

Aplicación de un modelo de activación conductual en un trastorno de adaptación con estado
de ánimo deprimido

María Claudia Arias Chacón



Escuela de ciencias sociales

Facultad de psicología

Universidad pontifica Bolivariana

Bucaramanga

2019

Aplicación de un modelo de activación conductual en un trastorno de adaptación con estado
de ánimo deprimido

María Claudia Arias Chacón

Proyecto de grado presentado como requisito para optar al título de:

Especialista en psicología Clínica

Asesora:

Ps. Esp. Paula Fernanda Pérez Rivero



Escuela de ciencias sociales

Facultad de psicología

Universidad pontifica Bolivariana

Bucaramanga

2019

Tabla de Contenido

1. Introducción.....	6
1.1.Presentación.....	6
1.2.Elementos Teóricos.....	6
1.3.Objetivos.....	11
2. Metodología.....	12
2.1.Diseño.....	12
2.2.Participantes.....	12
2.3.Instrumentos.....	12
2.4.Procedimiento.....	14
3. Resultados.....	15
3.1.Presentación del caso.....	15
3.2.Análisis Funcional.....	18
3.3.Formulación del Caso.....	20
3.4.Impresión diagnóstica.....	22
4. Discusión	28
4.1.Conclusiones	30
5. Referencias.....	32
6. Anexos.....	36

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO:	Aplicación de un modelo de activación conductual en un trastorno de adaptación con estado de ánimo deprimido
AUTOR(ES):	María Claudia Arias Chacón
PROGRAMA:	Esp. en Psicología Clínica
DIRECTOR(A):	Paula Fernanda Pérez Rivero

RESUMEN

Se desarrolla un tratamiento psicoterapéutico a una adolescente de 15 años que presenta un trastorno de adaptación con sintomatología depresiva, llevado a cabo en 14 sesiones. Para la evaluación del caso se utilizó la entrevista clínica, la monitorización de actividades a través de autorregistros y la aplicación del BDI-II. Mediante los resultados de la evaluación inicial, se formuló un plan de intervención con unos objetivos claros a la exposición de reforzadores ambientales por parte de la consultante y reducción de los síntomas depresivos. En base a la propuesta teórica de la terapia de activación conductual de Martell, Dimidjan & Herman-Dunn (2013) se implementó la técnica de activación conductual, la cual parte desde los autorregistros, el replanteamiento de nuevos objetivos vitales, la extinción de conductas de evitación, la programación horaria y la interacción con pares para el abordaje de la sintomatología depresiva y el tratamiento del trastorno de adaptación. Después de 14 sesiones de intervención se apreciaron cambios significativos a nivel conductual. Al final del proceso se observó una reducción significativa de los síntomas depresivos, disminuyendo las conductas de evitación e incremento de actividades activadoras de conducta. Los buenos resultados obtenidos en la relativamente breve intervención suponen un aval importante para el modelo de terapia propuesto por la AC para casos de trastornos de adaptación y sintomatología depresiva revelan su efectividad.

PALABRAS CLAVE:

Análisis de la conducta, activación conductual, trastorno de adaptación

Vº Bº DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: Application of a cognitive behavior model in an adaptation disorder with depressed mood

AUTHOR(S): María Claudia Arias Chacón

FACULTY: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR: Paula Fernanda Pérez Rivero

ABSTRACT

Psychotherapeutic treatment is developed for a 15-year-old girl with an adaptive disorder with depressive symptomatology, carried out in 14 sessions. Clinical interview, monitoring of activities through self-registration and the application of BDI-II were used for case evaluation. Through the results of the initial evaluation, an intervention plan was formulated with clear objectives for the exposure of environmental booster's consultant's environment and reduction of depressive symptoms. Based on the theoretical proposal of Martell's behavioral activation therapy, Dimidjan & Herman-Dunn (2013) the behavioral activation technique was implemented, starting from self-registrations, the rethinking of new vital objectives, the extinction of avoidance behaviors, the time schedule and the interaction with pairs for the approach of depressive symptomatology and the treatment of adaptation disorder. After 14 intervention sessions, significant changes were seen at the behavioral level. At the end of the process, a significant reduction in depressive symptoms was observed, decreasing avoidance behaviors and increasing behavioral activities. The good results obtained in the relatively brief intervention are an important endorsement for the model of therapy proposed by AC for cases of adaptation disorders and symptomatology they reveal their transformation

KEYWORDS:

Functional analysis of behavior, adjustment disorder, behavioral activation

V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK

1. Introducción

1.1. Presentación

El presente trabajo de grado en modalidad de monografía para la especialización en psicología clínica, posee un abordaje desde el enfoque cognitivo-conductual de la terapia de Activación Conductual (AC) de una consultante diagnosticada con Trastorno de Adaptación (TC) con estado de ánimo depresivo. En el primer capítulo, se introducirá desde la salud mental el trastorno de adaptación, así mismo, se ahondará de forma breve la conceptualización y aplicación que la activación conductual ha tenido desde el enfoque cognitivo-conductual y sus resultados en los desórdenes del trastorno del ánimo. En el segundo capítulo, se encontrarán los objetivos, tanto el general como los objetivos específicos. En el tercer capítulo estará plasmado el método, diseño seleccionado, participantes, instrumentos utilizados y procedimiento. En el cuarto capítulo estarán expuestos los resultados obtenidos, así como la formulación del caso y sus respectivas hipótesis. Para el quinto capítulo, la discusión abordará el desarrollo del caso contratado con la teoría expuesta y las conclusiones del mismo. Finalmente, se presentarán las referencias y anexos que hicieron parte del proceso terapéutico.

1.2. Elementos teóricos

La Organización Mundial de la Salud aborda el bienestar físico, mental y social como una visión global de la salud, no solamente enfocado en la ausencia de enfermedades (citada por Gallo, 2007, p.42). Profundizando desde la psicología clínica y de la salud, el supuesto de “persona saludable” resulta un aspecto primordial en la promoción y prevención del bienestar psicológico para estimular la adaptación y el mantenimiento de las conductas saludables, y si bien, estas dependen de una serie de variables intrapersonales que interactúan con diversos contextos ecológicos y disponen a aceptar o rechazar las

conductas aceptadas como saludables, la estimulación de las mismas, no solo sirven al abordaje de la salud mental desde la prevención sino también desde el tratamiento, en este caso desde el abordaje clínico de una consultante adolescente de 15 años que presenta un trastorno de adaptación (TA).

Trastornos Adaptativos.

Los trastornos de adaptación son caracterizados por el desarrollo de síntomas emocionales y/o comportamentales como consecuencia de uno a varios componentes de estrés, identificables que se producen en los tres meses siguientes al inicio del mismo elemento estresante, como lo concibe el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5 (American Psychiatric Association, 2014). De tal manera que el trastorno de adaptación dificulta al individuo su progreso de integración normativa y funcional de áreas sociales, laborales y personales. De una forma más descriptiva autores como Suarez, Iglesias & Caviñe (2011) identifican que la reacción emocional y/o conductual de este trastorno se liga a un evento, una situación estresante específica que altera el acontecimiento y desarrollo vital, constituyéndose como agente estresor y/o etiopatogénico generando un cambio de vida, en el sujeto, donde sus propios recursos no fueron suficientes para adaptarse correctamente al cambio, constituyendo una respuesta no saludable ante esa situación o cambio y por lo tanto agotando los mismos recursos para afrontar dicha situación. Es importante acotar también que para que el trastorno de adaptación al ser diagnosticado su sintomatología no debe ser iniciada por un proceso de duelo.

