaciones existentes con la familia por línea materna y la paciente.

Es a partir de estos dos sucesos que la paciente señala que comienza a presentar sintomatología ansiosa, como dolor de colon, dolor de estómago, dolor de cabeza y tricotilomanía; llegando a utilizar peluca por esta última sintomatología.

Según antecedentes con los que se cuenta, la paciente N° 2 presenta una historia vital en donde se ha visto la permanente soledad que experimento después del fallecimiento de su padre, siendo él, según refiere la paciente, el único que la comprendía. Desde este suceso la adolescente refiere, “sentí que me cambiaron la vida, de ser feliz, pase a vivir algo a lo que no estaba acostumbrada”. (Paciente n° 2)

En torno a ello, se visualiza un estilo de crianza orientado en lo permisivo, presentando ausencia de normas y límites, por parte de los progenitores, pero cubiertas las carencias afectivas por parte del padre, hasta el momento en que fallece; buscando una figura significativa que pueda suplir las carencias afectivas dejadas por su padre.

Además de la presencia de un patrón de apego evitante, el cual se ve reflejado en la soledad expresada por la adolescente con respecto a la relación con su madre.

Es importante destacar además que el tipo de procesamiento que presenta la paciente N° 2 durante las intervenciones es normal; al comprender la consigna de la técnica de la moviola, responder de manera coherente frente a las preguntas realizadas; todo esto respaldado por un alto rendimiento en el liceo, una percepción sobresaliente a nivel intelectual, juntamente con una actitud responsable y organizada. Este tipo de procesamiento podría ser comprendido debido a que la paciente durante todo este proceso de sentirse sola, comenzó a refugiarse en los estudios como manera de salir adelante y demostrarles a todos que si podría ser alguien en la vida.

Por otra parte la paciente N°2 presenta conductas que indicarían la presencia de una OSP depresiva con cierre fóbico, al verbalizar que “siento rabia de no poder haberme despedido de mi papá” (Paciente n°2), al igual que menciona que “no me gusta la imagen de buena madre que desea proyectar mi mamá desde hace un tiempo” , “porque mi mamá me dejó sola justo cuando más la necesitaba” (Paciente n° 2), y así varias ocasiones en las que la paciente N°2 refiere sentirse sola desde la muerte de su padre, siéndose desplazada por su hermana mayor . El cierre fóbico se puede observar, al momento que la paciente refiere que “no me gusta que los demás se sientan mal por mi culpa, por eso a veces prefiero no decir nada”, “me estresan los gritos de las peleas que hay en mi casa”, “desde que comenzaron las peleas en la casa de mis tíos, me he comenzado a sentir mal, dolores de cabeza y dolor de colón” (Paciente n° 2), además menciona que durante el periodo que cursaba 1ero y 2do medio, no le gustaba mirarse al espejo, porque se sentía fea, no solo porque su madre y hermana se lo repetían constantemente, sino porque tuvo que comenzar a utilizar peluca para poder asistir a clases. Frente a esta situación la paciente refiere que solicita ayuda a su mamá con miedo por no saber que le está pasando, obteniendo una respuesta negativa. Es mediante esto que se realiza un diagnóstico de OSP como una organización depresivo con cierre fóbico.

Desde un principio con la paciente N°2, se generó una adecuada vinculación terapéutico, asistiendo a la mayoría de las sesiones pactadas, y justificando su ausencia frente a las cuales no podía asistir. No hubo inconvenientes en la utilización de la técnica de la moviola, mediante la cual se trabajaron las principales manifestaciones de desregulación emocional, (depresión, impulsividad y ansiedad).

La psicoterapia consistió en la asistencia a sesiones de manera semanal, con el objetivo de revisar cuales eran las experiencias de vida de la paciente, además de experimentar cuáles eran las emociones que predominaban en ese momento, a través de la técnica de la moviola.

La materia prima con la cual se trabajó durante las 7 sesiones a las cuales asistió la paciente, fueron las experiencias de vida generadas entorno a la soledad y los sentimientos de tristeza, rabia y miedo, expresados por la adolescente.

Se trabajó con los eventos significativos seleccionado por la paciente, tales como las peleas que tenían sus tíos, las burlas por parte de su mamá y hermana al verla sin pelo, el proceso de duelo por parte del fallecimiento de su papá, la sensación de soledad y desprotección que vivió en los meses posteriores a la muerte de su papá.

Se observa también, durante la reconstrucción, que la impulsividad que presenta la paciente a través de la tricotilomanía, hace referencia al sentimiento de soledad por el cual estaría pasando la adolescente, y simbolizaría la carencia de afecto presente en ella, al no querer contactarse con estas emociones, buscando un regulador que baje los niveles de ansiedad, frente a lo abrumada que se puede sentir, al darse cuenta del cambio por el cual tuvo que pasar a través de su experiencia de vida.

Al final de la sesión es posible reformular su experiencia con elementos de su propia vivencia en términos de un profundo sentimiento de tristeza, rabia y miedo que desencadenan en conductas de impulsividad y ansiedad.

Durante el resto de las sesiones se realizan las mismas reconstrucciones con otros hechos significativos, en donde se repiten de manera constante el sentimiento de soledad, predominando la emoción de tristeza, por el cual se encuentra pasando la adolescente, poniendo resistencia al estar a punto de contactarse con la emoción, al sentirse desplazada por su hermana, cumpliendo un rol mucho más parentalizado en la dinámica familiar.

Es a partir de estos eventos significativos que se procede a recabar información, logrando llegar a término con el proceso terapéutico, observando cambios significativos en la paciente, tales como la disminución de la impulsividad en función de la tricotilomanía, y el reconocer la tonalidad emotiva de cada evento significativo de la experiencia inmediata de la adolescente. Durante el proceso la paciente logra hacer consciente su manera de ser, sentir y funcionar, internalizando las experiencias de soledad e impulsividad a su personalidad.

Individualización paciente N° 3

La paciente N° 3 es una estudiante de 17 años que cursa 3° medio en el Instituto Mabel Condemarin Grimberg. El título técnico que escogió para terminar sus estudios en la enseñanza media es el de enfermería.

La adolescente fue derivada por la institución educacional donde cursa la enseñanza media, el motivo de esta derivación es debido a conflictos y problemas de conductas con los docentes y compañeros, presentando desacuerdos y peleas constantes, además de haber sufrido una leve parálisis en el rostro, asociado a una posible crisis de pánico no diagnosticada.

La primera sesión que se realizó fue específicamente para establecer la relación vincular con el paciente y el encuadre, se informó de la investigación que se estaba realizando, además de explicar la Terapia Cognitiva Post-Racionalista y la técnica que se utiliza, la moviola.

Luego se estableció el motivo de consulta, en donde la paciente refiere la presencia de crisis de pánico en la que sintió miedo y rabia, de no saber que le sucedía, y también añadió que “seguramente es por las cosas que les digo a los profesores”, indicando que es una persona que no le gustan las injusticias y que cree que los profesores con algunas de sus compañeras e incluso con ella se han portado mal. También indicó que no tiene amigas cercanas porque dice que se aburre rápidamente de la gente.

En las sesiones que continuaron se enfocó principalmente en tres sucesos que marcaron su historia de vida, para luego explorarlos utilizando la técnica de la moviola.

El primero de ellos ocurrió en la micro cuando se iba a su casa, un hombre mayor la comenzó a grabar bajo la falda, la mamá que iba con ella se percató de la situación y rápidamente enfrente al hombre, luego de eso carabineros detiene al presunto agresor, llevándolos a ambos a declarar a la comisaría. Este evento, es considerado como significativo, ya que después de lo sucedido la paciente expresa el miedo que le ocasionaba el salir a la calle sola, especialmente ir a su colegio, incluso su mamá tuvo que acompañarla, hasta que se pudo sentir más segura, luego de varios meses. El otro evento significativo, fue cuando nació su hermana pequeña, esto desarmó la dinámica familiar que presentaban hasta ese momento, inclusive como ella refiere “dejándola sola” (Paciente n°3), asegura que la comunicación y relaciones familiares cambio totalmente de manera negativa, afirmando su falta de apoyo familiar y confianza. Después de este suceso la paciente menciona que “todas las personas mienten” (Paciente n°3), empezando por su familia, indicando que siempre le prometieron cuidarla y estar con ella pero esto nunca lo cumplieron.

El tercer evento significativo, es una consecuencia de los anteriores acontecimientos de su vida, en donde comienza a autolesionarse con objetos punzantes, refiriendo sentirse mejor luego de realizarlo; debido a estos sucesos, sus padres y demás familiares comienzan a presentar conflictos entre

ellos, y a justificarse mediante mentiras de los eventos ocurridos, “metiéndose en su vida” (Paciente n°3). Estas autolesiones, ocurrieron durante breve periodo de tiempo, debido a los conflictos que comenzó a presentar con su familia, decidiendo no continuar con este comportamiento.

Se acordó trabajar en la reconstrucción de la experiencia inmediata y las emociones presentes que estuvieron presentes en estos eventos significativos. Se logró identificar desregulación emocional, a través de la ira, como lo refiere la paciente, en “estar siempre enojada”, además de tener relaciones conflictivas con sus pares y profesores.

Otro indicador de la presencia de desregulación emocional, son las autolesiones, aunque se produjeron en un breve periodo de tiempo, esto también fue un indicador de angustia y de situaciones conflictivas tanto en su vida personal como con sus familiares.

Y el tercer componente que se está trabajando en sesiones es la impulsividad, la cual es una de las razones que gatillan su comportamiento, aunque desde que se comenzó con el proceso de psicoterapia, han disminuido, aun así en ocasiones siguen habiendo episodios en que no lo puede controlar, cayendo inclusive en la desesperación y llanto por no poder controlar sus impulsos y emociones.

Con el desarrollo del proceso psicoterapéutico se pudo esclarecer que la paciente presenta un apego evitante, sintiéndose desde que nació su hermana sola, y no apreciada por su familia extendida y nuclear, sobre todo por su padre que es una persona seria y fría, como ella misma lo expresa. Presenta tipo de procesamiento normal, incluso siendo la mejor calificación de su curso y con un desarrollo normal cognitivo. También se pudo observar que su OSP es depresivo con cierre dápico, teniendo una mala percepción de sí misma, además de sentirse sola y desamparada. Y con respecto al cierre dápico se expresa en la falta de conexión con sus emociones, indicando no sentir nada cuando sus cercanos o alguien de su confianza le demuestra cariño o algún sentimiento positivo, solo reaccionando cuando son sentimientos de rabia o enojo.

Es a partir de estos eventos significativos que se procede a recabar información, logrando llegar a término con el proceso terapéutico, observando cambios significativos en la paciente, tales como la disminución de los niveles de ansiedad, agresividad y la presencia de mayor contacto con su figura paterna, y el reconocer la tonalidad emotiva de cada evento significativo de la experiencia inmediata de la adolescente. Durante el proceso la paciente logra hacer consciente su manera de ser, sentir y funcionar, internalizando las experiencias de ansiedad, impulsividad y agresividad a su personalidad.

Individualización paciente N° 4

La derivación de la paciente N°4 del Instituto Técnico Mabel Condemarin Grimberg, fue realizada por la psicóloga del establecimiento, por la presencia de conductas que manifestaban signos de desregulación emocional.

