

# Caso clínico: "Bipolaridad...de un diagnóstico fisiológico a un trabajo psicoterapéutico"

Méndez Soto, Eunice Yetlanetzi

2021

---

<https://hdl.handle.net/20.500.11777/5209>

<http://repositorio.iberopuebla.mx/licencia.pdf>

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA

PUEBLA

Estudios con Reconocimiento de Validez Oficial por Decreto Presidencial del 3 de  
abril de 1981



**CASO CLÍNICO: “BIPOLARIDAD... DE UN DIAGNÓSTICO FISIOLÓGICO A UN  
TRABAJO PSICOTERAPEÚTICO ”**

DIRECTORA DEL TRABAJO

DRA. MARÍA DE LOURDES CARRILLO ÁRCEGA

ELABORACIÓN DE UN ESTUDIO DE CASO

que para obtener el Grado de

MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA

Presenta

EUNICE YETLANETZI MÉNDEZ SOTO

Puebla, Pue.

2021

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

Resumen – Abstract	5
Introducción	7
Sistematización de la práctica clínica	7
Terapia en línea	9
Enfoque sistémico	10
Bipolaridad	11
Objetivo general	13
Objetivos específicos	13
Objetivos terapéuticos	13
Datos generales de la paciente	14
Motivo de consulta e intentos de solución	16
Técnicas de evaluación	18
Instrumentos	20
Formulación del caso clínico a partir del enfoque sistémico	25
Técnicas	27
Implementación del tratamiento	29
Seguimiento posterior al proceso terapéutico	32
Psiquiatría y psicoterapia	38
Descripción de los resultados obtenidos	41
La persona del terapeuta	42
Discusión	47
Referencias	50

## ÍNDICE DE TABLAS

No.1: Datos generales de la paciente	14
No.2: Inventario de depresión de Beck – II	20
No.3: Inventario de ansiedad de Beck	20
No.4: Escala global	21
No.5: Escala enojo estado – rasgo	22
No.6: Resultados cuantitativos de escala global	22
No.7: Resultados cuantitativos de Inventario de depresión de Beck – II, Inventario de ansiedad de Beck y Escala enojo - rasgo	23
No.8: Diagnóstico multiaxial	25
No.9: Técnicas	27
No.10: Reporte de temas abordado por sesión	31
No.11: Concentración de receptores CB1 en el cerebro	36

## ÍNDICE DE FIGURAS

No. 1: Etiología del trastorno bipolar	13
No. 2: Genograma y estructura familiar	14
No. 3: Graficación de resultados cuantitativos por escala	23
No. 4: Graficación de resultados de escala de funcionamiento global	24

## **RESUMEN**

El siguiente caso clínico aborda la sistematización del trabajo psicoterapéutico bajo supervisión en enfoque sistémico, llevado en la clínica OPTA de la UIA. A lo largo de quince sesiones, se puede observar como la paciente, trabaja multidisciplinariamente el trastorno bipolar del tipo II.

El establecimiento de objetivos se basa en la mejora de comunicación asertiva de la paciente hacia con su familia, así como la búsqueda de redes de apoyo.

A pesar de que el tratamiento (según las mediciones cuantitativas) fue exitoso, resultado en el seguimiento proceso terapéutico, al final del mismo se obtuvo información omitida, sobre consumo de drogas. Estos nuevos datos, marcan una nueva perspectiva al estudiar el informe, pues las recaídas observadas a lo largo del proceso coinciden con abandono farmacológico y síndrome de abstinencia asociadas al consumo de drogas no reportado.

Finalmente se observará cómo la psicoterapia es fundamental a la hora de acompañar un trastorno, pues la psicoeducación y la escucha activa por parte del terapeuta representan una parte esencial en la mejora de los síntomas del paciente.

Este caso clínico es una invitación a los terapeutas a seguirse preparando, a sistematizar su práctica terapéutica, a hacer trabajo colaborativo con los especialistas adecuados y darle a cada paciente una mirada abarcadora, que permita visualizarlos mas allá de lo que mencionan en sesión.

## **PALABRAS CLAVE**

Trastorno bipolar, psicoterapia, terapia sistémica, cannabis, marihuana, adherencia farmacológica

## **ABSTRACT**

The following clinical case addresses the systematization of psychotherapeutic work under supervision in a systemic approach, carried out at the OPTA clinic of the UIA. Throughout fifteen sessions, it can be observed how the patient works multidisciplinary type II bipolar disorder.

The establishment of objectives is based on the improvement of assertive communication between the patient and her family, as well as the search for support networks.

Despite the fact that the treatment (according to quantitative measurements) was successful, as a result of the follow-up of the therapeutic process, omitted information was obtained, such as drug use. These new data mark a new perspective when studying the report, since the relapses observed throughout the process coincide with drug abandonment and withdrawal syndrome.

Finally, it will be observed how psychotherapy is essential when it comes to accompanying a disorder, since psychoeducation and active listening by the therapist represent an essential part in improving the patient's symptoms.

This clinical case is an invitation to the therapists to continue preparing, to work as a team with the appropriate professionals and to give each patient a comprehensive look, which allows them to be seen beyond what they mention in the session.

## **KEY WORDS**

Bipolar disorder, Psychotherapy, systemic therapy, systemic approach, bipolar disorder, cannabis, marijuana, Drug adherence.

## **INTRODUCCIÓN**

El presente informe tiene como finalidad sistematizar un caso clínico y la experiencia terapéutica desarrollada alrededor de él, elegido entre tres pacientes con las cuales se dio un acompañamiento psicoterapéutico durante el periodo Otoño 2020, en la Universidad Iberoamericana Puebla, dentro de las normas de supervisión de la clínica de Orientación en Psicoterapia y Aprendizaje Significativo (OPTA) bajo el enfoque de terapia sistémica.

Este informe presenta datos generales de la paciente, su diagnóstico psiquiátrico, datos del tratamiento farmacológico y las mediciones psicométricas correspondientes a las normas operativas del OPTA, con las que se evalúa su funcionamiento integral, de acuerdo a escalas de depresión, ansiedad y enojo, las cuales nos permiten observar cuantitativamente el avance obtenido a lo largo de las sesiones. Esta batería de pruebas se aplicó en las sesiones 1, 5, y 10 de las 12 sesiones en total que se tuvieron con la paciente en cuestión.

A lo largo de este trabajo, se podrá observar el desarrollo específico de la terapia sistémica hacia con una patología como lo es la bipolaridad y cómo el sistema familiar influye de manera significativa en el progreso de un trastorno fisiológico.

## **SISTEMATIZACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA**

Las políticas para la atención de pacientes de la Universidad Iberoamericana Puebla, son muy estrictas, todo favoreciendo el aprendizaje y la calidad de atención tanto del alumnado como de los usuarios, por tanto, los estudiantes de la Maestría en Psicoterapia durante su entrenamiento como psicoterapeutas, atienden pacientes de la clínica OPTA bajo la supervisión de docentes expertas en el tipo de terapia en el cual se están entrenando (Gestalt

y Sistémica). Dicha supervisión les permite a los estudiantes observar objetivamente su trabajo como terapeutas y las áreas de oportunidad dentro de él.

“La supervisión estimula la detección de errores de procedimiento, conducta o modelo teórico y provee los conocimientos específicos para resolver cualquier error metodológico o conductual del terapeuta en su trabajo.

Por su parte, O'Donovan, Halford y Walters (2011) sugieren que la supervisión tiene una “función restauradora” porque constituye un medio para que el supervisado obtenga bienestar y crecimiento personal a través del apoyo que se brinda y que es base fundamental en la formación psicoterapéutica. Un beneficio directo de este apoyo es que el psicoterapeuta puede concentrarse más eficientemente en su cliente al disminuir su propia ansiedad y separando con eficacia los temas personales de los profesionales.

La supervisión es una herramienta a la que se puede recurrir aun cuando ya se tiene amplia experiencia como clínico, ya que siempre resulta útil recibir retroalimentación sobre el propio desempeño, así como recibir consejo sobre cómo manejar con mayor eficacia los casos complicados, o bien, como mencionan Holloway y Neufeldt (1995) para formar “una comunidad de aprendizaje entre profesionales” de diversos modelos.” (Villafuerte, 2016, p. 44).

El tipo de supervisión llevada a cabo con este caso en específico fue directa en 3 ocasiones, por medio de la plataforma Zoom, los sábados a las 9 horas, en la cual se llevaba a cabo la sesión con la paciente y la supervisora hacía intervenciones indirectas en vivo por medio de la terapeuta y posteriormente se daban retroalimentaciones por parte de la misma supervisora y del equipo terapéutico.



## **TERAPIA EN LÍNEA**

A inicios de marzo 2020, empezó el contagio masivo del nuevo SARS-CoV-2, en la población mexicana, lo cual a todos nos hizo adaptarnos a cambios que no teníamos contemplados. Uno de esos cambios fue trasladar a los pacientes que se atendían de manera presencial a procesos en línea.

La teleterapia es una parte de la telepsicología utilizada por los psicólogos sanitarios y clínicos, que consiste en llevar a cabo un tratamiento a distancia con un contacto virtual que sustituye al contacto físico. (González-Peña, Torres, del Barrio, & Olmedo, 2017)

Algunos expertos son partidarios de aplicar a la teleterapia los mismos estándares deontológicos elaborados para la práctica psicológica, si bien otros proponen una adaptación, dadas las dificultades que impone la modalidad (Drum y Littleton, 2014). Naturalmente los principios básicos permanecen (competencia, confidencialidad y claridad del contrato), pero se aconseja una revisión de los contextos y una mayor flexibilidad que permita asumir los cambios rápidos (Davis, 2014). Las principales preocupaciones de los profesionales a la hora de realizar su labor terapéutica empleando la teleterapia se refieren a aspectos clínicos (la alianza terapéutica, la captación deficiente de la información no verbal en la interacción, la confidencialidad y la efectividad de la terapia), legales y técnicos (González-Peña et al., 2017, p. 88). Si bien el traslado de la psicoterapia presencial a la terapia en línea no ha sido fácil para ninguno de los estudiantes, ha sido el parteaguas para innovar a la hora de brindar los servicios que los pacientes demandan y aun más en medio de una crisis mundial como lo es una pandemia.

Uno de los beneficios encontrados de la terapia en línea es la posibilidad de tener mayor alcance poblacional para la salud mental. En este caso específico, la paciente P es residente de la ciudad de Orizaba, Veracruz y la terapeuta de Apizaco, Tlaxcala. A pesar de que la universidad que oferta los servicios terapéuticos se encuentra en la ciudad de Puebla, la oportunidad de tener psicoterapia a distancia aumenta con el solo hecho de contar con un dispositivo móvil o alguna otra herramienta digital para tal fin, además de tener las competencias digitales necesarias.

