

**INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DESDE EL MODELO COGNITIVO  
CONDUCTUAL EN UN CASO DE TRASTORNO DEPRESIVO  
PERSISTENTE (DISTIMIA)**

**OMAIRA JANETH RAMIREZ SERRANO**



**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA**

**ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES**

**ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**Floridablanca, 2018.**

**INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DESDE EL MODELO COGNITIVO  
CONDUCTUAL EN UN CASO DE TRASTORNO DEPRESIVO  
PERSISTENTE (DISTIMIA)**

*Proyecto presentado por:*

**OMAIRA JANETH RAMIREZ SERRANO**

*Para optar al título de especialista en psicología clínica*

*Director del proyecto:*

**ABDÓN RIBERO ARDILA**

*Mg. Terapias Psicológicas de Tercera Generación*



**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA**

**ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES**

**ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**Floridablanca, 2018.**

## **Dedicatoria**

*A Dios Padre omnipotente por permitirme sentir su presencia cada momento y acompañarme durante todo mi proceso de formación y de trabajo psicoterapéutico.*

*A mi madre, el ser más maravilloso que Dios me ha regalado, por brindarme su confianza, su preocupación constante por mi bienestar, por su sabiduría, por animarme y darme todo su apoyo incondicional.*

*A mi padre un ser muy especial que a través de su presencia y fortaleza me ha animado siempre en mi quehacer diario en un proceso de mejora continua.*

*A mi novio, por su paciencia y apertura para cooperar en lo todo lo necesario que dignifique aún más mi trabajo en pro de los demás.*

*A mi querida y respetada jefe inigualable por su confianza, reconocimiento y apoyo que contribuyeron en el desarrollo de este trabajo.*

## **Agradecimiento**

A la Universidad Pontificia Bolivariana por ofrecerme un programa de especialización con seres excelentes como los docentes que participaron a través de su experticia y disciplina en pro de mi ejercicio profesional y cualificación personal.

Al Consultorio Jurídico de la Universidad Santo Tomás, por el apoyo constante en un proceso de formación clínico así como también, por brindar un espacio de oportunidades de aprendizaje, superación y servicio a población vulnerable. De manera particular a la doctora Marcela Inés Cabra Díaz, quien a través de su carisma y liderazgo me brindo confianza y apoyo contante en la labor desarrollada.

A mi profesor de psicofármacos doctor Humberto García, que con su sencillez, sabiduría y solidaridad contribuyo en mi proceso de formación.

A la doctora Claudia Patricia Bueno de quien obtuve cooperación y de manera especial a mi supervisor, el Mg. Abdón Ribero Ardila, por su profesionalismo, compartir sus conocimientos sin reservas, por su comprensión y su orientación.

## Tabla de Contenido

	Pág.
Introducción .....	1
Objetivos .....	9
Objetivo General .....	9
Objetivos Específicos .....	9
Método .....	10
Participantes .....	10
Instrumentos de Exploración.....	10
Historia Clínica.....	10
Análisis Funcional. ....	12
Consentimiento Informado.....	12
Instrumentos de Evaluación .....	12
Inventario Clínico Multiaxial de Millon II.....	12
Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). ....	14
Cuestionario de Depresión de Beck.....	14
Procedimiento.....	15
Primera Etapa: Evaluación y diagnóstico.....	16
Segunda Etapa: Intervención. ....	16
Tercera Etapa: Evaluación Pos y Cierre.....	19
Fase de Intervención .....	21

Formulación del Caso Clínico.....	21
Antecedentes Psiquiátricos .....	21
Motivo de Consulta.....	22
Descripción del Motivo de Consulta. ....	23
Problemas. ....	23
Descripción del Problema.....	23
Historia Personal .....	244
Evaluación Sincrónica. ....	25
Evaluación Diacrónica.....	25
Dominios. ....	25
Contextos. ....	27
Académico Laboral.....	27
Familiar.....	27
Pareja Sexual. ....	28
Condiciones Ambientales.....	28
Estímulos Discriminatorios. ....	28
Formulación de Hipótesis .....	29
Hipótesis.....	29
Análisis Explicativo .....	29
Regulación Verbal del Comportamiento. ....	30