El TA es uno de los trastornos más frecuentes, pero menos identificados, puesto que en los centros de atención es confundido con trastornos depresivos menores, trastornos mixtos ansiosos-depresivos o distímicos (Morera & Calvo, 2007). Una de las dificultades para el

diagnóstico del mismo, se encuentra en que su sintomatología se encuentra relacionada con los trastornos anteriormente mencionados, sin embargo, existe dos aspectos característicos que los distinguen, el primero que el mismo trastorno de adaptación que tiene su inicio en un estresante psicosocial definido y el segundo corresponde al periodo de duración mismo; siendo reacción no dure más de seis meses una vez que haya desaparecido el componente estresante (Morera & Calvo, 2007).

Las diferencias que el trastorno de adaptación presenta entre adultos e infantes se manifiestan en la naturaleza de los síntomas, su intensidad, repercusión y duración, donde las repercusiones en los infantes por lo general se evidencian más a nivel conductual, mientras que los adultos presentan más signos ansiosos y/o depresivos (Suarez, Iglesias & Caviñe, 2011).

Según la Encuesta Nacional De Salud Mental (Ministerio de Protección Social de Colombia, 2015) identificó que hasta el 20% de los niños y adolescentes del mundo sufren un trastorno mental, de los cuales entre el 4% y el 6% requieren atención clínica por la gravedad de su trastorno. La información relacionada con el TA en Colombia, representa en un vacío en el conocimiento no teniendo a lugar en los informes estatales, puesto que se le da prioridad a otros trastornos que poseen una mayor comorbilidad.

Activación Conductual.

El ejercicio de la psicología clínica basado en la evidencia depende mucho del enfoque cognitivo-conductual, el cual se construye en modelos con fundamentos científicos probados y efectivos, uno de estos, fue la terapia de activación conductual, la cual corresponde a un movimiento de abordajes teóricos llamados terapias de la tercera ola, y que tiene su origen como un planteamiento funcional de la terapia de la conducta depresiva ha demostrado una efectividad para los estados depresivos (Barraca, 2010). Los resultados

de la activación conductual en los trastornos depresivos, que según Lewinsohn et al. (1974) citado por Caballo (1996) ha permitido formular una terapia que incluye elementos descritos anteriormente basado en el aumento de las actividades agradables, y disminución de acontecimientos desagradables, permitiendo el entrenamiento de habilidades sociales e interpersonales y que en combinación con la terapia cognitiva de Beck han demostrado una alta efectividad (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979).

Profundizando, Martell, Didmijian & Herman-Dun (2013) definen este abordaje técnico como una terapia breve, sistematizada y personalizada, donde se hace necesario registrar los planes de acción, los cuales han sido determinados por los intereses y valores del consultante, permitiendo incrementar las interacciones positivas, con cierta independencia del estado de ánimo. Por el mismo carácter funcional y pragmático de la activación conductual, este modelo permite la incorporación de técnicas complementarias, como la ejecución de contratos conductuales, para la obtención final de reforzadores; la atención a la experiencia, para la rumiación exacerbada; o el modelado, para el entrenamiento de habilidades sociales.

Dentro del abordaje técnico de la AC se cuenta con dos protocolos de intervención: la activación conductual, y la terapia de activación conductual para la depresión, TACD. Las dos intervenciones tienen en común la monitorización del estado de ánimo, la jerarquización de tareas en grado de satisfacción y la realización de metas; si bien diferencias teóricas son mínimas, la activación conductual se orienta por enfocarse en el reforzamiento negativo (evitación de algunas situaciones) y la TACD considera, además de esta evitación, la importancia del reforzamiento positivo (Barraca, 2009).

Finalmente, con respecto al abordaje de la activación conductual con adolescentes la evidencia en investigaciones ha presentado resultados positivos, la literatura ha

recomendado el uso de esta terapia y sostienen los efectos positivos para esta población, tales como el desarrollo de habilidades sociales, la solución de problemas, el establecimiento de una intervención estructurada y un mayor empeño sobre la rumiación (Barraca, 2010). A pesar de ser una técnica organizada es válido añadir elementos llamativos para los adolescentes (Bianchi-Salgueiro & Muñoz-Martínez, 2014).

Respeto a los instrumentos de evaluación usados en el presente caso, uno de estos fue el inventario Beck, el cual es una herramienta de diagnóstico que ha probado su validez y fiabilidad; esto lo demuestra Vázquez & Sanz (1991) en un estudio de caso donde una paciente presentaba síntomas de trastornos de ansiedad y depresión, para lo cual se usó el instrumento de evaluación en la adaptación al castellano del inventario de depresión de Beck, en el cual la misma obtuvo una puntuación de 31, que en el marco de este test indica una depresión severa. Así mismo este inventario ha sido usado y mostrado efectividad en trastornos depresivos de distinto orden un ejemplo es el que dan Antón, García & García (2016) que si bien el tratamiento se dio a través de terapia cognitiva, la activación conductual ha sido igual que este abordaje terapéutico, una clara evidencia de esto fue el estudio de Didmijian (Martell, Didmijian & Herman-Dun, 2013) en el que, tras 16 semanas de tratamiento, la activación conductual probó ser igual de eficaz que la terapia cognitiva o la medicación antidepresiva (paroxetina) y los procedimientos placebo en los casos de depresión moderada; mientras que en los de depresión mayor se mostró, al igual que la medicación, superior al resto, presentando además una menor tasa de recaídas que ésta. La activación conductual goza de un buen nombre al nivel que ha mostrado ser útil incluso elementos de casos de trastornos de ansiedad (Nieto & Barraca, 2017).

1.3. Objetivo General

Modificar las conductas de evitación mediante el modelo de terapia de Activación Conductual, en una consultante con diagnóstico de trastorno de adaptación con estado de ánimo depresivo.

1.3.1. Objetivos específicos.

Formular la problemática de la consultante desde el modelo de activación conductual.

Intervenir los problemas de la consultante desde el modelo de activación conductual.

Evaluar los resultados del proceso de intervención teniendo como parámetro la modificación de las conductas de evitación.

2. Metodología

2.1. Diseño

El análisis funcional de la conducta o AB, por sus siglas en inglés, se planteó inicialmente como una herramienta alternativa a la clasificación diagnóstica psiquiátrica que falla en proporcionar satisfactoriamente una base para la comprensión y el tratamiento de las conductas desadaptativas y hoy en día se usan como herramientas complementarias y de profundización. El análisis funcional cuenta con una metodología, que tiene la ventaja de especificar las causas de la conducta a través de eventos ambientales reconocibles que son identificables con objetividad y por lo tanto son potencialmente manipulables (Kanfer & Saslow, 1965). Cuando se habla del análisis funcional se enfatiza en las relaciones funcionales entre variables y problema de la consultante, se infiere a que las relaciones funcionales pueden ser causales o no causales, sin embargo, las relaciones causales son más importantes en el análisis funcional, ya que suelen ser el centro de la intervención terapéutica (Aimoku, Godoy, O'Brien, Haynes & Gavino, 2013). El presente estudio de caso se plantea desde un diseño de análisis funcional, abordándose en dos fases: una primera de evaluación y la otra la intervención.

2.2. Participantes

Se contó con la participación de 11 consultantes, seleccionándose a uno de ellos para la formulación y estudio de caso, para lo cual se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión: número de sesiones realizadas, cumplimiento, permanencia en el proceso terapéutico, motivación al cambio y posibilidad de realizar seguimiento.

2.3. Instrumentos

- Entrevista psicológica.

