



**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA SECCIONAL BUCARAMANGA**

**ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES**

**ESPECIALIZACION EN PSICOLOGIA CLINICA**

**SISTEMATIZACION DE LA INTERVENCION PSICOLOGICA DESDE EL ENFOQUE  
COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN CASO DE TRASTORNO DEL ANIMO NO  
ESPECIFICADO CON SINTOMAS ATIPICOS**

**INFORME DE PRÁCTICA COMO REQUISITO PARA OPTAR EL TITULO DE  
ESPECIALISTA EN PSICOLOGIA CLINICA**

**SANDRA PAOLA ANGARITA NIÑO**

**BUCARAMANGA 2014**



**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA SECCIONAL BUCARAMANGA**

**ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES**

**ESPECIALIZACION EN PSICOLOGIA CLINICA**

**SISTEMATIZACION DE LA INTERVENCION PSICOLOGICA DESDE EL ENFOQUE  
COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN ESTUDIO DE CASO DE TRASTORNO DEL  
ESTADO DE ANIMO CON SINTOMAS ATIPICOS**

**EN LA MODALIDAD DE MONOGRAFIA COMO REQUISITO PARA OPTAR EL  
TITULO DE ESPECIALISTA EN PSICOLOGIA CLINICA**

**SANDRA PAOLA ANGARITA NIÑO**

**BUCARAMANGA 2014**

## **DEDICATORIA**

Este triunfo lo dedico a las personas más importantes de mi vida, que han contribuido en mi crecimiento personal y profesional como lo son, mi madre, mi esposo, mi hija y mis hermanos, a quienes les debo gratitud y respeto.

## AGRADECIMIENTOS

Este trabajo representa el inicio de una nueva etapa de mi vida donde las experiencias y los aprendizajes me plantean nuevos retos acompañados de satisfacción y amor por el servicio eficiente que puedo brindar a las personas que acuden a mí en busca de una ayuda a sus diferentes problemáticas.

Quiero agradecer inicialmente a Dios por haber abierto mi mente y mi corazón en la adquisición de nuevos conocimientos y experiencias y por haber puesto los medios necesarios para hacer posible este propósito, que estoy segura que sin él no hubiera sido posible.

A mi esposo que con su esfuerzo y amor incondicional, alimentaron y fortalecieron mis momentos de dificultad, motivándome a seguir adelante.

A mi mamita que siempre estuvo presente con palabras de aliento y con su aporte económico, permitiéndome culminar exitosamente mi especialización.

A mi asesora por su incansable ayuda y orientación en mi proceso de formación, quien entregó lo mejor de sí, contribuyendo en mi crecimiento profesional.

A mi Universidad Pontificia Bolivariana por poner a mi disposición un equipo de docentes idóneos, quienes supieron enriquecerme en cada uno de los módulos vistos, también agradezco a la Universidad por ofrecerme una estructura física en excelentes condiciones, que me permitieron estudiar en forma agradable y cómoda.

A mi compañera de Especialización de la octava cohorte Eduvigis Parra Almeida, quien con su experiencia enriqueció mi quehacer profesional, me aportó herramientas e información necesaria para la construcción de este proyecto.

## CONTENIDO

RESUMEN	08
ABSTRACT	09
INTRODUCCION	10
REFERENTE CONCEPTUAL	12
FORMULACION DE CASO CLINICO	19
Datos de Identificación de la Paciente	19
Genograma	20
Motivo de Consulta	20
Expectativas de la Paciente	20
Descripción del Problema	20
Síntomas Iniciales	22
Examen Mental	22
Antecedentes en Salud Física y Mental	24
Antecedentes Médicos	24
Antecedentes Psicológicos	24
Antecedentes Psiquiátricos	24
Datos Importantes de la Historia Familiar	24
Problemas que le Afectan	26
Problemas Emocionales y Conductuales	26

Eventos Significativos Traumáticos	26
Niñez	26
Adolescencia	27
Adultez	27
Eventos Significativos Agradables	27
Niñez	27
Adultez	27
HIPOTESIS DEL TRABAJO	28
INSTRUMENTOS UTILIZADOS	28
Betta II-R de C.E Kellogg – N. W. Morton	28
Frases Incompletas de Jaime A Granados E. y Elda Sánchez Fernandez	28
Inventario de Pensamiento Automáticos Distorsionados (Ruiz y Lujan, 1991)	28
Inventario de Depresión de Beck	29
Inventario de Ansiedad de Beck	
Autoregistros	29
ANALISIS DESCRIPTIVO	29
Situación Actual de la Paciente	29
DESCRIPCION GENERAL DE SUS CONTEXTOS DE FUNCIONAMIENTO	30
Historia Familiar	30
Historia Académica	32
Relaciones Interpersonales	32
Relaciones Afectivas	32
DESCRIPCION GENERAL DE COMPETENCIAS EN LAS DIFERENTES	
AREAS	33
ANALISIS EXPLICATIVO	33
Impresión Diagnosticas Según el DSM IV	33

OBJETIVOS TERAPEUTICOS	34
INTERVENCION PSICOLOGICA	35
RESULTADOS	43
Tratamiento de los Datos de la Intervención Psicológica con Enfoque Cognitivo	
Conductual	43
COMENTARIOS	48
DISCUSION	49
CONCLUSION	51
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	53
Anexo 1. Informe del Psiquiatría (Entregado por la paciente)	56

## RESUMEN

**TITULO** SISTEMATIZACION DE LA INTERVENCION PSICOLOGICA  
CLINICA DESDE EL ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN  
ESTUDIO DE CASO DE TRASTORNO DEL ESTADO DE ANIMO NO  
ESPECIFICADO CON SINTOMAS ATIPICOS

**AUTORA** SANDRA PAOLA ANGARITA NIÑO

**FACULTAD** ESPECIALIZACION EN PSICOLOGIA CLINICA

**ASESORA** SONIA AZUERO PAILLIE

El propósito de este estudio de caso consiste en sistematizar la intervención psicológica clínica desde el enfoque cognitivo conductual en una consultante del Centro de Proyección Social de Piedecuesta de la Universidad Pontificia Bolivariana, quien de acuerdo al análisis explicativo presenta un trastorno del estado de ánimo no especificado con síntomas atípicos, producto de problemas psicosociales y ambientales como las relaciones conflictivas vividas con su familia, la separación de sus padres, una disciplina inadecuada, además dificultades a nivel académico y otros factores que han obstaculizado el mantenimiento de las relaciones adecuadas consigo misma, con su familia y con los otros.

Se plantearon 5 objetivos terapéuticos, los cuales pretendían lograr la remisión de la sintomatología, estos fueron abordados en 15 sesiones y los instrumentos utilizados fueron el inventario de depresión de Beck, el inventario de ansiedad de Beck y el inventario de pensamiento automáticos distorsionados de Ruiz y Lujan, los cuales se aplicaron en las fases pre tratamiento y post tratamiento; el impacto de la intervención fue positivo, logrando la mejoría de los síntomas, especialmente se logró reestructurar cognitivamente sus pensamientos, llevándola a pensar en forma más realista y como consecuencia se disminuyó el malestar que le generaba pensar en forma distorsionada.

**Palabras Clave:** Enfoque Cognitivo Conductual, Trastorno del Estado de Animo no Especificado, Síntomas Atípicos, Depresión, Ansiedad.

## ABSTRACT

**TITLE:** SYSTEMATIZATION OF THE PSYCHOLOGICAL INTERVENTION CLINIC FROM THE COGNITIVE BEHAVIORAL APPROACH IN A CASE STUDY OF MOOD DISORDER NOT OTHERWISE SPECIFIED WITH ATIPICAL SYMPTOMS

**AUTHOR:** SANDRA PAOLA ANGARITA NIÑO

**FACULTY:** SPECIALIZATION IN CLINICAL PSYCHOLOGY

**ADVISORY:** SONIA AZUERO PAILLIE

The purpose of this case study is to systematize the clinical psychological intervention from the cognitive approach behaviour in a consultant from the center of the Social projection of the Bolivarian Pontifical University Piedecuesta, who according to the explanatory analysis presents a disorder of mood not specified with atypical symptoms, product of psychosocial problems and conflicting relationships lived with his family, the separation of their parents, inadequate discipline, in addition difficulties in academia and other factors that have hindered the relations right with herself, with her family and other environmental.

5 Therapeutic targets, which sought to achieve remission of symptoms were raised, these were addressed in 15 sessions and the instruments used were the Beck Depression inventory, the Beck anxiety inventory and inventory of automatic thought distorted Ruiz and Lujan, which applied during pre-treatment and after treatment; the impact of the intervention was positive, making the improvement of symptoms, especially managed to cognitively restructure their thoughts, leading her to think more realistically and as a result decreased discomfort generated you think in distorted form.

**KEY WORDS:** Focus cognitive-behavioural, disorder of mood State not specified, atypical symptoms, Depression, Anxiety.

## INTRODUCCION

El presente estudio de caso se realizó en el sitio de prácticas de la universidad Pontificia Bolivariana, que lleva como nombre Centro de Proyección Social de Piedecuesta ubicado en la dirección Carrera 7 N. 10 – 40 Centro P/esta, dicho centro en el mes de agosto del 2006 abrió sus puertas para desarrollar proyectos sociales con el objetivo de “retribuirle a la comunidad Piedecuestana en servicio el haber permitido que la Universidad Pontificia Bolivariana tuviera un espacio para la formulación e investigación de la ciencia de los profesionales”, con la misión de orientar y desarrollar procesos de intervención y acompañamiento social a la comunidad, además como visión se propone ser punto de referencia donde converja la comunidad de Piedecuesta y el perímetro circunvecino, involucrando las facultades de la universidad para que participen en el desarrollo de proyectos sociales, económicos y productivos. Al inicio la población mostro barreras de resistencia debido a que empresas privadas, las ONG, el Estado, instituciones educativas les prometían ayuda y al final no daban ningún resultado, sintiéndose la población “manoseada”. (Recuperado de: <http://centrodeproyeccionsocial.jimdo.com/>)

Mientras se buscaba la forma de llegar a la población, se fue adecuando la casa donde se encuentra actualmente ubicado el CPS, cuya planta física fue finalmente inaugurada en el mes de octubre del año 2006, quedando dos meses para la finalización del semestre académico, fue necesario reorientar los fines de los proyectos y comenzar a realizar sondeos que permitieran conocer cuáles eran los sectores en los cuales se podrían ofrecer los servicios, unos de los primeros sectores fueron los colegios. (Recuperado de: <http://centrodeproyeccionsocial.jimdo.com/>)

En el mes de enero de 2007 el CPS estableció la forma de llegar a los Colegios y fue así como se creó el portafolio de servicios, para colegios como la Normal, el Carlos Vicente Rey (CAVIREY), el Víctor Félix Gómez Nova, el Humberto Gómez Nigrinis (HUGONI), el Balbino García, el Luis Carlos Galán y el Cabecera del Llano (CABELLANO), éstos dos últimos no se interesaron en los servicios del CPS.

Con los Colegios que vieron en el portafolio de servicios una oportunidad para mejorar la calidad de vida de los usuarios, el departamento de formación humanística de la UPB liderado por el Mg. Gustavo Quintero, desarrollo una serie de talleres dirigidos a docentes, estudiantes y padres de familia; posteriormente los colegios empezaron a remitir estudiantes al servicio de psicología del CPS que presentaban algunas dificultades de adaptación al medio, problemas de aprendizaje y dificultades de relación especialmente con padres y docentes.

Hoy en día el Centro de Proyección Social presta los servicios de psicología, aplicación de pruebas, consultorio jurídico, centro de conciliación, asesorías, talleres a padres de familia de los colegios públicos y capacitaciones en convenio con el SENA, la alcaldía y la UPB. La atención clínica en psicología se presta para todas las personas niños, niñas, adolescentes y adultos sin importar estrato social, el valor de la intervención es de \$10.200, este valor cubre dos consultas; el consultorio jurídico, las asesorías y el centro de conciliación están dirigidos solo para personas de estrato 1 y 2.

El informe que se presenta a continuación recoge el proceso de práctica realizado en el Centro de Proyección Social como requisito para acceder al título de especialista en psicología clínica. Se atendieron 12 personas: cuatro varones, una niña, cinco adolescentes (tres mujeres y 2 hombres) y dos adultos (mujer y hombre). Fueron remitidos por los colegios en el caso de los niños; por psiquiatra, (caso de la joven que se estudió a profundidad y que se presenta a continuación), los otros pacientes acudieron al servicio por iniciativa propia.

## REFERENTE CONCEPTUAL

Para abordar la depresión y algunos indicadores de ansiedad desde la perspectiva psicológica se requiere de un modelo de intervención que permita disminuir o dar remisión a los síntomas y así mejorar la calidad de vida de los pacientes que las padecen, en este caso es el modelo Cognitivo Conductual.

Según Portugal, Pérez & Iglesias (Julio 2003), el Modelo de la Intervención Cognitivo Conductual surge alrededor del año 50; sus principales representantes son Albert Bandura, Albert Ellis, Aaron Beck, Meichenbaum, entre otros. Crearon una variedad de estrategias terapéuticas que han sido eficaces para tratar un amplio rango de trastornos psicológicos; parte el enfoque cognitivo – conductual de una idea en la cual las personas nacen con una herencia y un determinado temperamento con los cuales comienzan a interactuar con su entorno y en esta relación aprenden nuevas pautas de comportamiento que pueden ser adecuadas o inadecuadas para quien aprende y para quienes lo rodean; el termino conducta se entiende en un sentido amplio, abarcando conductas visibles, así como pensamientos, sentimientos y emociones.