Identificación de Conducta.....	30
Diagnóstico Diferencial.....	31
Diagnóstico.....	32
Presenta Comorbilidad con .....	33
Resultados.....	38
Resultados de la Evaluación Clínica Pre-Tratamiento (PRE).....	45
Resultados del Proceso de Intervención.....	45
Resultados de la Evaluación Clínica Pos-Tratamiento (POS) .....	48
Resultados de la Evaluación Psicométrica.....	42
Inventario Clínico Multiaxial de Millon II.....	43
Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). .....	44
Cuestionario de Depresión de Beck.....	45
Resultados de la Evaluación Clínica Pos-Tratamiento (POS) .....	45
Discusión.....	48
Conclusiones.....	52
Recomendaciones .....	54
Referencias Bibliográficas .....	56
Anexos .....	61

## Lista de Tablas

	Pág.
Tabla 1. Descripción Familiar.....	22



## Lista de Figuras

	Pág.
Figura 1. Familiograma.....	21
Figura 2. Resultados pre y pos tratamiento del Inventario clínico Multiaxial de Millon-II. ....	43
Figura 3. Resultados pre y pos tratamiento del Cuestionario de Depresión de Beck. ....	44
Figura 4. Resultados pre y pos tratamiento del Inventario de Ansiedad de Beck. ....	45

## Lista de Anexos

	Pág.
Anexo A. Historia Clínica Institucional.....	61
Anexo B. Consetimiento Informado.....	65
Anexo C. Inventario Clínico Multiaxial de Millon II.....	66
Anexo D. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).....	71
Anexo E. Cuestionario de Depresión de Beck (BAI).....	72
Anexo F. Desarrollo del Plan de Intervención.....	75
Anexo G. Autoregistro de Cogniciones para Reestructuración Cognitiva. ....	147
Anexo H. Ejercicios de Exposición en Vivo. ....	148
Anexo I. Sesión de Evaluación. ....	149
Anexo J. Proceso del Tratamiento Implementado según Etapa y Número de Sesión. ....	150

## **RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO**

**TITULO:** INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DESDE EL MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN CASO DE TRASTORNO DEPRESIVO PERSISTENTE (DISTIMIA).

**AUTOR(ES):** Omaira Janeth Ramírez Serrano

**PROGRAMA:** Esp. en Psicología Clínica

**DIRECTOR(A):** Abdón Ribero Ardila

### **RESUMEN**

En el presente estudio de caso único se presenta la comprensión y formulación de un plan de intervención para un diagnóstico de Trastorno Depresivo Persistente- Distimia, realizado en 15 sesiones, basado en las técnicas cognitivo-conductuales de reestructuración cognitiva, técnicas de información, de prueba de realidad, exposición por imaginación, de exposición en vivo y de relajación. Para la evaluación del caso se realizó un análisis pre y pos tratamiento, aplicando el Inventario clínico Multiaxial de Millon II, el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y el cuestionario de Depresión de Beck, así como una evaluación clínica mediante entrevistas y análisis funcional de la conducta. Los resultados indican que la consultante disminuyó la frecuencia e intensidad de los episodios de depresión y ansiedad; remitió los síntomas somáticos e implementó patrones de respuesta más adaptativos con respecto al tratamiento del caso, concluyendo que el plan de intervención propuesto fue efectivo.

### **PALABRAS CLAVE:**

Trastorno depresivo persistente, Distimia, cognitivo conductual, evaluación, intervención, exposición

**V° B° DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO**

## **GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE**

**TITLE:** PSYCHOLOGICAL INTERVENTION FROM THE BEHAVIORAL COGNITIVE MODEL IN A CASE OF PERSISTENT DEPRESSIVE DISORDER (DISTIMIA).

**AUTHOR(S):** Omaira Janeth Ramírez Serrano

**FACULTY:** Esp. en Psicología Clínica

**DIRECTOR:** Abdón Ribero Ardila

### **ABSTRACT**

The present case study presents the comprehension and formulation of an intervention plan for a diagnosis of Persistent Depressive Disorder - Dysthymia, carried out in 15 sessions, based on cognitive-behavioral techniques of cognitive restructuring, information, reality test, exposure by imagery, live exposure and relaxation . For the evaluation of the case, a pre-treatment and post-treatment analysis was performed, applying the Multiaxial Clinical Inventory of Millon II, the Beck Anxiety Inventory (BAI) and the Beck Depression Questionnaire, as well as a clinical evaluation through interviews and functional analysis. of behavior. The results indicate that the client decreased the frequency and intensity of episodes of depression and anxiety; remitted the somatic symptoms and implemented more adaptive response patterns with respect to the treatment of the case, concluding that the proposed intervention plan was effective

### **KEYWORDS:**

Persistent depressive disorder - Dysthymia, cognitive behavior, evaluation, intervention, exposition.