Las normas de confidencialidad de la clínica OPTA siguen vigentes, de la misma forma que sería en las instalaciones de la UIA, pero ahora los mecanismos de grabación de audio y video, quedaron a cargo de los estudiantes, lo cual representó un mayor reto, pues no todos los pacientes se podían conectar a través de la misma plataforma sugerida por la UIA (Zoom), sino el terapeuta debía acoplarse a las posibilidades del paciente y brindarle asesoría técnica.

### **ENFOQUE SISTÉMICO**

Como se mencionaba anteriormente, la supervisión de este caso clínico, fue desde la mirada sistémica, la cual a pesar de no estar acostumbrada a patologizar, se enfrentaba a un diagnóstico previo y con un proceso de medicación psiquiátrica en curso.

El modelo sistémico, al aportar una mirada abarcadora e interactiva, ofrece un punto de vista privilegiado para entender la labor educativa como una acción que engloba a familia y escuela, facilitando un encuadre reflexivo que hace posible la creación de relaciones y entornos interpersonales que favorecen el desarrollo. Este modelo permite manejar la comprensión de los problemas, la evaluación de los mismos y la intervención con una perspectiva evolutiva, abierta, flexible e integradora (Moreno, 2014, p. 97).

Tal como lo menciona Fernández (2015), una de las características favorecedoras de la terapia sistémica es la posibilidad de saber integrar diferentes aspectos de la vida del paciente para la búsqueda de la homeostasis, no sólo personal, sino de todo un sistema en el cual se desenvuelve el paciente, el cual, desde la perspectiva de la terapia en cuestión, es solo un síntoma del sistema y la manera en que se busca generar cambios.

El uso de terapia sistémica en el caso de la paciente P., permitió explorar aspectos que se considerarían irrelevantes, pero que, a lo largo de las sesiones, se vieron como factores determinantes en la adherencia terapéutica, comprobando así que los sistemas influyen de gran manera en el transcurso de cualquier enfermedad.

### **Conector para tema de bipolaridad**

#### **BIPOLARIDAD**

“El trastorno bipolar II se caracteriza por un curso clínico con episodios afectivos recurrentes consistentes en uno o más episodios de depresión mayor y al menos, un episodio hipomaniaco. El episodio depresivo mayor debe durar al menos 2 semanas y el episodio hipomaniaco debe durar al menos 4 días para que se cumplan los criterios diagnósticos. Durante el episodio afectivo, los síntomas requeridos para el diagnóstico deben estar presentes la mayor parte del día, casi todos los días, y deben suponer un cambio apreciable del funcionamiento y la conducta habituales del sujeto. Los episodios depresivos o las fluctuaciones hipomaniacas deben causar un malestar clínicamente significativo o una alteración del rendimiento social, laboral o en otras áreas; sin embargo, este requisito no se tiene que cumplir para los episodios hipomaniacos.

Los pacientes con trastorno bipolar II normalmente acuden al facultativo durante un episodio depresivo mayor y es poco probable que se quejen inicialmente de síntomas

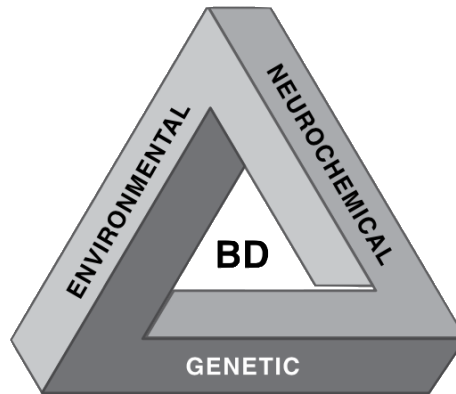
de hipomanía. Normalmente, los episodios hipomaníacos no causan por sí mismos disfunción. En cambio, la disfunción es consecuencia de los episodios depresivos mayores o de un patrón persistente de cambios impredecibles y fluctuantes del estado de ánimo y de un patrón de relaciones interpersonales o laborales poco fiables. Los pacientes con trastorno bipolar II puede que no vean los episodios hipomaniacos como patológicos o desfavorables, aunque el comportamiento errático del individuo pueda molestar a otras personas.

Un rasgo común del trastorno bipolar II es la impulsividad, que puede contribuir a los intentos de suicidio y a los trastornos por consumo de sustancias. La impulsividad también puede provenir de un trastorno concomitante de la personalidad.” American Psychiatric Association (APA), 2014, p.123

Según los criterios diagnósticos estipulados por el DSM V sobre el trastorno bipolar del tipo II, la paciente P presenta la mayoría de ellos, confirmando significativamente el diagnóstico establecido por su psiquiatra.

“Aunque se han propuesto numerosos factores y mecanismos para explicar la fisiopatología del trastorno bipolar, se desconoce su etiopatología definitiva. No obstante, se cree que la etiología del trastorno bipolar implica una interacción entre múltiples factores genéticos, neuroquímicos y ambientales.” (Scaini et al., 2020, p.

537



\* (Scaini et al., 2020, p. 537)

**Figura No. 1**  
*Etiología del Trastorno Bipolar*

## **OBJETIVO GENERAL**

- Sistematizar una intervención terapéutica bajo el enfoque sistémico.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Psicoeducar para que aprenda a identificar y manejar su estado de ánimo.
- Mejorar funcionamiento familiar.
- Fomentar la comunicación asertiva en el ámbito familiar.
- Generar auto-cuidado y búsqueda de estabilidad.

## **OBJETIVOS TERAPÉUTICOS**

- Aumentar la adherencia terapéutica a los fármacos.
- Establecer buena alianza terapéutica.
- Establecer redes de apoyo funcionales.

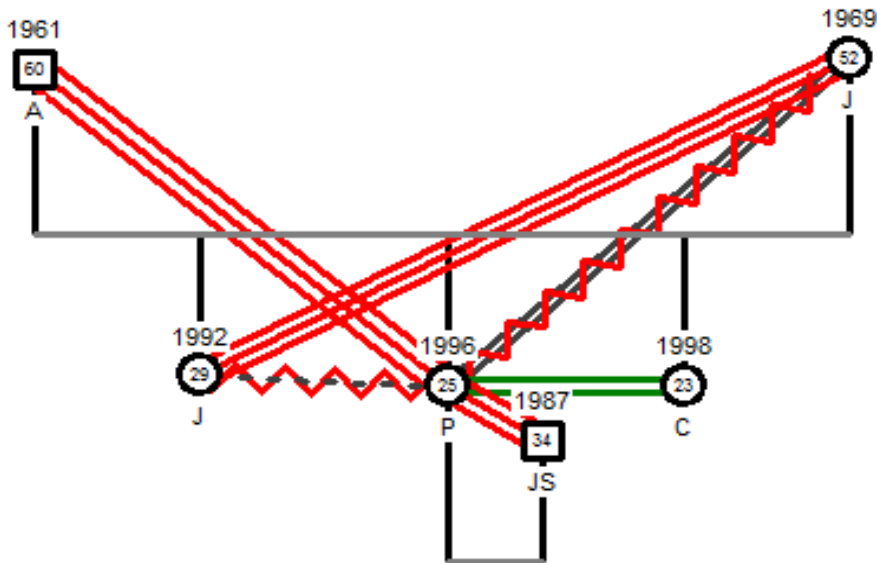
**DATOS GENERALES DE LA PACIENTE**

**Tabla No. 1**

*Datos generales de la paciente*

Sexo:	Femenino
Edad:	24 años
Estado civil:	Soltera
Ocupación:	Desempleada
Nivel de estudios:	Licenciatura
Residencia:	Orizaba, Veracruz

\*Elaboración propia



\*Elaboración propia

**Figura No. 2**

### *Genograma y estructura familiar.*

P es una joven de 24 años, tez blanca, 1.72 cm, con aspecto aliñado, egresada en el periodo otoño 2019 de la licenciatura en ingeniería industrial de una universidad privada del estado de Puebla.

La paciente P vive actualmente con sus padres y su hermana menor, después de haber permanecido sola en la ciudad de Puebla por 4 años. Al inicio del tratamiento, la relación con su madre era cercana pero conflictiva, sin embargo, conforme fue avanzando su proceso hubo una mejora notable atribuible a la instauración entre las dos de comunicación asertiva. La mamá de P, tiene rasgos obsesivos – compulsivos, reflejados específicamente en la limpieza. La relación con su padre ella la describe como muy buena, pues la comprende en muchos aspectos de su vida. Es de importancia mencionar que el padre de la paciente P, tiene un diagnóstico de trastorno bipolar del tipo I y es por eso que ella se siente mayormente identificada con su figura paterna.

“La fuerza de este componente genético también está respaldada por el mayor riesgo de trastorno bipolar observado en los familiares de primer grado de los pacientes, incluida la descendencia. El riesgo de trastorno bipolar es significativamente mayor en los hijos de padres diagnosticados con trastorno bipolar en comparación con los hijos de los padres de control; de hecho, una plétora de signos y síntomas pueden acompañar a este riesgo familiar incluso en ausencia de un diagnóstico completo de trastorno bipolar. Esta agregación familiar sugiere una relevancia potencial de ambos genes heredados, que pueden probarse mediante análisis genéticos moleculares, y el entorno familiar "heredado", que también se sabe que está potencialmente deteriorado frente a la psicopatología de los padres. En la búsqueda de genes relevantes

relacionados con trastorno bipolar, varios estudios de asociación de todo el genoma (GWAS) realizados en los últimos años han identificado múltiples loci con un pequeño efecto que puede explicar la heredabilidad, incluidos 30 loci recientemente descubiertos que codifican canales iónicos, transportadores de neurotransmisores, y componentes sinápticos.” (Scaini et al., 2020, p. 537)

Con su hermana mayor, la paciente P no tiene muy buena relación, pues considera que siempre le han impuesto seguir su ejemplo, pese a que sus ideales no son los mismos. La hermana mayor es psicóloga y actualmente vive en la ciudad de Tepic, Nayarit. Se comunican muy poco y durante el proceso, ella fue una miembro particularmente especial a la hora de reestructurar el sistema.

La hermana menor de la paciente P, actualmente está estudiando la licenciatura y se mantiene muy distante de la relación familiar, no interactúa mucho dentro del sistema y con la paciente P tiene un vínculo estable pero sin mucho involucramiento afectivo.

Actualmente la paciente P tiene una relación con JS, con el cual tiene planes de boda para el año 2022, su relación la describe muy estable y respetuosa el uno con el otro. Dentro del proceso, JS forma parte fundamental de la red de apoyo y la adherencia terapéutica que muestra P a su tratamiento.

## **MOTIVO DE CONSULTA E INTENTOS DE SOLUCIÓN**

La paciente P llega a la clínica OPTA por recomendación directa de su hermana la cual es egresada de la licenciatura en Psicología de una universidad privada.

Solicitó el servicio en diciembre 2019 y fue hasta septiembre 2020 que se le asignó un terapeuta, durante la primera sesión menciona que se acercó a buscar acompañamiento psicoterapéutico porque se había sentido muy deprimida y era algo que no podía controlar.