La paciente N°4 es una adolescente de 16 años, quien presenta un desarrollo físico acorde al esperado para la etapa del desarrollo cursada, consigna escolaridad de 3er año de enseñanza media.

Según antecedentes con los que se cuenta, la paciente N° 4 presenta una historia vital en donde se han presentado diversos problemas familiares de larga data, primordialmente asociados a maltrato físico por parte de su familia hacia la paciente.

Entorno a ello, se visualiza un estilo de crianza orientado a lo permisivo, con presencia de inadecuados canales de comunicación, con una manipulación activa en la relación con los otros, para conseguir sus objetivos y necesidades. Además de la presencia de un patrón de apego Coercitivo, C5-Punitivo. En el discurso del adolescente, existe la demanda constante de aceptación por parte de otros.

Es importante destacar que el tipo de procesamiento que presenta la paciente N° 4 durante las intervenciones es el denominado psicótico. Se observa principalmente en la presencia de malas calificaciones, luego en la incapacidad de comprender las consignas al repetirlas reiteradas veces, como en el caso de la utilización de la técnica de la moviola. La rigidez de su pensamiento se hace presente en la ausencia de consciencia de algunos hechos, por ejemplo su deseo de ser madre a los 16 años, acompañados de las siguientes frases (Paciente n°4): “Si nace enfermo, pido unas horas al liceo para poder ir a cuidarlo”, “mi mamá se hará cargo mientras estudio”, “si se cómo ser madre, mi mamá me ha explicado cómo se debe cuidar a un bebé”. Un acontecimiento que es necesario destacar, es la incapacidad de llegar a la hora asignada a las intervenciones. Su horario se encontraba alternado entre las 15:00 horas un día y el siguiente las 16:00, pero la paciente N° 4 continuaba llegando en el horario de las 15:00 aunque se le recordara su horario para la siguiente sesión.

Por otro lado la paciente N° 4 presenta conductas que indican una OSP dápica, como son la presencia de vestimenta llamativa durante todas las intervenciones, además de mantener una variedad de relaciones de duración aproximada de un mes con personas conocidas a través de la aplicación de comunicación instantánea WhatsApp sumándose la realización de autolesiones, tras las rupturas en sus relaciones para posteriormente publicarlas en las redes sociales. Durante su discurso se hace presente también verbalizaciones que señalan una organización dápica, por ejemplo: “le digo que si para que no se aleje”, “no sé si quiero, pero él quiere”, “¿Qué van a pensar de mí?”. Por otra parte se observan algunos hechos en conjunto con verbalizaciones que impresionan de una OSP depresiva, como son: la constante culpa de las peleas de sus papás por sus notas; verbalizaciones tales como “el mundo sería mejor si desapareciera”, “a veces quiero morirme”, “creo que no sirvo para nada” (Paciente n°4), entre

otras. Es mediante esto que se realiza un diagnóstico de OSP como una organización dápica con cierre depresivo.

En lo concerniente al componente emocional de la paciente N°4 se puede evidenciar el desarrollo de una autopercepción dependiente de las visiones de terceros, no necesariamente con los cuales se establezca una relación o vínculo (capacidad de ser inducido), implementación de esfuerzos para no percibir el contexto imperante (mecanismo de adaptación en correspondencia a daños en etapas tempranas de la infancia), resultante en actitudes y psiquismo evasivo, resentimiento, orientación al aislamiento, baja capacidad de compromiso ante terceros, búsqueda de seguridad y sus colaterales problemáticas de relación interpersonal, que impresionarían como inhabilidades sociales y disminuida capacidad de intercambio.

Dentro de la línea motivacional, el adolescente presenta escasos intereses sistemáticos por actividades, planteándose incluso una escasa orientación a establecer lazos sociales con pares o desarrollar un sentido de pertenencia, con un grupo humano de pares.

En lo concerniente al desarrollo intelectual, se aprecia un repertorio bajo de vocablos, el que tiende a vincularse a aspectos más evidentes y operativos de la realidad.

Se aprecian alteraciones sobre el despliegue de capacidades de atención y concentración al igual que a nivel cognitivo. No obstante, debe tenerse en consideración una clara influencia del componente emocional, sobre los rendimientos o funciones intelectuales antes señaladas.

Desde el inicio con la paciente N° 4, la técnica utilizada fue la moviola, mediante la cual se trabajaron las principales manifestaciones de desregulación emocional, (agresividad, conductas autolesivas, ansiedad y conductas oposicionistas).

Esta etapa comprendió sesiones semanales, cuyo objetivo fue reconstruir el patrón de coherencia actual de la paciente N° 4 y los modos en que el desbalance experimentado en este patrón ha suscitado los problemas de desregulación emocional. La materia prima con la cual se trabajó fueron los acontecimientos significativos ocurridos en la historia de la paciente N° 4 que pudieran desencadenar las conductas actualmente presentes. Estos eventos son divididos en secuencias de escenas las que son sometidas al proceso auto-observacional. Se entrenó al paciente a hacer distinciones en su experiencia emotiva al conducirlo a focalizarse en algunas escenas críticas, las que se reconstruyen en conjunto con la paciente.

Una vez que la paciente N° 4 comprendió y aceptó las explicaciones acerca de cómo sería el trabajo terapéutico y cuál es el papel de cada uno de los miembros de la diada terapeuta- paciente en la terapia, se procedió a examinar los eventos significativos de la semana. Uno de los eventos significativos escogido por la paciente, fue cuando posterior a una gran discusión familiar se sintió

desorientada, y una compañera le ofreció una Gillette y le enseñó como cortarse, siendo la primera vez que realizó una conducta autolesiva.

Al ser indagado en como sucedió este evento, ella menciona que en un momento sintió rabia con sus padres y ganas de poder irse y vivir sola, de lo cual no se había percatado y que seguramente esa era la razón de porque se comenzó a autolesionar por primera vez. Se focaliza en el aspecto subjetivo de esa experiencia, que ella llama rabia, pudiendo apreciar entonces aspectos de esa experiencia, que se caracterizan por una sensación de estar fallando en algo, y generando incomodidad. Al reconstruir la escena hacia atrás y hacia adelante, recuerda que el momento que gatilló este actuar, fue cuando percibió que sus padres la volvían culpable de todos los problemas ocurridos tanto entre ellos como pareja, como en la relación paternal. Entonces al focalizar la escena, desde el punto de vista objetivo, como si se mirara de afuera, se puede apreciar que el momento en que se autolesiono por primera vez, se relaciona con una sensación de tristeza. Al focalizar esta tristeza, desde la subjetividad, se reconocen imágenes automáticas de su infancia, en que experiencias la misma emoción sentirse culpada por los padres.

Se observa también, en el mismo hecho durante la reconstrucción, que los cortes simbolizaban de manera física la necesidad de que otro estuviera pendiente de ella y constantemente le estuviera comentando que “no debe hacerlo”, hechos que ocurrían por parte de sus amigos de WhatsApp cuando ella subía las fotos de sus cortes a las redes sociales.

Al final de la sesión es posible reformular con eventos de su propia historia de vida, en término de un profundo sentimiento de tristeza que habitualmente gatilla en rabia y la necesidad de atención, y es de ahí que se hace funcional la emoción.

Durante el resto de las sesiones se realizan las mismas reconstrucciones con otros eventos significativos, donde en reiteradas ocasiones conectaba con esta necesidad de sentirse alguien por parte de un otro.

Se explora el “porqué” de esa experiencia, lo que aporta datos sobre cómo una persona se explica lo que ha sentido, y también el cómo, o la estructura de lo que sintió.

Al terminar las 8 sesiones, después de un avance significativo con la paciente N° 4 donde disminuyeron significativamente las conductas opositoras, y las autolesiones ya no eran la primera opción frente a los problemas, siendo capaz de visualizar otras formas, se realizan los trámites para derivarla al equipo de salud mental del CESFAM al que pertenece para poder continuar con psicoterapia.

La culpa fue otro avance importante en el proceso psicoterapéutico, debido que al finalizar las intervenciones ya no estaba presente, siendo la paciente capaz de ver los hechos con una perspectiva diferente.

Es a partir de estos eventos significativos que se procede a recabar información, logrando llegar a término con el proceso terapéutico, observando cambios significativos en la paciente, tales como la disminución de las conductas oposicionistas y las autolesiones (agresividad) y el reconocer la tonalidad emotiva de cada evento significativo de la experiencia inmediata de la adolescente. Durante el proceso la paciente logra hacer consciente su manera de ser, sentir y funcionar, internalizando las experiencias de agresividad e impulsividad a su personalidad.

Individualización paciente N° 5

La derivación de la paciente N° 5 del Instituto Técnico Mabel Condemarin Grimberg, fue realizada por la psicóloga del establecimiento, por la presencia de conductas que manifestaban signos de desregulación emocional.

Paciente N° 5 es una adolescente de 17 años, quien presenta un desarrollo físico acorde al esperado para la etapa del desarrollo cursada, consigna escolaridad de 3er año de enseñanza media. Vive con su abuela y sus dos hermanas menores, debido a que su madre fallece hace 5 años.

Paciente N° 5 nace producto de una relación casual entre sus progenitores, siendo abandonada por el padre y según refería la paciente en sesión sufriendo maltrato físico por parte de su madre, maltrato que culminó en una ocasión con un incidente en donde debido a retiradas patadas proporcionadas por su progenitora, le produce un daño en el estómago a la edad de 6 años.

Según antecedentes con los que se cuenta, paciente N° 5 presenta una historia vital de maltrato físico y abandono, además de haber sido víctima de abuso sexual a la edad de 5 años por parte de un “amigo” que conoció en el bar, que el padre de sus otras dos hermanas la llevaba. Es en un momento de descuido mientras ella duerme en un sillón en la entrada, que el ofrece jugar con ella, posteriormente la lleva a una habitación oscura donde ocurre el hecho. Luego de esto paciente pide ayuda siendo llevada a constatar lesiones y terminando el agresor con una condena por un periodo de 10 años.

En torno a ello, se visualiza un estilo de crianza orientado a lo autoritario, con presencia de inadecuados canales de comunicación, maltrato físico y psicológico, además de abandonos reiterados por parte de su madre. Se hace presente además un patrón de apego A1,2- Inhibido/socialmente fácil. En el discurso del adolescente, existe constantemente presencia de culpa, por todo lo que le ha ocurrido, además del rencor hacia su madre.

Es importante destacar que el tipo de procesamiento que presenta la paciente durante las intervenciones es el denominado normal. Se observa principalmente en la presencia de excelentes calificaciones, la capacidad de comprender las consignas de manera inmediata, como en el caso de la utilización de la técnica de la moviola. La flexibilidad de su pensamiento se hace presente en la

capacidad de seguir manteniendo el control de su mente, incluso en momentos donde bordea lo psicótico, por ejemplo, frente a su deseo de quitarse la vida refiere haber visto en su mente como ella tomaba un cuchillo y se mataba, es en ese momento que a pesar de toda la perturbación emocional que sentía refiere que se va a dormir con su abuela para evitar llevar a cabo la acción, o frente a los episodios psicóticos, tenía la habilidad para distinguir que estos “estaban fuera de su mente”, por lo que “no les temía, porque sabía que no existían en la realidad” (Paciente n°5).