**V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK**

## Introducción

En el presente estudio monográfico se dará a conocer el trastorno depresivo persistente-distimia, teniendo en cuenta que existe escasa literatura y que para apoyo teórico del mismo, se ampliará la información desde los estudios existentes acerca del trastorno distímico, a partir del DSM-IV, para facilitar la descripción y el análisis del caso clínico.

Es importante iniciar definiendo que es la depresión. Según el Ministerio de Salud de Chile (2013, p.12), para el cual “es un trastorno del humor y del estado del ánimo que se manifiesta a partir de unos síntomas que incluyen cambios bruscos del humor, irritabilidad, falta de entusiasmo, sensación de congoja y trascendiendo a lo que se considera como normal”. Así mismo, para Caballo, Salazar y Carrobles (2014), otros síntomas identificados son un “marcado descenso de la actividad física y psicofisiológica de la persona que la padece, por la pérdida de las ganas de vivir” (p.339), de igual forma, los consultantes presentan “dificultad para concentrarse, problemas del apetito, el sueño, e ideas de muerte o suicidas, teniendo en cuenta que a lo largo de la vida, quizá 6% de los adultos padece distimia” (Morrison, 2014, p.139).

Complementando lo anterior, la “depresión puede volverse crónica y disminuir la capacidad de las personas de trabajar, estudiar, socializar o ejecutar algunas actividades cotidianas; dependiendo del número y de la intensidad de los síntomas, cuyos episodios pueden clasificarse como leves, moderados o graves”, según la Organización Mundial de la Salud (2017).

Es necesario entonces, entrar a definir el concepto de la distimia como un “trastorno afectivo crónico que persiste por lo menos dos años en adultos y un año en adolescentes y niños, generalmente, antes de los 21 años se puede observar trastornos de conducta, déficit de atención e hiperactividad y algunos síntomas vegetativos” (Gallardo, Jiménez, Villaseñor y González,

2013, p.212). De igual forma, para el Instituto Nacional de la Salud Mental (INSM, 2014) “el trastorno distímico puede no incapacitar a una persona pero sí impedirle desarrollar una vida normal o sentirse bien. Las personas con distimia también pueden padecer uno o más episodios de depresión grave a lo largo de sus vidas”. (p.3)

Como consecuencia en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5, 2014) “se ha optado por agrupar en una sola categoría diagnóstica, con el nombre de trastorno depresivo persistente, las dos categorías DSM-IV-TR denominadas distimia y trastorno depresivo mayor crónico, con base en las grandes similitudes entre ellas y el diagnóstico diferencial” (Caballo, Salazar, y Carrobles, 2014b, p.343).

Los anteriores aspectos permiten la revisión del trastorno depresivo persistente distimia que ha sido clasificado desde el DSM-5 (2014) con criterios clínicos que están dados a partir de un estado de ánimo deprimido durante la mayoría de los días y durante la mayor parte de estos como un trastorno depresivo de desregulación disruptiva del estado de ánimo, que se caracteriza por la presencia de un estado de ánimo de tristeza, vacío o irritabilidad, junto a cambios somáticos y cognitivos que inciden de manera importante en la capacidad funcional de la persona, según Caballo, Salazar, y Carrobles (2014c).

A lo anterior, se suma que en la distimia persiste el bajo ánimo con menor intensidad pero más crónico que el trastorno depresivo mayor. Dentro de la distimia Gallardo, et al. (2013b) indican que el consultante que presenta dicho trastorno desarrolla una visión negativa del mundo y tiene una pobre conciencia del estado de ánimo normal y su funcionamiento, lo cual conduce a un pensamiento negativo que se mantiene junto a una baja autoestima que conducen a situaciones que pueden ser severas para la persona.

Volviendo la mirada hacia la depresión, esta es considerada como un problema de salud pública por la carga de enfermedad que genera de acuerdo con el Ministerio de Salud de Colombia (MINSALUD, 2017). En el año 2015, en Colombia el 70,4% de las personas atendidas con diagnóstico de depresión fueron mujeres, mientras que el 29,6% fueron hombres. En un tamizaje efectuado a través de la encuesta nacional de salud mental en este mismo año, mostró que el 10,6% de las mujeres y el 6,2% de los hombres presentaron siete o más síntomas de depresión. El mayor número de personas con síntomas de depresión se encontró en la ciudad de Bogotá 11,5% y el menor número se encontró en la región atlántica 6,6%. De igual forma, se atendieron 1.754 casos por depresión moderada en el departamento de Santander en el año 2015, de acuerdo con los registros individuales de prestación de servicios.