Inventario de depresión-de Beck:

El inventario de depresión cuenta de 21 ítems, que se presentan en tres fases de formulación gradual y son valorados en escala de 0 a 3 en función de gravedad que representa, el consultante debe escoger la frase que mejor se adapte a su situación personal, los 21 ítems incorporan los siguientes criterios diagnósticos, resaltando la autopercepción del sujeto frente a aspectos comportamentales, humor, pesimismo, sentido de fracaso, falta de satisfacción, sentimientos de culpa, sentimientos de castigo, auto-odio, auto-acusación, irritabilidad, indecisión, aislamiento social, inhibición en el trabajo, imagen corporal, problemas de sueño, pérdida de peso, pérdida de apetito, preocupaciones somáticas y pérdida de libido, por lo tanto abarca manifestaciones fisiológicas, conductuales y cognitivas de la depresión. Para la puntuación de la prueba se identifican las siguientes puntuaciones: Del 1 a 10 altibajos considerados normales, de 11 a 16 se reconoce una leve perturbación, de 17 a 20 son categorizados como estados de depresión intermitentes, de 21 a 30 se le reconoce como una depresión moderada, de 31 a 40 se puede identificar en depresión grave, finalmente el mayor a 40 se reconoce como depresión extrema. (Beck, Steer, Brown & Vázquez, 2011, p.223). Con relación a la consistencia interna, tiene un coeficiente alfa de 0,83 y en diferentes análisis han reflejado una validez y confiabilidad optimas y útiles, aún después de años de su planteamiento (Sanz & Vázquez, 1998).

- Monitorización del dominio y placer de actividades.

Corresponde a elaboración de una tabla de actividades que se brinda como alternativa a la monitorización del estado anímico, el cliente puede anotar también la experiencia del dominio y del placer asociado a la actividad (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979).

“El dominio es la sensación de logro que se experimenta y el placer es la sensación de disfrute que acompaña una actividad. La valoración de estas dimensiones nos proporciona una forma de seguir el rastro de las actividades que son más o menos funcionales –concretamente, aquellas que dan como resultado una sensación de dominio y/o placer–.” (Martell, Didmijian & Herman-Dun, 2013, p. 187).

- Autoinformes para el seguimiento de conductas y estado de ánimo.

En el modelo de tratamiento de AC se debe usar la ejecución actividades que mejoran el estado de ánimo y el contexto vital como objetivos que se implementan en el tratamiento. Partiendo del presupuesto que existen actividades que mantienen el estado depresivo, los consultantes podrían expresar una preferencia por aumentar o reducir actividades concretas. Dada la gran variedad de conductas que se pueden fijar como objetivo, lo mejor es trabajar sobre conductas que ejerzan influencia del modo más rápido posible (Martell, Didmijian & Herman-Dun, 2013). De aquí el autoinforme para el seguimiento de conductas y estado de ánimo sea un recurso vital en el trabajo del presente caso.

2.4.Procedimiento

En el proceso terapéutico se llevaron a cabo una serie de etapas para la debida evaluación. En la primera sesión se proveyó el consentimiento informado a un familiar que responde en el caso de representante, la abuela materna, puesto que la consultante es menor de edad; después se diligenció la historia clínica, para la cual fue desarrollada durante las tres primeras sesiones usándose la entrevista clínica. Las tres primeras sesiones duraron aproximadamente una hora, donde se aplicó el Inventario de Beck (BDI-II) y se orientó sobre los autorregistros.

La segunda etapa fue en la intervención basada en el modelo de activación conductual, la cual se pretendía incrementar aquellas actividades reforzantes y disminuir las actividades de evitación, y evidenciando el efecto de las mismas actividades reforzante en su estado de ánimo. En total se llevaron a cabo 14 sesiones. Empleando técnicas de autorregistros, dialogo socrático y activación conductual. Finalmente, en la última etapa se trabajó sobre factores de riesgo y recaídas. Así como también la importancia de ampliar las redes de apoyo.

3. Resultados

3.1. Presentación del caso

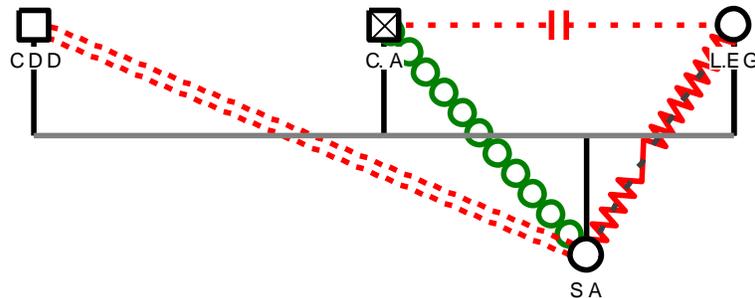


Figura 1. Famiograma de S.A.

S.L.A.G es una adolescente de 15 años, su núcleo familiar está conformado por L.E.G madre de la consultante que se encuentra laborado como independiente. Su padre falleció cuando tenía 13 años. Convivió con su madre en la ciudad de Barranquilla, pero en vacaciones visitaba a sus abuelos en la ciudad de Bucaramanga. La madre de la consultante no presentaba una buena relación con uno de los hijos del padre de S.A.; con el paso del tiempo, entidades del gobierno realizaron investigaciones a la madre de la consultante por falsas acusaciones de un miembro de la familia, por lo que estuvo en casa aislada por dos años. S.A. refiere que, durante esos dos años, su madre empezó a tener conductas agresivas hacia ella, narrando que la pareja actual de su madre y su madre hacían acusaciones injustas ante diferentes situaciones. S.A. manifiesta que su madre le decía que no era una persona útil para la sociedad y que hubiera preferido no llevar a cabo el nacimiento de la consultante, todos los días le gritaba y maltrataba verbalmente con palabras soeces, encerrándola en un cuarto con candado. Una vez intentó irse de la casa, pero los agentes de la policía la encontraron en una avenida de la ciudad completamente sola, lo que hizo sospechar a uno de los agentes la conducta de la menor; por lo tanto, se le notificó a la madre dicha situación y de inmediato se dirigió a la estación de policía a recogerla. Desde

ese momento, S.A., narra que las cosas empeoraron puesto, que ya que no podía salir de la casa sino solo en compañía de su madre. En las noches cuando tenía la oportunidad de tener el celular hablaba por redes sociales con su mejor amigo, de Bucaramanga, y le contaba que una vez su mamá la agredió con un implemento de cocina “sartén” cerca a la cara dejándole cicatrices y golpes en el cuerpo.

S.A. toma la decisión de irse de la casa por segunda vez, empacando sus pertenencias y escribiendo una carta de 6 páginas explicando las razones por las cuales se iba de su hogar. S.A. comenzó a buscar lugares donde su madre posiblemente guardaba dinero y encontró doscientos mil pesos, los cuales tomo para dirigirse al terminal y comprar un pasaje para la ciudad de Bucaramanga; después de 12 horas de viaje llegó al terminal y solicita un taxi, para dirigirse a la casa de su mejor amigo.

Transcurridos unos 10 días, S.A. decide ir a la comisaría de familia ubicada en el barrio La Joya para llamar a su madre y decirle que se encontraba bien. La señora explica en la comisaria que solo los abuelos de la consultante pueden hacerse cargo de ella, y es así que ellos se comunican con los abuelos, pero ellos manifiestan estar impedidos también, así que la comisaria decide entregarla bajo protección de ICBF en donde es trasladada a la institución Fulmiani por lo que su estadía es de 9 días y finalmente es trasladada el 20 de diciembre del 2018 al refugio San José.

3.1.1. Ciclo Vital.

Embarazo: La consultante refirió que su madre tuvo un embarazo de alto riesgo, permaneciendo la mayoría del tiempo en la clínica por una leve hemorragia, existiendo el riesgo de que la consultante naciera con dificultades de desnutrición, ceguera y en el peor de los casos que naciera sin vida por la condición de la madre, sin embargo, la progenitora llevó a cabo una dieta estricta con multivitamínicos.

Infancia: la consultante expresó tener una infancia con adversidades porque ella cuidaba a su padre biológico; él señor tenía una enfermedad terminal, padeciendo de diabetes, afectación en los riñones y el corazón. La consultante refiere que ella misma asistía en darle la insulina cuando lo requería.