Es importante conocer los aportes de cada uno de los principales representantes del MICC, iniciando por Albert Bandura (nació en Mundare, Canadá, 4 de diciembre de 1925), es un psicólogo ucraniano canadiense, reconocido por su trabajo sobre la teoría de aprendizaje social y su evolución al sociocognitismo, así como por haber postulado la categoría de autoeficiencia. Albert Ellis (nació en Pittsburg en 1913-Manhattan, 24 de julio de 2007), desarrollo la terapia racional emotiva conductual o TREC; es considerado por muchos como el fundador de las terapias cognitivo-conductuales. Aaron Beck (nació en Providence, Rhode Island, el 18 de julio de 1921), es conocido por sus investigaciones en torno a la psicoterapia, psicopatología, el suicidio y la psicometría, creador de la terapia cognitiva y fue el creador de la escala de Beck cuyo propósito es valorar la sintomatología depresiva. Donald Meichenbaum, se ha considerado uno de los gestores de la “revolución cognitiva”; sus aportes más sobresalientes son la estrategia

de la inoculación de estrés, el tratamiento de la ira y de la violencia. Es uno de los fundadores de la llamada “modificación de la conducta”. (Wikipedia. (28 Octubre 2013).

Importante mencionar también los aportes de Vicente E. Caballo doctor en Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid y, en la actualidad, profesor de Psicopatología y Terapia de Conducta en la Facultad de Psicología de la Universidad de Granada. Asimismo, es director del Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta (1991), del Manual de Psicopatología y Trastornos Psiquiátricos (2 vols.) (1995/1996) y autor del Manual de Evaluación y Entrenamiento de las Habilidades Sociales (1993), todos ellos en la editorial Siglo XXI. Es fundador y director de la revista Psicología Conductual y sus intereses actuales se centran en las técnicas de terapia de conducta, las relaciones interpersonales y los trastornos de la personalidad. (Vicente E. Caballo. (1997-2002).

Ahora bien, la Terapia Cognitiva Conductual (TCC) está dirigida a la vinculación del pensamiento y la conducta; tiene cuatro cimientos básicos que son: el aprendizaje clásico, el aprendizaje operante, el aprendizaje social y el aprendizaje cognitivo. Importante resaltar que la TCC analiza la interrelación entre aspectos afectivos, cognitivos y conductuales; parte del supuesto de que cuando uno de estos cambia simultáneamente los otros se ven afectados, por ejemplo los pensamientos sobre un problema pueden afectar como se siente la persona física y emocionalmente, igualmente altera lo que se piense al respecto, se presenta una situación, se genera un pensamiento dando como resultado un sentimiento, una reacción física y una conducta.

La TCC utiliza técnicas de reestructuración cognitiva, estrategias de afrontamiento y exposición, auto-instrucciones, además, técnicas de entrenamiento en relajación, toma de decisiones y evaluación de problemas, habilidades sociales y asertividad.

En la TCC se plantean los objetivos, se seleccionan las técnicas de intervención terapéutica y se inicia la intervención. El proceso de manera permanente es sometido a evaluación con el fin de garantizar que la intervención sea exitosa y se logren los objetivos propuestos.

De acuerdo con Dahab, Rivadeneira & Minici. (Febrero 2014), en primera instancia, es importante que el psicólogo delimite el trastorno psicológico que presenta el paciente y para ello es necesario identificar la o las conductas problema, sean estas observables o inferidas como los pensamientos y las emociones, las situaciones ambientales, interpersonales y contextuales pertinentes al estado psicológico del paciente, el diagnóstico psiquiátrico, el inicio, evolución y curso del problema del paciente así como algunos datos relevantes de su historia clínica. Una vez que el psicólogo ha dedicado algunas sesiones a la evaluación (generalmente entre 3 y 5), llevará a cabo un análisis detallado de los datos, formulara hipótesis sobre el mantenimiento de la (s) conducta (s) problema (s) y diseñará un plan de tratamiento específico. Llegado este punto, es necesario que el terapeuta tenga muy en claro tres cuestiones: Las variables que provocan y mantienen la(s) conducta (s) problema (s), los objetivos generales y metas específicas a alcanzar y las técnicas a implementar (...).

Otro aspecto significativo de la terapia cognitivo conductual son los instrumentos diagnósticos, entrevistas estructuradas y semiestructuradas, cuestionarios, escalas, observación, registros psicofisiológicos, pruebas médicas y datos de archivos. Las funciones de los anteriores instrumentos están enfocados a definir y analizar problemas y comportamientos del paciente, ofrecen la oportunidad para establecer una buena relación terapéutica, reestructurar la forma que tiene el paciente de ver sus problemas, aliviar su tensión, motivarle hacia el tratamiento, aumentarle sus expectativas de éxito, establecer los objetivos del tratamiento y evaluar los resultados de la intervención.

En el estudio de caso que se presenta se utilizó la entrevista semiestructurada dirigida a la paciente y a personas significativas para ella; todos los instrumentos utilizados permitieron al terapeuta saber si la paciente presentaba alteraciones en el estado de ánimo, cambios en el apetito, problemas de sueño, pérdida de placer, inactividad, entre otros síntomas característicos

de pacientes depresivos. (Recuperado de: [http://ocw.ub.edu/psicologia/aplicaciones-clinicas-de-la-terapia-cognitivo-conductual/course\\_files/Contenido\\_bloque\\_I/Instrum.\\_eval.\\_I.pdf](http://ocw.ub.edu/psicologia/aplicaciones-clinicas-de-la-terapia-cognitivo-conductual/course_files/Contenido_bloque_I/Instrum._eval._I.pdf))

Para determinar la gravedad y frecuencia del estado depresivo, el terapeuta se baso en los criterios que para el diagnóstico utiliza el DSMIV y el CI10, son dos sistemas clasificatorios ampliamente establecidos y utilizados en el ámbito internacional para el diagnóstico de los trastornos mentales de la edad adulta y también de la niñez y adolescencia; en cuanto a la evaluación de la depresión los dos se basan en el número, tipo de intensidad de los síntomas y el grado de deterioro funcional.

De acuerdo con el estudio de caso el diagnóstico Trastorno del Estado de Animo no Especificado se caracteriza por ser un desequilibrio a nivel emocional y algunos de los síntomas más comunes son: Tristeza, abatimiento, irritabilidad, sensación de vacío, apatía, falta de motivación para realizar actividades cotidianas, se pueden ver afectados la memoria, la concentración y la atención, se presenta baja autoestima, bajo concepto de uno mismo, además se da insomnio o en algunos casos hipersomnia, perdida del deseo sexual, deterioro de las relaciones sociales, aislamiento, pensamientos de muerte o suicidio. Según Mora J. et la. (2001-2006), este trastorno se incluye para codificar los trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno sistémico, trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo o con síntomas depresivos sobre los que hay una información inadecuada o contradictoria.

Conforme a la sintomatología atípica del diagnóstico del estudio de caso (DSM-IV) se refiere a la reactividad del estado de ánimo, es decir mejora en situaciones reales o potencialmente positivas, puede darse un aumento significativo del peso o del apetito, hipersomnia, abatimiento (sentir los brazos o las piernas pesadas o inertes), patrón de larga duración de sensibilidad al rechazo interpersonal (no limitado a episodios de alteración del estado de ánimo) que provoca un

deterioro social o laboral significativo, en el mismo episodio no se cumplen para los síntomas melancólicos y para los síntomas catatónicos. Mora J. et la. (2001-2006).

Para abordar los anteriores trastornos se cuenta con la Terapia Cognitiva de Beck, quien la aplico en primer lugar a la depresión, luego a los trastornos de ansiedad y, posteriormente a fobias, autoestima, soluciones de problemas, trastorno bipolar, trastorno de personalidad, trastorno de pánico, trastorno obsesivo compulsivo y trastornos sexuales. La teoría subyacente a la Terapia Cognitiva afirma que las cogniciones, las emociones y las conductas son interdependientes. Según Wessler, (1993) citado por Caballo, V. (1998), el sesgo atribucional es la fuente principal de la emoción y de la conducta disfuncional en los adultos. La terapia actúa cuando se han identificado y revisado los elementos cognitivos del proceso. En particular, las interpretaciones erróneas o distorsiones cognitivas de los acontecimientos son corregidas por el trabajo conjunto de paciente y terapeuta durante una relación de colaboración. (Wessler, 1993). (Caballo, V. 1998.(p. 536).

Las distorsiones cognitivas se relacionan con los esquemas cognitivos: “El modelo de la terapia cognitiva plantea la tesis de que importantes estructuras cognitivas están organizadas en categorías y jerárquicamente (...). Los esquemas proporcionan las instrucciones que guían el objetivo, la dirección y las cualidades de la vida diaria y las contingencias especiales” (Beck y Freeman. (1990). Un esquema es una estructura inferida y constituye el concepto clave en la explicación de Beck sobre la personalidad y los trastornos de personalidad. (Caballo, V.( 1998). p.536).

Una técnica utilizada en el estudio de caso es la Técnica de Reestructuración Cognitiva, y consiste en el proceso mediante el cual se modifican las formas inadecuadas de pensar del ser humano, debido a las evidencia contrarias que ofrece la experiencia o el hecho de asumir líneas de razonamientos más acertadas.

Esta técnica fue propuesta por Mahoney ( 1978), y consta de cinco elementos que son los siguientes: reconocimiento de la sensación de malestar, discriminar los eventos privados, evaluar las bases lógicas y la función adaptativa, presentar alternativas y premiarse ( o pensar en premiarse). (Reynoso,L, Selignson, I. (2005).

Para abordar la ansiedad presentada por la paciente en el estudio de caso que se analiza, también se utilizó el enfoque cognitivo conductual; se define la ansiedad como “ una emoción que surge ante situaciones ambiguas o de resultado incierto, en las que anticipa un posible resultado negativo o amenaza para los intereses del individuo, preparándose para actuar ante ella mediante una serie de reacciones cognitivas, fisiológicas y conductuales” (Cano-Vindel, 2004). Esta reacción natural de preparación ayuda a movilizar recursos para afrontar mejor dicha amenaza percibida. Así si la situación que provoca ansiedad es muy importante para el individuo (como un examen decisivo) es posible que provoque una fuerte reacción a nivel cognitivo que ayude a pensar más de prisa, centrar la atención en el problema, o anticipar posibles escenarios; además puede movilizar recursos energéticos mediante una gran activación fisiológica (aumento de la tensión en los músculos, bombeo de más sangre, mas oxígeno, etc.); o tal vez una conducta más inquieta, ágil y rápida”. (Cano,A, Dongil, E, Salguero, J & Wood, C.(2011).

En ocasiones la ansiedad se convierte en una emoción que impide que las personas tengan una respuesta adaptativa, generando un impacto negativo en las diferentes áreas de la vida (familiar, social, académica y laboral), pasando a ser una enfermedad patológica que puede presentarse con otros trastornos como la depresión.

La ansiedad presenta unos síntomas que pueden experimentarse a través de aspectos fisiológicos, emocionales, cognitivos, motores y conductuales. Existen técnicas para tratar el

trastorno de ansiedad como la psicoeducación, técnicas de relajación y respiración, solución de problemas, entrenamiento asertivo, técnicas de distracción, entrenamiento en auto instrucciones, reestructuración cognitiva, técnicas de exposición.

En el abordaje de la ansiedad también son pertinentes las técnicas de control somático tales como: la Respiración Diafragmática, la Relajación Muscular Progresiva y Mindfulness; esta última consiste en aprender a centrar la mente de forma consiente en la experiencia del presente, del aquí y del ahora, sin ideas preconcebidas, sin emitir juicios y libres de toda preocupación. En la técnica de Mindfulness se suele repetir de William James “La voluntad de traer voluntariamente de vuelta, una y otra vez, la atención dispersa, es el origen del juicio, el carácter y la voluntad”.

Finalmente, es importante señalar al realizar este recorrido conceptual que la Terapia Cognitiva Conductual demuestra su efectividad en los trastornos del estado de ánimo y además la terapia es un proceso de cambio que incluye esfuerzo y compromiso tanto del profesional que realiza la intervención, como del paciente y también si existen figuras de apoyo, así mismo, requiere que el paciente practique en su vida cotidiana las diferentes estrategias y herramientas aprendidas en el transcurso de las sesiones asegurando de esa manera el éxito del tratamiento.

## FORMULACION DE CASO CLINICO

### Datos de Identificación de la Paciente

Nombre: YG

Edad: 18 Años

Escolaridad: Grado Once

Estado civil: Soltera

Profesión: Estudiante

Dirección: Calle 4 No. 13-24 Las Delicias Piedecuesta

Teléfono: 6541536

Tipología Familiar: Familia reconstruida

Inicio Tratamiento: 8 de marzo de 2013

Finalizó Tratamiento: 30 de agosto de 2013

Numero de sesiones: 15

Sitio de Practica: Centro de Proyección Social - Universidad Pontificia Bolivariana de  
Piedecuesta.

Estudiante: Sandra Paola Angarita Niño

Especialización en Psicología Clínica



Acude a consulta psicológica en el Centro de Proyección Social de Piedecuesta por segunda vez, en compañía de la madre, porque la joven no quería volver al colegio. Comentó además que en la primera ocasión que la llevó a psicología era porque se la pasaba encerrada en su habitación a oscuras, llorando, durmiendo, despreocupada por su aspecto personal, inapetente, sin bañarse. Refirió también que el detonante para volverla a traer a consulta fue que estuvo encerrada en su habitación sin querer salir durante 15 días, situación que le preocupó bastante a la madre, siendo este su principal motivo de consulta.