En este sentido “se calcula que en el mundo hay 350 millones de personas que se encuentran afectadas por la depresión (p.2). Así mismo, la depresión de acuerdo con el Ministerio de Salud de Chile (2013) se pronuncia expresando que es la principal causa de discapacidad en el mundo. Debido a esta problemática se proyecta anualmente 800 suicidios en el mundo entre los 15 y 29 años. De igual forma, el MINSALUD (2017b) afirma que es una problemática frecuente que se encuentra en la atención primaria en salud y además, es uno de los primeros los trastornos mentales y neurológicos representan el 22% de la carga total de enfermedades en América latina y el Caribe indicando una elevada carga de la enfermedad en términos de morbilidad, mortalidad y discapacidad.

Como consecuencia según Caballo, et. al. (2014d) la depresión constituye un problema social que afecta a un 10 por 100 de la población y se pronostica que para el año 2020 ascenderá hasta ocupar el segundo lugar en cuanto a discapacidad y baja laboral. Y en cuanto a la Distimia, existen entonces, diferentes estudios epidemiológicos de acuerdo con Jorquera y Guarch (2009)

quines consideran que este trastorno se da de dos a tres veces más en el género femenino que en el masculino. Lo expuesto, según Aragonés, Gutiérrez, Pino, Lucena, Cervera y Garreta (2001) la distimia es una situación clínica frecuente en los estudios epidemiológicos, tanto en la comunidad como a nivel asistencial. De igual forma, de acuerdo con Caballo, et. al. (2014), se encuentra en los estudios, coherencia con la epidemiología en el sentido que se los consultantes presentan bajo nivel educativo dentro de los grupos de personas deprimidas.

La encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica estima que “7.3 millones de mexicanos han padecido un episodio depresivo en su vida (entre el 7 y 8% de la población), llamando la atención que en dicho reporte se indica un promedio de dos años sin que reciban tratamiento” (Gallardo, et, al. 2013c, p.217). A sí mismo, “la prevalencia de cualquier trastorno del afecto (trastorno depresivo mayor, distimia, trastorno depresivo menor) es del 4.5% en México, el 20% en Italia, el 19 % en Estados Unidos; en Colombia el 6.7% en el estudio realizado” por Gómez, Tamayo, Bohórquez, Rondón, Medina, Rengifo, Bautista (2016, p.64).

Por otra parte, en Ecuador, la depresión es una de las enfermedades más recurrentes en el Instituto de Neurociencias de Guayaquil, solo superada por las secuelas de violencia intrafamiliar Cedeño, Delgado, Morales y Ormaza (2017) citado por Rojas (2018).

En cuanto a la etiología del Trastorno distímico es compleja e involucra mecanismos biológicos, psicológicos y sociales. En cuanto al primero “ la trasmisión genética se debe a un modo poli genético de herencia que involucra factores ambientales” (Jiménez et, al. 2013b, p.213), así como, la existencia de familiares directos con episodios de depresión mayor o con algún trastorno de personalidad que actúan como predisponentes Klein y Santiago (2003) como se citó en Rodríguez, Cisneros y Robles (2018b).



En esta misma línea, la hipótesis aminérgica sostiene que los trastornos depresivos “son causados por una deficiencia de serotonina, noradrenalina, y/o dopamina en el sistema nervioso central, con afectación en el eje hipotalámico-pituitario-adrenal y el sistema del factor liberador de corticotropina, el hipocampo y el sistema noradrenérgico” (Jiménez, et, al., 2013b, p.213).

Continuando ahora, con el tratamiento psicológico para la depresión Jorquera y Guarch (2009) recomiendan el modelo Cognitivo-conductual, pues presenta mayor efectividad desde el apoyo experimental, pues de acuerdo con este modelo las terapias cognitivo-conductuales, son consideradas más eficaces a largo plazo, en prevención de recaídas, son más económicas y exentas de efectos secundarios, cuando se trata de tratamientos psicoterapéuticos en la distimia.