Adolescencia: la consultante manifiesta que constantemente se siente en “una montaña rusa”; muchas cosas han ocurrido en su adolescencia, afuera de los cambios normativos del ciclo vital; una de ellas es el encierro que narra haber vivido cuando habitaba con la madre, durante aproximadamente dos años; la ideación suicida e intentos suicidas; el abandono de su casa para no seguir recibiendo maltrato por parte de su madre y padrastro y el ingresó a una institución de protección del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

3.1.2. Contexto.

Tabla 1.

Componentes contextuales

Componentes	Descripción
Contexto	Actualmente la consultante reside en una institución temporal del estado ICBF, para el restablecimiento de derechos. S.A. percibe el contexto como una experiencia más en su vida.
Familiar	La familia de la consultante está conformada por madre y padrastro los cuales residen en la ciudad de Barranquilla; S.A. se encuentra bajo protección del bienestar familiar desde diciembre del 2018.
Social	Presenta dificultad para relacionarse con pares dentro de la institución, sin embargo, refiere tener buenas relaciones con los

compañeros del colegio, la mayoría de sus amigos son del género masculino.

Tabla 2.

Componentes personales.

Componentes	Descripción
Ocupacional	La consultante asiste a las actividades programadas que le ofrece la institución, por lo que todo el tiempo está ocupada. Estas son algunas de las actividades: manualidades, refuerzo de tareas, deporte, danza, realización de roles.
Salud	La consultante ha tenido dificultades con uno de sus brackets, llegándole a incomodar, pero está pendiente la cita con el odontólogo, sin embargo, la joven presenta buen estado de salud en general.
Recreación	Leer libros, cantar canciones, compartir con los amigos del colegio.
Sexual	La consultante refirió no haber iniciado vida sexual.
Académico	Se encuentra cursando octavo grado en el colegio Camacho Carreño. La materia que más le gusta es inglés, pero a nivel general es una estudiante con muy buenas notas.

3.2. Análisis funcional

Consultante femenina de 15 años, que asiste a orientación psicológica remitida por el equipo técnico de la institución por manifestar de manera frecuente que se siente “sola y abandonada”, se evidencia afectación emocional, ya que ha presentado llanto, aislamiento y

baja motivación para realizar actividades en el hogar. Se ingresó al refugio San José de 19 de diciembre del 2018 por solicitud del ICBF ya que la anterior institución no contaba con suficientes cupos de estadía.

3.2.1. Conductas problema.

Dimensión verbal

- A. Quejas verbales: La consultante refiere que el ICBF debería permitirle ver a su amigo y la señora C.: “a ellos deberían permitirle que se hicieran cargo de mi”. Se percibe un discurso persistente.
- B. Pensamientos automáticos negativos: “Nadie me quiere”, “me siento fea” “No le importo a nadie”.
- C. Pensamiento catastrofista: “todo lo que he vivido hasta acá es terrible”.
- D. Rumiación: La consultante últimamente ha tenido pensamientos obsesivos en cuanto al ser adoptada por la señora C. madre de su mejor amigo (ellos recibieron a S.A. cuando llegó de Barranquilla).

Dimensión emocional

- A. Aumento de ideas minusvalía acompañadas por pensamientos de tristeza, desesperanza y labilidad emocional (llanto) y evasión de contacto visual.
- B. Apatía: Poco o nulo interés en actividades que antiguamente generaban disfrute y eran placenteras.

Dimensión fisiológica

- A. Dificultad para conciliar el sueño o exceso de sueño.
- B. Falta de energía para realizar actividades dentro de la institución.

Dimensión social y relaciones interpersonales

- A. Aislamiento social: Aunque a la consultante se le facilita relacionarse con pares y adultos, se ha mostrado aislada y distante de sus compañeras de la institución.
- B. Descuido de presentación personal: Escasa motivación para arreglarse.

3.2.2. Antecedentes.

Antecedentes remotos

- A. Estado de ánimo deprimido por recibir maltrato psicológico y físico por parte de su progenitora y padrastro.
- B. Ideación suicida cuando vivía con su madre y padrastro
- C. Episodio depresivo hace dos años posiblemente debido a discusiones y comportamientos violentos por parte de su madre

Antecedentes recientes

- A. Tomar la decisión de irse de la casa por maltratos por parte de la progenitora y padrastro.
- B. Vinculación al ICBF

Consecuentes

- A. Estados agudos de malestar “labilidad emocional” - Llanto.
- B. Pensamientos de minusvalía, inutilidad.
- C. Victimización.
- D. Dificultad en el desempeño de actividades relajantes o de ocio.
- E. Sentimientos de tristeza.
- F. Evitación dentro de la institución.

3.3. Formulación del caso

Consultante adolescente de 15 años que ha presentado alteración en su estado emocional. Aproximadamente desde el mes de enero del 2019 la consultante ha presentado episodios de alteración emocional tales como estados de ánimo fluctuantes (llanto, desesperanza, soledad) y aislamiento. Durante la estadía S.A. genera la expectativa de que la señora C. y su hijo, las dos personas que la recibieron cuando llegó de Barranquilla inicialmente, la podrían adoptar. Si bien es cierto la consultante empieza a observar que, en la institución del ICBF, refugio San José existe un espacio en donde las familias vinculadas al restablecimiento de derechos tienen un espacio en que las niñas son visitadas por sus familiares. Este suceso semanal hizo que S.A. reafirmara sus pensamientos negativos partiendo del hecho que su familia no se ha vinculado al proceso, y el hecho de ver a las demás compañeras, le generaban pensamientos negativos como; “Me siento sola” “Me siento abandonada”. Agregando también manifestaciones problemáticas que acompañaron este proceso como su recuerdo obsesivo de que su amigo S.A. y la señora C la adopten ya que su familia no se ha vinculado al proceso.

3.3.1. Hipótesis de origen.

El problema tiene sus inicios en dos factores estresores mayores que sirvieron como desencadenantes, el primero ocurre a los 13 años de edad, con el fallecimiento del padre, seguido por la experiencia de maltrato por parte de la madre y padrastro, que según la teoría, los infantes que reciben o recibieron castigo físico y emocional presentan una mayor prevalencia de alteraciones de salud mental (Junco, 2014). A raíz de estos dos eventos, dieron a lugar los disparadores en conductas de aislamiento, rumiación, labilidad emocional (llanto), cutting, incumplimiento de la norma y el escape del hogar materno.

3.3.2. Hipótesis de mantenimiento.

S. A. en la actualidad evidencia una serie de pautas de evitación tales como relacionarse e interactuar con sus compañeras y manifiesta sentirse triste y abandonada, refiriéndose constantemente al hecho de que su familia no se encuentre vinculada al proceso restablecimiento de derechos, generando una sensación de incertidumbre frente a su futuro. El aislamiento social hace parte de la conducta problema que para autores como Bianchi-Salguero & Muñoz-Martínez (2014) en el trastorno de adaptación dan cabida a la sintomatología de trastornos de adaptación, depresión y ansiedad; otra característica del mantenimiento del mismo trastorno, es que la consultante se encuentre inmersa en un contexto con pocas posibilidades de hacer actividades diferentes que le generan placer o que anteriormente realizaba con facilidad, dificultando tanto la adaptación al nuevo contexto y limitando su recursos.

3.4. Impresión diagnóstica

La paciente de 15 años fue remitida por el equipo técnico de la institución Refugio San José operador del instituto de bienestar familiar por presentar malestar emocional; los episodios de tristeza son descritos en momentos de llanto, irritabilidad, aislamiento y comentarios negativos de sí misma relacionados con su historia de vida.

Mediante la evaluación clínica realizada en las sesiones se concluyó el siguiente diagnóstico:

309.0 (F4321) Trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido.

Consultante que manifiesta sintomatología asociada a estado de ánimo anormal.

Desarrollo de síntomas emocionales o del comportamiento en respuesta a un factor o factores de estrés identificables que se producen en los tres meses siguientes al inicio del factor de estrés.