En el transcurso de haber estado en lista de espera de la clínica y que se le asignara un terapeuta, presentó episodios que la llevaron a buscar tratamiento psiquiátrico y su diagnóstico fue “Trastorno Bipolar del Tipo II y su psiquiatra le sugirió trabajar integralmente con psicoterapia para promover su mejoría en todos los aspectos.

Dentro de los intentos de solución de sus altibajos emocionales, acudió a sesiones de coaching durante dos meses, mismas que abandonó por ser (en palabras de la paciente) “demasiado abrumador tanto positivismo”.

En enero 2020 acude al psiquiatra que había estado tratando la bipolaridad de su padre y el diagnóstico que le dio fue “Trastorno Bipolar tipo II”, para lo cual la medicación indicada para su tratamiento consistió en Duloxetina de 60 mg y Atempator de 300 mg. La posología fue una tableta diaria de ambos medicamentos, ingeridas después del desayuno. (Este tratamiento fue tomado por la paciente P durante 10 meses).

Posteriormente durante el tratamiento psicoterapéutico la paciente P tuvo una recaída por abandono de medicamento, en la cual tuvo un intento de suicidio. Esta recaída se atribuye (además de los movimientos propios del sistema) a un abrupto abandono del medicamento, pues mencionó ya no tenía síntomas.”

Posterior a esta recaída, acudió antes de lo previsto con su psiquiatra, el cual le indicó un cambio de medicamento por Risperdal de 20 mg, 1 tableta por la mañana y otra por las noches, Cariprazina de 3 mg, 1 tableta por las mañanas y Paroxetina de 20 mg, 1 tableta por las noches. Este tratamiento farmacológico lo tomó la paciente P desde su recaída, hasta la fecha.

Se pudo constatar un avance significativo y una mejoría considerable después de dicho ajuste a su tratamiento farmacológico. Se le hizo conciencia acerca del retorno de sus síntomas debido a la pausa abrupta que hizo con su medicación anterior.

## **TÉCNICAS DE EVALUACIÓN CUALITATIVA**

**ENTREVISTA PSICOLÓGICA:** Al contar con solo cincuenta minutos por sesión, durante las primeras dos, se aplicó una entrevista semi estructurada, en la cual se recabaron datos específicos relacionados con la vida actual de la paciente P, además de su historia clínica, no solo en el área psicológica, sino de salud en general. Dicha entrevista, dio la pauta a elegir objetivos claros a trabajar durante las siguientes sesiones, además de los planteados por la paciente.

La entrevista psicológica es una relación de índole particular que se establece entre dos o más personas. Lo específico o particular de esta relación reside en que uno de los integrantes de la misma es un técnico de la psicología que debe actuar en ese rol y el otro -o los otros- necesitan de su intervención técnica. Pero es un punto fundamental que el técnico no sólo utiliza en la entrevista sus conocimientos psicológicos para aplicarlos al entrevistado, sino que esta aplicación se produce precisamente a través de su propio comportamiento en el curso de la entrevista. La entrevista psicológica es entonces una relación entre dos o más personas en las que éstas intervienen como tales. Para subrayar el aspecto fundamental de la entrevista se podría decir, de otra manera, que ella consiste en una relación humana en la cual uno de sus integrantes debe tratar de saber lo que está pasando en la misma y debe actuar según ese conocimiento. (Fernández-Ballesteros, 2011, p. 14)

**GENOGRAMA:**

“El genograma, es el diseño de un árbol ramificado que permite conocer en forma gráfica la constelación familiar multigeneracional. Posibilita, a su vez, la observación sintética del cuadro compuesto por las diferentes familias de una persona. Además, como señalan McGoldrick y Gerson (1985): [...] presentan la información en forma gráfica de manera tal que proporciona un rápido Gestalt de complejas normas familiares y una rica fuente de hipótesis sobre cómo un problema clínico puede estar relacionado con el contexto familiar y la evolución tanto del problema como del contexto a través del tiempo. También, podría ser definido como un resumen clínico en donde se reúne una gran información acerca de la familia. Información que permite anticiparse a la posibilidad de aparición de potenciales problemas y desarrollar así, elementos de prevención. En este sentido, es un organizador del trabajo terapéutico: al insertarse los datos principales que componen las características individuales de los miembros de la familia y del sistema en general, se puede reunir un todo informativo que centra el motivo de consulta, el problema o los problemas y las normas de funcionamiento que lo sostienen. De esta manera, es factible elaborar la o las hipótesis del caso y los recursos estratégicos para abordarlo.” (Ceberio, 2018, p. 19)

**PROTOCOLO OPTA:** Como parte de la evaluación después de las primeras entrevistas, la clínica OPTA tiene como normativa el llenado de un protocolo donde se evalúan diferentes áreas de la vida del paciente. Desde los datos generales, socioeconómicos, de vivienda, médicos y se incorpora el diagnóstico multiaxial. Protocolo con el cual, se pueden tomar las decisiones pertinentes en cuanto al tratamiento y necesidades especiales de cada paciente. Dicho protocolo, se tiene que entregar a más tardar a la sexta sesión y es parte esencial del proceso terapéutico.

## INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN CUANTITATIVA.

**Tabla No. 2**

***Inventario de depresión de Beck - II***

<b>Autor(es):</b>	<b>Aaron T. Beck</b>
<b>Mide:</b>	Depresión
<b>SopORTE:</b>	Administración oral. Autoinforme de lápiz y papel.
<b>Compuesto por:</b>	21 ítems de tipo Likert.
<b>Ítems indicativos:</b>	“De síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc.”
<b>Áreas de aplicación:</b>	Psicología clínica, Neuropsicología, Psicología forense
<b>Significado de puntajes:</b>	El rango de las puntuaciones va desde 0 a 63 puntos. Cuanto más alta sea la puntuación, mayor será la severidad de los síntomas depresivos. Se establecen cuatro grupos en función de la puntuación total: <ul style="list-style-type: none"><li>• 0-13, mínima depresión</li><li>• 14-19, depresión leve</li><li>• 20-28, depresión moderada</li><li>• 29-63, depresión grave.</li></ul>
<b>Tiempo de aplicación:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• En aplicación individual: 5-10 minutos</li><li>• En aplicación colectiva: 5-10 minutos</li></ul>
<b>Confiabilidad y Validez</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Confiabilidad: .83</li></ul>

\*Elaboración propia

**Tabla No. 3**

***Inventario de ansiedad de Beck***

<b>Autor(es):</b>	<b>Beck AT, Brown G, Epstein N y Steer RA.</b>
<b>Mide:</b>	Ansiedad
<b>SopORTE:</b>	Administración oral. Autoinforme de lápiz y papel.
<b>Compuesto por:</b>	21 ítems de tipo Likert. Cada ítem se puntúa de 0 a 3: <ul style="list-style-type: none"><li>• 0 = “En absoluto”</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 = “Levemente, no me molesta mucho”</li> <li>• 2 = “Moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo”.</li> <li>• 3 = “Severamente, casi no podía soportarlo”</li> </ul>
<b>Ítems indicativos:</b>	<p>Representan bien el dominio de los trastornos de ansiedad. Cada uno de los elementos del BAI es una descripción simple de un síntoma de ansiedad en cada uno de sus cuatro aspectos relevantes:</p> <p>1. Subjetivo (por ejemplo, «no puedo relajarme»);  2. Neurofisiológico (por ejemplo, «entumecimiento u hormigueo»);  3. Autónomo (por ejemplo, «sensación de calor»);  4. Pánico (por ejemplo, «miedo a perder el control»).</p>
<b>Áreas de aplicación:</b>	Psicología clínica, Neuropsicología, Psicología forense, Psicología educativa, Psicología del deporte
<b>Significado de puntajes:</b>	00-21 – Ansiedad muy baja 22-35 – Ansiedad moderada +36 - Ansiedad severa
<b>Confiabilidad y Validez</b>	Confiabilidad .75

\*Elaboración propia

**Tabla No. 4**  
**Escala global**

<b>Autor(es):</b>	<b>Bobes J, García-Portilla MP, Bascarán MT, Sáiz PA, Bousoño M</b>
<b>Mide:</b>	Mide el funcionamiento en las diversas áreas de la vida, laboral, escolar, relacionales en la amistad, pareja y familia, salud física y salud sexual
<b>SopORTE:</b>	Administración oral. Autoinforme de lápiz y papel.
<b>Compuesto por:</b>	7 ítems de tipo likert 1 = “Nada” 2 = “Casi nada”. 3 = “Poco”

	4 = “Regular” 5 = “Mucho” 6 = “Muchísimo”
<b>Ítems indicativos:</b>	“Mi vida social habitual (relaciones de amistad) está siendo perjudicada”
<b>Áreas de aplicación:</b>	Psicología clínica.
<b>Significado de puntajes:</b>	Cada ítem se valora de 1-6 puntos en función del valor escogido por la persona evaluada
<b>Confiabilidad y Validez</b>	Fabilidad: .84 Validez: Facie

\*Elaboración propia

**Tabla No. 5**

***Escala enojo estado - rasgo***

<b>Autor(es):</b>	<b>Raul Alcázar</b>
<b>Mide:</b>	Mide la propensión de la persona a experimentar enojo a través del tiempo y las situaciones.
<b>Soporte:</b>	Administración oral. Autoinforme de lápiz y papel.
<b>Compuesto por:</b>	10 ítems de tipo likert 1 = “Casi nunca” 2 = “Algunas veces”. 3 = “Frecuentemente” 4 = “Casi siempre”
<b>Ítems indicativos:</b>	“Me pongo furioso cuando me critican delante de los demás.”
<b>Áreas de aplicación:</b>	Psicología clínica, psicología educativa.
<b>Significado de puntajes:</b>	Puntajes de 10 a 16: Puntaje bajo Puntajes de 17 a 22: Promedio Puntajes de 23 a 40: Puntaje alto
<b>Confiabilidad y Validez</b>	Fabilidad: .83 Validez:

\*Elaboración propia

**Tabla No. 6**

***Resultados cuantitativos de escala global***

Sub-Escalas	SESIÓN 1	SESIÓN 5	SESIÓN 10	SESIÓN 15
<b>Vida Social</b>	6	6	6	2
<b>Funcionamiento Escolar</b>	6	5	6	2

<b>Ratos Libres</b>	5	4	6	2
<b>Familia</b>	5	3	6	1
<b>Salud Física</b>	5	3	6	2
<b>Vida en General</b>	5	3	6	2
<b>Pareja</b>	4	2	6	1