Dentro de las terapias cognitivas que se emplean para intervenir en trastorno depresivo persistente distimia, se encuentra la de Beck que se basa en las distorsiones cognoscitivas que el consultante construye a partir del procesamiento de información acerca de su entorno y de manera particular como lo menciona Caballo et al., (2014) después de vivir experiencias o sucesos estresantes. Dichas distorsiones que se convierten en negativas y se van formando esquemas que la persona ha interiorizado a lo largo de su vida, desde la infancia, lo cual le conducen a una interpretación sesgada de la realidad. Por lo tanto, es de suma importancia emplear técnicas para identificar pensamientos distorsionados Jorquera y Guarch (2009) y su formulación en términos más adaptativos que le permitan a la persona ser más funcional.

Como consecuencia y para efectos del presente estudio éste se abordará desde el modelo cognitivo-conductual, para lo cual Carro y Sanz (2015) citado por Rodríguez, Cisneros y Robles (2018) recomiendan que cuando se refiere a intervenciones psicológicas, desde el modelo cognitivo conductual se requieren entre 12 a 16 sesiones cuando se refiere a alteraciones del

estado del ánimo. Mientras que Maldonado et al., (2013) consideran al menos 18 sesiones para que el tratamiento sea más efectivo, lo cual requiere de varios meses de psicoterapia.

Estudios que apoyan la efectividad en la implementación de la terapia cognitiva conductual para el tratamiento de la distimia son los realizados por Sanz y Sanz (2013) por medio de un tratamiento cognitivo conductual en una consultante con distimia, que ingresa por hospitalización psiquiátrica y con quien trabajaron durante tres meses, la reestructuración cognitiva, aumento de actividades gratificantes, técnicas de afrontamiento, solución de problemas y prevención de recaídas, que permitieron una mejoría en la autonomía, en lo social, funcional, anímico y afectivo. De igual forma, se encuentra otro estudio importante de Ortega y Ortiz (2013) en la intervención desde la terapia cognitivo conductual, con una consultante de 36 años de edad, soltera quien acude a consulta por desánimo, falta de energía, y sentimientos de tristeza, durante todo el día. Consultante que es diagnosticada con distimia y con quien se trabajó durante 12 sesiones por medio de técnicas de autoregistros y reestructuración cognitiva, errores cognitivos, creencias negativas, pruebas de realidad y actividades placenteras; las cuales permitieron cambio en los esquemas cognitivos, que le mantenían con ánimo de tristeza, así como también, dejó de evadir su realidad para afrontar las situaciones, tomó conciencia frente a sus necesidades, dejó de experimentar sentimientos de culpa y disminuyó los síntomas fisiológicos.

En estudios desarrollados por Carro y Sanz (2015) han demostrado la efectividad del modelo cognitivo-conductual, en un proceso de intervención en una situación clínica de estado depresivo persistente distimia, experimentado de manera continua y con una duración de dos años, en una consultante de 33 años de edad, universitaria, por medio de una intervención que se llevo a cabo en 22 sesiones, con técnicas de psicoeducación, entrenamiento de respiración abdominal y

relajación progresiva de Jacobson, pautas de reducción de estrés, reestructuración cognitiva, técnicas de autoestima, entrenamiento en solución de problemas y toma de decisiones, planificación del tiempo y prevención de recaídas. A partir de la intervención la consultante mejoró su calidad de vida, estrategias de afrontamiento, control emocional y disminución de conductas problema, capacidad de tomar decisiones y organización de su vida. De tal manera, que el tratamiento permitió resultados positivos a nivel cualitativo y cuantitativo.

Para apoyar la aplicación y la efectividad de tratamientos farmacológicos y Psicológicos a través de la perspectiva cognitivo conductual, autores como Liebherz S, Machmutow K, Jansen A, Meister R, Watzke B, Härter MC, Kriston L. (2017) compararon en un estudio de intervención experimental formas de depresión aguda con trastornos depresivos persistentes asociados a mayor duración del tratamiento, aumento de la pérdida de bienestar físico, aumento de la comorbilidad, deterioro severo en lo social, psicológico y emocional; así como aumento de la asistencia médica, intentos de suicidio y hospitalizaciones con frecuencia. Aseguran que las intervenciones psicológicas de continuación y mantenimiento, reducen la probabilidad de recaída y recurrencia a largo plazo. Uno de los enfoques utilizados fue la Terapia Cognitiva con la cual se trabajó el contenido cognitivo del pensamiento, enseña a las personas a tratar con sentimientos y pensamientos negativos como parte de sus vidas al ser conscientes de los mismos.