A. Estos síntomas o comportamientos son clínicamente significativos, como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:

1. Malestar intenso desproporcionado a la gravedad o intensidad del factor de estrés, teniendo en cuenta el contexto externo y los factores culturales que podrían influir en la gravedad y la presentación de los síntomas
2. Deterioro significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Por tal motivo, se considera que según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales quinta edición, (American Psychiatric Association, 2014) consultante manifiesta un trastorno de adaptación con estado de ánimo deprimido 309.0 (F4321) Trastorno de adaptativo con estado de ánimo deprimido.

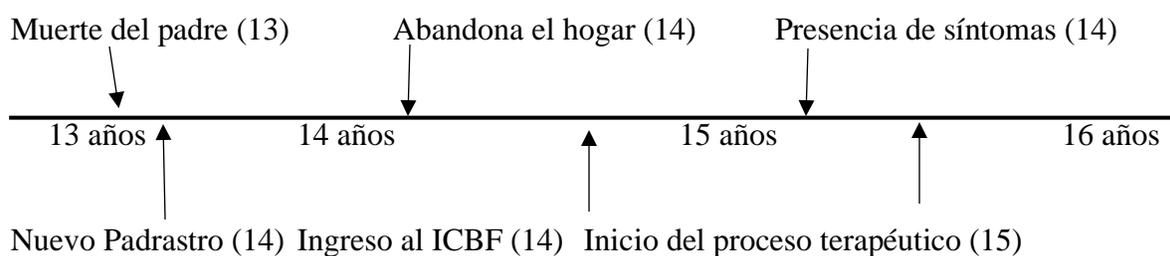


Figura 2. Línea de tiempo en eventos más importantes.

3.4.1. Resultados de la intervención.

La consultante logró generar una relación empática y de rapport, manifestando el deseo de participar activamente y voluntariamente en el proceso de intervención, Se evidencia una mejoría del estado de ánimo del consultante (por autor-reporte).

La paciente reconoce e identifica situaciones de la cotidianidad que le generaron tristeza. Al inicio tiende a mostrarse ocasionalmente insegura y un poco retraída, nos obstante, se evidenció comprensión acerca del modelo de intervención, identificando los sentimientos y situaciones que le generan malestar emocional a partir de ejemplos propuestos. La consultante hace verbalizaciones positivas durante la sesión relacionadas con las actividades que compartió con compañeras del hogar, así mismo expresando que se ha sentido un poco mejor ejecutando las actividades que le agradan.

Durante la intervención se realizó el rastreo y motivo la estimulación de aquellas actividades que involucraban un nivel de satisfacción en la misma consultante, a través de la AC, donde se procuró establecer un protocolo ante la presencia de los síntomas, esta intervención se observa con mayor detalle en el anexo 5.

Los resultados evidenciaron que en la intervención la consultante comprendió la relación de los reforzadores externos facilitaron la modificación de su estado de ánimo y conducta. Así mismo comprendiendo los elementos mantenedores y los efectos negativos que ha conllevado sus conductas evitativas. Por lo tanto, se realizó un seguimiento del proceso evolutivo de la paciente. Utilizando el formato de autorregistro de activación conductual, llevado a cabo un registro de actividad conductual que la paciente realizaba diariamente y al mismo tiempo agregando una puntuación sobre su estado de ánimo (Martell, Didmijian & Herman-Dun, 2013). Estos formatos se suministraban al inicio del tratamiento para su

posterior diligenciamiento durante la semana siguiente hasta la nueva sesión, donde era entregado al terapeuta, en ocasiones se diligenciaban con la terapeuta dentro de la sesión, el cual se hacía una retroalimentación de la semana, suministrándole un formato nuevo al terminar cada intervención. Por medio de los auto registros y monitorización de actividades se evidenciará el efecto de proceso terapéutico (ver figuras 3, 4 y 5 y Anexos 5).

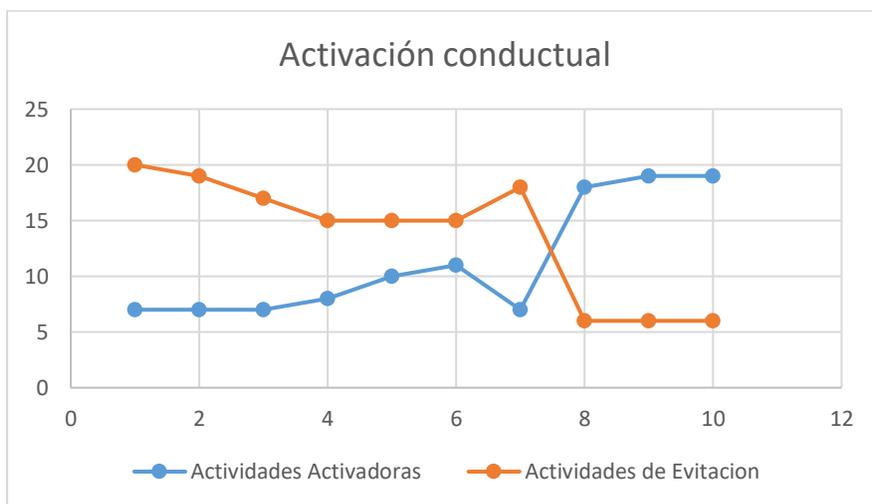


Figura 3: Registro de Actividades activadoras y actividades evitativas durante 10 semanas.

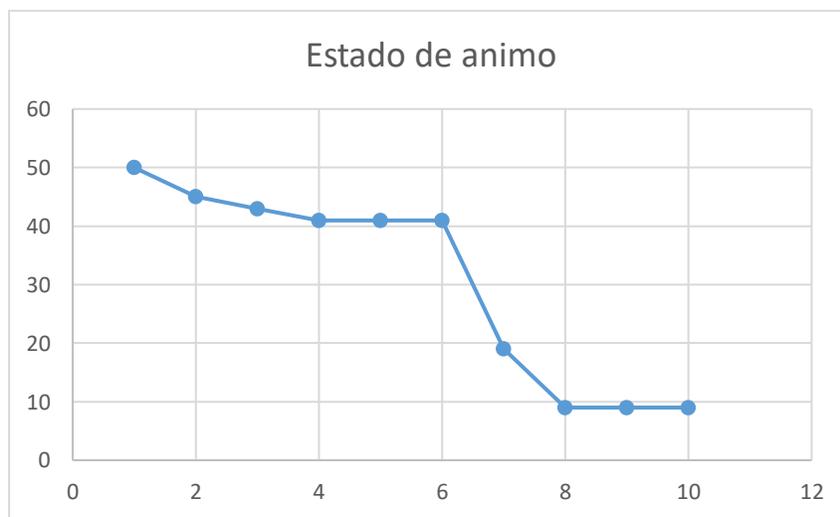


Figura 4: Registro del estado de ánimo a cada actividad que realizaba a diario a través del autorregistro, teniendo en cuenta puntuaciones de estado de ánimo deprimido, de 1 a 10, donde 1 es nada intenso

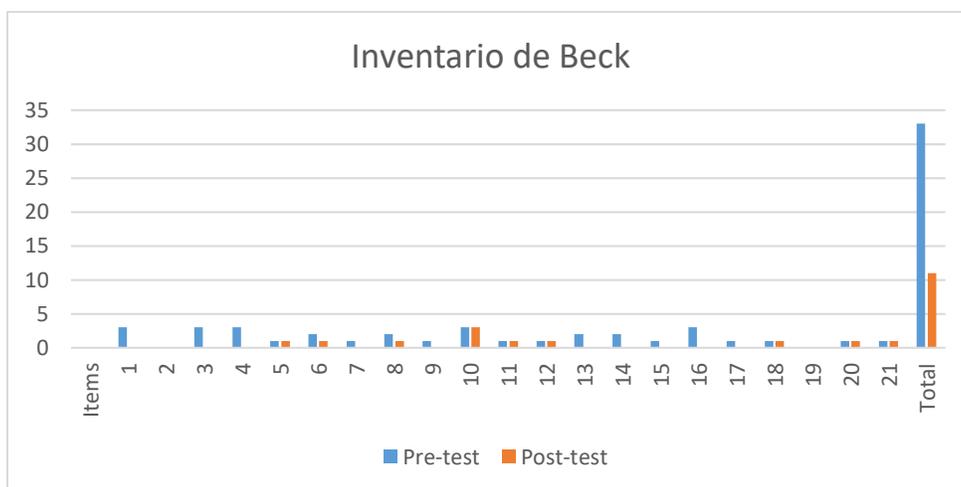


Figura 5: Inventario de Beck, donde se aplicó antes y después del tratamiento.