Finalizando el segundo semestre del 2012 la psicóloga del Centro de Proyección Social de Piedecuesta que la trató por primera vez, da por terminada su intervención, argumentado que no evidencia avances en la paciente y decidió remitirla a psiquiatría, para ser valorada por esta área; esta información es otorgada por la paciente y no se cuenta con ningún informe de la intervención psicológica anteriormente mencionada.

Posteriormente en enero del 2013 la paciente acude a psiquiatría y conforme a diagnóstico psiquiátrico, presentaba alteraciones secundarias y síntomas de depresión y ansiedad, recomienda el profesional modificar algunos estilos de vida entre ellos lo relacionado con el ejercicio físico regular e ingresar a psicoterapia; adicionalmente es medicada con Fluoxetina 20 Mg, una pastilla diaria y debe continuar asistiendo a psiquiatría. El próximo control en seis semanas.

En el mes de marzo, la paciente acude por segunda vez a psicología al Centro de Proyección de la UPB en Piedecuesta, por recomendación que hizo el psiquiatra en el mes de enero de 2013.

Al indagar con la madre sobre la situación actual de la paciente, refiere que se encuentra repitiendo el año, grado once en el colegio CECOVE semestralizado, que allí debe asistir todos los sábados de 6:00AM A 12:00M, informa también que el rendimiento académico es bajo, falta mucho a clase, no le gusta madrugar, muestra poco interés por su aspecto personal y adicionalmente tiene un novio –dice la madre- motivo por el cual pasa mucho tiempo en internet totalmente desinteresada de lo que la rodea, no colabora en las tareas del hogar como arreglar el cuarto, lavar su ropa, hacer tareas, trabajos y no cuenta con ella para nada.

## **Síntomas Iniciales**

### **La paciente reporta:**

- Tristeza profunda
- Llanto frecuente (la mayor parte del día)
- Pérdida del Apetito
- Sueño excesivo
- Falta de Energía y desinterés por las cosas
- Dificultad para concentrarse
- Dificultad para tomar decisiones
- Sentimiento de minusvalía
- Intento suicida (1) No persistencia de este hecho.
- Abandono total de actividades de su interés (salir con los amigos, ir a la iglesia, escuchar música).
- Onicofagia

## **Examen Mental**

Durante la evaluación cognitiva se tuvieron en cuenta las siguientes funciones

- Paciente con presentación personal inadecuada, desarreglada, cabello tinturado color rubio maltratado y mal cuidado, expresión facial triste y tono de voz normal, marcha rápida, su postura es suelta, relajada, realiza constantes movimientos con las manos.

- Paciente viene a consulta por sus propios medios, en compañía de la madre, durante la interacción se evidencia una relación conflictiva con la madre, en el transcurso de la intervención la paciente se muestra colaboradora con la terapeuta, responde con suficiente claridad a las preguntas formuladas.
- El estado de conciencia es adecuado, tiene conciencia de quién es y de su estado afectivo actual.
- Se encuentra orientada correctamente en tiempo y espacio, reconoce el lugar en el que se encuentra y la fecha exacta.
- La habilidad para dirigir la atención hacia estímulos específicos (auditivos y visuales) fue adecuada (atención focalizada).
- La paciente presentó un lenguaje espontáneo, fluente y sin dificultad en la articulación de las palabras. Mantiene la pragmática, no se observan fallas en sintaxis. Responde de forma coherente a las preguntas, con adecuados niveles de argumentación y buena comprensión ante contextos complejos.
- Estado de Ánimo: Triste, decaída, llanto frecuente, irritabilidad, inapetente, pérdida del interés y desvalorización.
- Estado afectivo: Lo que verbaliza es congruente con lo que hace.
- Se observa un inadecuado desarrollo del auto percepción que implican dificultad en el auto-concepto y que genera fallas en el desarrollo emocional y afecta la autoestima. Posee baja motivación por las actividades académicas. Así mismo, tiene una gran necesidad de llamar la atención y obtener gratificación frente a sus deseos y necesidades de forma inmediata. Presenta vacíos afectivos, e inadecuado manejo de emociones. Tiene habilidad para crear pensamientos negativos (“parece que no puedo controlar lo que me sucede”, “no puedo controlar mis pensamientos”), que alteran su estado de ánimo y por ende su comportamiento. Igualmente su oposición frente a la norma y límites es marcado, incluyendo los modelos de autoridad, generados por fallas en la dinámica familiar, en la interiorización de normas y límites que coinciden en el desempeño escolar, hábitos proactivos y desarrollo emocional de la joven.

- Rasgos clínicos de ansiedad y depresión: tendencia a evadirse de los demás y rechazar todo contacto social (Aislamiento), a actuar de manera hostil (verbal y físicamente) con los demás (agresión), a romper reglas establecidas (problemas de comportamiento) y fallas a nivel atencional. Muestra movimientos constantes con las manos y onicofagia.

## **Antecedentes en salud física y mental**

### **Antecedentes Médicos**

La paciente no reporta antecedentes médicos significativos.

### **Antecedentes Psicológicos**

Desde pequeña, al parecer por la situación de violencia intrafamiliar entre sus padres y el trato inadecuado que recibía de su papá, se sentía sola y rechazada, sintiendo que se acrecentaba si se comparaba con su hermano. A los 16 años intentó suicidarse. Relata la paciente que un día llegó a la casa en horas de la madrugada después de haber compartido con unos amigos y de ingerir bebidas alcohólicas, aspecto que molesto a la madre y luego de sostener una discusión con ella, la paciente decide ingerir unas pastillas, se sintió mareada, sin embargo los síntomas fueron desapareciendo, episodio que no fue tratado profesionalmente en su momento.

### **Antecedentes Psiquiátricos**

De la historia clínica elaborada por el psiquiatra tratante se resalta “Paciente que desde la infancia presentó problemas de aprendizaje, ansiedad social, onicofagia, síntomas depresivos. Estos síntomas han afectado el rendimiento escolar”. Sin embargo al realizar la evaluación neurológica se encontró que la paciente tenía un CI de 81 (promedio bajo) y descarta la presencia de un trastorno de aprendizaje primario, igualmente confirma hipótesis de alteraciones secundarias a síntomas de depresión y ansiedad. Medicación Fluoxetina por 20mg, una dosis al acostarse.

### **Datos Importantes de su Historia de Vida**

Durante las entrevistas de evaluación iniciales se logra extraer la siguiente información:

- La paciente YG proviene de una familia nuclear, en la que se procrean dos hijos, luego, cuando la paciente tenía 9 años de edad, sus padres se separaron por infidelidad y frecuentes episodios de violencia física, verbal y psicológica por parte del padre, quien finalmente abandonó el hogar, quedando la madre sola con sus dos hijos en condiciones económicas muy precarias.
- 3 años después la madre inicia una nueva relación de pareja, de esta relación tiene una niña de 5 años de edad. El padre también formó un nuevo hogar del que tiene dos hijos varones de 8 y 6 años.
- En la actualidad la paciente vive con la madre, su hermano, el padrastro y su hermana menor. En cuanto a las relaciones familiares la paciente refiere no tener buena relación con la madre y el padrastro.
- La paciente reporta que la relación entre la madre y su hermano de 12 años tampoco es buena.
- La relación entre la paciente y el padre es conflictiva.
- La relación entre los hermanos y la niña menor es considerada como buena.
- La relación de la paciente con los hermanos de 8 y 6 años la considera buena.
- La paciente presenta dificultad en la toma de decisiones, se encuentra desorientada en cuanto a la construcción de su proyecto de vida, muestra poco interés por su estudio, durante su bachillerato presentó constantes cambios de instituciones educativas sin motivos claros, con bajo rendimiento académico, el cual argumenta ocurre por factores externos a ella y no por su falta de persistencia y esfuerzo para lograr sus metas.
- Su vida sentimental se encuentra afectada, con relación conflictiva con su novio, contribuyendo a afectar su estado de ánimo.
- Las actividades que realiza en su diario vivir muestran que es una persona solitaria, tímida, además que presenta dificultades para expresar sentimientos a las personas, especialmente a su familia y los más allegados, lo que lo lleva a sentirse mal consigo misma y a entrar en estados de irritabilidad.

## **Problemas que le Afectan**

Baja Autoestima

Síntomas ansiosos

Síntomas depresivos

Episodios de Violencia Intrafamiliar

## **Problemas Emocionales y Conductuales**

Cambios emocionales fluctuante pasando de irritabilidad a aparente calma, generalmente cuando se presentaban conflictos con los miembros de su familia, baja resolución de conflictos, baja motivación por las actividades académicas, inadecuada relación con sus profesores, severa pérdida del interés por las actividades de placer, sensación de soledad y aislamiento, rechazo a realizar actividades sociales, baja tolerancia a la frustración, muestra una gran necesidad de llamar la atención y obtener gratificación frente a sus deseos y necesidades en forma inmediata, presenta vacíos afectivos e inadecuado manejo de sus emociones, presenta habilidad para crear pensamientos negativos, cambio en los hábitos del sueño, baja autoestima, presenta problemas de comunicación con su núcleo familiar y con su novio.

## **Eventos significativos traumáticos**

### **Niñez**

- Castigo físico y verbal de parte del progenitor cuando salía a la calle, la golpeaba y le decía palabras como “usted es una tonta, bruta, animal de monte”.
- Presenció violencia intrafamiliar del padre hacia la madre.
- Su padre no la llevaba a pasear y a su hermano sí.
- Infidelidad por parte de su padre.
- Abandono de su padre del hogar – Separación

### **Adolescencia**

- Frecuentes peleas con la madre por que la paciente consumía bebidas alcohólicas y porque permanecía la mayor parte del tiempo en la calle, sin permiso de la madre.
- Maltrato físico y verbal por parte del padre, cuando el padre los visitaba.
- Conformación de la nueva relación de pareja de la madre
- Intento suicida con ingesta de pastillas, sin asistencia médica.
- A sus 17 años reporta que empezó a sentirse mal consigo misma, no quería ir al colegio se encerraba y dormía gran parte del tiempo, fue cuando la llevaron a psicología por primera vez.
- Experiencia traumática en la primera relación sexual

### **Adultez:**

- Soledad
- Relación conflictiva con la familia
- Relación conflictiva con el novio
- Experiencias desagradables ante nuevas relaciones sexuales.

### **Eventos significativos agradables**

### **Niñez**

- Jugar con los amigos en la calle todas las noches, cuando no estaba su papá.
- La profesora del grado jardín la consentía mucho.

### **Adolescencia**

- Dejar de ir a clase por irse con los amigos a ingerir bebidas alcohólicas
- Salir con sus amigos a bailar y pasear

### **Adultez**

- No reporta

## **Hipótesis de Trabajo**

- H1: La ansiedad y la depresión que presenta la paciente se manifiestan como respuesta de sus los conflictos familiares, sociales, emocionales y académicos, dificultando la toma de decisiones y la construcción de su proyecto de vida.
- H2: La inadecuada relación y la falta de comunicación entre la paciente y sus padres hacen que se mantenga baja su autoestima y que experimente sentimientos de soledad y minusvalía.
- H3: Las experiencias tempranas traumáticas vividas por la paciente hacen que su estado emocional se vea afectado y le impidan resolver sus conflictos en forma apropiada.

## **Instrumentos Utilizados**

**Betta II-R de C.E Kellogg – N. W. Morton (Mide coeficiente de inteligencia).**

**Etapa de evaluación:** Puntuación 81, ubicándola en una clasificación promedio bajo de coeficiente intelectual.

## **Frases incompletas de Jaime A Granados E. y Elda Sánchez Fernandez**

**Etapa de Evaluación:** Se apreciaron conflictos familiares, débiles vínculos afectivos con sus padres y familia, deficiente autoconcepto, dificultades emocionales, se siente incomprendida, desmotivada y no cuenta con un proyecto de vida.

## **Inventario de Pensamiento Automáticos Distorsionados (Ruiz y Lujan, 1991).**

**Fase pre-tratamiento:** Se identificaron pensamientos automáticos de: Filtraje (puntuación 7) Sobregeneralización (puntuación 7), Pensamiento polarizado (puntuación 9). Interpretación del pensamiento (Puntuación 7). Visión Catastrófica (puntuación 2), personalización (puntuación 6), falacia de control (puntuación 5), Falacia de Justicia (puntuación 7), Razonamiento emocional (puntuación 4), Falacia de Cambio (puntuación 7), Etiquetas globales (puntuación 8), Culpabilidad (Puntuación 4), Los deberías (Puntuación 7), Falacia de razón (Puntuación 3) y Falacia de recompensa divina (Puntuación 1).

**Fase post-tratamiento:** Filtraje (4), Pensamiento Polarizado (6), Sobregeneralización (4), Interpretación del Pensamiento (3), Visión catastrófica (0), Personalización (4), Falacia de control (3), Falacia de Justicia (5), Razonamiento Emocional (1), Falacia de Cambio (5), Etiquetas Globales (4) Culpabilidad (2), Los deberías (4), Falacia de razón (3) y Falacia de recompensa divina (3).

### **Inventario de Depresión de Beck**

**Fase pre-tratamiento:** Puntuación 23, ubicándola en una Depresión Moderada.

**Fase post-tratamiento:** Puntuación 20, ubicándola en una depresión intermitente.

### **Inventario de Ansiedad de Beck**

**Fase pre-tratamiento:** Puntuación 15, ubicándola en una Ansiedad muy baja.

**Fase post-tratamiento:** Puntuación 12, ubicándola en una Ansiedad muy baja.

**Autoregistros** (Para identificar pensamientos automáticos distorsionados relacionados con depresión, ansiedad y baja autoestima).