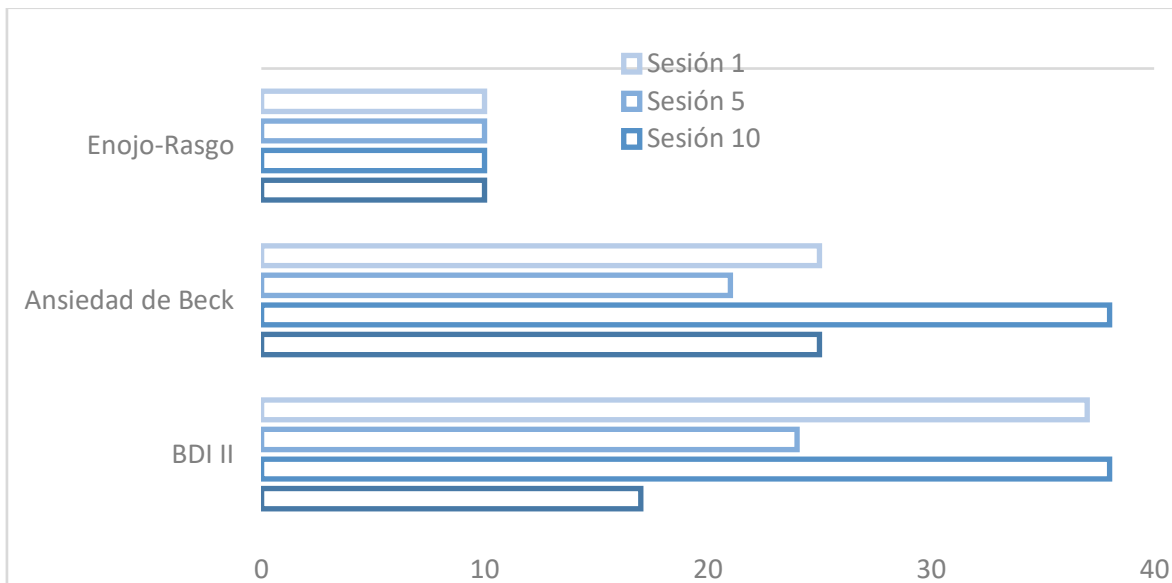
\*Elaboración propia

**Tabla No. 7**

*Resultados cuantitativos de BDI – II, Inventario de ansiedad de Beck y Escala enojo - rasgo*

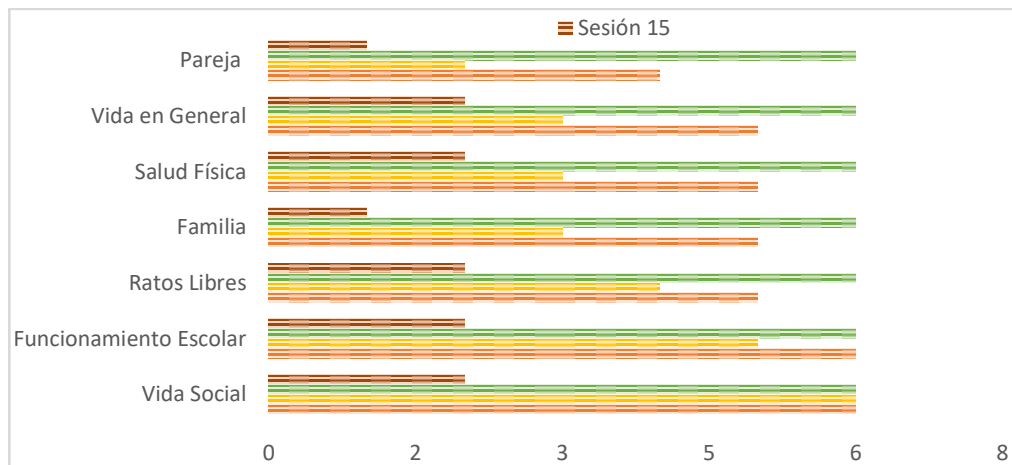
PRUEBAS	SESIÓN 1	SESIÓN 5	SESIÓN 10	SESIÓN 15
<b>BDI - II</b>	37 Depresión Grave	24 Depresión Moderada	38 Depresión Grave	17 Depresión Leve
<b>Inventario de ansiedad de Beck</b>	25 Ansiedad Moderada	21 Ansiedad Muy Baja	38 Ansiedad Grave	25 Ansiedad Moderada
<b>Escala Enojo-Rasgo</b>	10 Bajo	10 Bajo	10 Bajo	10 Bajo

\*Elaboración propia



\*En esta gráfica podemos observar el avance progresivo de la ansiedad, depresión y enojo, así como la recaída antes mencionada, en la sesión 10 y su retroceso en el proceso.

**Figura No. 3**



\*En esta gráfica podemos observar cómo el funcionamiento global de la paciente P mejora conforme pasan las sesiones, a excepción de la vida social, lo cual es atribuible a la cuarentena por COVID-19.

**Figura No. 4**  
*Graficación de resultados de escala de funcionamiento global.*

En cuanto a los resultados cuantitativos de la paciente P, podemos observar una mejora notable desde la sesión 5. Como se había mencionado anteriormente, alrededor de la sesión 9 ella dejó de tener conciencia de sus síntomas fisiológicos gracias al tratamiento farmacológico y psicoterapéutico, así como aunado a una crisis familiar con su hermana mayor, abandona el tratamiento farmacológico y se ve una decadencia en su estado emocional.

“La adherencia al tratamiento farmacológico está, a su vez, íntimamente ligada a la conciencia de padecer una enfermedad mental (insight), de forma que los pacientes con un insight pobre presentan un peor cumplimiento de la medicación. Así, por ejemplo, entre el 40% y el 50% de las personas con esquizofrenia y trastorno bipolar tienen una conciencia inadecuada de enfermedad.” (Isasi, 2011, p. 82)



Posterior al reajuste de medicación y el trabajo psicoterapéutico sobre el sistema familiar, la paciente P logra retomar su mejora.

Los niveles de ansiedad y depresión en la paciente P fueron los mas fluctuantes durante el proceso, lo cual se le atribuye a la reestructura del sistema, así como a la adaptación orgánica a los medicamentos.

Sus niveles de funcionamiento en la escala global nos dan a conocer que mejoró su relación con su familia, en su salud y con la vida en general. Esto atribuible a la psicoeducación en cuanto a comunicación asertiva y autocuidado.

**Tabla No. 8**  
***Diagnóstico multiaxial (APA, 2002)***

<b>Eje 1</b>	<b>296.89 Trastorno Bipolar II (F31.81)</b>  <b>304.30 Trastorno por consumo de Cannabis (F12.20)</b>
<b>Eje 2</b>	Trastorno de la personalidad obsesivo – compulsivo
<b>Eje 3</b>	Síndrome de intestino corto
<b>Eje 4</b>	Problemas relativos al ambiente social  Problemas relacionados al grupo primario de apoyo
<b>Eje 5</b>	EEAG: 60-51 Síntomas moderados

\*Elaboración propia, basada en APA (2014)

### **FORMULACIÓN DEL CASO CLÍNICO A PARTIR DEL ENFOQUE SISTÉMICO**

La paciente P acude a terapia por complicaciones emocionales derivadas a partir de su diagnóstico de trastorno bipolar del tipo II, a lo largo del proceso terapéutico, siguiendo el modelo de entrevista del enfoque sistémico basado principalmente en indagar en el sistema familiar y el cómo este influye en las interacciones del paciente, salieron a relucir conflictos

específicos con miembros del núcleo familiar, especialmente con la madre y hermana mayor de la paciente P.

La paciente P, llega a sesiones psicoterapéuticas por la necesidad de trabajar sus síntomas evidentes de la bipolaridad, en especial de la depresión. Durante la segunda sesión, la paciente menciona tener una relación compleja con su madre, pues a su regreso a su ciudad natal, luego de pasar 4 años viviendo sola en la ciudad de Puebla, la readaptación a las normas de convivencia dentro de su hogar, se había tornado complicada.

La paciente narró que la relación entre ambas nunca había sido buena, pues desde la primera infancia, había notado sesgos en el trato, en comparación con su hermana mayor.

P se describe a sí misma como una persona muy independiente y ha sido así desde edades tempranas, debido a que nunca prestaron especial atención en su cuidado o crecimiento.

Cuando se habla de la relación que tiene con su cuerpo, menciona que nunca ha sido buena, pues desde pequeña, cuando entrenaba ballet, nunca encajó con los estereotipos corporales impuestos dentro de esa parte de la industria del arte. Recuerda que desde los 4 años, le exigían cumplir con estándares tales como, piernas y caderas delgadas, abdomen plano y estructura esbelta en general. Parámetros que por su genética nunca logró cumplir y por los cuales, venía arrastrando una constante culpa y rechazo por su cuerpo. Este desagrado, era alimentado constantemente por comentarios hechos por su madre

Conforme fueron avanzando las sesiones y por medio de la circularidad que propone la terapia sistémica, se pudo notar una falta de comunicación asertiva por ambas partes (P y su madre), las cuales las llevaban a constantes discusiones dentro de su interacción y por tanto un deterioro mayor en los síntomas depresivos de P.

En cuanto a la relación con la hermana mayor, P prefería evitar el contacto directo con ella, con la finalidad de no propiciar comentarios que la hicieran sentir mal (de la hermana mayor

hacia P). Cuando se habló de reestructurar el sistema a partir de las nuevas necesidades emocionales que presentaba, se pudo percatar que más allá de querer evadir su vínculo, necesitaba confrontar las actitudes pasivo- agresivas que tenían hacia ella. Dentro de estas confrontaciones y reestructura del sistema, a nivel emocional y de comunicación, P tuvo una recaída, ligado además de estos reacomodos, al abandono abrupto de los medicamentos psiquiátricos.

Algunos autores afirman que, en trastornos como la bipolaridad, el paciente deja de tener conciencia de sus síntomas orgánicos, por lo cual son más propensos al abandono de tratamiento farmacológico.

A partir de las sesiones psicoterapéuticas semanales, P empieza a identificar situaciones específicas de su vida en las cuales ha sentido que su sistema familiar ha influenciado recaídas en su estado anímico, tales como el abandono en la recuperación de sus cirugías, en su infancia y en el proceso de diagnóstico de su trastorno.

Según el genograma, se puede observar una sobre identificación / fusión con la figura paterna y una relación fusionada pero conflictiva con la figura materna, las cuales se tiene la hipótesis, crean en P la falta de identidad propia.

## **TÉCNICAS**

A continuación, se enuncian las principales técnicas del enfoque sistémico utilizadas a lo largo del proceso psicoterapéutico de P:

**Tabla No. 9**

***Técnicas***

<b>Nombre de la Técnica</b>	<b>Redefinición positiva del síntoma</b>
<b>Autor</b>	Salvador Minuchin
<b>¿En qué consiste?</b>	Consiste en atribuir un significado positivo a la conducta problema o síntoma (a menudo en términos de generoso sacrificio) y del contexto relacional donde adquiere su funcionalidad, especificando la contribución de cada uno

---

de sus miembros a la pauta circular. A menudo, se describen estos comportamientos como inspirados por algún motivo noble, como el de mantener la familia unida. Al proporcionar una explicación lógica sobre el porqué cada miembro actúa de la forma en que lo hace, el terapeuta y su equipo se sitúan en una posición de neutralidad, de no juzgar, lo que coloca las conductas de los distintos miembros al mismo nivel, evitando descripciones del tipo “víctima-victimario”, “bueno-malo” o “sano-loco”.