En el inventario de depresión de Beck la puntuación es de un rango de 33 puntos lo que indica un estado de depresión moderada. Sin embargo, se identificó que estos episodios solo salen a flote dentro de la institución, se puede afirmar que los síntomas de depresión se ven evidenciados a las conductas evasivas con pares dentro del hogar. Luego se realiza la aplicación de una prueba post-test (la misma suministrada anteriormente) arrojando una puntuación de 11 puntos lo que significa una leve perturbación del estado de ánimo.

Con respecto al futuro de la consultante, S.A. manifestó una sensación de optimismo. Sin embargo, también sabía que las personas que han experimentado episodios depresivos tienen un alto índice de volver a repetirlos. La paciente se preparaba para la fase final de la terapia, el tema de la recaída y de la prevención se convirtió en el principal centro de interés. Se realizó cuidadosamente lo que había ayudado a S.A. en la terapia, incluyendo las nuevas habilidades que había aprendido y los cambios vitales que había experimentado, y se centraron en el futuro para identificar posibles áreas de vulnerabilidad y cómo S.A. podía hacerles frente de manera autónoma.

Las situaciones que eran fuertes recordatorios que habían sido significativos desde el pasado en el pasado de la consultante; por ejemplo, en este caso el recuerdo de las fuertes

emociones que le generaron el maltrato por parte de su progenitora. En la sesión se identificaron la vulnerabilidad ante estos tipos de contextos y aclararon las situaciones de alto riesgo que podrían tener como resultado estos tipos de pérdidas y ejercer una influencia negativa similar en el futuro. La paciente verbalizó sentir síntomas de alivio y tranquilidad cuando aumentó el número de actividades que le agradan; disminuyendo conductas de evitación que presentaba con pares del hogar en donde actualmente reside.

4. Discusión

En la presente monografía se expone un estudio de caso de una consultante adolescente diagnosticada con trastorno de adaptación, con sintomatología depresiva, basados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales quinta edición, (American Psychiatric Association, 2016). La discusión se centrará en aquellos aspectos más relevantes que se han evidenciado de los resultados obtenidos.

Con respecto a la evaluación diagnóstica se usó el Inventario de depresión de Beck-II, BDII-II, edición española (Beck, Steer, Brown & Vázquez, 2011), como instrumento de evaluación inicial registró una puntuación de un rango de 33 puntos indicando un estado de depresión moderada; esta evaluación se acompañó con un análisis funcional de la conducta a través de la entrevista clínica y autorregistros que identificaron que el mismo estado de depresión era condicional al hogar San José, el operador del ICBF, reconociéndose así que la sintomatología presentada por la consultante correspondía a un trastorno de adaptación.

La impresión diagnóstica que desde el análisis funcional de la conducta, se identifica por el trastorno de adaptación, permite rastrear, que según la teoría identifica, cómo la reacción emocional y/o conductual, en el caso S.A. que presenta pensamientos automáticos negativos y catastrofistas; rumiación basada en ideas de minusvalía, desesperanza, apatía; dificultad para conciliar el sueño o exceso de sueño; aislamiento social; ideación suicida; estados agudos de malestar seguidos por llanto, labilidad; y bajo desempeño de actividades relajantes o de ocio; se correlacionan a un evento específico de gran nivel de estrés, en S.A. tras abandonar el hogar materno por maltrato y viajar para cambiar de ciudad, su adaptación al hogar San José, donde reside, con pocas conexiones familiares, empieza a desencadenar la sintomatología referida. Este agente estresor y/o etiopatogénico generó un cambio de vida, en la consultante, donde sus propios recursos no fueron suficientes para

adaptarse correctamente al cambio (Suarez, Iglesias & Caviñe, 2011); otro elemento que se tuvo en cuenta fue el proceso de duelo vivenciado por la consultante con su padre, sin embargo, se identificaron dos elementos importantes que descartaron la posibilidad de la presencia de un TA por duelo, el primero de estos, se encuentra con el mismo diagnóstico que el DSM 5 contempla que no se encuentra ligado a un duelo no resuelto y el segundo elemento, más importante, es que durante las sesiones cuando se abordó el tema del fallecimiento de la consultante, no se identificaron los elementos característicos de un duelo no resuelto, tales como distorsiones cognitivas, enojo y amargura acerca del fallecido, dificultad para continuar con la vida, sensación de vacío, ideación intrusiva sobre la persona (Millán-González, & Solano-Medina, 2010).

Para abordar el caso se usó el tratamiento de activación conductual que Martell, Didmijian & Herman-Dun, (2013) identifica como una herramienta enfocada en el abordaje breve, sistemático y personalizado, que prioriza los procesos que reprimen la activación, tales como las conductas de huida y evitación, conductas que la paciente S.A. estableció en primera instancia, con la huida de su hogar materno, esto claramente explicado puesto que al no experimentar la recompensa positiva de su entorno familiar, desencadenó síntomas y conductas de carácter depresivo; sin embargo, debido a que el diagnóstico de la consultante presenta un trastorno de adaptación con sintomatología depresiva la intervención en activación conductual, no solo se basó en la activación conductual que busco incrementar las interacciones positivas de la consultante a través de los autorregistros y los planes de acción sino también en la vinculación de la consultante con el nuevo entorno, este es la operador del ICBF.

Para el abordaje de algunas sintomatologías de carácter depresivo, tales como la labilidad, rumiación e ideación suicida, se usó mindfulness, empleándose como un modelo

psicoeducativo para la reducción del estrés, centrarse en la respiración con el fin de disminuir los pensamientos, sentimientos y sensaciones vinculadas a los eventos negativos, para lo cual también se le orientó en el registro diario de los eventos placenteros y los desagradables (Segal, Williams, & Teasdale, 2008). Parte de las actividades placenteras, la consultante las identifico como escribir, escuchar música, transcribir canciones en inglés, hacer roles en el hogar y dibujar (Ver Anexo 5)

Tras el desarrollo de la décima sesión, en la prueba post-test (la misma suministrada anteriormente) registro 11 puntos en el inventario de Beck, BDII-II, demostrando una leve perturbación del estado de ánimo.

Estos resultados identifican la utilidad y funcionalidad que la terapia de activación conductual con respecto al tratamiento de la sintomatología depresiva y con trastornos de primer orden, como es el trastorno de adaptación, esto también se relaciona con los objetivos del caso en la modificación de las conductas de evitación que registró inicialmente. Si bien la activación conductual goza de buena reputación en el abordaje de la depresión de severa (Barraca, 2010), e inclusiva con casos que presentaban sintomatología psicótica y un nivel de discapacidad percibida (Romero, Poves, & Vucinovich, 2015). De esta forma se confirma no solo la validez que la AC posee en torno al tratamiento de trastornos alineados al orden depresivo, sino también su funcionalidad en casos que intervienen con altos niveles de estrés y adaptación como es el presente caso.