## **ANALISIS DESCRIPTIVO**

### **Situación Actual de la Paciente:**

Cuando la paciente ingresa a consulta en su primera cita acude con la madre, quien informa que en el segundo semestre de 2012, acudió con su hija al Servicio de Psicología en el Centro de Proyección Social de la UPB de Piedecuesta, porque la joven no quería volver al colegio donde se encontraba cursando grado undécimo. Comento - que en esa ocasión- primer semestre del mismo año cuando cursaba noveno y décimo, se la pasaba encerrada en su habitación a oscuras, llorando, durmiendo, despreocupada por su aspecto personal, inapetente, sin bañarse. Dijo también que el detonante para ir a consulta fue que estuvo encerrada en su habitación sin querer salir durante 15 días.

Finalizando el segundo semestre del 2012 la psicóloga del Centro de Proyección Social de Piedecuesta da por terminada la intervención, argumentado que no evidencia avances en la paciente y decide remitirla a psiquiatría.

En enero del 2013 la paciente acude a psiquiatría; de acuerdo con el diagnóstico psiquiátrico, presenta alteraciones secundarias a síntomas de depresión y ansiedad, recomienda el profesional modificar algunos estilos de vida entre ellos lo relacionado con el ejercicio físico regular e ingresar a psicoterapia; adicionalmente es medicada con Fluoxetina 20 Mg, una pastilla diaria y debe continuar asistiendo a psiquiatría. El próximo control en seis semanas.

En el primer semestre de 2013, la paciente acude nuevamente a psicología al Centro de Proyección de la UPB en Piedecuesta, por recomendación que hizo el psiquiatra en el mes de enero de 2013.

Al indagar con la madre sobre la situación actual de la paciente, refiere que se encuentra repitiendo el año, grado once en el colegio CECOVE semestralizado, que allí debe asistir todos los sábados de 6:00 a.m. a 12:00 m., informa también que el rendimiento académico es bajo, falta mucho a clase, no le gusta madrugar, poco interés por su aspecto personal y adicionalmente tiene un novio –dice la madre- motivo por el cual pasa mucho tiempo en internet totalmente desinteresada de lo que la rodea, no colabora en las tareas del hogar como arreglar el cuarto, lavar su ropa, hacer tareas, trabajos y no cuenta con ella para nada.

Reportó la madre que la paciente no atendió las recomendaciones del psiquiatra, no toma la medicación y tampoco se han dado cambios en su rutina diaria.

## **DESCRIPCION GENERAL DE SUS CONTEXTOS DE FUNCIONAMIENTO**

### **Historia Familiar**

La paciente pertenece a una familia compuesta por el padre de 41 años de edad, ganadero de oficio, la madre de la misma edad, trabaja en oficios generales en casa de familia, la paciente de 18 años, estudiante del grado once en el Centro Colombo Venezolano de Piedecuesta

(CECOVE), un hermano de 12 años, estudiante de séptimo grado en el colegio Humberto Gómez Nigrinis de Piedecuesta.

Cuando la paciente tenía 9 años de edad, sus padres se separaron por infidelidad y frecuentes episodios de violencia física, verbal y psicológica por parte del padre, quien finalmente abandonó el hogar, quedando la madre sola con sus dos hijos en condiciones económicas muy precarias; luego de tres años ésta inicia una nueva relación de pareja con un señor de 38 años de edad, que es agente de la policía y labora fuera de la ciudad, de esta relación tiene una niña de 5 años de edad. En la actualidad la paciente vive con la madre, su hermano, el padrastro y su hermana menor que se encuentra estudiando grado cero en el Colegio Humberto Gómez Nigrinis de Piedecuesta. El padre también formó un nuevo hogar del que tiene dos hijos varones de 8 y 6 años.

En cuanto a las relaciones familiares la paciente refiere no tener buena relación con la madre y el padrastro, debido a que ellos realizan constantes observaciones negativas sobre su comportamiento, además, porque cuando el padrastro se encuentra en casa, su mamá sale a pasear con él y su hermanita a diferentes lugares y la paciente y su hermano deben quedar en casa, se sienten relegados y poco atendidos por su madre y el padrastro. Refiere la paciente que la relación entre la madre y su hermano de 12 años tampoco es buena, pues es un joven rebelde, desobediente, se la pasa en la calla y no colabora en el hogar. La relación entre la paciente y el padre es conflictiva, en razón a que el padre sigue ejerciendo violencia sobre la paciente de manera verbal, le hace promesas que no le cumple y no la invita a pasear como lo hace con su hermano. Considera la paciente que sus hermanos sí tienen padres que los quieren, en cambio ella no. La relación entre la paciente, el hermano y la hermana menor es considerada como buena, porque todo lo comparten y entre ellos se apoyan, la relación entre la paciente, el hermano y la madrastra la considera conflictiva, pues siente celos debido a que su padre le presta mayor atención a su nueva familia, no les dedica tiempo, no les colabora económicamente, y considera que fue por ella que se acabó el hogar de sus padres, la relación de la paciente con los hermanos de 8 y 6 años la considera buena, comparten poco, pero cuando se encuentran pasan bonitos momentos.

### **Historia Académica:**

La paciente refiere haber cursado desde preescolar hasta séptimo grado en el Colegio Humberto Gómez Nigrinis de Piedecuesta. Hasta sexto grado su rendimiento académico fue aceptable; al perder el grado séptimo, por solicitud de la paciente, el padre la cambia de institución educativa y la matricula en el Colegio Celestín Freinet de Piedecuesta para repetir el grado séptimo, allí curso hasta el grado noveno. Perdió el año y decidieron matricularla en el Centro Colombo Venezolano (modalidad semestralizada), donde cursó los grados noveno y décimo. Dado que no se adaptó, según dice la paciente en este plantel educativo, ingreso al colegio Domingo Savio a cursar grado once; a los tres meses se retiró por inconvenientes con un joven que al parecer la acosaba y volvió nuevamente a CECOVE a repetir el grado once, el cual cursa actualmente.

Como datos relevantes en la etapa estudiantil, cuando cursaba séptimo grado, empezó a sentir miedo de hablarles a las personas, porque sentía que todos los compañeros la miraban y hablaban de ella, lo que le generaba mucho malestar, e inseguridad. En noveno y décimo sintió mucho temor de asistir a la institución educativa, dice que prefería quedarse encerrada en la casa. La madre la obligaba a asistir, entonces decidió no comer, lo que le generó una baja significativa de peso, que según el relato no fue atendida profesionalmente.

### **Relaciones Interpersonales**

El Paciente considera que tiene dificultades para relacionarse con las personas, que no confía en ellas y no establece vínculos afectivos perdurables en el tiempo, diciendo por ejemplo que los demás están hablando de ella y que piensan que ella es bruta, inútil y que no sirve para nada, lo que la pone a la defensiva con las personas, además presenta dificultad para expresar sus pensamientos y sentimientos, no tiene amigos y prefiere desarrollar actividades en las cuales no tiene que interactuar con otros.

### **Relaciones Afectivas**

La paciente comenta que la relación con la madre no es buena, porque continuamente la regaña y la obliga a hacer lo que ella no quiere, como bañarse, asear su cuarto, ir al colegio, además porque cuando llega el padrastro la relación entre ellas cambia, pues la madre concentra toda su atención en su pareja y su hija de cinco años. La relación con su padrastro es distante, solo comparten el saludo.

La relación con su novio no es buena, discuten por cualquier cosa y con frecuencia terminan y vuelven a reiniciar la relación, sin mejorías significativas. Cada vez que terminan, la problemática de la paciente se agudiza, no quiere comer, llora permanentemente, se encierra en su cuarto, no va a estudiar, no se baña, no se arregla. La paciente se siente afectivamente ligada a su hermana menor, dice que con ella la pasa muy bien, la considera su mejor amiga, se cuentan el día día y comenta que es una niña tierna e inteligente.

### **DESCRIPCION GENERAL DE COMPETENCIAS EN LAS DIFERENTES AREAS:**

YG, es una paciente que no reporta antecedentes significativos de enfermedad física y como antecedentes psicológicos tenemos que desde pequeña, al parecer por la situación de violencia intrafamiliar entre sus padres y el trato inadecuado que recibía de su papá, se sentía sola y rechazada y esto se acrecentaba más al ser comparada con su hermano. A los 16 años intento suicidarse, episodio que no fue tratado profesionalmente en su momento, de lo anterior podemos inferir que los síntomas depresivos, ansiosos, su baja autoestima, obedecieron a las pautas de crianza recibidas en los primeros años de vida, a los episodios de violencia, el abandono de su papá del hogar y a la falta de una red familiar que le brindara, afecto, seguridad y confianza, para tener un buen desempeño en todas las áreas de su vida.

### **ANALISIS EXPLICATIVO**

#### **Impresión Diagnostica según DSM-IV**

EJE I      F39 Trastorno del Estado de Ánimo no Especificado (296.90),  
con síntomas atípicos.

EJE II	No presenta alteraciones
EJE III	No presenta alteración
EJE IV	Problemas Relativos al Grupo Primario de Apoyo Disciplina Inadecuada, Separación de los Padres, Problemas relativos a la enseñanza.
EJE V	60.

La paciente presenta tristeza la mayor parte del día, acompañada de una disminución importante en las actividades de placer, cambios significativos en el apetito y en el sueño; así mismo experimenta sentimientos de minusvalía, pérdida de energía, sentimientos de inutilidad, dificultad en la capacidad para concentrarse, deterioro en el área familiar y social.

Lo anterior se manifiesta producto de las relaciones conflictivas vividas con su familia, la separación de sus padres, una disciplina inadecuada, además dificultades a nivel académico que influyen negativamente en la construcción de su proyecto de vida, al igual que no cuenta con redes de apoyo que le permitan un desempeño óptimo en las diferentes áreas de su vida, llevándola a presentar dificultades en el mantenimiento de relaciones adecuadas consigo misma, con su familia y con los otros, a tener una baja autoestima, lo que hace que estos factores se conviertan en mantenedores de las conductas problemáticas.

## **OBJETIVOS TERAPEUTICOS**

1. Alcanzar la remisión de los síntomas depresivos y ansiosos que presenta la paciente.
2. Desarrollar en la paciente la capacidad para aprender a evaluar situaciones relevantes en forma realista, a adquirir habilidades sociales que ayuden en la toma de decisiones y el establecimiento de relaciones interpersonales, para mejorar su calidad de vida.
3. Activar en la paciente los recursos personales para que pueda hacer frente a situaciones perturbadoras que vive en relación consigo misma, con los demás y con el mundo.

4. Identificar y modificar en la paciente pensamientos automáticos distorsionados, que están afectando su autoestima y su estado de ánimo.
5. Orientar a la paciente para que pueda resignificar experiencias tempranas traumáticas relacionadas con la violencia intrafamiliar en su infancia y con las relaciones afectivas y sexuales en la adolescencia.

## **INTERVENCION PSICOLOGICA**

En la intervención psicológica las primeras tres sesiones (fechas de realización 8, 15 y 22 de Marzo del 2013) estuvieron encaminadas al proceso de evaluación de las problemáticas que reporto la paciente y la madre quien hizo presencia en una de las sesiones. En este primer momento se indago sobre el motivo de consulta, se recolecto la información necesaria para la elaboración de la historia clínica, se abordó la sintomatología planteada por la paciente y la madre en las sesiones, brindando herramientas para su disminución y mejoramiento del estado de ánimo, este último como síntoma más urgente y finalmente se plantearon los objetivos terapéuticos.

Teniendo en cuenta que durante el proceso de evaluación se detectó disciplina inadecuada, llegando al punto de que la madre no ejercía ningún tipo de autoridad ni control sobre el comportamiento que estaba presentando su hija al interior del hogar, se abordó el tema de normas claras y coherentes con la paciente y la madre para ser aplicadas con los miembros de la familia con el fin de mejorar las relaciones y clarificar la autoridad por parte de la madre. Es importante resaltar que se tuvieron como datos importantes al elaborar la historia clínica los antecedentes psiquiatría que la paciente suministra en la etapa de evaluación.

En la 4 sesión se abordó el objetivo terapéutico que consistía en activar en la paciente los recursos personales para que pudiera hacer frente a situaciones perturbadoras que vive en relación consigo misma, con los demás y con el mundo. Se aplicaron dos instrumentos, el BETA

II-R de C. E Kellogg – N. W. Morton (mide coeficiente de inteligencia) y Frases Incompletas de Jaime A. Granados E. y Elda Sánchez Fernández (mide responsabilidad, relaciones interpersonales, motivaciones y concepto de sí misma). Lo anterior se realizó con el fin de corroborar el informe realizado por psiquiatría y también determinar que posiblemente el coeficiente intelectual puntuó bajo, no por un problema de aprendizaje, sino porque el estado de ánimo, la paciente no contaba con la capacidad emocional para contestar la prueba adecuadamente.

En las sesiones 5, 6 y 7 se trabajó el mismo objetivo terapéutico, identificar y modificar en la paciente pensamientos automáticos distorsionados, que están afectando su autoestima y su estado de ánimo. Se le explico a la paciente que la intervención que se va a realizar se hizo desde el enfoque cognitivo conductual, que se refiere a la interacción de los pensamientos, sentimientos y las acciones y cómo estos tienen un efecto positivo, o negativo en nuestro cuerpo, si traemos pensamientos negativos a nuestra mente, generamos sentimientos y acciones que nos causan malestar y deterioran nuestro estado de ánimo.