Por otro lado paciente N° 5 presenta conductas que indican una OSP depresiva, como son la ideación suicida que presentó en dos ocasiones, o cuando señala que aún guarda rencor a su madre por no haberla criado a ella pero poder haber criado a su hermana que le sigue en edad. Se observa en los sentimientos de culpa constantes, como cuando refería “que se merece todo lo que está viviendo”, “que si la golpeaban era por ser muy desordenada”, “que esto que le ocurre es el Karma y no hay más remedio que aceptarlo” (Paciente n°5), y principalmente, el sentimiento de tristeza (que en muchas ocasiones se observó a través de la ira).

Por otra parte se observan algunos hechos en conjunto con verbalizaciones que impresionan de una OSP dápica; por ejemplo cuando refiere “vomitar en momentos de estrés. Puede ser después de comer, o ante situaciones que le generen mucha ansiedad. No entiende el porqué, solo vomito”, o la verbalización de frases como “me preocupo mucho por lo que piensen de mí”, “importa más como me ven que como me siento”, “no consigo conectarme con mis emociones”, “pospongo mis cosas por estar para el resto” (Paciente n°5).

Es mediante esto que se realiza un diagnóstico de OSP como una organización depresiva con cierre dápica.

En lo concerniente al componente emocional de la paciente, se puede evidenciar el desarrollo de una autopercepción dependiente de las visiones de terceros, ausencia de implementación de esfuerzos para responder a los desbordes emocionales resultante en actitudes como, resentimiento, orientación al aislamiento, periodos de agresividad que han caminado en golpes, crisis de pánico, somatizaciones constantes, ideaciones suicidas, conductas impulsivas y en el más grave de los casos ideas psicóticas.

Dentro de la línea motivacional, la adolescente presenta un alto interés en lo que es el desarrollo cognitivo, estudiando constantemente y manteniendo las mejores calificaciones. De vez en cuando se plantea incluso una escasa orientación a establecer lazos sociales con pares o desarrollar un sentido de pertenencia, con un grupo humano de pares.

En lo concerniente al desarrollo intelectual, se aprecia un gran repertorio de vocablos, y un alto nivel cognitivo. En las relaciones, se observan en su mayoría utilitarias.

No se aprecian alteraciones sobre el despliegue de capacidades de atención y concentración al igual que a nivel cognitivo. No obstante, debe tenerse en consideración una clara influencia del componente emocional, sobre los rendimientos o funciones intelectuales antes señaladas.

Desde el inicio con la paciente N° 5, la técnica utilizada fue la moviola, mediante la cual se trabajaron las principales manifestaciones de desregulación emocional, (periodos de agresividad que han oscilado en golpes, crisis de pánico, somatizaciones constantes, ideaciones suicidas, conductas impulsivas y en el más grave de los casos ideas psicóticas).

Esta etapa comprendió sesiones semanales, cuyo objetivo fue reconstruir el patrón de coherencia actual de la paciente N° 5 y los modos en que el desbalance experimentado en este patrón ha suscitado los problemas de desregulación emocional. La materia prima con la cual se trabajó fueron los acontecimientos significativos ocurridos en la historia de la paciente N° 5 que pudieran desencadenar las conductas actualmente presentes. Estos eventos son divididos en secuencias de escenas, las que son sometidas al proceso auto-observacional. Se entrenó al paciente a hacer distinciones en su experiencia emotiva al conducirlo a focalizarse en algunas escenas críticas, las que se reconstruyen en conjunto con la paciente.

Una vez que la paciente N° 5 comprendió y aceptó las explicaciones acerca de cómo sería el trabajo terapéutico y cuál es el papel de cada uno de los miembros de la díada terapeuta- paciente en la terapia, se procedió a examinar los eventos críticos de la semana. Uno de los eventos escogido fue cuando rompe la única amistad que tenía porque sentía que la estaban cambiando.

Al ser indagado en como ocurrió esto, ella recuerda que en “un momento sentí rabia hacia mi amiga, y deseos de lanzarme contra ella, golpearla y posteriormente matarla”. Se le focaliza en el aspecto subjetivo de esa experiencia que ella llama rabia y puede apreciar entonces aspectos de esa experiencia que se caracterizan por una sensación de estar sintiéndose desplazada, de incomodidad por darse cuenta que no es importante para su amiga. Reconstruyendo la escena hacia atrás y hacia adelante recuerda que el momento que gatilló este actuar, fue recordar cuando la única amiga que había tenido antes de esta chica, la había traicionado y se había prometido nunca más volver a confiar en nadie ni tener amigos.

Al momento de focalizar la escena desde el punto de vista objetivo, como si se mirara de afuera, puedo apreciar el momento en que se sintió traicionada, conectándose con una sensación de tristeza, que se expresaba a través de la rabia y deseos de acabar con la vida de su amiga. Al focalizar esta tristeza desde el punto subjetivo reconoce imágenes automáticas de su infancia en que tiene la misma experiencia de sentir rabia por el abandono por parte de su madre, cuando queda embarazada por segunda vez, y decide irse con su pareja y su nueva hija.

Se observa también, en el mismo evento durante la reconstrucción, que la rabia y sensación de abandono ocurrían por esta constante de preguntarse el porqué de todas sus experiencias de abandono.

Al final de la sesión es posible reformular su historia de vida con elementos de su propia experiencia en término de un profundo sentimiento de tristeza, que habitualmente gatilla en rabia, momento en el que colapsa presentado desregulación emocional.

Durante el resto de las sesiones se realizan las mismas reconstrucciones con otros eventos significativos, donde en su mayoría conectaba con la temática de abandono. Por ejemplo, cuando es dejada en SENAME, porque su madre hace referencia a que presentaba consumo problemático de alcohol para no seguir con los cuidados permanentes legales de su hija, es aquí cuando es llevada por la pareja de su abuelo a vivir con ella, donde es maltratada físicamente. Volviendo su madre meses después a buscarla para irse a vivir a la casa de su abuela, donde tiempo después vuelve a ser abandonada por su figura materna.

Otro hecho que se trabajó con la técnica de la moviola fue la enfermedad de su hermana menor, motivo principal por el que está sacando el título técnico de enfermería. Desde pequeña, la paciente refiere haber pasado noches en el hospital con su hermana, actualmente es probable que necesite trasplante de riñón, lo que la tiene muy preocupada, y no solo por eso, si no por el ofrecimiento de la pediatra de adoptarla en caso de que fallezca su abuela con quien vive. Es aquí donde explica que le duele mucho pensar en eso, pero que es la mejor opción para asegurar el buen vivir de su hermana menor.

Recientemente se reconstruyo con la técnica de la moviola, un evento, que según la paciente, “tenía mal”, al indagar qué era, señala que encontró en el diario de vida de su hermana del medio, que también había sido abusada, pero que su madre le prohibió hablarlo, consultando con la hermana si esto era cierto, y ella afirmo los hechos. La paciente N° 5 explica que siempre deseo que sus hermanas vivieran lo mejor posible sin que repitieran todo lo que había sufrido ella, y que esto le hace sentir que todo su esfuerzo no ha valido.

Se explora el porqué de esa experiencia, lo que aporta datos sobre cómo una persona se explica lo que ha sentido, y también el como, o la estructura de lo que sintió.

Al terminar 8 sesiones, se observa que no hay avances significativos esperados, siendo el único progreso observable el que su nivel de consciencia haya aumentado al punto de crear en ella un sentido de discontinuidad en su experiencia emocional, al ser capaz de conocer cómo funciona y la forma en la que manejaba sus emociones.

Al perder el sentido de continuidad y ver que las respuesta que se daban para su forma de ser no eran las correctas, comienza un aumento de los episodios psicóticos manifestándose en gran manera rasgos límites de personalidad.

Se realizan los trámites para derivarla al equipo de salud mental del CESFAM al que pertenece para poder continuar con psicoterapia y obtener una derivación a psiquiatra.

Es a partir de estos eventos significativos que se procede a recabar información, logrando llegar a término con el proceso terapéutico, observando cambios significativos en la paciente, tales como la disminución de la impulsividad, y agresividad (autolesiones) desencadenando en un brote psicótico, y el reconocer la tonalidad emotiva de cada evento significativo de la experiencia inmediata de la adolescente. Durante el proceso la paciente logra hacer consciente su manera de ser, sentir y funcionar, internalizando las experiencias de agresividad e impulsividad a su personalidad.

INTRODUCCIÓN DE RESULTADOS

Los datos que se expondrá a continuación, fueron los que se obtuvieron a través de los instrumentos utilizados durante la investigación, principalmente mediante la ficha clínica (Ver Anexo N° 2); que nos permitió obtener datos biográficos sobre distintas áreas de las adolescentes, desde los datos de identificación, hasta las relaciones con sus familiares y pares. Nos facilitó el poder registrar los avances obtenidos sesión a sesión, al igual que las tareas enviadas y motivos trabajados.

Otro instrumento utilizado para la obtención de información, fue la pauta de supervisión de casos, una herramienta útil a la hora de estructurar las sesiones y la información para poder realizar un diagnóstico certero. En este instrumento se redactaron las principales hipótesis a desarrollar durante las intervenciones, además de registrar si las sesiones cumplir con los objetivos trazados al inicio proceso terapéutico.

Además se utilizó el instrumento de pauta de condensación, que como bien dice su nombre, es donde se realizó la síntesis principal de cada caso con los apartados; apego, tipo de procesamiento y OSP. No solo permitió la condensación de los trabajos terapéuticos si no que dejó en claro los componentes principales para la realización de la hipótesis comprensiva de cada paciente, logrando identificar cual predominaba según su experiencia de vida, identificándolas a través de las tonalidad emotiva.

Finalmente contamos con la pauta de registro de intervenciones, herramienta en la que se registraba todo lo trabajado y abordado sesión a sesión, a modo de síntesis con sus principales fortalezas o debilidades de cada intervención semanal, destacando los momentos donde se realizaron los mayores avances y de igual forma dejando registro de los eventos significativos.