4.1. Conclusiones

La terapia activación conductual demostró su eficacia en la modificación de las conductas evasivas y en este caso desadaptativas y estimulando la mejoría del estado de ánimo de la consultante; aunque el diagnóstico de la paciente se identificó como un

trastorno de adaptación por la adaptación de S.A. con su nuevo contexto y no un trastorno del ánimo depresivo, la terapia de activación conductual entre el periodo de 6 sesiones que tuvieron a lugar la aplicación pre y post del inventario de depresión Beck.

Con respecto al caso abordado en la presente monografía, S.A. se recomienda realizar un seguimiento posterior a seis meses, que registre la evolución que tuvo; así mismo es evidenciable su mejora en la adaptación y valoración que se estableció en el inicio del proceso. Se constata por lo tanto el cumplimiento de los objetivos terapéuticos y sobre la intervención de las conductas de huida y desadaptación que la paciente presentó.

Si bien la AC es un tratamiento que no tiene mucho tiempo en la esfera atención de la depresión y menos en otros trastornos, su validez ha sido poco a poco confirmada; algo que también ha servido de gran utilidad ha sido su ejecución sencilla y aplicación que no exigen en el terapeuta grandes estrategias o entrenamientos como otros abordajes terapéuticos, permitiendo confirmar su eficacia con mayor rapidez y también promocionar de forma rápida Martell, (Didmijian & Herman-Dun, 2013). También quedo por indagar sobre la ejecución que la AC podría tener en trastornos ligados con el estrés de una situación no normativa, como lo es el trastorno de adaptación, en diferentes contextos para registrar datos significativos sobre su validez en tales trastornos.

5. Referencias

- American Psychiatric Association (2016). *Suplemento del Manual Diagnóstico Y Estadístico De Trastornos Mentales*. Bogotá, Colombia: Panamericana.
- American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM 5 (5ª ed)* Bogotá, Colombia: Panamericana.
- Álvarez, L. (2013). Creencias irracionales prototípicas del trastorno de la personalidad por dependencia. *Psicoespacios VI*, 7(11), 1-22.
- Antón, V., García, P., & García, J. (2016). Intervención cognitivo–conductual en un caso de depresión en una adolescente tardía. *Psicología Clínica Niños y Adolescentes*, 3(1), 45-52.
- Aimoku, J. K., Godoy, A., O'Brien, W. H. Haynes. S., & Gavino, A. (2013). Análisis funcional en evaluación conductual y formulación de casos clínicos. *Clínica y salud*, 24(2), 117-127.
- Beck, A. T., Rush, J. A., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy for depression*. New York, USA.: Guilford Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Brown, G. K., & Vázquez, C. (2011). *BDI-II: Inventario de depresión de Beck-II*. España: Pearson.
- Barraca, J. (2010) Aplicación de la Activación Conductual en un Paciente con Sintomatología Depresiva. *Clínica y Salud*, 21(2), 183-197.
- Barraca, J. (2009) La Activación Conductual (AC) Y La Terapia De Activación Conductual Para La Depresión (TACD). Dos Protocolos De Tratamiento Desde El Modelo De La Activación Conductual. *EduPsykhé*, 8(1), 23-50.
- Bianchi-Salgueiro, J., & Muñoz-Martínez, A. (2014). Activación conductual: revisión histórica, conceptual y empírica. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 8(2), 83-89.

- Caballo, V. (1996). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. España: Siglo XXI.
- Martell, C., Didmijian, S., & Herman-Dun, R. (2013). *Activación conductual para la depresión*. Nueva York, USA: The Guilford Press.
- Millán-González, R. & Solano-Medina, N. (2010). Duelo, duelo patológico y terapia interpersonal. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(2). 375-388.
- Ministerio de Protección Social de Colombia (2015) *Encuesta Nacional De Salud Mental*. Recuperado de:
http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomoI.pdf.
- Gallo, J. (2007). La autonomía en la política distrital de salud mental: Del individuo al communitas *Revista Tesis Psicológica*, (7), 46-47.
- Junco, J. E. (2014). Análisis psicosocial de maltrato infantil. *Unife Av. Psicol*, 22(2). 179-191
- Kanfer, F., & Saslow, G. (1965) Análisis Conductual: Una alternativa a la clasificación diagnóstica. *Gen Psychiat*, 12.
- ICBF. (2017). *Lineamiento técnico del modelo para la atención de los niños, las niñas y adolescentes, con derechos inobservados, amenazados o vulnerados*. Versión 5. Recuperado de: https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/procesos/document_19.pdf
- Morera, J., & Calvo, E. (2007). Trastornos Adaptativos. En Vázquez, J. L. (Ed.), *Psiquiatría en Atención Primaria* (pp. 307-319). España: Grupo Aula Médica.
- Mazzucchelli, T., Kane, R., & Rees, C. (2012). Behavioral activation treatments for depression in adults: a meta-analysis and review. *Clinical Psychology*, 5(1), 105-121.

- Oblitas, L. (2008). El estado de arte de psicología de la salud. *Revista de Psicología*, 26(2), 222-254.
- Nieto, E., & Barraca, J. (2017). Behavioural Activation Versus Cognitive Restructuring to Reduce Automatic Negative Thoughts in Anxiety Generating Situations. *Psicothema*, 29(2), 172 -177.
- Refugio San José. (2008). *Extraído del documento de manual de convivencia*. ICBF.
- Romero, R., Poves, S., & Vucinovich, N. (2015). Efectos de la activación conductual sobre la sintomatología depresiva, la sintomatología psicótica y el nivel de discapacidad percibida: a propósito de un caso. *Análisis y Modificación de Conducta*, 41(163), 59-73.
- Ruiz, M., Diaz, M., & Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Madrid, España: Desclee De Brouwer.
- Sanz, J. & Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de beck. *Psicothema*, 10(2). 303-318.
- Segal, Z., Williams, J. M., & Teasdale, J. (2008). *Terapia Cognitiva De La Depresión Basada En La Conciencia Plena: Un Nuevo Abordaje Para La Prevención De Las Recaídas*. New York, USA.: Descleé De Brouwer.
- Suarez, D., Iglesias., J., & Caviñe., C. (2011). Trastorno de adaptación en la Psicopatología Infantil. Un estudio de caso. *Revista de la facultad de ciencias de la salud*, 8(2), 213-225.
- Vásquez, E. (2016). Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Neuropsiquiatría*, 79(1), 42-51.
- Vásquez, C., & Sanz, J. (1991). Fiabilidad y validez factorial de la versión española del inventario de depresión de Beck. Garaigordobil, M. (Presidencia). *III Congreso de*

Evaluación Psicológica. Congreso llevado a cabo por la Sociedad Europea de Evaluación Psicológica, Barcelona, España.

6. Anexos

1. Anexo 1: Inventario de Depresión de Beck.

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

- 1) No me siento triste Me siento triste. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo. Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.
- 2) No me siento especialmente desanimado respecto al futuro. Me siento desanimado respecto al futuro. Siento que no tengo que esperar nada. Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.
- 3) No me siento fracasado. Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas. Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso. Me siento una persona totalmente fracasada.
- 4) Las cosas me satisfacen tanto como antes. No disfruto de las cosas tanto como antes. Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas. Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
- 5) No me siento especialmente culpable. Me siento culpable en bastantes ocasiones. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones. Me siento culpable constantemente.
- 6) No creo que esté siendo castigado. Me siento como si fuese a ser castigado. Espero ser castigado. Siento que estoy siendo castigado.
- 7) No estoy decepcionado de mí mismo. Estoy decepcionado de mí mismo. Me da vergüenza de mí mismo. Me detesto.
- 8) No me considero peor que cualquier otro. Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores. Continuamente me culpo por mis faltas. Me culpo por todo lo malo que sucede
- 9) No tengo ningún pensamiento de suicidio. A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería. Desearía suicidarme. Me suicidaría si tuviese la oportunidad.
- 10) No lloro más de lo que solía llorar. Ahora lloro más que antes. Lloro continuamente. Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.
- 11) No estoy más irritado de lo normal en mí. Me molesto o irritado más fácilmente que antes. Me siento irritado continuamente. No me irrita absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.
- 12) No he perdido el interés por los demás. Estoy menos interesado en los demás que antes. He perdido la mayor parte de mi interés por los demás. He perdido todo el interés por los demás.