Se llevó a la paciente a reflexionar cómo los pensamientos negativos afectan nuestros sentimientos y acciones, ilustrándola con varios ejemplos de su vida cotidiana, de tal manera que aprendiera a tener mayor control y dominio sobre los mismos y lograra disminuir el malestar. Se le piden pruebas de realidad frente a esos pensamientos automáticos distorsionados que se plantearon en los ejemplos. Se aplica el inventario de pensamientos automáticos distorsionados de Ruiz y Lujan, 1991, además se dejó como actividad en casa realizar autorregistros, que le permitieron a la paciente aprender a diferenciar sus pensamientos de los hechos que la realidad le ofrece, a identificar sus distorsiones cognitivas, a comprobar su validez y a darles pruebas de realidad; se realizó un ejercicio donde se le pidió a la paciente que trajera a su mente un pensamiento perturbador que le estuviera generando malestar, que lo plasmara en el autoregistro, luego se le hicieron preguntas para comprobar si ese pensamiento correspondía con la realidad y que se diera cuenta que está pensando en forma equivocada y que la realidad era otra.

Se abordó la autoestima, a través de un ejercicio práctico, en el que la paciente debía realizar un inventario de las cualidades que estaban fortaleciendo su autoestima, los recursos con los que

contaba para superar las dificultades emocionales y las debilidades que estaban afectando su autoestima y estado de ánimo, logrando reestructurar con este ejercicio pensamientos que le estaban generando malestar. Se le brindaron herramientas para empezar a mejorar las debilidades que estaban afectando su autoconcepto, autoimagen y autoeficacia. Actividad en casa: Llenar autoregistro con pensamientos automáticos distorsionados que estaban afectando su autoestima y estado de ánimo.

En la sesión 8 se trabajó nuevamente el objetivo terapéutico que consistía en alcanzar la remisión de los síntomas depresivos y ansiosos que presentaba la paciente. Como actividad de la sesión se planteó evaluar el estado de ánimo actual de la paciente a través de la aplicación de los Inventarios de Depresión y Ansiedad de Beck.

Se revisó con la paciente el autoregistro de pensamientos automáticos distorsionados sobre autoestima y estado de ánimo, reforzando el tema de la sesión anterior.

Se le explico a la paciente la importancia de evaluar el estado de ánimo, verificando el nivel de depresión y ansiedad que presentaba en el momento, siendo necesario aplicar los inventarios de depresión y ansiedad de Beck, se explicaron las instrucciones necesarias para el desarrollo de los mismos.

Teniendo en cuenta el estado de tensión muscular y los niveles de ansiedad y depresión de la paciente, se enseñaron técnicas de relajación muscular progresiva del autor Edmund Jacobson y respiración diafragmática de la autora Jennifer Delgado Suarez, con el fin de que al identificar situaciones que le generen malestar haga uso de ellas.

Actividad en casa: Realizar todas las noches antes de dormir 20 respiraciones diafragmáticas y relajación muscular progresiva cuando haya mayor tensión y niveles de ansiedad y depresión.

En la sesión 9 se trabajó el mismo objetivo terapéutico de la sesión 8, en un momento inicial se revisó la tarea de respiración diafragmática y relajación muscular progresiva. Se orientó a la paciente en el manejo de los síntomas depresivos y ansiosos, su detección y plan de acción a realizar antes de experimentar malestar. Se le brindaron herramientas en entrenamiento de

habilidades sociales como manejo de una comunicación asertiva, resolución de conflictos, toma de decisiones, mejoramiento de las relaciones interpersonales, a través de modelamiento y juego de roles.

Así mismo, se asignó actividad en casa, diligenciar autoregistro para identificar pensamientos automáticos distorsionados que generen síntomas depresivos y ansiosos, e implementar herramientas para su modificación.

En la sesión 10 el objetivo trabajado consistió en orientar a la paciente para que resinifique las experiencias tempranas traumáticas relacionadas con la violencia intrafamiliar vividas en su infancia y las relaciones afectivas y sexuales vividas en su adolescencia.

En primer lugar se revisó la tarea asignada para la casa, se identificaron síntomas ansiosos y depresivos en el autoregistro, comprendió la paciente por qué se sentía así, descubrió qué estaba generando su malestar y aprendió como debía actuar para mejorar su estado de ánimo.

Se realizó la técnica de la silla vacía que consistió en permitirle a la paciente que tuviera un espacio y un momento para expresar todo el malestar que le había producido ser víctima de violencia intrafamiliar, la separación de sus padres y que su primera relación sexual no fuera la más agradable, por no haber sido tratada con delicadeza. Se tomaron a las dos personas que le causaron daño como fue el padre y el ex novio (ausentes en la sesión) y se hizo un juego de roles, donde la paciente logró expresarle a cada uno de ellos lo que pensaba y sentía frente a esa violencia, les expresó el sufrimiento que experimentaba cada vez que era agredida, al igual manifestó el dolor que le acuso la separación de sus padres. Luego se le dio una hoja para que construyera un párrafo donde expresara como se sentía después de haber hecho el ejercicio.

La paciente aprendió que era muy importante expresar los sentimientos en el momento oportuno y en forma adecuada, también comprendió que si las cosas no se aclaran se genera malestar emocional. Igualmente se deja actividad para realizar en casa, se le sugiere a la paciente hacer una lista de las actividades placenteras que hacía antes de presentar los síntomas motivo de consulta, las que hace ahora y las que podría realizar en el futuro, para verificar los

recursos con los que cuenta para hacer frente las situaciones perturbadoras que vive consigo misma, con el mundo y los demás.

En la sesión 11 y 12 el objetivo trabajado consistió en activar en la paciente los recursos personales para que pueda hacer frente a situaciones perturbadoras que vive en relación consigo misma, con los demás y con el mundo. Al inicio de la sesión se revisó la actividad que realizó la paciente en casa verificando la lista de actividades placenteras que efectuaba la paciente en el pasado, las que realiza en el presente y las que le gustaría realizar en el futuro.

Se organizó una lista general de esas actividades placenteras, se le pidió que le diera el costo conductual a cada una, es decir, que le diera un valor de 1 a 10, siendo 1 la que menos dificultad tenía para realizar y 10 la de mayor dificultad, posteriormente se le pidió le diera una nueva valoración sobre el nivel de refuerzo, es decir, que le diera un valor de 1 a 10 sobre el grado de placer que le producía cada actividad, siendo 1 la que menos placer le producía y 10 la de mayor placer, con el fin de revisar cuáles actividades de las que trajo a la sesión eran las que más agrado le producían y las que menos costo conductual tenían, para empezar a activar esos recursos y mejorar su estado emocional.

Igualmente se dejó actividad para realizar en casa, de acuerdo al ejercicio desarrollado en la sesión se programaron actividades placenteras para realizarlas durante las siguientes dos semanas.

Se verifico la actividad, el cumplimiento de las actividades placenteras programadas por la paciente. Cumplió con las actividades de ver televisión, escuchar música, e ir a la iglesia y se matriculó en un curso de informática en sistemas interactivos en Piedecuesta y en cuanto a hacer deporte, es decir ir al gimnasio refirió que no cumplió con esta actividad porque su papá no le dio dinero para asistir, entonces se modificó esta actividad por una más viable enfocada a hacer algún tipo de ejercicio físico o deporte que no causara costo económico.

Se le orientó a la paciente en la importancia de realizar actividades deportivas, ampliar el círculo de amigos y continuar realizando actividades placenteras, especialmente las que menos costo económico tuvieran para que su realización no dependiera de esto.

La tarea para ejecutar en casa estuvo dirigida a seguir realizando las actividades de placer, excluir las que requerían dinero e incluir nuevas actividades que produjeran placer, sin costo económico.

En las siguientes sesiones (13, 14 y 15 realizadas en Agosto 16, 23 y 30 de 2013) se abordó el objetivo terapéutico de alcanzar la remisión de los síntomas depresivos y ansiosos que presenta la paciente. Al comienzo de la sesión 13 se hizo revisión de la tarea, encontrando que la paciente se encuentra realizando actividades placenteras como escuchar música, ver televisión, seguir asistiendo al curso de informática, visitar a su abuela, sin embargo, la actividad deportiva la realizó en forma ocasional, manifestando que si salía a caminar durante el día, pero que cuando lo hacía temía quemarse con el sol, entonces evitaba hacerlo y que en las noches la mamá no la dejaba salir a practicar algún deporte.

Se retomó nuevamente con la paciente el tema de incorporar hábitos saludables para la vida como hacer deporte, dormir bien y alimentarse adecuadamente, aspectos que no está cumpliendo a cabalidad, además se le sugirió realizar actividades placenteras de mayor refuerzo, responsabilidad y actividad física. Se aplicó por segunda vez la prueba el inventario de pensamientos automáticos distorsionados de Ruiz y Lujan, 1991, para evaluar los avances de la intervención

En la sesión 12 la paciente no realizó el autoregistro que debía diligenciar en la casa, por lo que se le pidió diligenciarlo en consulta, para verificar que tipo de pensamientos automáticos distorsionados permanecían inmodificables. Se le hace un requerimiento a la paciente por la falta de compromiso con las actividades programadas para la casa y se le habló de la importancia de cumplir con el contrato terapéutico establecido al inicio de la intervención.

Se realizó nuevamente la aplicación de los inventarios de Depresión y Ansiedad de Aaron Beck, con el fin de evaluar el impacto de la intervención y de acuerdo a los resultados se reforzó en la paciente el tema de pensamientos automáticos distorsionados y la importancia de realizar las tareas programadas para trabajo en casa y aumentar la realización de actividades

placenteras, con el fin de disminuir los síntomas depresivos y ansiosos. Actividad en Casa: Se deja autoregistro para identificar pensamientos automáticos distorsionados que estaban afectando su estado de ánimo y autoestima.

En la sesión 15 la paciente no realizó el autoregistro en casa, no registró los pensamientos automáticos distorsionados detectados durante la semana.

Se indagó con la madre por la evolución de la paciente y refiere que su hija muestra poca mejoría, no colabora en la casa, no quiere seguir en el curso de informática, no tiene amigos. Como datos positivos comenta que su hija terminó el bachillerato, sin embargo la relación con su padre sigue siendo conflictiva, él no quiere ayudarlo económicamente para el ingreso a la Universidad, pues considera que su hija no tiene el interés, ni la responsabilidad que demanda estudiar una carrera profesional.

La paciente refiere que algunas cosas han cambiado en ella, su aspecto personal ha mejorado, se asea, se lava los dientes, socializa con la familia, se siente más tranquila y alegre, no llora, come y duerme bien, se encuentra estudiando una carrera técnica en sistemas en Piedecuesta con la ayuda económica de la mamá.

Se cierra el caso mostrando a la paciente y a la madre, los resultados alcanzados durante el proceso de evaluación e intervención, además se muestran los aspectos que quedan pendientes para continuar trabajando en el próximo semestre, en razón a que la práctica profesional de la psicóloga tratante ya termina, quedando el compromiso de hacer un empalme y entregar un informe detallado de las sesiones realizadas en el presente caso para que se vuelva a retomar y se atiendan las problemáticas que aún se mantienen.

Es importante mencionar que durante la intervención de 15 sesiones en total, se utilizó la técnica de Restructuración Cognitiva, enfocada a la identificación y modificación de pensamientos automáticos distorsionados, tema trabajado en la mayoría de las sesiones, acompañado de autoregistros para trabajar en casa.

En las etapas de evaluación y seguimiento se utilizó la entrevista semiestructurada y el registro observacional.

Se llevaron a cabo técnicas de control somático, como: Relajación muscular progresiva, respiración diafragmática y Mindfulness; Este ultima técnica estuvo dirigida a un programa de actividades agradables, hacia el disfrute de lo placentero para la disminución o remisión de los síntomas de ansiedad y depresión.

Se trabajó un ejercicio para fortalecer la autoestima, llevando también autoregistros.

Se trabajó entrenamiento de habilidades sociales, comunicación asertiva, toma de decisiones y establecimiento de relaciones interpersonales, a través de modelamiento y juego de roles.

Se utilizó la técnica de la silla vacía, permitiéndole a la paciente exteriorizar pensamientos y sentimientos de experiencias traumáticas, obtener una reparación emocional, además al final se le solicito plasmar en un papel como se sentía luego de la realización del ejercicio.

## RESULTADOS

### Tratamiento de los Datos de la Intervención Psicológica con el Enfoque Cognitivo Conductual

El proceso de intervención psicológica constó de 15 sesiones, una sesión semanal, de 1 hora cada una, las tres primeras sesiones se utilizaron para realizar la evaluación de las problemáticas planteadas por la paciente y la madre, 11 sesiones fueron de tratamiento psicológico y la última sesión fue de seguimiento y cierre del tratamiento.