Es a través del registro de estos instrumentos, es donde se obtiene los siguientes resultados:

Paciente N°1: A pesar de la breve intervención que se pudo realizar con la paciente debido a la baja asistencia a sesiones, se pudo concluir que la presencia de desregulación emocional en la adolescente es una respuesta a los conflictos que se han generado a nivel familiar, debido al abuso

sexual sufrido durante su infancia, y las consecuencias en la reestructuración que se dio a causa de esta develación. La sintomatología vuelve a surgir debido al contacto con su hermano mayor, quien al volver a la casa, provoca en la paciente el contactarse con la experiencia de vida que consideraba ya superada; cambiando la tonalidad emotiva por la cual estaría pasando la adolescente, viéndose reflejado mediante recuerdos y pesadillas vívidas que harían volver a revivir la experiencia inmediata, causando una interrupción en el sentido de continuidad que la paciente habría logrado generar después de este suceso traumático. (Ver Anexo N° 7)

Paciente N°2: Se observa en la paciente que la desregulación emocional que presenta es una respuesta al conflicto presente con su madre, al no poder verbalizar o expresar sus emociones hacia ella, guardando cada emoción y canalizándola a través de la somatización. De igual manera para regular sus niveles de ansiedad es que recurre a la tricotilomanía, claro registro de la impulsividad que presenta la paciente, al igual que la ansiedad observada durante las sesiones y la constante necesidad de querer sentirse validada por sus pares y familia, mostrando una OSP depresiva con cierre fóbico, al ser para ella importante el como los demás se siente en función a su actuar; llegando como resultado la represión de todas las conductas que podrían según ella generar alguna incomodidad en el resto, despreocupándose de su sentir; funcionando en fin de los otros, dejando de lado su experiencia de vida con el fin de lograr una relación armoniosa. También se puede observar la presencia de miedo frente a situaciones que le generan estrés, somatizando en ocasiones, debido al no poder expresar su sentir frente a esta vulnerabilidad que en reiterados eventos surge. (Ver Anexo N° 8)

Paciente N°3: Se observó en el paciente que la desregulación emocional que presenta es una respuesta a sus conflictos con su familia, especialmente por la falta de comunicación y de apoyo por parte de estos, ya que asegura que desde que nació su hermana pequeña, ha quedado vulnerable y sola. Otra de las características que se encuentran en la adolescente es el descontrol de impulsos tanto a nivel personal como con el grupo de pares y con la autoridad. Esto se desencadena en conductas de rebeldía y confrontación especialmente en el contexto educacional, aunque presenta buenas calificaciones y buena disposición en las asignaturas. El enojo y los episodios de ira son una variable regular dentro de su dinámica, mencionando que no puede tener una conversación normal con sus padres y menos con sus profesores. También se observa que no puede conectarse con sus emociones, asegurando que es una persona fría y que no le importan los demás. Esto se relaciona con el estilo de apego que presenta, denominado evitante, ya que desde que era pequeña sus padres la han tratado con frialdad y lejanía. Su OSP se presentan como depresiva caracterizado por sentimiento de soledad y abatimiento, y por tener una imagen de sí misma desvalorada y negativa. (Ver Anexo N° 9)

Paciente N° 4: Se observa la desregulación emocional por parte de la paciente, desde su infancia, en donde desde pequeña ha recibido castigo físico por parte de sus figuras significativas, además de

concientizarla constantemente de que los problemas ocurridos en el hogar era culpa de ella y sus conductas. Esto fue desarrollando en la paciente conductas opositoras que se hacían presentes en el hogar, sobre todo con sus padres además de constantes manifestaciones de desborde emocional. Esta relación con sus figuras de apego es la que le da forma al apego coercitivo presente en la evaluada, observándose principalmente en su manera de relacionarse con su grupo de pares, manteniendo distancia física total y contacto únicamente a través de redes sociales. También se puede explicar la desregulación emocional en el bullying sufrido durante toda su niñez por parte de su grupo curso y familia, lo que desencadenó en la paciente maneras agresivas e impulsivas de expresar sus emociones. (Ver Anexo N° 10)

Paciente N° 5: Y finalmente el último caso, donde se concluye que la dificultad de conocer y regular sus emociones por parte de la participante, se debe a que desde su corta edad fue formando vínculos evitantes con sus principales figuras de apego, empezando por su madre, de quien recibía maltrato físico, para continuar con la pareja de su abuelo quien de la misma forma que su madre era violenta con ella. Posteriormente, a la edad de aproximadamente cinco años la paciente sufre abuso sexual, hecho que la marca hasta hoy en día. Como resultado tras las experiencias vividas en su niñez es que decide mantenerse alejada de interacción sociales y relaciones interpersonales como una forma de protegerse y como respuesta a este apego evitante. Así mismo, y como consecuencia de todo lo experimentado es que la participante frente a su incapacidad de desenvolverse y regular sus emociones manifiesta conductas que son propias de la desregulación emocional. (Ver Anexo N° 11)

Los resultados obtenidos durante el proceso de investigación dan cuenta del avance con respecto a la literatura e investigaciones estudiadas. Debido a que se obtuvo información más allá de lo que se puede conocer a través de algún documento que refiera al tema, ya que “la investigación cualitativa no está interesada en la explicación de los fenómenos, sino en la comprensión de la misma” (Briceño, Escalona, García, Hidalgo, Márquez, & Yusbely, 2012), de esta manera es que abre camino a futuras investigaciones para el conocimiento del sentido de continuidad que otorgan las pacientes frente a sus problemáticas.

Lo que se adquirió en esta investigación permitió reafirmar la literatura e investigaciones estudiadas sobre el post-racionalismo, sobre su teoría y su trabajo la moviola como única técnica. Cada sesión con las participantes permitió vivir de cerca lo examinado e investigado previamente, siendo cinco casos en los cuales se pudo obtener información valiosa respecto a la subjetividad y sentido de continuidad de cada paciente.

Tabla 1.

Condensación de psicodiagnóstico

Paciente	Apego	Tipo de Procesamiento	OSP
Nº 1	Evitante	Neurótico	Depresiva con cierre fóbico
Nº 2	Evitante	Normal	Depresiva con cierre fóbico
Nº 3	Evitante	Normal	Depresivo con cierre Dápico
Nº 4	Coercitivo, C5 – Punitivo	Psicótico	Dápico con cierre depresivo
Nº 5	Evitante, A1,2- Inhibido/socialmente fácil	Normal	Depresivo con cierre Dápico

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Discusiones

La adolescencia y la desregulación emocional son dos variables que se correlacionan de manera significativa frente a la incapacidad de la mayoría de los adolescentes para tener un buen control sobre sus emociones, dificultándoseles el poder desenvolverse de manera adaptativa frente a su grupo de pares.

Como es sabido, en la adolescencia el grupo de amigos o pares se vuelve una parte muy importante para el joven en su desarrollo psicosocial. “Es de suma relevancia que la amistad en la adolescencia sea positiva para el joven, a fin de que su desarrollo transcurra de la forma más sana posible” (Mendéz, 2012, párr. 2)

Frente a esto se vuelve visible la importancia de realizar una investigación que permita conocer de manera directa y desde la propia subjetividad del paciente su manera de relacionarse y como esta se ve afectada por sus manifestaciones emocionales desreguladas, por ende, es que la presente investigación se plantea por objetivo conocer la experienciación de un grupo de alumnas que manifestaban desregulación emocional desde el enfoque cognitivo post-racionalista y que, a diferencia de otras investigaciones, al ser cualitativa permitió la obtención de información más completa sobre la manera en que se experienciaban las emociones, dando pie para así conocer el mundo subjetivo del paciente a mayor profundidad, facilitando la inmersión de cada una de las investigadoras en la vida e historia del paciente en cuestión. Es por esto que posee algo exclusivo en relación a otras investigaciones realizadas sobre la misma temática.

De acuerdo a las hipótesis obtenidas durante este trabajo investigativo (estilos de apego, tipos de procesamiento y OSP) fue posible comprender de una manera íntegra la forma en que las pacientes experimentan su emocionalidad, mantienen su coherencia interna y su autoorganización. Todo esto permite su adaptabilidad al medio que las rodea tratando constantemente de alcanzar la mismidad, sin darse cuenta de que en varias ocasiones, incongruencias en su coherencia interna las llevan a este estado de ipseidad o patología.

La base para este tipo de análisis es la que se ha mencionado y discutido durante todo el proceso investigativo, la teoría cognitiva post-racionalista. Es en esta corriente donde en efecto, el observador ya no aparece en esta posición de privilegio observando objetivamente las cosas tal como son; más bien con su observación, el observador introduce un orden en lo que observa, y lo que observa es más dependiente de su estructura perceptiva que de algo externo a él. “Lo que se empieza a notar

claramente que el mundo de regularidades que vivenciamos es construido por cada observador”. (Ruiz A, 2007, párr. 7)

Durante el trabajo investigativo un factor en común entre las adolescentes fue la OSP depresiva (ya sea como principal o como cierre). Principalmente se observó en su manera de ver el mundo, de teñir con la emocionalidad de tristeza las interacciones y dificultades que se hacían presente día a día dándole sentido de continuidad a su experiencia inmediata, con una explicación muchas veces, expresada como sentimientos de rabia, pero siempre con un núcleo basado en la tristeza. Básicamente como se menciona en apartados anteriores, fueron adolescentes caracterizada por un “sentido ambivalente y dicotómico respecto al todo o nada, incontrolabilidad en el pensamiento y comportamiento. El paciente los percibe como extraño. Necesidad de certeza absoluta” (PsicoSek, 2012, p. 1)

Es importante, no solo hacer énfasis en cómo se observó la emocionalidad de tristeza en ellas, si no entender qué de lo central en la experiencia de pérdida.

Reflejara en la diferenciación selectiva, cuando al final de los años los conjuntos de esquemas básicos de los adolescentes estén suficientemente diferenciados y amplificados para fomentar una conceptualización que puede ser ordenado en circuitos oscilante entre polaridades emocionales de tristeza y rabia, que es la máscara con la que se oculta esta emoción primaria. (PsicoSek, 2012, p. 1)

Impulsividad, autolesiones, conductas oposicionistas; todas vividas desde el enojo, desde sentimientos de ira pero basadas en la tonalidad emotiva de la tristeza. Aquí entonces aparece la siguiente pregunta, ¿Cómo pueden comprenderse desde el enojo?, ¿la oposición y autolesiones son manifestaciones de ira?; las conductas impulsivas como ser incapaz de mantener el control ante situaciones, o atacar de manera agresiva a sus pares cuando no compartían el punto de vista de la adolescente solo son las más visibles, pero si se ahonda, nos damos cuenta que las autolesiones, o esta necesidad de hacerse daño responden a sentimientos de incapacidad, poca valía, no merecedoras de afecto, (tristeza) que se traducen en rabia frente a la imposibilidad de tener un control ante dichas situaciones, estos sentimientos generan en la adolescente frustración, lo que posteriormente las lleva al enojo. O en las conductas oposicionistas, como desobedecer deliberadamente, buscar realizar acciones contrarias a las solicitadas nos muestran otra manifestación de ira, donde esta se expresa mediante conductas que al ser contrarias a las exigidas, denotan al otro que las adolescentes han desobedecido conduciéndolos a discusiones en las que finalmente se terminará por expresar la rabia de manera directa.

Para poder configurar una OSP depresiva, un factor clave es un patrón de apego generalmente evitante (en algunos casos dependerá de cual sea la OSP principal en el paciente), este apego puede verse afectado por factores como; perdida de uno de los padres durante la infancia, la experiencia de no

haber logrado nunca, a través de las etapas de maduración, un vínculo emocional seguro y estable, a pesar de los continuos esfuerzos en esa dirección y la inversión de la relación padre-hijo, en que el niño es hecho responsable por el cuidado de un padre. (PsicoSek, 2012)

Al revisar los casos de las cinco pacientes se ven uno o más de estas características en su patrón de apego, conformando su identidad en base a la emoción de tristeza mediante experiencias de pérdida o afecto.

Este trabajo dio a conocer la manera en la que se puede experimentar una emoción mediante la construcción del hecho significativo, y como esto permite elevar el nivel de consciencia en el paciente para que sea capaz de comprender como si fuera un observador su manera de funcionar y adaptarse al mundo.

Mediante estos resultados se contribuyó al conocimiento previo sobre la terapia y su manera de trabajar, ya que permite obtener una visión más cercana de los efectos de la terapia y su manera de realizarse en adolescentes.

Como grupo de investigación utilizamos para el desarrollo de nuestro estudio la metodología cualitativa, debido a que este enfoque entregaba herramientas que pueden ser utilizadas para variados temas de investigación, no discriminando su aplicación ni desarrollo, adaptándose a lo que deseábamos sin cambiar los contenidos y los procesos a realizar.