- 13) Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho. Evito tomar decisiones más que antes. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes. Ya me es imposible tomar decisiones.
- 14) No creo tener peor aspecto que antes. Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo. Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo. Creo que tengo un aspecto horrible.
- 15) Trabajo igual que antes. Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo. Tengo que obligarme mucho para hacer algo. No puedo hacer nada en absoluto.
- 16) Duermo tan bien como siempre. No duermo tan bien como antes. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir. Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.
- 17) No me siento más cansado de lo normal. Me canso más fácilmente que antes. Me canso en cuanto hago cualquier cosa. Estoy demasiado cansado para hacer nada.
- 18) Mi apetito no ha disminuido. No tengo tan buen apetito como antes. Ahora tengo mucho menos apetito. He perdido completamente el apetito.
- 19) Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada. He perdido más de 2 kilos y medio. He perdido más de 4 kilos. He perdido más de 7 kilos. Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.
- 20) No estoy preocupado por mi salud más de lo normal. Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento. Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.
- 21) No he observado ningún cambio reciente en mi interés. Estoy menos interesado por el sexo que antes. Estoy mucho menos interesado por el sexo. He perdido totalmente mi interés por el sexo.

3. Anexo 3: Formato de Consentimiento Informado

	REFUGIO SAN JOSE BUCARAMANGA	ATENCION INTEGRAL		
		CONSENTIMIENTO INFORMADO		
		Versión : 3	Fecha: 30/06/15	CODIGO: A I – F - 24

Yo, _____ con C.c. _____ Padre/Madre o Responsable de familia certifico que he recibido y comprendido que la información que obtengan el psicólogo en formación y el psicólogo asesor, es de carácter confidencial y que la podrán revelar si durante la evaluación o el tratamiento, se detecta de manera clara que hay un evidente daño para mi hija/Familiar o para terceros; con el fin de que se puedan tomar las medidas preventivas o correctivas según sea el caso. También sé que la información que suministro en el proceso de consulta, podrá ser utilizada para procesos académicos o investigativos; siempre y cuando se resguarde la identidad. Se me indicó que el procedimiento a seguir es en primera instancia un periodo de evaluación en la que se incluirán la entrevista, la aplicación de pruebas psicológicas y otras formas de evaluación que se consideren pertinentes para valorar el estado psicológico de mi hija/familiar actual. También se me indicó yo puedo revocar el consentimiento o dar por terminada en cualquier momento la relación entre el psicólogo en formación y yo, cuando lo considere pertinente, sin que ello implique ningún tipo de consecuencia para ella. Comprendo que el psicólogo en formación y el psicólogo asesor se comprometen a utilizar sus conocimientos y competencias en pro de mi bienestar y evitando de esta manera causarme un daño físico o moral. Sé que en los casos en que pudiera experimentar efectos negativos, como consecuencia de la evaluación o intervención, recibiré información que me permitirá tomar la decisión que a mi criterio me parezca más conveniente. También estoy enterado que el psicólogo en formación puede interrumpir la prestación del servicio en las siguientes circunstancias:

1. Traslado de institución o evasión.
2. Incapacidad física u enfermedad del psicólogo en formación.
3. La menor de edad no quiera continuar con el proceso de intervención.

Yo _____ He comprendió la información brindada por los profesionales el día _____ del mes _____ del año _____.

4. Anexo 4: Formato de Autorregistro.

Hermanitas de los pobres de San Pedro Claver

«TODO POR JESUS»

Apéndice 1c

Tabla de actividades de la activación conductual. Monitorización de actividades y del estado anímico

Instrucciones: anota tu actividad para cada hora del día (qué estabas haciendo, con quién, dónde, etcétera). Valora la intensidad de tu estado anímico (es decir, lo deprimido que te has sentido) entre 1 y 10, donde «1» = «nada intenso» y «10» = «muy intenso».

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
5:00 - 7:00							
8:00							
9:00							
10:00							
11:00							
12:00							
13:00							
14:00							
15:00							
16:00							
17:00							
18:00							
19:00							
20:00							
21:00							
22:00							
23:00 - 5:00							

Tomado de: *Activación conductual para la depresión: una guía clínica*, obra de CHRISTOPHER R. MARTELL, SONA DIMIDJIAN Y RUTH HERMAN-DUNN. Copyright 2013 by Desclée De Brouwer. La autorización para fotocopiar esta tabla se concede a los compradores de este libro únicamente para uso personal (véase la página del copyright para más detalles). Los compradores de este volumen pueden descargar una versión más completa de esta tabla desde la página web de este libro en el sitio electrónico de The Guilford Press.



CamScanner

5. Anexo 5: Plan de Intervención.

Hacer aproximaciones en el ambiente modificando rutinas y conductas. Mejorar su estado de ánimo.

- **Sesión 1:** Se generó un clima de confianza entre la consultante y terapeuta, favoreciendo la expresión de emociones y sentimientos, con el fin de indagar los aspectos referidos por el equipo técnico de la institución. Se exploraron datos sociodemográficos y dinámica familiar.
- **Sesión 2:** Durante la sesión se hace un pequeño resumen de lo que sucedió en el primer encuentro y se indaga más sobre su historia personal. Se le brinda un formato de autorregistro para el estado de ánimo.
- **Sesión 3:** Se realiza la aplicación de la prueba de Beck.
- **Sesión 4:** Se realiza socialización de resultados de la prueba de Beck aplicada anteriormente y con base en ellos se establecen objetivos terapéuticos para las próximas sesiones.
- **Sesión 5:** Se realizan ejercicios de mindfulness orientados a la respiración, para disminuir respuestas fisiológicas. Se profundiza sobre el modelo de activación conductual, lo cual se hace a través de ejemplos a partir de lo manifestado por la paciente. Se realiza psicoeducación en la técnica de autorregistro para que inicie e identifique sus pensamientos, para lo cual se deja como tarea realizar este ejercicio especialmente en las situaciones que le generan malestar.
- **Sesión 6:** Durante la sesión la consultante refiere sentimientos de desesperanza con respecto al futuro, acompañados de llanto; luego de haber expresado sus sentimientos y emociones se da inicio a un ejercicio de respiración. Se explican fundamentos teóricos nuevamente de activación conductual a la paciente antes de asignar una tabla de actividades, además se realizó retroalimentación para conocer el nivel de comprensión y el grado de acuerdo de los fundamentos explicados.
- **Sesión 7:** Revisar los autorregistros realizados durante la semana pasada, acerca de cómo se sintió en cada actividad que realizó. Se anima a la consultante a tomar apuntes de las actividades diarias y el momento que ocurren en la forma más precisa.
- **Sesión 8:** Se explora detalladamente acerca de las actividades placenteras.

- **Sesión 9:** Se le solicita a la consultante monitorear la actividad, recolectando la información sobre los patrones de conducta y las conexiones entre la actividad y el estado anímico.
- **Sesión 10:** Aplicación de la prueba post.
- **Sesión 11:** socialización de los cambios comportamentales comparados con el inicio de la terapia
- **Sesión 12:** Se le solicita a la consultante que algunas de las actividades placenteras las haga en compañía de las compañeras con las que se siente cómoda interactuar.
- **Sesión 13:** Análisis de situaciones probables que ocurran en el futuro.
- **Sesión 14:** La paciente verbaliza aspectos positivos dentro de la terapia, manifestando sentir menos tristeza y más motivación a realizar las actividades que le gustan de manera frecuente, además lograr disminuir los pensamientos automáticos de querer ser adoptada por la madre de su amigo, y flexibilizar creencias distorsionadas de sentirse sola y abandonada.