---

**¿Por qué se eligió esta técnica?**

La paciente P. se veía desde una postura de desvalida, sin herramientas y dependiente, cuando en realidad ha desarrollado mucha independencia y auto cuidado

---

---

**Nombre de la Técnica**

**Reencuadre**

---

**Autor**

Paul Watzlawick

---

**¿En qué consiste?**

El reencuadre en psicoterapia consiste en modificar la visión de una realidad a fin de cambiar completamente su sentido.

Mony Elkaïm (2004) define el reencuadre como la técnica que consiste en modificar el contexto conceptual y /o emocional de una situación, o el punto de vista según el cual es vivida, situándola en otro marco; a menudo en otro nivel superior de lectura.

El reencuadre ha de tener, por tanto, un valor operatorio, es decir, ofrecer otra lectura de la situación que posibilite nuevas aperturas. Y para que esto sea posible el terapeuta no debe usurpar el lugar del otro creyendo que su verdad es absoluta o dibujando un camino que no abra más posibilidades que las vías en las que cree el terapeuta.

---

**¿Por qué se eligió esta técnica?**

La paciente P observa su trastorno como una dificultad para relacionarse, pero éste le ayudó a empezar a pedir ayuda en otras áreas de su vida y a reencontrarse con su familia.

---

---

**Nombre de la Técnica**

**Amplificar el cambio.**

---

**Autor**

Salvador Minuchin

---

<b>¿En qué consiste?</b>	Enfocarse en las descripciones de acciones en las que la familia pueda ser vista como que ha iniciado o implementado un cambio, de una manera positiva y respetando el nivel de confianza de la familia con respecto a que el cambio ha ocurrido.
<b>¿Por qué se eligió esta técnica?</b>	Era necesario hacerle notorio a la paciente P, el compromiso que ha adquirido con sus tratamientos, así como los cambios significativos que han mostrado sus relaciones

Nombre de la Técnica	Duograma.
Autor	Teresa Arcelloni
¿En qué consiste?	Comprende las relaciones sentimentales significativas para el sujeto a lo largo de su vida (desde niños, hasta adultos); incluidas las historias deseadas, fantaseadas y nunca realizadas en la realidad ya sea porque no hubo correspondencia del sentimiento o porque ese quedó en secreto.
¿Por qué se eligió esta técnica?	La técnica se eligió porque los tratamientos empíricos (bases de datos) dicen que esa es la técnica más efectiva para representar el problema del paciente.

\*Elaboración propia

## **IMPLEMENTACIÓN DEL TRATAMIENTO**

Sesión número: 6

Técnica empleada: Amplificar el cambio

Desarrollo de la técnica:

-P: Ya estoy harta de que me juzguen, ahora creo que si estoy haciendo las cosas bien

-T: ¿Qué es lo que estás haciendo por ti, P.?¿Por qué crees que estas haciendo las cosas bien?

-P: Pues porque por primera vez en la vida estoy diciendo como me gusta que me traten

¿Sabes?, pues si, mas bien por primera vez estoy siendo como yo soy. Y aparte estoy

viviendo todo este proceso, entonces siento que el poder darme cuenta se pueden establecer

esas cosas que son básicas y yo no lo había hecho porque no me había dado cuenta que podía

-T: No era tu momento

-P: Pues si

-T: Creo que si has avanzado tanto en este proceso terapéutico, es porque tienes la madurez para afrontar muchas cosas y cuando te digo algo, lo tomas desde el crecimiento y no desde el regaño, creo que es tu momento de crecimiento y en otro momento no hubiera podido pasar así

-P: ¿Sabes qué? Llevo sintiéndome mal tanto tiempo que cuando me escribió Maru (encargada de la clínica OPTA) y me dijo que podía recibir tratamiento con ustedes, dije: Lo tengo que aprovechar. Por eso parezco merolico cada que me conecto, pero también es una herramienta que tengo que aprovechar, porque me va a servir siempre

-T: Justo por eso siento que estás haciendo las cosas bien, P., que no hay nada que juzgar aquí, estás apegada a tu tratamiento psiquiátrico, vienes a sesión aunque a veces no quieras, tienes una actitud cooperadora en terapia y hay cosas que aunque duelan, las sacas. Yo no se que podrías hacer mejor P., no se que hay que juzgar aquí, eres una paciente súper comprometida, para que alguien nos rompa este proceso viéndolo desde el juicio y que no ha visto tu esfuerzo

-P: \*Llanto\* Es cierto

Resultado de la técnica: P logró percatarse que el avance “pequeño” que ella siente, realmente es significativo a comparación de las primeras sesiones de terapia y que nadie mas que ella puede medir su avance, evitando así la influencia de críticas no constructivas hacia su proceso. Durante las siguientes sesiones, P podía lograr con mayor facilidad darse cuenta de sus avances en cuanto a la adherencia terapéutica, farmacológica y los cambios que estaba teniendo en su comunicación asertiva, que si bien, no iban a ser radicales de un momento a otro, el conjunto de los pequeños procesos que iba implementando, generaban grandes cambios dentro del sistema familiar y en cómo interactuaba con los vínculos que tenía con su familia.

**Tabla No. 10**  
**Reporte de temas abordado por sesión**

<b>Mes</b>	<b>Día</b>	<b>No. De Sesión</b>	<b>Asistencia</b>	<b>Tema Tratado</b>	<b>Avance Obtenido</b>
<b>SEPTIEMBRE</b>	1	1	A	Encuadre	Establecimiento de alianza terapéutica
	8	2	A	Relación con su madre	Mencionó los conflictos específicos que tiene con su figura materna
	15	3	A	Relación con su padre y sus hermanas	Logró encontrar una alianza con su padre, en la cual encontraba apoyo
	26	4	A	Construcción del auto concepto	Logra ver aspectos positivos que hay en sí misma
	29	5	A	Desarrollo de su sexualidad	Elaboración del duograma
<b>OCTUBRE</b>	6	6	A	Relación con su hermana mayor	Observó los aspectos específicos que le molestaban de su hermana y no había podido mencionar
	13	7	NA	----	----
	17	8	A	Asertividad en la comunicación con su hermana mayor	Establecimiento de límites
	27	9	A	Diferenciación de los valores y creencias familiares	Analizó los valores y creencias que le funcionan a partir de lo que quiere lograr y los que debe dejar de lado para la construcción de nuevos.
<b>NOVIEMBRE</b>	3	10	A	Pensamientos suicidas y adherencia a tratamiento farmacológico	Mencionó ideas suicidas pasadas y se dio contención en momento de crisis
	10	11	A	Psicoeducación sobre los síntomas de la bipolaridad y	Se percató de que los fármacos y la psicoterapia son

				el apoyo de los fármacos en el trastorno.	herramientas que mejoran sus síntomas y debe ser constante.
	17	12	A	Búsqueda de red de apoyo y saber pedir ayuda	Hizo una lista de personas a quienes pedir ayuda en caso de otra crisis emocional
	24	13	A	Autoconcepto y autoestima	Construyó la idea de sí misma a partir de los nuevos cambios que ha tenido.
<b>DICIEMBRE</b>	1	14	A	Establecimiento de metas a corto y mediano plazo	Creó un plan de vida a corto y mediano plazo, con metas realistas y un “Plan B” en caso de la frustración de alguno de los pasos.
	8	15	A	Cierre de proceso terapéutico	Observó los cambios contruídos y creó su plan de búsqueda de apoyo cuando necesitara de nuevo proceso terapéutico.

\*A: Asistió \*NA: No asistió

\*Elaboración propia

## **SEGUIMIENTO POSTERIOR AL PROCESO TERAPÉUTICO**

Como se pudo observar en la tabla de reportes de sesión, se concluyó proceso terapéutico con la paciente P en el mes de Diciembre 2020 y como parte del seguimiento psicoterapéutico posterior, se contactó a la paciente en el mes de Marzo 2021. En este nuevo contacto, la paciente manifestó sentirse estable desde la última sesión que se tuvo, la comunicación asertiva con su familia se había mantenido y la relación con su madre y hermana mayor, seguían con mejoras continuas.



Por otro lado, la paciente P decidió revelar un dato que ella consideraba era de suma importancia dentro de su proceso, pero había decidido omitir en meses pasados, por “miedo” al protocolo que se pudiera llevar a cabo dentro de la clínica OPTA.

P informó que desde hacía dos años, es consumidora activa de marihuana y aunque esto si lo había comentado con su psiquiatra, quería darlo a conocer como parte de su proceso en terapia.

“La cannabis sativa es una planta de la familia Cannabaceae que fue clasificada por el botánico sueco Carlos Linneo en 1753. Existen otras dos especies de esta planta: cannabis indica y cannabis ruderalis. La marihuana es una mezcla de hojas secas, flores, tallos y semillas de la cannabis sativa. Esta planta contiene una sustancia que altera la mente llamada tetrahidrocannabinol (thc), y otros compuestos con actividad biológica. La cannabis es la droga ilegal (o legal) de uso más frecuente en todos los estratos sociales. Los usuarios la consumen porque reduce el estrés y la ansiedad, incluso puede inducir el sueño; además, aumenta la percepción de los sabores de los alimentos. Los efectos biológicos de la marihuana son producidos por compuestos químicos llamados canabinoides que se encuentran en la mayor parte de la planta, aunque están más concentrados en la resina o hachís, producida por las glándulas de las vellosidades de las hojas” (Jaramillo Juárez y Terrones Saldívar, 2016, p. 27)

El psiquiatra de P desde la primer consulta y antes de iniciar tratamiento farmacológico, le indicó la importancia de dejar su consumo por las probables interacciones medicamentosas entre los fármacos y el cannabis. Sabedora del riesgo existente, P no disminuyó ni frenó su consumo. Por otro lado, comenta que gracias a la marihuana se había mantenido estable durante ataques de ansiedad y episodios de depresión. Además de proporcionarle calma, P la

usaba para provocarse hambre, pues durante los episodios depresivos, podía pasar hasta 24 horas en ayuno. Describe que sus consumos habituales eran en horarios matutinos (antes del desayuno) y ocasionalmente por la tarde.

Cuando se le cuestiona acerca de la evidente adicción, P menciona que ella no cree que “adicción” sea la palabra que usaría para describir su consumo, pues sabe cuando puede dejarla y que no está cegada a los efectos dañinos a su cuerpo.