Además al trabajar con una muestra más reducida y específica es posible observar en las adolescentes los cambios significativos que se fueron desarrollando durante la psicoterapia, sin modificar ni cambiar el modelo. También cuando se desarrolla la metodología observación participante, esto se refiere a estar inmerso en la investigación y no solamente como un mero espectador, siendo el terapeuta un perturbador emocional estratégicamente orientado durante el proceso psicoterapéutico y participando de manera activa en el desarrollo de la misma.

Debido a esto, el marco teórico se va desarrollando y co-construyendo a medida que la investigación avanza y se descubren nuevos conceptos e ideas que estudiar y analizar.

Como último punto antes de cerrar este apartado, es necesario hacer mención de una observación que realizamos como investigadoras durante este trabajo. Cuando iniciamos el proceso psicoterapéutico, nos dimos cuenta que las adolescentes se encontraban sin recibir terapia, ni fármacos, ni atención por parte de ningún psicólogo o psiquiatra, aun cuando en sus casos se vislumbraban grandes falencias que interferían en su salud mental.

Frente a esta situación nos hacemos la siguiente pregunta, ¿Cuántas alumnas se encontraran en las mismas situaciones de desregulación emocional en este establecimiento sin recibir atención de salud mental?, y luego, nos cuestionamos, ¿ocurrirá esta situación en todos los colegios de Chillán? Ante

esto quedamos sin una respuesta ya que es una información muy difícil de obtener sin una exhaustiva investigación que se dedique a conocer esas cifras.

¿Qué medidas deberían tomarse ante tales situaciones?, entendiendo la prioridad y urgencia de lo que ocurre, y ¿Será un problema de quienes cumplen el rol de psicólogos en los colegios?, ¿o será falta de profesionales de la salud mental trabajando en establecimientos educacionales?

Conclusiones

Con respecto a la participación de las estudiantes, cabe destacar que en su mayoría presentaron muy buena adhesión a las intervenciones, aunque algunas presentaron ausencias en ciertas fechas, aun así se mostraban cooperadoras e impresionando motivadas a asistir. Esto permitió realizar las intervenciones de la mejor manera obteniendo avances que culminaron en procesos significativos. El caso que no manifestó adhesión terapéutica abandonó el proceso luego de la tercera intervención. Si bien la investigadora trabajó vínculo y reencuadre, es la paciente quien decide dejar de asistir completamente. Sin embargo, de las 5 participantes, la paciente número 3 mantuvo un 100% de asistencia en sesión, construyendo así experiencias que posteriormente acabaron en un avance significativo en muchas de las manifestaciones de desregulación emocional.

Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente, se podría afirmar que el objetivo principal de esta investigación se cumplió en su totalidad, ya que independiente de las inasistencias o los pocos avances significativos por parte de la paciente N° 5, se consiguió que las adolescentes experimentaran las emociones, al nivel de comprender el sentido de continuidad que mantenían y como este se ve alterado al momento de volverse un observador de ellas mismas.

Es a través de la experiencia del terapeuta que podemos concluir que de acuerdo a los objetivos propuestos referente a la experienciación del paciente, se pudo acompañar al adolescente en este proceso, vivenciando y conociendo los diferentes aspectos que conllevan el realizar una terapia, tanto a nivel profesional como a nivel personal. Se conoció lo que es aplicar la terapia cognitiva post-racionalista, en una población que no ha sido motivo de suficientes estudios sobre el tema tratado, que es la desregulación emocional.

Como estudiantes pudimos vivenciar lo que es trabajar en un contexto profesional, teniendo que recurrir a realizar encuadres, organizar horarios y fechas, y tratar directamente con los pacientes, pudiendo afectar de manera positiva o negativa a este, tratando de seguir con las directrices aprendidas en años anteriores, y por supuesto ser responsable de lo que estamos realizando y tratando de conocer todos los aspectos de esta funcionalidad. En general fue una experiencia enriquecedora que esperamos sea un aporte a futuros estudios y también que sea una guía para los estudiantes que necesitan vivenciar lo que es la vida profesional.

Recomendaciones

- ✓ En cuanto a la selección de la muestra, se recomienda ser partícipe directo, de esta forma el muestreo tendrá relación directa con el fenómeno a estudiar.
- ✓ Se sugiere iniciar con anticipación las intervenciones con las participantes, de esta forma se asegura un proceso completo permitiéndole al investigador contar con el tiempo necesario para vincularse y posteriormente para cerrar el proceso.
- ✓ Es importante que antes de la realización de un trabajo que sea a base de una metodología cualitativa se tengan presente el alcance de este tipo de investigación.
De esta forma se tendrá mayor visión del tiempo que debe estimarse para dicha investigación.
- ✓ Se hace necesario relevar el valor de las investigaciones de tipo cualitativa, sobre todo en el área de la psicología clínica, donde los métodos cualitativos permiten explorar y conocer avances de distintos procesos terapéuticos. Por lo anterior sería necesario que la universidad pudiera incorporar dentro de su equipo profesional, docentes profesionales con experiencia en el área del método cualitativo, al mismo tiempo poder contar con material sistematizado o formato que pudiera servir de base para futuras investigaciones de este tipo.

ANEXOS

ANEXO N° 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Copia para el participante)

Estimado/a,

Ha sido invitado a participar en el estudio titulado:

Comprender la experiencia de adolescentes derivados del instituto técnico Mabel Condemarin Grimberg con desregulación emocional en un proceso de psicoterapia cognitiva post-racionalista.

Llevado a cabo por los siguientes investigadores de la Universidad Adventista de Chile:

- Bárbara Paz Cerda Aedo
- Verónica Abigail Cerda Mora
- Priscila Yemina Godoy Sarmiento

El objetivo del estudio es: Comprender la experiencia de adolescentes entre tercero y cuarto medio del instituto técnico Mabel Condemarin Grimberg con desregulación emocional en un proceso de psicoterapia cognitiva post-racionalista.

Es importante que sepa que al participar de este estudio no correrá ningún tipo de riesgo de verse perjudicado. Los **datos** obtenidos serán **confidenciales**, estando protegidos por la **Ley N° 19.628 de protección de la vida privada o de datos de carácter personal**, y no se usarán para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Además, su **participación** es completamente **voluntaria** y tiene derecho a abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto implique daños, perjuicios o pérdidas de beneficios para usted. También tiene derecho a recibir una copia de este documento.

Si desea realizar alguna consulta sobre el estudio, puede comunicarte con los investigadores en cualquier momento, escribiendo a: metodologiaccg@gmail.com

Si está de acuerdo en participar, le solicitamos manifestarlo con su firma en la siguiente página.

¡Muchas gracias!

Los investigadores Bárbara Paz Cerda Aedo, Verónica Abigail Cerda Mora y Priscila Yemina Godoy Sarmiento declaramos obtener de forma apropiada y voluntaria el Consentimiento Informado para su participación en este estudio.

Fecha: ____/____/____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Copia para los investigadores)

Mediante el presente, declaro que:

1. He sido informado sobre el estudio titulado:

Comprender la experiencia de adolescentes derivados del instituto técnico Mabel Condemarin Grimberg con desregulación emocional en un proceso de psicoterapia cognitiva post-racionalista

Llevado a cabo por los siguientes investigadores de la Universidad Adventista de Chile:

- Bárbara Paz Cerda Aedo
- Verónica Abigail Cerda Mora
- Priscila Yemina Godoy Sarmiento

2. Conozco el objetivo del estudio.

3. He recibido garantías satisfactorias de que la información que yo provea en el curso de esta investigación será estrictamente **confidencial** y no será utilizada para ningún otro propósito fuera de los del estudio, estando protegida por la **Ley N° 19.628 de protección de la vida privada** o de datos de carácter personal.

4. He tenido la oportunidad de hacer preguntas en relación con el estudio y he recibido información de contacto en caso de desear realizar consultas en el futuro.

5. He accedido **voluntariamente** a participar de este estudio, sabiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento de la investigación, sin penalización alguna.

Bárbara Cerda

Verónica Cerda

Priscila Godoy

Fecha: ____/____/____

ANEXO N° 2
FICHA CLÍNICA



FICHA CLÍNICA PSICOLÓGICA

Nº. _____

Entrevistador: _____ Fecha 1ra Consulta: _____

I. DATOS DE IDENTIFICACION

Nombre: _____ Edad: _____
Ap. Paterno Ap. Materno Nombres

Fecha y lugar de nacimiento: _____
Mes Día Año

Instrucción: _____ Ocupación: _____

Estado Civil: _____ Religión: _____

Nombre del conyugue: _____ Telf. _____

Hijos: _____ Edades: _____

Centro de estudios y/o trabajo: _____ Grado: _____ Ciclo: _____

Lugar de residencia: _____ Tiempo de residencia: _____

Procedencia: _____ Teléfonos: _____

Email: _____ Informante: _____

1. MOTIVO DE LA CONSULTA

2. ESTADO ACTUAL DEL PACIENTE:

Sintomatología Principal:

Resumen:

Cristian Sepúlveda Fernández
Psicólogo
Psicoterapeuta Cognitivo Post-racionalista
Adolescentes y Adultos
www.cmdlibertad.cl
Fono: 88197655

3. ACTITUD DURANTE LA ENTREVISTA Y ASPECTO GENERAL

--

4. ANAMNESIS (EVALUACIÓN)

Corte horizontal (presente)
<i>TIPO DE PACIENTE (demandante, inquisitivo, de características dependientes, depresivo, aprobador, reflexivo, desconfiado ante el terapeuta, nervioso etc. :</i>
<i>PAREJA:</i>
<i>FAMILIA:</i>
<i>TRABAJO:</i>
<i>R. SOCIALES</i>
<i>ESPARCIMIENTO:</i>
<i>AUTOPERCEPCIÓN:</i>
<i>Resumen:</i>

II. APRECIACIÓN CLÍNICA

RELACION VINCULAR:

ORGANIZACIÓN DE SIGNIFICADO PERSONAL:

TIPO DE PROCESAMIENTO:

III. GENOGRAMA FAMILIAR:

IV. ESQUEMA DE LA PSICOTERAPIA

OBJETIVOS:

V. AGREGAR OTROS ANTECEDENTES RELEVANTES

Cristian Sepúlveda Fernández
Psicólogo
Psicoterapeuta Cognitivo Post-racionalista
Adolescentes y Adultos
www.cmdlibertad.cl
Fono: 88197655

FECHA / Nº SESIÓN	

Cristian Sepúlveda Fernández
 Psicólogo
 Psicoterapeuta Cognitivo Post-racionalista
 Adolescentes y Adultos
www.cmdlibertad.cl
 Fono: 88197655

ANEXO N° 3
PAUTA SUPERVISIÓN DE CASOS

I. PRESENTACIÓN DEL CASO

1. ¿QUÉ ESPERA DE LA SUPERVISIÓN?			
2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE			
N° SESIONES			
NOMBRE		EDAD	
ESTUDIOS		OCUPACIÓN	
ESTADO CIVIL		HIJOS	
VIVE CON			
2. DERIVACIÓN			
3. QUEJA (registro textual)			
4. TRATAMIENTOS ANTERIORES			

5. EXPECTATIVAS	
Del Tratamiento	Del Terapeuta
6. POR QUÉ AHORA	
7. SOLUCIONES INTENTADAS (Del paciente y de quienes lo rodean)	
8. MOTIVO CONSULTA CO-CONSTRUIDO	
9. ANTECEDENTES RELEVANTES (Pre-entrevista, medicación, antecedentes familiares, etc.)	