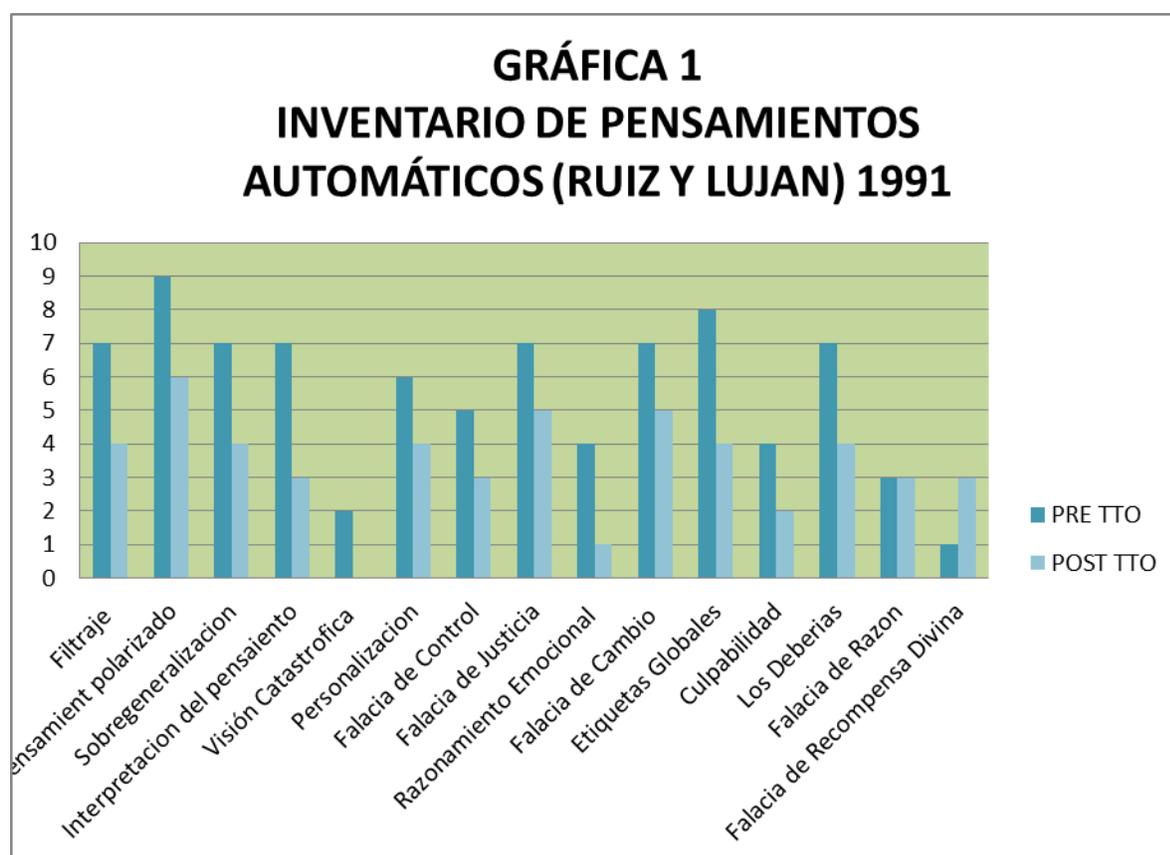
El proceso de evaluación e intervención psicológica partió con la aplicación de la prueba **BETA II-R** de C. E Kellogg – N. W. Morton (mide coeficiente de inteligencia), el resultado obtenido fue de 81, ubicando a la paciente en una clasificación promedio bajo de coeficiente intelectual, igualmente se aplicó **la prueba Frases Incompletas** de Jaime A. Granados E. y Elda Sánchez Fernández (mide responsabilidad, relaciones interpersonales, motivaciones y concepto de sí misma), en el resultado se apreció lo siguiente: conflictos familiares, débiles vínculos afectivos con sus padres y familia, deficiente autoconcepto, dificultades emocionales, se siente incomprendida, desmotivada y no cuenta con un proyecto de vida. Estas dos pruebas solo fueron aplicadas en etapa de evaluación y tuvieron como finalidad corroborar en parte los diagnósticos que traía la paciente de psicología y psiquiatría.

La prueba BETA II-R indico -al igual que la anterior nombrada - un bajo coeficiente intelectual en la paciente;, igual a la que aparece en el reporte de psiquiatría al aplicar la prueba de inteligencia Wechsler para adultos (WAIS-III) y la prueba de frases incompletas logro confirmar que la paciente presenta conflictos a nivel Comportamental y Emocional al compararla con la escala multimodal de la conducta (EMC- padres), también aplicada por psiquiatría, el resultado es coincidente en que la paciente presenta conflictos en sus habilidades sociales, tiene problemas de comportamiento, dificultad del autoconcepto, baja motivación, muestra indicadores de depresión y baja resolución de conflictos.

El tercer instrumento que se aplicó fue **el Inventario de Pensamientos Automáticos Distorsionados** de Ruiz y Lujan, 1991, el cual se aplicó en dos momentos:

**La fase pre-tratamiento** los resultados fueron: Filtraje (7), Pensamiento Polarizado (9), Sobregeneralización (7), Interpretación del Pensamiento (7), Visión catastrófica (2), Personalización (6), Falacia de control (5), Falacia de Justicia (7), Razonamiento Emocional (4), Falacia de Cambio (7), Etiquetas Globales (8) Culpabilidad (4), Los deberías (7), Falacia de razón (3) y Falacia de recompensa divina (1). De lo anterior se interpreta que la paciente le está dando un sentido y significado a su experiencia pasada, actual y por ocurrir en el futuro y lo está haciendo a partir de las presentes distorsiones cognitivas, generándole errores en el pensamiento, alterando su estado de ánimo y por ende su comportamiento. Ver grafica 1.

**En la fase post-tratamiento** los resultados fueron: Filtraje (4), Pensamiento Polarizado (6), Sobregeneralización (4), Interpretación del Pensamiento (3), Visión catastrófica (0), Personalización (4), Falacia de control (3), Falacia de Justicia (5), Razonamiento Emocional (1), Falacia de Cambio (5), Etiquetas Globales (4) Culpabilidad (2), Los deberías (4), Falacia de razón (3) y Falacia de recompensa divina (3). Ver grafica 1.



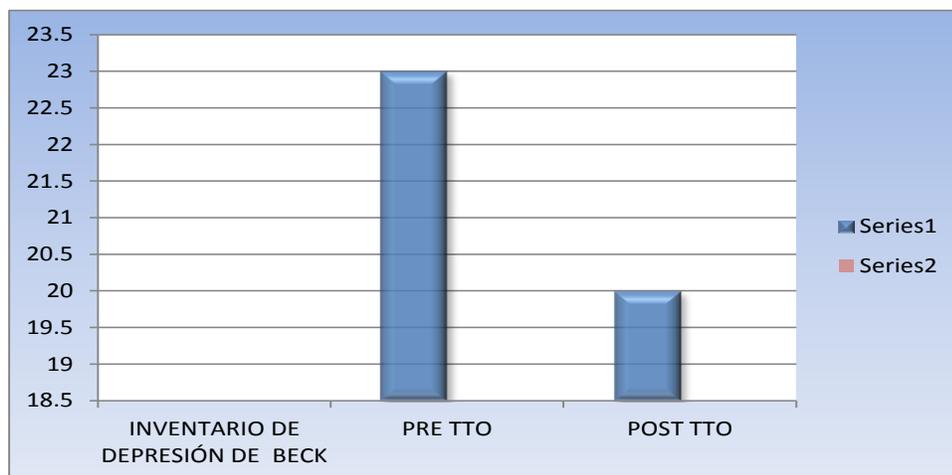
De los resultados obtenidos en la fase pre tratamiento podemos concluir que el estado emocional de la paciente se encuentra afectado de manera importante, toda vez que los pensamientos automáticos distorsionados puntuaron 2 o superior a 2 y en la gran mayoría puntuaron superior a 4, lo que indica que se debe realizar un trabajo efectivo en la modificación de estos pensamientos, apuntando a un importante objetivo terapéutico “lograr la remisión de los síntomas depresivos y ansiosos”. De los resultados obtenidos en la fase post-tratamiento se evidenció disminución notoria en los puntajes de los pensamientos automáticos, indicando mejoría en la detección y modificación de los pensamientos distorsionados que afectan a la paciente, resultado importante para el mejoramiento de su calidad de vida. El pensamiento de falacia de razón mantuvo la misma puntuación en las dos evaluaciones y el de falacia de recompensa divina en la segunda aumentó su puntuación, lo que indica que estos dos pensamientos no se lograron modificar, por lo tanto, el tratamiento terapéutico no logró su efectividad, generando la necesidad de que la paciente continúe el proceso psicológico hasta alcanzar la remisión total de los síntomas motivo de consulta.

El cuarto instrumento aplicado fue el Inventario de Depresión de Beck y se aplicó en dos momentos:

**En la fase pre- tratamiento** la paciente obtuvo una puntuación de 23 puntos, ubicándola en una depresión moderada, dato que no coincide con el reporte de psiquiatría al aplicar el Inventario de Depresión de Beck donde la paciente obtiene una puntuación de 36, situándola en depresión severa, de lo que se concluye que su estado emocional ha cambiado en comparación con la intervención psiquiátrica, sin embargo, persisten algunos síntomas como leve tristeza, desvalorización, pérdida de placer y energía, irritabilidad, dificultad para concentrarse y cambios en el apetito. Es importante señalar que en la primera evaluación aunque la depresión no es severa, los síntomas que se manifiestan estaban directamente relacionados con la alteración en el estado de ánimo de la paciente debido a los conflictos con su familia y con su entorno.

**En la fase de post- tratamiento** del Inventario de Depresión de Beck la paciente obtuvo una puntuación de 20 puntos, ubicándola en una depresión intermitente, observándose una pequeña disminución de los síntomas, sin embargo, no se obtiene la remisión total de los

mismos, lo que le indica a la terapeuta que debe continuar realizando seguimiento al caso, para evitar que la depresión aumente causando una recaída; este resultado se debe tener en cuenta a la hora de enganchar a la paciente con otro profesional de la psicología. Ver grafica 2.

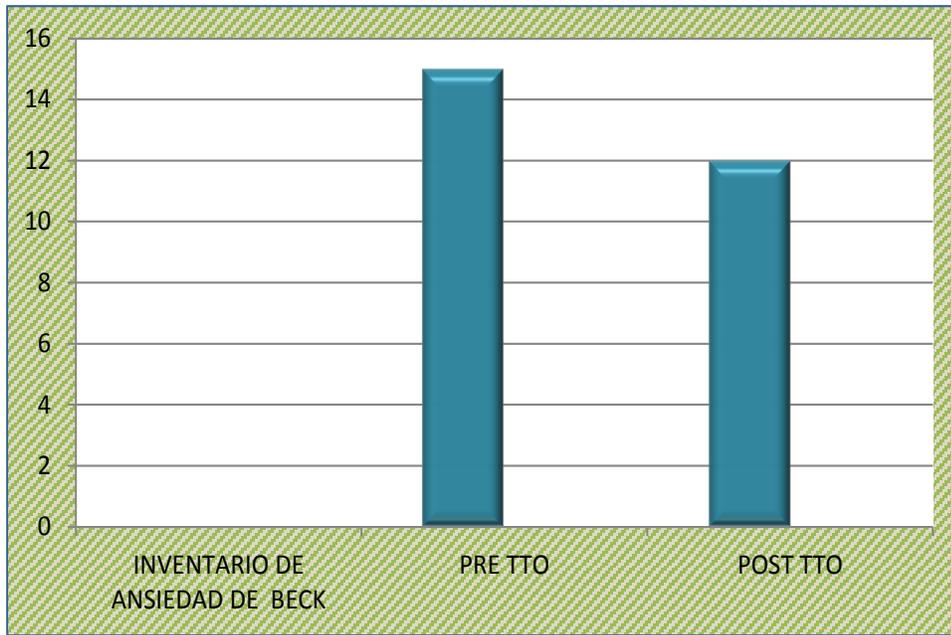


Grafica 2.

El quinto instrumento aplicado fue el Inventario de Ansiedad de Beck, se aplicó esta prueba en dos momentos:

**En la fase pre- tratamiento** la paciente obtuvo una puntuación de 15, ubicándola en Ansiedad muy baja, información que debe ser tenida en cuenta, en razón a que si bien en la prueba puntuó con ansiedad muy baja, durante las sesiones y a través de los registros observacionales se identificaron síntomas ansiosos como dificultad para relajarse, temor a que ocurra lo peor, nerviosa, inquieta e insegura, problemas digestivos, al igual que padece de onicofagia.

**En la fase post- tratamiento** del Inventario de Ansiedad de Beck, la paciente obtuvo una puntuación de 12, ubicándola en Ansiedad muy baja, resultado que deja a la paciente en el mismo nivel de ansiedad, aunque haya disminuido en 3 puntos, sin embargo, al finalizar el tratamiento y de acuerdo a los registros observacionales se evidenció mejorías en algunos de los síntomas anteriores y en los que no se notó mejoría fue en la onicofagia y en los hábitos alimenticios. Ver grafica 3.



Grafica 3.

## COMENTARIOS

En los resultados obtenidos por la paciente se evidenció mejoría a nivel emocional y académico, sin embargo, se pudo observar claramente que no se logró la remisión total de los síntomas motivo de consulta, lo que implica que la paciente debe continuar en tratamiento psicológico, con el fin de evitar recaídas y alcanzar una mejoría en todas las áreas de su vida, quedando pendiente mejorar en las áreas afectiva, laboral, social y familiar.

Los cinco objetivos terapéuticos planteados en el proceso de evaluación fueron abordados a cabalidad, siendo el objetivo de mayor impacto dentro de la terapia el de “alcanzar la remisión de los síntomas depresivos y ansiosos, por medio de la Terapia de Restructuración Cognitiva”, con ella se obtuvieron resultados positivos, logrando la modificación en la estructura de su pensamiento, no obstante no se logró que el tratamiento fuera efectivo en su totalidad, por cuanto, probablemente faltó más compromiso por parte de la paciente en el cumplimiento del contrato terapéutico, quien continuamente se presentaba a las sesiones sin la realización de las actividades asignadas para la casa, denotando como aspecto importante la asistencia de la paciente a la mayoría de las sesiones. Se hace necesario que si la paciente continúa su tratamiento psicológico, haga consciencia de que las tareas puestas para la casa, contribuyen en el mejoramiento de la sintomatología.

Un factor que como terapeuta no abordé a profundidad fue vincular a la familia en el proceso psicológico, por cuanto consideré que la paciente ya contaba con 18 años, lo que la hacía responsable y autónoma de sus acciones y decisiones, sin embargo, su familia se puede convertir en un factor mantenedor de sus conductas problemas, en razón a que la paciente no ha demostrado ser autónoma en sus decisiones, por sentirse dependiente económicamente de sus padres, a falta de un trabajo y de no tener claro un proyecto de vida, temas estos que también deben ser reforzados en la futura intervención psicológica.