“El Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de los Estados Unidos define la adicción como “una enfermedad crónica del cerebro con recaídas, caracterizada por la búsqueda y el uso compulsivo de drogas, a pesar de sus consecuencias nocivas”. Se considera una enfermedad del cerebro porque las drogas modifican su estructura y funcionamiento. Estos cambios pueden durar mucho tiempo y conducir a las personas que abusan de las drogas a comportamientos peligrosos. Por ello, restringiendo el concepto anterior a las sustancias que modifican la conciencia, el estado de ánimo y la conducta, las drogas incluyen a un grupo variado de “sustancias psicoactivas”, cuyo potencial adictivo y de peligrosidad puede variar significativamente. Estas diferencias se deben a las propiedades farmacológicas de cada sustancia, al tiempo de consumo, la dosis y vía de administración, las características del usuario y el contexto en que se consumen.” (Jaramillo Juárez y Terrones Saldívar, 2016, p. 19)

P hace saber que cuando se le pidió hacer actividades fuera de su habitación con la finalidad de mejorar su funcionamiento durante el proceso terapéutico (Septiembre 2020 – Diciembre 2020), una de las actividades que adquirió y que mayor mejora le dio, fue plantar y cuidar

plantas de cannabis, pues sentía la necesidad de levantarse a regarlas, podarlas y en general cuidarlas.

Las situaciones problemáticas que ahora se presentan en su casa, son debido a su constante consumo y el aumento del mismo durante el último mes. Como se mencionó, su consumo se limitaba a una o dos veces al día y a partir de febrero, comenzó a fumar antes de someterse a situaciones que ella considera estresantes, tales como cenas familiares o interacciones sociales abrumadoras.

“Los compuestos de marihuana y los cannabinoides activan receptores endocannabinoides en el SNC, siendo los principales: CB1 y CB2. Los receptores CB1 se encuentran en alta concentración en el hipocampo, cerebelo, ganglios basales, corteza prefrontal y sistema límbico. Los receptores CB2 se localizan en células inmunes y regulan descargas de citoquinas. Es factible que los receptores endocannabinoides interactúen, asimismo, con neurotransmisores dentro del SNC, haciendo su efecto fisiopatológico aún más complejo. El efecto (sensación) al fumar un cigarrillo de marihuana es experimentado por el sujeto después de unos segundos o minutos, con un efecto máximo después de 30 minutos y con duración del efecto de entre 2 y 3 horas. La concentración plasmática máxima de THC ocurre dentro de los primeros 10 minutos y disminuye aproximadamente a 60% del nivel pico a los 15 minutos y 20% hacia los 30 minutos después de la inhalación repetida. Si el cigarrillo se comparte con otros fumadores, la absorción sistémica de THC es entre 25 y 27% del contenido total”. (Rivera Olmos & Parra Berna, 2016, p. 628)

**Tabla No. 11**  
***Concentración de receptores CB1 en el cerebro***

	<b>REGIÓN CEREBRAL</b>	<b>FUNCIÓN</b>
<b>ALTA DENSIDAD CB1</b>	<i>Substantia Nigra</i>	Gratificación, adicción, función motora dopaminérgica
	Cerebelo	Coordinación y control motor
	<i>Globus pálidus</i>	Movimiento voluntario, tono muscular
	Núcleo Caudado	Aprendizaje, sistemas de memoria, control motor
<b>MODERADA DENSIDAD CB1</b>	Corteza cerebral	Proceso de toma de decisiones, cognición, conducta emocional
	<i>Putamen</i>	Movimiento, aprendizaje, tono muscular
	Amígdala	Ansiedad y estrés, dolor, emoción y miedo.
	Hipocampo	Memoria y aprendizaje
<b>BAJA DENSIDAD CB1</b>	Hipotálamo	Control neuroendócrino, apetito, temperatura corporal.
<b>MÍNIMA O AUSENTE DENSIDAD CB1</b>	Mesencéfalo, región pontina, <i>nédula oblongata</i> , tálamo.	Diversas funciones motoras, sensoriales y automáticas.

\*Medical Marijuana and other Cannabinoids: Texas Physicians & Physician Assistants 2016, NetCE

A pesar que su consumo inició hace dos años (2018), desde el inicio de la cuarentena COVID-19 (Marzo 2020) toda su familia empezó a ser conocedora de su adicción y su pareja, ocasionalmente comparte consumo con ella. Los síntomas de su adicción son egosintónicos y por ello no le preocupa cambiarlos. Lo único que a ella le conflictúa es la necesidad de que en especial, su madre, se adapte a verla consumir.

Cuando se le cuestiona acerca de intentos en disminuir su consumo, menciona que en una ocasión los problemas familiares, por verla fumar, eran demasiados y dejó de ingerir por una semana. A la par de dejar sus medicamentos psiquiátricos. Si bien esta nueva información no cambia la perspectiva de la adherencia farmacológica y la estrecha relación con el intento de

suicidio, si tiene gran importancia en el entendimiento de la química cerebral al sufrir síndrome de abstinencia, tanto farmacológica, como del cannabis.

“El abuso en el consumo de las drogas puede generar dependencia física o dependencia psíquica. La dependencia física se refiere a un estado fisiológico alterado producido por la exposición repetida a una droga, que provoca la necesidad de continuar su administración para evitar el malestar que aparece por la privación del consumo; ejemplos: alteraciones en la frecuencia cardíaca y en la respiración, sudoración, vómitos, etc. Estas alteraciones fisiológicas que se presentan por la suspensión abrupta del consumo de una droga se conocen en conjunto como síndrome de abstinencia. A su vez, la dependencia psíquica es una condición en la que existe la necesidad mental de consumir la droga de forma continua o periódica para obtener placer, es decir, se trata del deseo irrefrenable de consumir la sustancia. Estos tipos de dependencia pueden acompañarse o no de otro fenómeno llamado tolerancia, o sea “la necesidad de aumentar progresivamente las dosis de una droga para obtener efectos de magnitud semejante”. Es decir, cuando se consume una droga que produce tolerancia se deben ingerir cantidades cada vez mayores para obtener los mismos efectos. En ocasiones, los farmacodependientes pueden consumir dosis muy altas de una droga que sería mortal si se administrara cuando inician el consumo de la misma.” (Jaramillo Juárez y Terrones Saldívar, 2016, p. 20-21)

Respecto al consumo de cannabis y sus efectos, Bartoli (2017, p. 1260) asienta:

“El consumo de cannabis se asocia con un aumento de los síntomas maníacos, depresivos y psicóticos, ciclos rápidos, bajo cumplimiento y peor funcionamiento, lo que afecta los resultados clínicos a largo plazo y disminuye la probabilidad de remisión. Los datos metanalíticos anteriores, incluidos cuatro estudios diferentes

basados en 3439 sujetos con trastorno bipolar (559 con trastorno por consumo de cannabis concomitante), han mostrado una asociación significativa [odds ratio (OR)= 1,44; Intervalo de confianza (IC) del 95% = 1,07–1,94] entre los intentos de suicidio y el consumo de cannabis” (Bartoli, 2017, p. 1260)

Por el lado psicoterapéutico, de esta última interacción se rescata la alianza terapéutica obtenida a lo largo de los meses en proceso terapéutico, pues la paciente mencionó tener la suficiente confianza de hablar del tema sin obtener juicios de valor por parte de la terapeuta. Su único temor era basado en que por los valores Jesuitas en los que se fundamenta la UIA, se le fuera a negar el servicio de clínica OPTA o se fueran a tomar acciones con las que ella no estuviera de acuerdo.

## **PSIQUIATRÍA Y PSICOTERAPIA**

Como parte de la investigación posterior a la información revelada por P de su consumo de marihuana en años previos, se consultó al médico Ernesto Lara como experto en la materia para indagar sobre las interacciones medicamentosas que podrían existir entre el tratamiento farmacológico y el cannabis.

El médico comenta:

“La marihuana puede generar síntomas negativos a largo plazo y hay una probabilidad de que eso estuviera condicionando sus episodios depresivos. Los antipsicóticos atípicos (como el que P consume), suelen aumentar el apetito porque tienen efectos secundarios a nivel metabólico, por lo cual, habrá que poner en duda si la razón para consumir, es realmente buscar comer.” (E.Lara, comunicación personal, 30 de marzo de 2021).

El médico referido recomendó a la terapeuta, indagar específicamente algunos aspectos que son importantes para el entendimiento global de su adicción, tales como: ¿cuándo inició su consumo?, ¿en qué contexto o situaciones consume?, ¿cuánto ha sido lo máximo que ha estado sin consumir? y los síntomas de abstinencia que tuvo al intentar abandonarlo.

Resultado de estas preguntas, P mencionó que su primer acercamiento con la marihuana fue en la época universitaria, con una amiga cercana. Pero el aumento de su consumo vino posterior a sus cirugías y la ansiedad provocada por ver los cambios físicos en su cuerpo consecuencia de la ileostomía.

El médico Ernesto Lara sugiere hacer una indagación sobre si cumple con los criterios diagnósticos para “Trastorno por consumo de cannabis”, con lo cual se llega a la conclusión, tres meses después de darla de alta de la clínica OPTA, de diagnosticarla con esta patología, pues cumple con los once criterios especificados en el DSM 5. Por lo cual, el diagnóstico se hace con las especificaciones de: grave, pues existe la presencia de seis o más síntomas.

“A) Patrón problemático de consumo de cannabis que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los siguientes hechos en un plazo de 12 meses:

- 1.- Se consume cannabis con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado de lo previsto
- 2.- Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de cannabis.
- 3.- Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir cannabis, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
- 4.- Ansias o un poderoso deseo de consumir cannabis

5.- Consumo recurrente de cannabis que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.

6.- Consumo continuado de cannabis a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del mismo.

7.- El consumo de cannabis provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.

8.- Consumo recurrente de cannabis en situaciones en las que provoca un riesgo físico.

9.- Se continúa con el consumo de cannabis a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el mismo

10.- Tolerancia, definida por alguno de los signos siguientes:

a. Una necesidad de cantidades cada vez mayores de cannabis para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.

b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de cannabis

11.- Abstinencia, manifestada por alguno de los signos siguientes:

a. Presencia del síndrome de abstinencia característico del cannabis

b. Se consume cannabis (o alguna sustancia similar) para aliviar o evitar los síntomas de la abstinencia.” (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, p. 509 - 510)



## **DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS**

En Diciembre 2020 se realizaron las mediciones pertinentes de finalización de proceso terapéutico, donde los resultados arrojaron una disminución significativa en los valores de depresión y ansiedad, así como un mayor funcionamiento global.

Cualitativamente, en las grabaciones protocolarias, se puede observar cambios en su aspecto personal, pues en las primeras sesiones, P se presentaba con el cabello desaliñado, con aspecto poco pulcro, además de que tomaba las sesiones en su habitación con las cortinas cerradas.

En las últimas sesiones, se pudo observar a P con mayor cuidado en su aspecto personal, incluso ya se notaba maquillaje en su rostro, peinada con el cabello recogido y la habitación donde siempre tomó sus sesiones, se veía con mayor aseo y luminosidad. A diferencia de las primeras sesiones, P había iniciado con rutinas de ejercicio (yoga) para mantenerse activa.