--

II. ANÁLISIS INDIVIDUAL

1.- SINTOMATOLOGIA PRINCIPAL	
3. RELACION VINCULAR (patrón de apego)	
4- ORGANIZACIÓN DE SIGNIFICADO PERSONAL	
5. TIPO DE PROCESAMIENTO	
6. RESUMEN (EXPLICACION COMPRENSIVA DE LA PSICOPATOLOGIA)	

--

III. PLANIFICACIÓN DEL CASO

1. OBJETIVOS PSICOTERAPEUTICOS		
Corto Plazo	Mediano Plazo	Largo Plazo
2. META MÍNIMA		
3. ESTRATEGIA TERAPÉUTICA		
4. INTERVENCIONES		
Exitosas	No Exitosas	

1. OBJETIVOS PSICOEDUCATIVOS		
Corto Plazo	Mediano Plazo	Largo Plazo

2. META MÍNIMA		
3. ESTRATEGIA PSDICOEDUCATIVA		
4. INTERVENCIONES		
Exitosas	No Exitosas	

ANEXO N° 4
PAUTA DE CONDENSACIÓN
PERFIL DEL ADOLESCENTE CON DESREGULACIÓN EMOCIONAL

CATEGORÍA	RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN (desde donde se observa, relato de validación)	SELECCIÓN	SUBCATEGORÍA
Patrón de Apego			A Evitantes
			B Seguros
			C Coercitivos
Tipo de Procesamiento			Normal
			Neurótico
			Psicótico
OSP			Depresiva
			Fóbica
			Dápica
			Obsesiva

ANEXO N° 5
PAUTA REGISTRO INTERVENCIONES

Intervenciones

- *Estado del paciente durante la primera sesión:*
- *Actitud frente a la entrevista y aspecto general*
- *Tipo de paciente:*
- *Pareja*
- *Familia:*
- *Colegio:*
- *Relaciones Sociales:*
- *Autopercepción:*
- *Resumen:*

<i>Relación vincular</i>	
<i>OSP</i>	
<i>Tipo de procesamiento</i>	

Antecedentes relevantes:

<i>N° Sesión</i>	<i>Registro del proceso psicoterapéutico</i>
1.	✓
2.	✓
3.	✓
4.	✓
5.	✓
6.	✓
7.	✓
8.	✓

ANEXO N° 6
DICTAMEN DEL COMITÉ DE BIOÉTICA



Universidad Adventista de Chile
Formulario Comité de Bioética

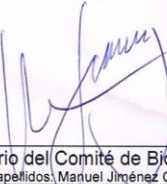
**DICTAMEN DEL COMITÉ DE BIOÉTICA DE LA UNIVERSIDAD ADVENTISTA DE CHILE
SOBRE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN QUE UTILICEN DATOS PERSONALES**

Presidente del Comité de Bioética <i>Nombre completo y afiliación institucional</i>	Víctor Manuel Rosado Mejía, UnACh
Nombre de los miembros del Comité de Bioética <i>Nombres completos y afiliación institucional</i>	Rodrigo Andrés Quezada Guzmán, UnACh. Juan Eduardo Millanao Orrego, UnACh.
Secretario del Comité de Bioética <i>Nombre completo y afiliación institucional</i>	Manuel Ladislao Jiménez Carrasco, UnACh
Título de la investigación sobre la que se dictamina	COMPRENDER LA EXPERIENCIA DE ADOLESCENTES DIAGNOSTICADAS/OS CON ESQUIZOFRENIA EN UN PROCESO DE PSICOTERAPIA COGNITIVA POST-RACIONALISTA.
Investigador de contacto <i>Nombre completo y afiliación institucional</i>	Verónica Abigail Cerda Mora Celular: +569 93968499; Correo: ps.veronicacerda@gmail.com

El Comité de Bioética de la Universidad Adventista de Chile reunido en sesión convocada en forma y plazos establecidos, vista la documentación adjunta a la solicitud para la aprobación de las implicaciones y aspectos éticos de la investigación arriba identificada, dictamina:

DICTAMEN correspondiente al acta N° 2017-14 del 18 de Agosto de 2017, Voto N°12	sí	no
La investigación identificada cumple con la normativa legal vigente y los requisitos éticos necesarios y suficientes para resguardar los derechos de los participantes del estudio	x	
El Comité de Bioética de la Universidad Adventista de Chile acuerda aprobar las implicaciones y aspectos éticos de la investigación identificada, y por lo tanto aprueba que la investigación se pueda llevar a cabo.	x	

Como secretario del Comité de Bioética de la Universidad Adventista de Chile doy fe de este dictamen

 
Secretario del Comité de Bioética de la UnACh
Nombre y apellidos: Manuel Jiménez Carrasco
RUT: 12.198.534-9
Chillán, 18/08/2017

Comité de Bioética bioetica@unach.cl | Página | 1

Universidad Adventista de Chile: Camino a Tanilvoro, km 12 - Chillán - Chile. Casilla 7-D
Fono +56-42-433590 (Dirección de Investigación)

ANEXO N° 7

RESULTADO PAUTA DE CONDENSACIÓN PACIENTE N°1

CATEGORÍA	RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN (desde donde se observa, relato de validación)	SUBCATEGORÍA
Patrón de Apego	<ul style="list-style-type: none"> • “La relación con mi hermano nunca fue buena, cuando yo estaba en 1° y él en 8° Año Básico me hacía bullying junto a un amigo” • Paciente refiere que desde los 9 a los 17 años estuvo en un hogar del SENAME, por negligencias parentales • “No entiendo muy bien por qué, pero mi mamá decidió que era mejor que no estuviera con ella, creo que por ocurrido con mi hermano” • “Toda mi familia me dio la espalda después de que les contara lo que había pasado con mi hermano” • “Conoci a mi pareja estando en el hogar, aun cuando él no estuviera en el” • “Mis amigos se alejaron de mí, por la relación que tenía con mi pareja” • “De a poco comencé a quedarme sola, no me di cuenta” • “Después de salir del hogar e irme a vivir con mi pareja me entere que mi familia nunca me creyó” • “La primera vez que mi hermano intentó abusar de mí, mi mamá nos encontró y le sacó la mugre a mi hermano, pero después de eso nunca más trató de evitar que eso volviera a pasar” • Paciente se cuestiona el porqué su mamá teniendo conocimiento de lo que sucedía con su hermano nunca hizo nada para que esta situación siguiera • Paciente refiere que a pesar de la distante relación que tuvieron en un principio con su mamá, está tratando de mejorar ese aspecto • “Mi única motivación para seguir es mi hija, solo por ella me levanto en las mañanas y trato de darme ánimo” • “No me gusta ir a mi casa, mi familia aceptó de vuelta a mi hermano, a pesar de 	A Evitantes
		B Seguros
		C Coercitivos

	<p>todo lo que paso ellos lo siguen aceptando y a mí me excluyeron”</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Creo que mi mamá lo prefiere a él en vez de a mí” 	
Tipo de Procesamiento	<ul style="list-style-type: none"> • No comprende la consigna de la técnica de la moviola, expilándose en varias oportunidades • Responde de manera vaga frente a las preguntas realizada • Su rendimiento académico es promedio (esta con modalidad exámenes libres, por lo que no asiste al liceo de manera regular) 	Normal
		Neurótico
		Psicótico
OSP	<ul style="list-style-type: none"> • “Me siento sin ganas de hacer nada, como desanimada” • “Me cuesta quedarme dormida, me pongo a pensar y no puedo dormir” • “Lo que me motiva a cambiar es mi hija, solo por ella quiero hacer esto” • “He tenido muchas pesadillas, no sé cómo llamarlo, son recuerdos muy vividos de lo que paso con mi hermano” • “Me he notado mas irritable, me di cuenta de eso cuando le grite a mi hija y ella me miro con cara de asustada y luego se puso a reír, no sé qué me pasa” • “El otro día estaba en mi casa, y de repente me dieron ganas de salir de allí, me desespero, y me le dije mi pareja que quería salir a comer algo a la esquina, salimos y cuando llegamos el me dijo que quieres, yo le dije que nada, y se enojo” • “Hay momentos en los que no me dan ganas de hacer nada, solo quiero estar acostada con los ojos cerrados sin luz” • “Cuando tengo estas pesadillas, me despierto y en la noche me pongo a ver los monitos de mi hija para quedarme dormida” • “A veces quiero salir corriendo y escapar” • “Me despierto con miedo y con una presión en el pecho” 	Depresiva
		Fóbica
		Dápica
		Obsesiva

	<ul style="list-style-type: none"> • “No me gusta llorar, siento que la gente me ve con lastima” • “No puedo llorar, se me forma un nudo en el cuello y no sale nada, es como si no tuviera lagrimas” • “Hace varios meses que me siento así, no entiendo que me pasa” • “Desde que mi hermano volvió a casa, no puedo ir cuando él está, no quiero verlo” • “Siempre estoy pendiente de mi hija, no me gusta que este sola mucho tiempo, no quiero que le pase lo mismo que a mí” • “La relación con mi pareja hace rato que está mal, cada uno anda por su lado, lo único que me importa es mi hija” • “Me hubiese gustado que mi mamá hiciera algo, o en su momento me hubiese cuidado” • “Cada vez que tengo un problema me gusta solucionarlo sola, no me gusta que los demás me vean con lástima” • “No sé cómo explicar lo que siento por mi mamá, es complicado” • “Mi pareja constantemente me está presionando para que tengamos relaciones, aun cuando yo no quiero” • “Desde que tengo estas pesadilla no puedo intimar con mi pareja, es que me los recuerdos han sido más vividos desde hace poco, y me cuesta” • “El otro día me levante con mucho ánimo y en una mañana hice 5 trabajos, pero fue solo ese día que me levante con energía, los otros días ni siquiera me dan ganas de hacer nada” 	
--	---	--

ANEXO N° 8

RESULTADO PAUTA DE CONDENSACION PACIENTE N°2

CATEGORÍA	RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN (desde donde se observa, relato de validación)	SUBCATEGORÍA
Patrón de Apego	<ul style="list-style-type: none"> • “Desde que era pequeña nunca fui muy apegada a mi mamá, me llevaba mejor con mi papá, él era el único que siempre estaba allí para mí, a pesar de su trabajo” • “Mi papá nunca hizo distinción entre nosotros tres, siempre nos trato igual, a pesar de que no fuéramos los tres sus hijos, nunca hizo diferencia con mi hermana mayor, si nos traiga un regalo era para los tres igual; en cambio mi mamá no, ella tiene una especie de favoritismo con mi hermana, ahora me da lo mismo, pero antes era muy triste” • “Me costó mucho acostumbrarme a estar sola después de que murió mi papá; mi mamá tuvo que comenzar a trabajar y yo quedaba prácticamente botada sola en la casa” • “A mi papá no le gustaba que quedara sola, decía que era muy chica para estar sola en la casa, y siempre debía haber alguien conmigo cuando volvía de la escuela” • “Cuando me di cuenta de que estaba quedando sin pelo, le dije a mi mamá asustada que me llevara al doctor, porque no sabía qué era lo que me estaba pasando, y ella lo único que hizo fue decirme que no fuera tan exagerada” • “Las pocas veces que fuimos al doctor, fue porque la obligaron del colegio” • “Entre mi hermana y mi mamá se burlaban de mí y me decían que me veía fea sin pelo” • “Hubo un momento en que mi hermana se fue de la casa a vivir con sus suegros, ese fue el mejor tiempo que pase con mi mamá, y no es que no quiera a mi hermana, es solo que en ese momento mi mamá me prestaba atención y hacíamos más cosas juntas” • “Me carga que mi mamá diga que es una 	A Evitantes
		B Seguros
		C Coercitivos