## DISCUSION

El trastorno del estado de ánimo no especificado con síntomas atípicos en la paciente se genera como consecuencia de las relaciones conflictivas vividas con su familia, la separación de sus padres, una disciplina inadecuada, dificultades a nivel académico, ausencia de redes de apoyo que han orientado la construcción de una personalidad insegura, triste, incapaz de sobreponerse a la frustración, conflictiva y si bien no se encontró retardo mental, la paciente si presenta dificultades para el análisis y la reflexión sobre su situación que le permitan avanzar en el presente y sobreponerse de un pasado que no quiere abandonar. El propósito del anterior estudio de caso tiene como intención fundamental averiguar si la intervención con el Modelo Cognitivo Conductual permite la disminución de las manifestaciones presentes en este tipo de trastornos.

La terapia cognitiva conductual no excluye un papel activo del paciente en el tratamiento, además los objetivos terapéuticos son acordados entre el terapeuta y el paciente buscando así el compromiso de los dos y de igual manera fomentar la independencia del paciente. En el caso concreto de la intervención realizada a la paciente no se logró la remisión total de la síntomas específicos, uno de los aspectos a resaltar es la deficiencia en el compromiso de realizar las actividades sugeridas por el terapeuta en casa, las cuales buscaban reforzar el comportamiento independiente en la paciente, que se centraba en los síntomas y su resolución, al igual que en la identificación, detección y modificación de sus pensamientos automáticos distorsionados, con el fin de cambiar la estructura de su pensamiento y disminuir el malestar que estaba presentando.

Otro de los aspectos que contribuyen al mantenimiento de los síntomas depresivos son las situaciones perturbadoras que viven las personas dentro de sus relaciones familiares como la Violencia Intrafamiliar. En la paciente objeto de estudio se evidenció desde su infancia, adolescencia y edad adulta como ésta era víctima de violencia física, verbal y psicología al interior de su familia, la cual era ejercida principalmente por su padre y vemos cómo se vio afectada su autoestima al estar recibiendo permanentemente agresiones verbales, hasta el punto

de hacerla sentir inútil, e incapaz de sacar adelante su vida en forma autónoma, valerse por si misma y alcanzar su independencia, reconocerse como una persona valiosa, con cualidades, e importante para su familia y redes de amigos. De la misma manera vemos como esta violencia insidió en el bajo rendimiento académico y su actual estado de ánimo, llevando a experimentar sentimientos de minusvalía, a presentar un inadecuado desarrollo del auto percepción que implican dificultad en el auto-concepto y que generó fallas en el desarrollo emocional y afectó significativamente su autoestima.

## CONCLUSIONES

De acuerdo a la evolución satisfactoria obtenida durante la intervención con el Modelo Cognitivo Conductual, se pudo demostrar que el proceso terapéutico tuvo un impacto en la atención a las manifestaciones de síntomas de depresión y ansiedad referidos por la paciente, basándose en la técnica de reestructuración cognitiva, específicamente en la modificación de pensamientos automáticos distorsionados que estaban generando malestar en casi todas las áreas de su vida, incrementando actividades placenteras con bajo costo conductual, lo anterior de acuerdo con Beck (1983) se cumple con el objetivo de la intervención, al modificar las cogniciones irracionales que anteceden a los comportamientos que fomentan la presencia de este tipo de trastornos.

Así también, cabe señalar que las técnicas planteadas, como es el caso de las tareas de autoregistros conductuales, técnicas de relajación y respiración diafragmática, fueron las principales técnicas que proporcionaron un soporte a dicha intervención. De esta manera podemos decir que se hace necesario que el terapeuta haga una buena elección de las técnicas que cada paciente requiere de acuerdo a los síntomas específicos a tratar, lo anterior con el fin de lograr la efectividad que se espera obtener en cualquier tratamiento.

Teniendo en cuenta el criterio anterior, puede considerarse que las técnicas de relajación y respiración diafragmática, permitieron que la paciente lograra disminuir sus niveles de tensión y por tanto mejorara su estado de ánimo después de la aplicación de estas, por tanto, se puede considerar que estas técnicas facilitan una participación importante hacia la efectividad y eficacia de la intervención.

Los instrumentos utilizados en el proceso de evaluación e intervención como fueron los inventarios de Depresión de Beck, Ansiedad de Beck y Pensamientos Automáticos Distorsionados de Ruiz y Lujan, se realizaron en dos momentos importantes del proceso denominados fase pre tratamiento y fase post tratamiento, demostrando con sus

resultados que la intervención generó un impacto positivo en el mejoramiento del estado de ánimo de la paciente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Portugal, Pérez & Iglesias (Julio 2003) *Psicologia.com - Revista Internacional On-line*.  
Recuperado de:

[http://www.clinicapsinco.com.uy/articulos/terapia\\_cognitivo\\_conductual.htm](http://www.clinicapsinco.com.uy/articulos/terapia_cognitivo_conductual.htm)

Wikipedia, (28 Octubre 2013) Fundación Wikimedia, Inc.,  
[http://es.wikipedia.org/wiki/Albert\\_Ellis](http://es.wikipedia.org/wiki/Albert_Ellis)

Wikipedia, (25 Junio 2013) Fundación Wikimedia, Inc.,  
[http://es.wikipedia.org/wiki/Aaron\\_T.\\_Beck](http://es.wikipedia.org/wiki/Aaron_T._Beck)

Vicente E. Caballo (1997-2002) Siglo XXI de España Editores. Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de trastornos psicológicos. Recuperado de:  
[http://books.google.com.co/books?id=Gfg5lDKytTUC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](http://books.google.com.co/books?id=Gfg5lDKytTUC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)

Dahab, Rivadeneira & Minici, (Febrero 2014), Centro de Terapia Cognitivo Conductual y Ciencias del Comportamiento, Recuperado de: <http://cetecic.com.ar/revista/formulacion-de-objetivos-y-direccion-del-tratamiento-en-terapia-cognitivo-conductual/#more-619>

Freeman,A, Oster,C, (1997), Terapia Cognitiva de la Depresión, en :V, Caballo (Dir.), *Manual para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de los Trastornos Psicológicos Vol 1* (P, 543), España: Siglo XXI de España Editores.

Mora J. et la. (2001-2006) Programa específico de depresión. Recuperado de:  
[http://www.ssm.gob.mx/portal/page/programas\\_salud/salud\\_mental/guias\\_tecnicas/depression.pdf](http://www.ssm.gob.mx/portal/page/programas_salud/salud_mental/guias_tecnicas/depression.pdf)

Lewinsohn, P, Gotlb, Ian y Hautzinger, M, (2002), Tratamiento Conductual de la Depresión Unipolar. V, Caballo (Dir). *Manual para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de los Trastornos Psicológicos Vol. 1*, (p. 493). España: Siglo XXI de España Editores).

- Lewinsohn, P, Gotlb, Ian y Hautzinger, M, (2002), Tratamiento Conductual de la Depresión Unipolar. V, Caballo (Dir). *Manual para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de los Trastornos Psicológicos Vol. 1*, (p. 494). España: Siglo XXI de España Editores).
- Lewinsohn, P, Gotlb, Ian y Hautzinger, M, (2002), Tratamiento Conductual de la Depresión Unipolar. V, Caballo (Dir). *Manual para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de los Trastornos Psicológicos Vol. 1*, (p. 496). España: Siglo XXI de España Editores.
- Lewinsohn, P, Gotlb, Ian y Hautzinger, M, (2002), Tratamiento Conductual de la Depresión Unipolar. V, Caballo (Dir). *Manual para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de los Trastornos Psicológicos Vol. 1*, (p. 497). España: Siglo XXI de España Editores.
- Lewinsohn, P, Gotlb, Ian y Hautzinger, M, (2002), Tratamiento Conductual de la Depresión Unipolar. V, Caballo (Dir). *Manual para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de los Trastornos Psicológicos Vol. 1*, (p. 498). España: Siglo XXI de España Editores.
- Lewinsohn, P, Gotlb, Ian y Hautzinger, M, (2002), Tratamiento Conductual de la Depresión Unipolar. V, Caballo (Dir). *Manual para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de los Trastornos Psicológicos Vol. 1*, (p. 499). España: Siglo XXI de España Editores.
- Lewinsohn, P, Gotlb, Ian y Hautzinger, M, (2002), Tratamiento Conductual de la Depresión Unipolar. V, Caballo (Dir). *Manual para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de los Trastornos Psicológicos Vol. 1*, (p. 503). España: Siglo XXI de España Editores.
- Lewinsohn, P, Gotlb, Ian y Hautzinger, M, (2002), Tratamiento Conductual de la Depresión Unipolar. V, Caballo (Dir). *Manual para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de los Trastornos Psicológicos Vol. 1*, (p. 505). España: Siglo XXI de España Editores.
- Caballo, V (1998), *Manual para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de los Trastornos Psicológicos Vol. 2*, (p. 536). España: Siglo XXI de España Editores.
- Reynoso,L, Seligson, I. (2005). *Psicología Clínica de la Salud Un Enfoque Conductual*. México D.F: El Manual Moderno, S.A. de C.V.

- Santos, M. (2009). *La Familia y Sus Escenarios de Conflicto Laboratorio Socio-Afectivo*. (p. 2) Recuperado de: <http://liderazgoparalapaz.files.wordpress.com/2009/04/la-familia-un-laboratorio-socioafectivo2.pdf>.
- Frias, M y Gaxiola, J. (2008). *Consecuencias de la Violencia Familiar Experimentada Directa e Indirectamente en niños: Depresión, Ansiedad, Conducta Antisocial y Ejecución Académica*, Redalyc Org, Revista Mexicana de Psicología. Vol. 25. núm.2. Diciembre (2008).(p. 237) Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2430/243016308004.pdf>
- Cano,A, Dongil, E, Salguero, J & Wood, C.(2011). *Intervención Cognitivo Conductual en los trastornos de Ansiedad: Una Actualización*. Madrid. Universidad Complutense de Madrid.
- Caballo,V, Mateos, P. (2000). El Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad a las Puertas del Siglo XXI, *Psicología Conductual*, Vol. 8, N.2, (p.p. 173-215), Recuperado de: <http://www.behavioralpsycho.com/PDFespanol/2000/art01.2.08.pdf>
- Delgado, L. (2009). *Correlatos Psicofisiológicos de Mindfulness y la Preocupación. Eficacia de un Entrenamiento en Habilidades Mindfulness*. Universidad de Granada. Granada.

## Anexo 1. Informe del Psiquiatría (Entregado por la paciente)

**Antecedentes familiares:** Primos de la madre aparentemente con trastorno depresivo.

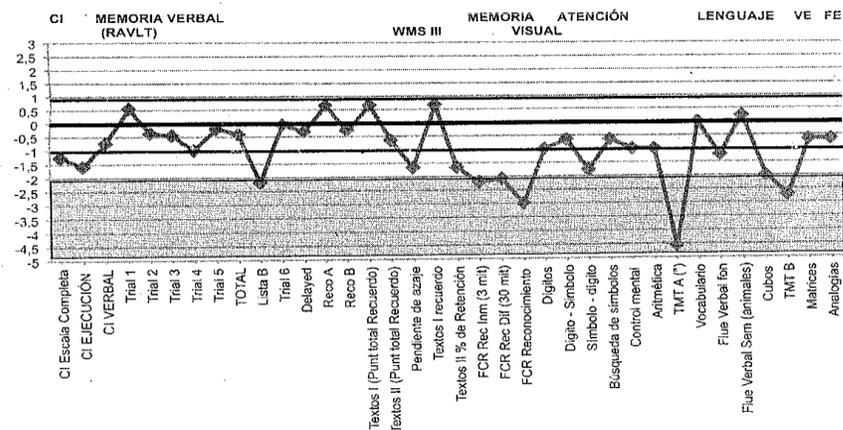
### Observaciones Conductuales

La paciente asiste a la entrevista adecuadamente arreglada y en compañía de la madre, ingresa al consultorio por sus propios medios. Durante la evaluación presentó una actitud colaboradora, se mostró amable y con adecuada motivación por las actividades presentadas. Su lenguaje fue fluente, no se observan anomalías articulatorias con prosodia y expresión facial normal. El proceso de pensamiento impresiona lógico y lineal con un contenido adecuado.

### Pruebas Administradas

Escala de Inteligencia Wechsler para Adultos (WAIS – III)	Subtest Memoria de Textos (WMS III)
Aprendizaje Auditivo Verbal de Rey (RAVLT)	Subtest Control mental (WMS III)
Figura Compleja de Rey (copia, recuerdo y reconocimiento)	Simbolo dígito
Span de dígitos directo e inverso	Beck II
Trail Making Test A y B	Escala Multimodal de la Conducta (padres)
Fluencia Verbal Semántica y Fonológica	

Durante la presente evaluación cognitiva se tuvieron en cuenta las siguientes funciones:



Se considera déficit aquellos puntajes que se encuentren dos desvios por debajo de la media (-2) y bajos aquellos puntajes que se encuentren más de un desvio por debajo de la media (-1).