Cuando se realizó el seguimiento de proceso terapéutico, P mantuvo estos cambios positivos en su aspecto personal y a pesar de ya no acudir al estudio donde inició su práctica de yoga, continuó con rutinas en casa que mantenían su constante actividad física.

Un resultado significativo para la terapeuta, es la alianza terapéutica creada con P, pues a pesar de que había tenido referencias de abandono de tratamientos previos, la adherencia a su tratamiento psicoterapéutico fue la idónea, incluso en los lapsos de recaídas farmacológicas. Además de tomar en cuenta que tuvo la confianza de comentar con la terapeuta su consumo de narcóticos a pesar de que no había mencionado anteriormente durante la terapia por miedo al protocolo institucional.

“Una revisión de 132 investigaciones de proceso y resultado psicoterapéutico realizada por Orlinsky, Grawe y Parks en 1994 concluyó que existe una fuerte relación entre la calidad de la alianza terapéutica y el resultado del proceso de

psicoterapia, surgiendo una amplia gama de investigaciones a nivel mundial que plantean que diversos aspectos de la alianza terapéutica han sido correlacionados positivamente con los resultados del tratamiento (Stiles, Agnew-Davies, Hardy, Barkham & Shapiro, 1998).

Considerando la perspectiva de los consultantes, Krause (2001) señaló que la ausencia de un ajuste emocional o sintonía (entendida como un sentimiento de simpatía y de confianza hacia el terapeuta) pone en peligro el proceso de cambio y con frecuencia lleva a la ruptura de la relación de ayuda. La autora plantea que la calidad de este ajuste emocional se hace evidente en fases tempranas de la relación de ayuda. Los pacientes relatan que ya en la primera sesión se dan cuenta si podrán o no establecer una relación emocional positiva con su terapeuta.

Con respecto al resultado de la terapia y alianza, Horvath (2005) plantea que la correlación entre ambos constructos es moderada pero significativa, pues fluctúa entre .22 y .68, dependiendo del tipo de resultado estudiado. Señala que la perspectiva del paciente tiende a ser más predictiva del resultado que las otras fuentes y que la evaluación precoz de la alianza es mejor predictor que las evaluaciones hechas en otros momentos del proceso.

El concepto de alianza terapéutica (AT), en términos generales, fue usado para explicar la relación existente entre terapeuta y paciente durante el proceso psicoterapéutico (Hartley, 1985).” (Santibañez Fernández et al., 2009, p. 273)

## **LA PERSONA DEL TERAPEUTA**

Cuando se inició proceso terapéutico con P, la terapeuta tenía 23 años de edad, su formación como psicóloga terminó a los 21 años en una universidad privada del estado de Tlaxcala, aun en la licenciatura, inició estudios de especialidad en psicooncología en una universidad

privada de Madrid, España. Su acercamiento a la psicoterapia al momento de iniciar con P, era únicamente con niños y adolescentes (en su mayoría diagnosticados con cáncer), lo cual considero marcó un parteaguas importante, pues P fue su primer paciente adulta y con una psicopatología diagnosticada.

En el proceso con P, se pudieron observar factores facilitadores y obstaculizantes por parte de la terapeuta, dentro de los primeros, se encuentra:

-Aceptación incondicional: Cuando P llega a proceso terapéutico, viene acostumbrada a escuchar constantes críticas y opiniones poco constructivas hacia su toma de decisiones. Al contrario de su familia, la terapeuta no emite juicios a P y si bien no le hace creer que todas sus acciones están bien, respeta sus opiniones y en base a eso se le hace ver las mejoras que puede tener en su vida si cambia algunas de ellas.

“Se entiende la aceptación como un reconocimiento del comportamiento como tal, que bajo ninguna circunstancia significa aprobación ni acuerdo con él mismo (Lynch et ál., 2006; Swales, 2009). En este sentido, el terapeuta solamente va a reconocer la adecuación del momento, así como de los comportamientos adoptados por la persona, ya que fueron los acontecimientos precedentes los que indujeron al individuo a comportarse de cierta manera, considerando que cada comportamiento en su contexto presente es una estrategia de sobrevivencia ante un entorno psicosocial por naturaleza descalificante (Linehan, 1993). Asimismo, el terapeuta va a esforzarse por encontrar la veracidad, la sabiduría y la adecuación en las respuestas de la persona, tratando de resaltar siempre estos aspectos positivos de su comportamiento (Linehan, 1993).”

(Ramírez Henderson & Vargas Madriz, 2013, p. 55)

Empatía por la edad: Al estar la paciente y la terapeuta en un rango de edad similar, el entendimiento es mayor, pues las vivencias que tienen, casi van a la par. El término de

estudios, la primera búsqueda de empleo, el inicio de la responsabilidad monetaria y la búsqueda de diferenciación familiar son algunos de los principales aspectos en los cuales se encuentra empatía y ayudaron al fortalecimiento de la relación terapéutica. Incluso en el segundo contacto con la paciente, al mencionar que consumía estupefacientes, ella llega a mencionar que tiene la confianza de contarle, pues al pertenecer a una misma generación, la terapeuta sabe que el consumo de marihuana es muy común y cotidiano en los círculos estudiantiles y sabe que por eso, no se emitirá un juicio de valor.

Escucha activa:

“La escucha activa hace referencia a la comunicación bidireccional entre terapeuta y paciente, de tal manera que el último sienta que está siendo escuchado. Para ello debemos mostrar atención y comprensión tanto lógica como emocional en la interacción a través tanto de la conducta verbal como de la no verbal.” (García Laborda & Rodríguez Rodríguez, 2005, p. 33)

A pesar de que llevar un proceso terapéutico en línea tiene muchas ventajas, también se identifican desventajas, una de las principales es la falta de oportunidad de observar por completo el lenguaje no verbal, por lo cual, la escucha activa en general supone un reto muy importante para los terapeutas en general. Pero en especial, en este proceso, la terapeuta prestaba mucha atención a los detalles dentro de la conversación con P, desde las palabras empleadas (para usarlas y que la alianza fuera mayor), el tono de voz y los ademanes que se lograban ver dentro del cuadro de videograbación. Esto con la finalidad de descifrar mejor lo que P quería comunicar por completo y no solo el discurso escuchado. Resultado de esta escucha activa, la terapeuta podía hacer preguntas específicas en los momentos adecuados y obtener información relevante.

Dentro de los factores obstaculizantes para el proceso, se encuentran:

Introyección: Algunos aspectos familiares abordados dentro del proceso terapéutico de P, seguían siendo importantes para la terapeuta, tales como la diferenciación o la imposición de límites dentro del núcleo familiar. Si se comparan los genogramas entre paciente y terapeuta, se puede observar casi el mismo tipo de amalgamamiento dentro de la estructura familiar, lo cual fue importante observar, pues marcó el camino de trabajo personal para no confluír en la psicoterapia. Estos aspectos de introyección se fueron trabajando a la par dentro del proceso terapéutico de la terapeuta, para que no influyera de forma significativa en el proceso de la paciente.

“Durante el proceso de entrenamiento, el autodescubrimiento es permanente; desde el inicio hasta el final, el terapeuta en formación se encuentra abocado a la reflexión sobre sí mismo. En coherencia con las premisas epistemológicas de dicha formación, se hace necesario ver, averiguar y reconocer la conexión entre las entidades observadas, incluido quien observa (Von Foerster, 1991). Algunos de los aspectos que se desprenden de este importante ejercicio, se conectan con las relaciones que se establecen durante la experiencia grupal de entrenamiento y con las familias consultantes. La conexión emocional y la resonancia empática son considerados elementos de reflexión respecto a la configuración de los vínculos. Algunas de las actividades propuestas, en relación con este proceso, son las guías reflexivas que incorporan preguntas autorreferentes (Ceberio et al., 2000); la bitácora que, como metáfora del recorrido, permite registrar puntos de inicio y de llegada; las inflexiones, y en general las autoobservaciones que involucran el reconocimiento de emociones; finalmente, la realización del genograma que posibilita la reflexión en torno a la familia de origen, creencias, prejuicios, patrones, mandatos y modelos que se incorporan a la vida personal. Al respecto de este último, plantea Agudelo

(2005): “Tal vez en el aspecto que mayor coincidencia se encuentra entre diferentes autores reconocidos como maestros de la terapia familiar, es la importancia que le conceden a la propia familia del terapeuta”” (Bedoya-Cardona et al., 2018, p. 94)

Falta de conexión con el enfoque: El único acercamiento que la terapeuta había tenido con el enfoque sistémico, antes del inicio de supervisión, era el entrenamiento previo (6 semanas) y el semestre que se impartió teoría sobre terapia sistémica. La afinidad que se encontraba principalmente era hacia la Humanista – Gestalt, pues su formación en general había sido desde ese enfoque, así como su terapia personal.

Se considera un factor relevante, pues a pesar de que la psicoterapia puede llegar a ser ecléctica, la supervisora de este enfoque, requería estrictamente se llevaran a cabo técnicas propias del sistémico y la terapeuta de P, desconocía muchas de ellas y cómo aplicarlas en sesión. La supervisión por cada terapeuta, se llevaba a cabo una vez cada tres semanas y el tiempo empleado, se considera insuficiente para explicar a detalle las técnicas ideales para cada paciente.

“Por su parte, Handelsman et al. (2005) sostienen que la psicología constituye una cultura y por lo tanto la formación en ética profesional puede ser concebida como un proceso de aculturación, esto es, de apropiación de la cultura de la profesión en general y de la ética de la misma en particular. Cuando se emprende un proceso de aculturación ético-profesional paralelamente se va desarrollando una identidad profesional (Anderson y Handelsman, 2010). En la medida que nos “aculturamos” nuestras nociones morales pre-existentes se van enriqueciendo, redefiniendo e integrando con aquellas provenientes de la cultura de la psicoterapia. Se distingue así dos dimensiones en el proceso de aculturación: la mantención de lo propio que se trae a la nueva cultura, y la participación en la nueva cultura que nos lleva a identificarnos

con sus valores y tradiciones. A partir de estas dos dimensiones (mantención de la cultura ética personal de origen y participación en la cultura ética de la psicoterapia), Anderson y Handelsman (2010) describen cuatro estrategias de aculturación: la integración donde se mantiene el propio sentido moral y se adoptan elementos de la nueva cultura; la asimilación de la nueva cultura dejando al margen las nociones personales pre-existentes; la separación de la cultura por cuanto se escoge mantener el sentido moral personal sin identificarse con la cultura profesional, y la marginalización en donde se actuaría más por conveniencia que por convicción ya que ni el sentido moral propio ni la identificación con la cultura profesional guiarían la acción.” (Bascañán Rodríguez, 2014)

## **DISCUSIÓN**

Como parte de los resultados finales obtenidos de este estudio de caso, podemos concluir que la paciente sí logró sus objetivos principales que consistían en mejorar la comunicación con su familia (en especial su mamá), mantuvo estas mejoras posterior a su proceso terapéutico y hasta el último contacto que se tuvo con ella, sabía identificar adecuadamente las circunstancias en las que debe pedir apoyo.