	<p>excelente madre, porque yo no lo siento así”</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llego un momento que me pregunte ¿Por qué estoy tan sola?” • “No me gusta que nadie me ve llorar, siento que me ven débil si hago eso, porque cuando era pequeña mi mamá me decía que era una llorona y no me dejaba llorar, así que ahora cada vez que lloro lo hago sola sin que nadie me vea, o simplemente no lo hago y me lo guardo” • “Mi mamá no creía que iba a terminar la enseñanza media, me decía que no iba a ser nadie en la vida, que solo iba a ser una prostituta, que no iba a lograr nada, eso me dio fuerza para seguir adelante, ahora me dice que siempre confió en mí que voy a ser la única de mis hermanos en ser alguien” • “Cuando comenzó el problema con mi prima y mi tía, mi mamá me defendió una sola vez, si hubiese estado mi papá todo hubiese sido diferente” • La paciente refiere que las únicas dos personas a las que les cuenta sus cosas, solo lo que ella desea, es a sus dos amigas, una del liceo y la otra de Concepción, con quien se ha refugiado algunos fines de semana para distraerse y salir de su casa; pero aun así refiere sentirse sola y no apoyada, diciendo que a estas alturas de su vida le da mismo. 	
Tipo de Procesamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Comprende la consigna sin problemas • Responde de manera coherente frente a la preguntas realizadas • Presenta un buen rendimiento en el liceo • Intellectualmente sobresaliente • Responsable y organizada 	Normal
		Neurótico
		Psicótico
	<ul style="list-style-type: none"> • “Siento rabia de no poder haberme despedido de mi papá” 	Depresiva

OSP	<ul style="list-style-type: none"> • “Me estresan los gritos de las peleas que hay en mi casa” 	Fóbica
	<ul style="list-style-type: none"> • “Siento que todo me afecta, incluso lo más mínimo, sobre todo cuando comienzan a pelear en la casa, llega un punto en el que ya no puedo mas y me dan las mañas, comienzo a responder de la manera” 	Dápica
	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente refiere no gustarle la imagen de buena madre que desea proyectar su mamá desde hace un tiempo. • Paciente refiere sentir que en algún momento llego a pensar porque no habría muerto su madre en vez de su padre • “ No me gusta que los demás se sientan mal por mi culpa, por eso a veces prefiero no decir nada” • Paciente constantemente durante el desarrollo de las sesiones se cuestiona el porqué su mamá la dejo sola cuando más la necesitaba • “Me hubiese gustado que mi mamá me apoyada cuando más lo necesite, y no que me dejara sola” • “Los meses en que mi hermana se fue a vivir con sus suegros fueron los mejores, ya no habían gritos en la casa y mi mamá estaba más preocupada de mí” • “Cuando mi hermana volvió a la casa, tuve que compartir la pieza con mi mamá, sentí que me quitaban mi espacio, ya no tenía un lugar propio” • Paciente refiere que desde incidente con niño en el terminal rural de buses, ha comenzado a presentar pesadillas, siempre repitiéndose la misma. • “Desde que comenzaron las peleas en la casa de mis tíos, me he comenzado a sentir mal, dolores de cabeza, dolor de colon, etc.” • “Cuando estaba muy triste habían veces que escribía en un diario para desahogarme, pero a medida que iba escribiendo me da rabia y tiraba el 	Obsesiva

	<p>diario lejos”</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Cada vez que me estreso reacciono con pena, rabia o miedo, es la única manera que se cómo reaccionar” • “Siento que cuando murió mi papá no pude llorar lo suficiente, desaproveche esa oportunidad de desahogarme” • “Durante 1° y 2° medio no me gustaba mirarme al espejo, me sentía fea, y solamente por lo que me decía mi mamá y mi hermana, sino que también porque tuve que comenzar a utilizar peluca para ir al liceo” • “No tengo fotos de los primeros años en el liceo, tenía la autoestima por el piso” • “Mi motivación para seguir adelante era taparle la boca a todos” • Paciente refiere no ser una persona rencorosa, pero no le gusta que después que pasen las cosas, las personas hagan como si no hubiesen sucedido” • “Sentía pena cuando todos hablaban mal de mí” • Paciente refiere que cuando comienza a quedarse sola en casa después del fallecimiento de su papá, y su mamá comienza a trabajar, empieza a experimentar una sensación de soledad y para bajar su niveles de ansiedad comienza a sacarse el pelo (tricotilomanía), pero solo se da cuenta de esto cuando ve su pelo en el piso • Frente a esta situación la paciente refiere que solicita ayuda a su mamá con miedo por no saber que le está pasando, obteniendo una respuesta negativa • “Siento que nadie cree en mí” 	
--	---	--

ANEXO N° 9

RESULTADO PAUTA DE CONDENSACION PACIENTE N°3

CATEGORÍA	RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN (desde donde se observa, relato de validación)	SUBCATEGORÍA
Patrón de Apego	<ul style="list-style-type: none"> • “Mi papá nunca ha sido cariñosa conmigo”. • “Mis papas cambiaron 180° desde que nació mi hermana, me dejaron sola”. • “Con mi papá hace casi 3 años que no hablamos de cosas importantes”. • “No les importo mucho a mi familia”. • “Cuando hago cosas malas en el colegio, como pelear con alguien ninguno de mis papas me dice nada, no me retan ni nada”. • “Me dijeron que no me iban a dejar sola pero me mintieron”. • “Mi mamá solo vive para mi hermana chica, aunque la entiendo, ella es más chiquitita”. • “Solo mi mamá me dice cosas cariñosas, con mi papá no somos así, es que somos iguales de fríos”. • Presenta mala relación con la familia de su padre, ya que afirma que siempre inventan cosas de ella. • Con su hermana pequeña se lleva muy bien, pese a que dice que cuando nació ella, sus papas la “dejaron sola”. • Cuando habla de su papá siempre expresa la igualdad de carácter “fuerte” justificando sus problemas de comunicación y discusiones constantes. • Su mamá es cariñosa con ella, pero a ella le cuesta expresar lo que siente. • Según lo que menciona solo se lleva bien con el abuelo paterno y abuela materna. • Paciente siente que sus padres no le ponen atención y que nunca le dicen nada, en ningún tipo de comportamiento. 	A Evitantes
		B Seguros
		C Coercitivos

Tipo de Procesamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Presenta buen desarrollo cognitivo al momento de responder las preguntas. • Entiende la consigna sin mayores complicaciones. • Tiene buen desempeño escolar, siendo una de las calificaciones más altas de su curso. • Durante el desarrollo del procedimiento terapéutico se muestra receptiva y atenta. 	Normal
		Neurótico
		Psicótico
OSP	<ul style="list-style-type: none"> • “Tengo rabia con todas las personas que hablan de mi”. • “No puedo evitar pelear tengo muy mal genio y todo me enoja”. • “Siempre contesto de mala gana”. • “Nada me importa, salvo tener buenas notas”. • “Por mucho tiempo me dio miedo salir y andar en la calle sola”. • “No tengo amigos, no me gusta salir”. • “Lloro muy seguido, antes casi por cualquier cosa, pero no eran lágrimas de pena sino de rabia por las cosas que me pasaban”. • “Me corte casi por 3 meses, y así me sentía mejor de mis problemas”. • “Creo que el amor no existe”. • “Me siento muy fría, al punto de que cuando mi mamá me expresa su cariño yo no siento nada”. • “No confió en nadie, cualquier persona te puede hacer daño”. • Cuando se acerca alguna persona que ella no conoce, sobre todo chicos de su edad, la paciente se muestra agresiva alejándolos de manera inmediata. • Cree que no necesita tener relaciones de “pololeo” ya que ningún hombre “vale la pena, al final te van a engañar y nada es para siempre”. • Se siente sola y desamparada por su familia. • Se muestra como una persona conflictiva, teniendo una mala percepción de ella misma. 	Depresiva
		Fóbica
		Dápica
		Obsesiva

ANEXO N° 10

RESULTADO PAUTA DE CONDENSACION PACIENTE N°4

CATEGORÍA	RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN (desde donde se observa, relato de validación)	SUBCATEGORÍA
Patrón de Apego	<ul style="list-style-type: none"> • Variedad de relaciones de duración aproximada de un mes con personas conocidas a través de la aplicación de comunicación instantánea “WhatsApp” • Castigo físico. • Mala relación con compañeros y profesores • . Señala que amenazó a su ex de cortarse si terminaban. • Refiere que en discusiones su madre le gritaba que cuando se iría de la casa. • Señala no llevarse bien con nadie, que incluso sus padres son hirientes y agresivos con ella. (pero a veces le demuestran que la aman) • culpa por las constantes discusiones de sus padres • Luego se vuelve al tema de las relaciones, donde comenta “que su pololo quiere hacerla mamá y que eso la hace muy feliz porque ella quiere serlo. • refiere “que sus padres la han felicitado (relación ambivalente con ellos) 	A Evitantes
		B Seguros
		C Coercitivos
Tipo de Procesamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Malas calificaciones. • Se corta cada vez que finaliza una relación • Señala que amenazó a su ex de cortarse si terminaban. • Con respecto a su manera de comprender la consigna, se observa concreta y rígida. • La primera intervención fue a las 15:00, las próximas se agendaron para las 16:00. Jamás llegó a las 16:00. Seguía llegando a las 15:00 • Se le explicaba de todas las formas que su hora había cambiado a las 16:00, pero seguía llegando a las 15:00 • No se observa consciencia del hecho (ser madre a los 16) 	Normal
		Neurótico
		Psicótico
	<ul style="list-style-type: none"> • Vestimenta llamativa • Variedad de relaciones de duración aproximada de un mes con personas conocidas a través de la aplicación de comunicación instantánea “WhatsApp” 	Depresiva
		Fóbica

OSP	<ul style="list-style-type: none"> • Relaciones amorosas y de amistad solo por whatsapp • realiza autolesiones refiriendo que por eso necesita ayuda (autolesiones no profundas que no dejan cicatriz, para luego subir las a WhatsApp) • Se corta cada vez que finaliza una relación • culpa por las constantes discusiones de sus padres • Al trabajar la culpa se observa que es uno de los principales motivos que la llevan a cortarse • Refiere que la cambiaran a un colegio mixto, motivo que la tiene muy emocionada. • Se trabaja en la moviola el hecho ocurrido, observándose implícitamente la necesidad de mantener a otros pendiente de ella (luego se corrobora cuando señala haber subido una foto de sus cortes a sus RRSS para mostrar lo que había hecho) • “Mi intención es morirme, soy un desperdicio para el planeta” comenta al conversar sobre los cortes. 	Dápica
		Obsesiva