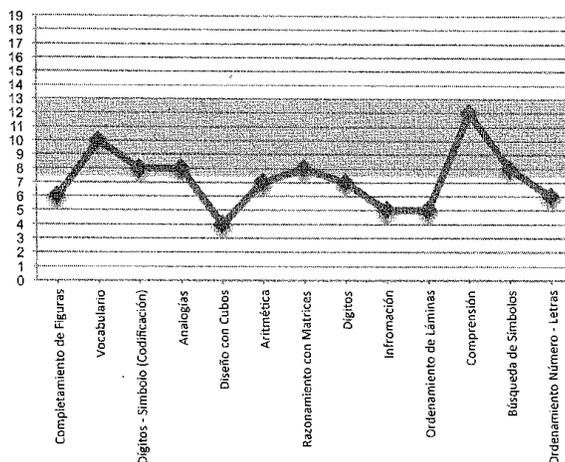
### Resultados

#### Coeficiente Intelectual

Teniendo en cuenta el nivel educativo, la edad y las normas del test, se seleccionó para evaluar el cociente intelectual la Escala de Inteligencia para Adultos de Wechsler - Tercera Edición (WAIS – III), Juliet obtuvo una **puntuación total de 81<sup>1</sup>**, que la sitúa psicométricamente en una clasificación **Promedio bajo (normal bajo)** de Cociente Intelectual, se

<sup>1</sup> Las puntuaciones ideales deben estar entre 8 y 13 ó entre 85 y 115; cualquier puntuación por debajo de estos rangos muestra déficits en el proceso específico; de igual forma cualquier puntuación por encima de este rango muestra indicadores de

encuentran un mejor desempeño en el compuesto verbal (CIV: 89, promedio bajo) en comparación con el compuesto ejecutivo (CIE: 76, límite).



El puntaje total en el **compuesto verbal (CIV: 89)** se encuentra en una clasificación **promedio bajo** con respecto a la media poblacional. Los puntajes obtenidos en los subtests de **Vocabulario**, **Analogías** y **Comprensión**, sugieren adecuada capacidad para conceptualizar, en razonamiento abstracto y asociativo, así como, para ordenar y clasificar conceptos semejantes, dar soluciones verbales a juicios prácticos. Por el contrario el puntaje bajo en **Información** muestran un bajo manejo de información extraída del medio, de hechos, personajes y eventos públicos (información de cultura general).

Los Subtests de **Aritmética**, **Dígitos** y **Ordenamiento de Números-Letras**, conforman el Índice de Memoria Operativa y son indicadores del funcionamiento de la Memoria de Trabajo auditivo-verbal, en la presente evaluación se encuentra en un nivel muy bajo (IMO: 65), mostrando fallas en la capacidad para sostener correctamente la información que se le brinda y realizar operaciones aritméticas con la misma.

El puntaje total obtenido en el **compuesto de ejecución (CIE: 76)** corresponde a un nivel **Límite** según lo esperado para la edad y nivel educativo. El rendimiento en los Subtests de **Completamiento de Figuras** y **Ordenamiento de Láminas** sugieren dificultad en la capacidad para detectar detalles relevantes de aquellos irrelevantes y en secuenciación lógica con material visual.

#### **Atención**

La habilidad para dirigir la atención hacia estímulos específicos (auditivos y visuales) fue adecuada (atención focalizada).

La atención sostenida evaluada a través de la repetición de dígitos en orden directo fue normal, esta tarea requiere repetir cadenas numéricas presentadas oralmente en orden directo, Juliet pudo retener sin errores series de cinco dígitos (rendimiento normal para la edad, el volumen esperado es  $7 \pm 2$ ), de acuerdo con esto, el span atencional le permite atender a una cantidad de información suficiente, por lo que puede lograr mantener su atención el tiempo

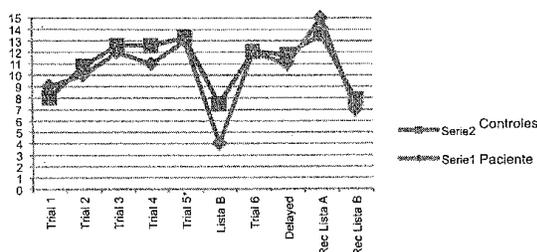
potenciales en los procesos respectivos.

requerido según la tarea, sin embargo este aspecto fluctúa con la motivación. En tareas de control mental, su rendimiento se encuentra en el límite inferior normal, logra reproducir de forma correcta series directa e inversas (Ej. Días de la semana, meses del año, conteo 1 -20), sin embargo en algunas presentó omisión de elementos (ej. Abecedario) y no obtuvo bonificación por tiempo, mostrando leve entecimiento en la tarea. La atención sostenida en la modalidad visual se encuentra conservada, no se observó dificultad en tareas de rastreo visual. La velocidad de procesamiento con estímulos visuales se encuentra disminuida, dan cuenta de ello el bajo rendimiento en la tarea de secuenciación (TMT A: 66 segundos).

### Memoria

No se encuentran déficits en memoria semántica, obteniendo puntajes promedio en las tareas de denominación por confrontación y conceptualización, a su vez, presentó una adecuada capacidad para recobrar información personal.

La paciente presentó valores normales en el recuerdo inicial de una lista de 15 palabras (RAVLT: 9/15), con la exposición repetida al material, logró retener información adicional presentando una curva de aprendizaje ascendente a través de los ensayos (Ensayo 5: 13/15) y eficiente (RAVLT: 55/75). El desempeño en el aprendizaje de una lista distractora fue bajo (4/15). Por el contrario, el rendimiento fue promedio en el recuerdo de la información aprendida a corto y largo plazo (12/15 y 11/15) y en el reconocimiento (15/15).



Cuando la memoria fue evaluada por medio del recuerdo de párrafos (Memoria de Textos WMS III), dependiendo en menor grado de las funciones ejecutivas, el paciente obtuvo valores en un rango promedio alto en la evocación inmediata y a largo plazo. Se observa adecuada identificación de detalles e información acerca de los personajes, así como de sucesos de la historia y exactitud en las palabras y frases utilizadas respecto de las que componen las versiones originales, de las dos historias presentadas.

En conclusión, el patrón de memoria auditivo verbal se conceptúa como **normal** con óptima capacidad para codificar, almacenar y recuperar información nueva. A lo largo de la evaluación se evidencia que la información logra consolidarse cuando se usa la repetición, alcanzando un rendimiento exitoso en la recuperación a largo plazo y en el reconocimiento.

Su perfil de memoria visual, evaluado mediante la evocación de una figura compleja, presentó un rendimiento con un deterioro moderado en la evocación inmediata (T: 28) y diferida (T: 29) y un deterioro moderado a severo en la tarea de reconocimiento (T: 20). Se observa un patrón de rendimiento con dificultad en el almacenamiento de información visual.

### Lenguaje

La paciente presentó un lenguaje espontáneo, fluente y sin dificultad en la articulación de las palabras. Mantiene la pragmática, no se observan fallas en sintaxis. Responde de forma coherente a las preguntas, con adecuados niveles de argumentación y buena comprensión ante contenidos complejos.

Juliet repitió y leyó de forma correcta frases de moderada longitud y palabras regulares. En procesos semánticos, no se observaron déficits en comprensión, respondiendo sin dificultad a órdenes sencillas y complejas. En comprensión literal, identifica fácilmente palabras y oraciones relevantes, presenta un desempeño funcional en el reconocimiento de las

relaciones expresadas en los conectores y en la inferencia de relaciones implícitas a partir de una oración, al igual que, al realizar procesos de comprensión interpretativa y propositiva.

En escritura, posee dominancia manual izquierda con ejecución de pinza tripode, utiliza letra script con adecuada legibilidad, existe adecuado manejo del renglón, se encuentran leves errores como inadecuado uso de mayúsculas y el uso de tildes.

En la tarea de fluencia verbal fonológica (P: 14) se encuentra descendido y en la fluencia semántica (Animales: 17) su desempeño fue normal, mostrando leve dificultad para generar palabras a partir de categorías específicas. Obtuvo un puntaje promedio en la subprueba de Vocabulario del WAIS – III (PE: 10) demostrando buena capacidad para sintetizar y organizar las ideas en la generación de definiciones.

#### **Funciones Visuoespaciales y Visoconstructivas**

Su desempeño en la copia de figuras simples fue normal. La copia de una figura compleja fue realizada de forma deficitaria (Copia: 29/36), produjo una figura bien estructurada, sin embargo se encontraron errores dados por falta de atención a detalles y de precisión en el dibujo, con aplicación de una estrategia inadecuada para la edad, mostrando fallas en planificación, aunque buena velocidad en la copia (159 segundos). Presentó un desempeño bajo en la capacidad para separar el todo en sus partes componentes, al sintetizar y recomponer un patrón geométrico bidimensional abstracto en uno tridimensional, así como para integrar las partes en un todo (Cubos: 4). El razonamiento lógico visual fue normal (Matrices, PE: 8).

#### **Funciones Ejecutivas**

Juliet posee una capacidad conservada en razonamiento verbal y visual, logrando un adecuado rendimiento en la interpretación de refranes, identificación de semejanzas entre dos palabras aparentemente distintas, en conceptualización y matrices.

En la prueba de alternancia del set atencional (TMT – B: 91 segundos) su desempeño fue deficitario. La memoria de trabajo verbal se encuentra en el límite inferior normal, Juliet pudo repetir cuatro dígitos de forma inversa (el volumen esperado es 7+/- 2).

#### **Evaluación Comportamental y emocional**

A nivel emocional (Beck – II: 36 – Depresión Severa), la paciente presenta leve tristeza, pensamientos suicidas, desvalorización, disminución de la libido, moderada pérdida de placer y energía, irritabilidad, dificultad para concentrarse, cansancio y cambios en el apetito (menor que lo habitual), así mismo severa pérdida de interés y cambios en los hábitos de sueño (duerme la mayor parte del día).

Los puntajes arrojados en la Escala Multimodal de la Conducta<sup>2</sup> (EMC – Padres) revelan la presencia de rasgos clínicos de ansiedad y depresión, así como la tendencia a evadirse de los demás y rechazar todo contacto social (Aislamiento), a actuar de manera hostil (verbal o físicamente) con los demás (agresión), a romper reglas establecidas (problemas de comportamiento) y fallas a nivel atencional.

En las escalas adaptativas, la madre resalta en la joven dificultad en la capacidad para trabajar bien con sus compañeros (compañerismo) y en las habilidades necesarias para interactuar eficazmente con compañeros y adultos en el hogar, el lugar de estudio y la comunidad (habilidades sociales).

A nivel emocional, según la escala – Autoinforme, Juliet muestra indicadores de depresión y baja resolución de conflictos. Se observa un inadecuado desarrollo del auto percepción, que implican dificultad en el auto-concepto, y que genera fallas en el desarrollo emocional y afecta su autoestima. Posee baja motivación por las actividades académicas e inadecuada relación con profesores y profesores.

<sup>2</sup> Escala Multimodal de la Conducta (EMC).

Así mismo, tiene una gran necesidad de llamar la atención y obtener gratificación frente a sus deseos y necesidades de forma inmediata. Presenta vacíos afectivos e inadecuado manejo de emociones. Tiene habilidad para crear pensamientos negativos ("parece que no puedo controlar lo que me sucede", "no puedo controlar mis pensamientos"), que alteran su estado de ánimo y por ende su comportamiento. Igualmente, su oposición frente a la norma y límites es marcado, incluyendo los modelos de autoridad, generados por fallas en la dinámica familiar, en la interiorización de normas y límites que inciden en el desempeño escolar, hábitos proactivos y desarrollo emocional de la joven.

Los hallazgos requieren de evaluación y profundización por psiquiatría y/o psicología clínica.

#### CONCLUSIONES / IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Juliet es remitida por el Dr. Jorge Franco (psiquiatra) para realizar evaluación neuropsicológica que permita definir su perfil cognitivo actual. En el momento de la evaluación presenta un cociente intelectual que se ubica dentro de un rango **promedio bajo (normal bajo)** - puntuación total de 81. En la evaluación se hallan fallas leves - moderadas en las habilidades atencionales - ejecutivas (memoria de trabajo y velocidad de procesamiento de la información), en memoria (visual) y cálculo, sin embargo las mismas no son suficientes para considerar un trastorno del aprendizaje. *Se recomienda tener en cuenta las alteraciones de tipo anímicas significativas reportadas por la paciente y su familiar y objetivadas en escalas de depresión (BDI-II: 36 - Depresión severa) y escalas de tipo conductuales (EMC).*

Eje I: Trastorno del estado de ánimo no especificado (?)

Eje II: No aplica

Eje III: No aplica

Eje IV: problemas relativos al grupo primario de apoyo (disciplina inadecuada, separación de los padres), problemas relativos a la enseñanza (conflictos con los compañeros de clase)

Eje V: 50-41

#### RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta los antecedentes, así como las conclusiones y el diagnóstico se sugiere:

- Control por psiquiatría.
- Continuar intervención desde el área de Psicología Clínica individual para evaluación y manejo de las dificultades emocionales, y en el refuerzo de autoesquemas personales, motivación y comportamientos proactivos.
- Las intervenciones realizadas deben reforzar en la Psicoeducación de los padres, para fomentar comportamientos proactivos dentro del hogar.
- La integración de los ámbitos: familiar, escolar y terapéutico, son de gran importancia durante el proceso, ya que el avance dependerá en gran medida del adecuado manejo y estimulación que en estos ambientes se le proporcione a Juliet.

Atenta a cualquier inquietud o comentario adicional.

Cordialmente,

**SILVIA XIMENA  
VALDERRAMA**  
Psicóloga U.P.B. R.S.S  
Neuropsicología Clínica  
U. de Buenos Aires

*Ximena Valderrama*

**SILVIA XIMENA VALDERRAMA P**  
PSICÓLOGA U.P.B. R.S.S 9625/04  
NEUROPSICOLOGÍA CLÍNICA UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

**SINAPSIS**  
Psicología y Salud Mental  
NIT. 900.239.673-9