“Lo realmente destacable es que, incluso en el caso de patologías graves, invalidantes y persistentes, el cambio terapéutico, esto es, la reducción o remisión total de la sintomatología, puede producirse rápidamente, permitiendo con ello que el paciente recupere en poco tiempo el bienestar y las capacidades personales. Estos resultados se consolidarán y se mantendrán a través del siguiente proceso experiencial evolutivo, en el que el terapeuta se convierte en una especie de supervisor de la construcción de la autonomía personal del paciente y se mantiene así como un punto de referencia

tranquilizador e incentivador, sin crear dependencia. En cuanto a la evaluación metodológica, la eficacia de una terapia psicológica no puede separarse de su eficiencia porque, si un cambio se produce a largo plazo, no puede demostrarse que sea el resultado de la intervención terapéutica y no de lo que ha sucedido en la vida del paciente al margen del tratamiento. Ahora bien, si el cambio se produce en tiempo breve, se puede atribuir a la terapia con mucha probabilidad, sobre todo si esta se basa en técnicas específicas para la patología tratada.” (Nardone et al., 2019, pp. 10-11)

Otro de los objetivos terapéuticos cumplidos exitosamente, fue el establecimiento de una red de apoyo con la cual actualmente, tiene la confianza de pedir ayuda en los momentos en que se llega a sentir agobiada. A pesar de que le causaba conflicto tratar el tema de su trastorno con su pareja, el proceso le ayudó a hablar abiertamente de cómo se sentía y lo que él podía hacer para apoyarla en momentos de crisis.

En cuanto al objetivo de búsqueda de auto cuidado, durante el proceso psicoterapéutico, se emplearon técnicas cognitivo conductuales, las cuales contribuyeron a establecer una rutina en la cual se incluyó el ejercicio diario (yoga) y el apoyo a la limpieza doméstica en la que se creó un mejor vínculo de comunicación con la figura materna.

En el caso específico de la paciente P, podemos observar que a pesar de que durante el proceso terapéutico, omitió datos de suma relevancia, las técnicas empleadas para la consolidación de objetivos, fueron las idóneas, pues en el seguimiento, los cambios generados en sesión, se mantuvieron y ella logró adaptarlos a las nuevas dificultades que se le presentaban.

En cuanto a la adherencia al tratamiento psiquiátrico, hubo una recaída. Citando a González Isasi (2011, p. 92 ) :



“La adherencia al tratamiento farmacológico está, a su vez, íntimamente ligada a la conciencia de padecer una enfermedad mental (insight), de forma que los pacientes con un insight pobre presentan un peor cumplimiento de la medicación. Así, por ejemplo, entre el 40% y el 50% de las personas con esquizofrenia y trastorno bipolar tienen una conciencia inadecuada de enfermedad”,

En el caso de la paciente P. al ver mejoría en sus síntomas, se tiene la hipótesis que dejó de tener conciencia del trastorno. Se podría decir que es un trabajo que P debe seguir en mejora continua, se recomienda no abandonar la psicoterapia hasta tener manejada su adicción a la marihuana, pues por los antecedentes de poca adherencia a los fármacos, en combinación con el síndrome de abstinencia, su vida puede estar en riesgo.

Como sugerencia posterior a los comentarios realizados por la paciente P, se propone a la clínica OPTA hacer del conocimiento o reafirmar a los pacientes, desde el inicio de su proceso psicoterapéutico, que a pesar de que la IBERO está estructurada bajo fundamentos Jesuitas, los ideales religiosos, no marcarán ninguna diferencia en su atención clínica. Así como mencionar que no se les condicionará el servicio por comentar datos relevantes, tales como la drogadicción. Pues como se pudo observar a lo largo de este caso clínico, información tan importante como esa, es crucial a la hora de establecer el curso de un tratamiento y tomar decisiones psicoterapéuticas y farmacológicas. Si bien, los objetivos de la terapia sistémica, no cambian drásticamente su curso al agregar algunos datos, como la drogadicción, si se pueden observar nuevas perspectivas, desde conflictos dirigidos de un solo tema, secretos familiares y alianzas que favorecen el consumo.

## REFERENCIAS

- Aguiar, A. G. (2020, 18 septiembre). La connotación positiva del síntoma - Alicia García Aguiar. Alicia García Aguiar. Psicóloga. <https://aliciagarciapsicologa.com/la-escuela-de-milan-y-la-connotacion-positiva-del-sintoma/>
- Alcázar-Olán, R. (2012). Escala Global. Puebla: Universidad Iberoamericana de Puebla (Inédita)
- American Psychiatric Association. (2014). DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5.a ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Barceló, T. (2012, febrero). Las actitudes básicas Rogerianas en la entrevista de relación de ayuda *Miscelánea Comillas*, 70(2012), 123-160.
- Bartoli, F. (2017). Commentary on Ostergaard et al. (2017): Evidence of an association between cannabis use and suicide in subjects with bipolar disorder. *Addiction*, 112(7), 1260–1261. <https://doi.org/10.1111/add.13832>
- Bascuñán Rodríguez, M. L. (2014). Desafíos éticos en psicoterapia. Perspectiva de formadores, psicoterapeutas y consultantes. (N.º 1). Universidad de Chile.

[http://repositorio.conicyt.cl/bitstream/handle/10533/180841/BASCU%C3%91AN\\_MARIA\\_LUZ\\_2473D.pdf?sequence=1](http://repositorio.conicyt.cl/bitstream/handle/10533/180841/BASCU%C3%91AN_MARIA_LUZ_2473D.pdf?sequence=1)

Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (2006). BDI-II. Inventario de Depresión de Beck. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Beck, A. T. y Steer, R. A. (2011). Manual. BAI. Inventario de Ansiedad de Beck (Adaptación española de Sanz, J.). Madrid: Pearson Educación.

Bedoya-Cardona, L. M., Rodríguez Bustamante, A., & Pérez Arango, D. A. (2018). Terapia familiar sistémica. Sobre el self del terapeuta. *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia*, 1(11), 89–108. <https://doi.org/10.17151/rlef.2019.11.1.6>.

Ceberio, M. (2018). El genograma: un viaje por las interacciones y juegos familiares. Madrid, Ediciones Morata, S. L. Recuperado de <https://elibro.net/es/ereader/iberopuebla/119519?page=19>.

Davis, A. W. (2014). Ethical issues for psychologists using communication technology: An Australian perspective on service provision flexibility. *Professional Psychology: Research and Practice*, 45(5), 303-308. <https://doi.org/10.1037/a0037081>

Drum, K. B., & Littleton, H. L. (2014). Therapeutic boundaries in telepsychology: Unique issues and best practice recommendations. *Professional Psychology: Research and Practice*, 45(5), 309-315. <https://doi.org/10.1037/a0036127>

Fernández, K. S. (2019, 15 abril). Desde la Teoría del Apego Adulto a los vínculos afectivos. La Autorreflexión como recurso en terapia de pareja. | Spuler Fernández |

- Fernández-Ballesteros, R. (2011). *Evaluación psicológica* (2.<sup>a</sup> ed.). Pirámide. Universitario.  
Revista REDES. Revista de psicoterapia relacional e intervenciones sociales.  
<http://redesdigital.com.mx/index.php/redes/article/view/238>
- García Laborda, A., & Rodríguez Rodríguez, J. C. (2005). Factores personales en la relación terapéutica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 96, 29–36. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352005000400003>
- González-Peña, P., Torres, R., del Barrio, V., & Olmedo, M. (2017). Uso de las nuevas tecnologías por parte de los psicólogos españoles y sus necesidades. *Clínica y Salud*, 81-91.
- Isasi, G. A. (2011). *Trastorno bipolar: el enemigo invisible. Manual de tratamiento psicológico* (1<sup>a</sup> ed., 1<sup>a</sup> imp. ed.). Editorial Desclée de Brouwer, S.A.
- Jaramillo Juárez, F., & Terrones Saldivar, M. C. (2016). *Marihuana: acciones nocivas y potencial terapéutico* (Vol. 1). Universidad Autónoma de Aguascalientes.
- Litin, S. C. (2018). *Mayo Clinic Family Health Book 5th Edition* (1.a ed.). Amsterdam University Press.
- Madrid Eu, P. E. (2017, 10 febrero). Reencuadre en Psicoterapia. *Psicólogos en Madrid EU*. <https://psicologosenmadrid.eu/reencuadre-en-psicoterapia/>
- Mora, L., Nevid, J., & Chaplin, W. (2008). Psychologist treatment recommendations for Internet-based therapeutic interventions. *Computers in Human Behavior*, 24(6), 3052-3062. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2008.05.011>
- Moreno, A. (2014). *Manual de terapia sistémica: principios y herramientas de intervención* (1a ed.). Editorial Desclée de Brouwer, S.A.

Nardone, G., Balbi, E., Vallarino, A., Bartoletti, M., & Irazazábal, M. P. (2019).

*Psicoterapia breve a largo plazo*. Alianza Editorial.

Ramírez Henderson, R., & Vargas Madriz, L. F. (2013). Terapia conductual dialéctica:

descripción general de una propuesta centrada en la aceptación incondicional.

*Revista de Ciencias Sociales*, 0(137), 53–64.

<https://doi.org/10.15517/rcs.v0i137.8418>

Rivera Olmos, V. M., & Parra Berna, M. C. (2016). Cannabis: efectos en el sistema

nervioso central. Consecuencias terapéuticas, sociales y legales. *Revista Médica del*

*Instituto Mexicano del Seguro Social*, 54(5), 626–634.

<https://www.redalyc.org/pdf/4577/457746956012.pdf>

Salama P, H. S. (2010). *Psicoterapia Gestalt*. Alianza Editorial.

Santibañez Fernández, P. M., Román Mella, M. F., & Vinet, E. V. (2009). Efectividad de la

psicoterapia y su relación con la alianza terapéutica. *Centro Interamericano de*

*Investigaciones Psicológicas y Ciencias Afines*, 26(2), 267–287.

<https://www.redalyc.org/pdf/180/18011827006.pdf>

Scaini, G., Valvassori, S. S., Diaz, A. P., Lima, C. N., Benevenuto, D., Fries, G. R., &

Quevedo, J. (2020). Neurobiology of bipolar disorders: a review of genetic

components, signaling pathways, biochemical changes, and neuroimaging findings.

*Brazilian Journal of Psychiatry*, 42(5), 536–551. [https://doi.org/10.1590/1516-](https://doi.org/10.1590/1516-4446-2019-0732)

4446-2019-0732