ANEXO N° 11

RESULTADO PAUTA DE CONDENSACION PACIENTE N°5

CATEGORÍA	RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN (desde donde se observa, relato de validación)	SUBCATEGORÍA
Patrón de Apego	<ul style="list-style-type: none"> - “Incluso estuve un tiempo en un hogar de sename porque mi madre fingió tener consumo de OH para no tener que cuidarme” - “Durante los primeros años de vida recibí maltrato por parte de su madre, físico y verbal. Golpes que dejaban marcas en todo su cuerpo” - maría cumple los 6 o 7 años su madre queda embarazada de su siguiente hermana, abandonándola para irse a vivir con su nueva pareja y su hija que está por nacer” - “Es abandonada por su padre al nacer” - “Ella señala siempre estar para su amiga, pero siente que no es recíproco” - En básica ocurre un quiebre con su “mejor amiga” decidiendo no mantener relaciones cercanas de amistad - Abuelos separados - Paciente refiere haberle guardado rencor a su madre por no haberla criado a ella pero poder haber criado a su hermana que le sigue en edad. - Es en la moviola donde se da cuenta que en realidad “no lo quería” si no que era más como una relación “utilitaria” - “Yo también pase por lo mismo, no quería que ellas vivieran lo mismo que yo” - Fui rescatada por la pareja de mi abuelo quien me maltrato físicamente por mucho tiempo 	A Evitantes
		B Seguros
		C Coercitivos
Tipo de Procesamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Comprende la consigna sin problemas • Responde de manera coherente frente a las preguntas realizadas. • Excelentes notas, muy dedicada. • Intellectualmente sobresaliente 	Normal
		Neurótico
		Psicótico
	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicada y en extremo perfeccionista • Ideación suicida, dos veces 	Depresiva

OSP	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente refiere haberle guardado rencor a su madre por no haberla criado a ella pero poder haber criado a su hermana que le sigue en edad. • Manifiesta deseo de haber suplantado la muerte de su madre para ser ella quien hubiera muerto. • Se va a dormir con su abuela sin dejar de llorar toda la noche y pensar en matarse • relata que al sentir “ganas de morir” vio en su “mente” como agarraba un cuchillo y se mataba con él. • Es en la moviola donde se da cuenta que en realidad “no lo quería” si no que era más como una relación “utilitaria” • Paciente refiere tener la culpa de todo lo ocurrido de manera negativa en su vida, incluyendo el maltrato por parte de su madre. • refiere vomitar en momentos de estrés. Puede ser después de comer, o ante situaciones que le generen mucha ansiedad. No entiende el porqué. Solo vomita. • Emoción básica “Tristeza”. • “Me quería morir, quería desaparecer”, “quería tirarme encima de ella y matarla” • Se le pregunta si se considera una persona agresiva. Responde “si, siempre he sido agresiva, antes golpeaba a la gente por cualquier cosa”. • “Me preocupo mucho por lo que piensen de mí” • “importa más como me ven que como me siento” • “No consigo conectarme con mis emociones” 	Fóbica
		Dápica
		Obsesiva

LISTA DE REFERENCIAS

- Aberastury, A., & Knobel, M. (1997). *La adolescencia normal*. Buenos Aires: Paidós.
- American Psychiatric association (APA). (2002). *manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR*. Barceloma: Masson.
- Aronsohn, S. (2001). *Vittorio Guidano en Chile*. Santiago, Chile: Susana Aronsohn F.
- Bravo, L. (1996). La psicología en Chile. *Revista latinoamericana de psicología*, 2-3, 95-104.
- Briceño, Y., Escalona, Y., Garcia, C., Hidalgo, J., Márquez, J., & Yusbely, R. (2012). Ventajas de la investigación cualitativa. *CarpeDiem (Aprovecha el momento)*. [Blog] obtenido de [\[http://carpediemgrupo8.blogspot.cl/2012/02/ventajas-de-la-investigacion.html\]](http://carpediemgrupo8.blogspot.cl/2012/02/ventajas-de-la-investigacion.html)
- Brukner, P. (1975). *Psicología social del autoritarismo*. México: Siglo XXI.
- Capella, C., & Mendoza, M. (02 de febrero de 2011). Regulación emocional en niños y adolescentes, artículo de revisión. nociones evolutivas y clínicas psicopatológicas. *Revista Chilena de psiquiatría neurología infancia y adolescencia*, 155.
- Cathalifaud, M., Dockendorff, D., & Anahí, G. (s.f.). Autopoiesis como material explosivo en la teoría social contemporánea. *Fes Sociología*. [Pag. Web]: Obtenido de <http://www.fes-sociologia.com/files/congress/10/grupos-trabajo/ponencias/844.pdf>
- Craig, G. (1997). *Desarrollo psicológico* (7ª ed.). México: S.A. alhambra mexicana
- Crittenden, P. (2000). Molding Clay: The process Of Constructing the self and its relation to psychoterapy. *Revista de Psicoterapia*, 41, 67-82.
- Crittender, P. (2006). Modelo Dinámico-maduración del apego. *ANZJFT*, 1-2.
- CUVA. (2013). La nueva teoría psicológica (Modelo Cognitivo Post-Racionalista). *Cuva*. [Pag. Web]: Obtenido de http://cuva.uta.cl/index.php?option=com_k2&view=item&task=download&id=1264_d7a7d8cce4890553dd0a70e262ec59be.
- Derflinger, C. (1991). Autoconcepto en adolescentes farmacodependientes y 95 autoconcepto en adolescentes no farmacodependientes. Estudio Comparativo. [Tesis de Licenciatura en psicología]. Instituto de investigación en Neuquén. Mexico, Distrito Federal.
- Deval, J. (2000). *Aprender en la vida y en la escuela*. Madrid: Morata.
- Dodet, M. (1998). La Moviola. *Psicoterapia*, 4(13), 89-93.
- Harcha, P. (2012). ¿Qué estilos de apego o vínculo afectivo existen?: *El espacio de Priscilla sobre Psicología y Psicoterapia*. [Pag. Web]: Obtenido de <https://prisciharcha.wordpress.com/2012/12/05/que-estilos-de-apego-o-vinculo-afectivo-existen/>
- Hernández, R. (2004). *Metodología de la Investigación*. La Habana : Felix Varela.

- Hervas, G., & Jodar, R. (2008). Adaptación al castellano de la escala de dificultades en la regulación emocional. *Clinica y Salud*, 2(19), 139-156.
- INTECO. (2016). Qué es la terapia cognitiva post-racionalista. *Instituto de terapia cognitiva post-racionalista*. [Pag. Web]: Obtenido de <https://www.inteco.cl/que-es-la-terapia-cognitiva-post-racionalista/>
- INTECO. (2008). La Psicología y la Psicoterapia Cognitiva Post-Racionalista: Aspectos teóricos y clínicos. Alfredo Ruiz. Primera parte. Notas y comunicaciones:
<https://www.inteco.cl/2008/03/12/la-psicologia-y-la-psicoterapia-cognitiva-post-racionalista-aspectos-teoricos-y-clinicos-alfredo-ruiz-primera-parte/>
- Krause, M. (1995). La investigación cualitativa: un campo de posibilidades y desafíos. *Revista Temas de Educación*, 19-40.
- Laborda, M., Quezada, V., & Cornejo, M. (2013). Serie historia de la psicología en Chile. *Psyche*, 1(22), 107-109.
- Lecannelier, F. (2016). ¿Qué es el apego y cómo podemos fomentarlo con nuestros hijos/as?: *Chile crece Contigo, Protección integral en la infancia*. [Pag. Web]: Obtenido de <http://www.crececontigo.gob.cl/columna/que-es-el-apego-y-como-podemos-fomentarlo-con-nuestros-hfloijosas/>
- Matey, P. (19 de Mayo de 2009). Psiquiatría infantil y juvenil. *El mundo*. [Pag. Web]: Obtenido de <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2009/05/19/psiquiatriainfantil/1242718112.html>
- Mendéz, S. (2012). La amistad en la adolescencia. *INNATIA*. [Pag. Web]: Obtenido de <http://www.innatia.com/s/c-consejos-para-los-padres/a-amistad-en-adolescencia.html>
- Mengana, K. (2013). Adaptación de inventario de depresión infantil de Kovacs, en adolescentes cubanos de 12 a 15 años de edad. [Tesis de grado en psicología]. Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas. Santa Clara, Cuba.
- Mingote, C., & Requena, M. (2013). *Impulsividad y agresividad en adolescentes*. El malestar de los jóvenes (pág. 195). Madrid: Diaz De Santos.
- Ministerio de Justicia. (2017). *Observatorio de Drogas de Colombia*. [Pag. Web]: Obtenida de <http://www.odc.gov.co/problematika-drogas/consumo-drogas/sustancias-psicoactivas>
- OMS. (1992). CIE10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínicas y pautas para el diagnóstico. (10ª). Madrid: Méditor.
- OMS. (2013). Salud mental. *Who.Int*. [Pag. Web]: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Papalia, D., Feldman, R. D., & Olds, S. (2001). *Desarrollo Humano* (8va ed.). Bogotá [etc]: Mac Graw-Hill.
- Perez, Y., & Guerra, V. (2014). La regulación emocional y su implicación en la salud del adolescente. *Revista Cubana Pediatría*, 3, 86.

- Piaget, J. (1984). *Inteligencia y afectividad*. (pp 43). Buenos Aires: Aique Editores.
- Psicología Clínica. (2013). *Psicología Clínica. Psicología topespana*. [Pag. Web]: obtenido de <http://Psicologia.topespana.com/psiclini.htm>
- PsicoSek. (2012). *OSP Obsesiva. Scribd*. [Pag. Web]: Obtenido de <https://es.scribd.com/document/116771581/OSP-Obsesiva>
- Rey, C., & Guerrero-Rodriguez, S. (2012). Tendencias de proyectos de investigación en psicología clínica en Colombia. *Revista psicología desde el Caribe*, 177-104.
- Rice, F. (2000). *Adolescencia: desarrollo, relaciones y cultura*. Madrid: Prentice Hall.
- Rueda, F. (2015). *Regulación emocional y consumo de sustancias parte 1*. Revista Independiente.[Revista Web]: obtenido de <http://revistaindependientes.com/regulacion-emocional-y-consumo-de-sustancias-parte-1/> España: Revista Independientes.
- Ruiz, A. (1998). *La Psicosis: . perspectiva cognitiva posracionalista*. Santiago: INTECO.
- Ruiz, A. (2007). *La psicología y la psicoterapia cognitiva posracionalista*. Santiago, Chile.
- Sánchez, F. (s.f.). *Escuelas psicológicas. Lifeder*. [Pag. Web]: Obtenido de <https://www.lifeder.com/escuelas-psicologia/>
- Taylor, S., & Bogdan, R. (1984). *Introducción a los Métodos Cualitativas de Investigación*. Buenos Aires: Paidós.
- Tomé, M. (2015). Desregulación emocional, fluctuación anímica y trastorno por pánico. *Anuario Anxia*(21), 33.
- Zagmutt, A. (2006, mayo). *la evolución de la terapia posracionalista*. Conferencia plenaria ofrecida durante el congreso Latinoamericano de terapias, Buenos Aires, Argentina.