En cuanto a los mecanismos terapéuticos, Liebherz S, Machmutow K, Jansen A, Meister R, Watzke B, Härter MC, Kriston L. (2017b) de los antidepresivos son discutidos ya que parecen aumentar las concentraciones de neurotransmisores de monoamina en la endidura sináptica. Los antidepresivos se desarrollan después de algunas semanas y como tratamiento farmacológico se emplean antidepresivos tricíclicos, inhibidores de la monoaminoxidasa, inhibidores de la recaptación de serotonina, trazadona, litio, entre otros. Si bien es cierto, que dicho estudio

empleo placebo farmacológico, terapia psicológica y en otro estudio, la terapia psicológica combinada con la farmacológica, indicaron que los resultados fueron más efectivos con ésta última intervención.

Lo anteriormente presentado, soporta entonces, el estudio de caso realizado en el municipio de Bucaramanga, en el Consultorio Jurídico de la Universidad Santo Tomás, como uno de los casos allegados al Consultorio de Psicología que forma parte del área de proyección social y donde llegan permanentemente casos clínicos de diferente índole pertenecientes a población vulnerable, de acuerdo con la experiencia como Psicóloga del mismo Consultorio. Servicios que se prestan a los usuarios con acciones preventivas, promoción de la salud mental, mejoramiento de la calidad de vida de las personas, búsqueda de garantías, restablecimiento de sus derechos, de conciliación de los principales conflictos de los grupos familiares y empoderando a los usuarios con nuevas opciones de afrontamiento frente a su realidad. En este sentido se presenta a continuación la implementación de un estudio de caso de una adulta residente en el municipio de Bucaramanga que acude a consulta por malestar de síntomas asociados al trastorno depresivo persistente distimia.

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

Evaluar e intervenir desde el modelo cognitivo conductual un caso de trastorno Depresivo Persistente-Distimia en una mujer adulta.

### **Objetivos Específicos**

Definir un plan de evaluación clínico y psicométrico que identifique la sintomatología presente en el caso.

Diseñar un plan terapéutico de intervención acorde a las necesidades y problemas de la consultante.

Evaluar la efectividad de la intervención realizada con el caso a través de pruebas clínicas, técnicas de intervención y los resultados obtenidos a través del proceso terapéutico.

## **Método**

### **Participantes**

Estudio de caso único con una consultante de 35 años, de sexo femenino, con escolaridad de primaria, casada sin hijos, vive actualmente con su cónyuge, en el municipio de Bucaramanga. Acude a psicología del Consultorio Jurídico de la Universidad Santo Tomás de manera voluntaria buscando ayuda para la sintomatología de temor a estar sola, a las situaciones que le pueden representar peligro como cruzar una calle y la dependencia creada hacia su esposo que le impide un desarrollo funcional a los dos como pareja. La usuaria fue diagnosticada hace 4 años con trastorno afectivo bipolar a través de psiquiatría y en la actualidad no presenta la sintomatología para establecer tal diagnóstico clínico. Tiene medicación de carbonato de litio de 300 mg, Alprazolam de 0,25 mg y clozapina de 25 mg, medicamentos que consume diariamente y que de manera autónoma disminuye la dosis de la prescripción médica, frente a lo cual se recomienda la importancia de consultar con su médico tratante Psiquiatra para que él determine la dosificación requerida en dicho tratamiento.

### **Instrumentos de Exploración**

#### **Historia Clínica.**

Se utilizó el formato de historia clínica institucional del consultorio Jurídico de Psicología de la Universidad Santo Tomás (ver anexo A), el cual se diligenció en la primera y segunda sesión

del proceso psicoterapéutico, indagando primero por el motivo de consulta, siguiendo con las demás áreas de información requeridas por el formato y finalizando con el registro de datos de la consultante. Así mismo, se efectuó la historia clínica a profundidad de manera abierta y fluida sobre la historia de la consultante.

Con el fin de complementar la historia clínica se realizó una entrevista conductual que complemento la historia clínica, basada en el modelo de Ruiz, Díaz & Villalobos (2012), es decir, ofrecer al cliente una explicación inicial de lo que pretende la entrevista y por qué se necesitará información detallada y específica sobre el problema. De igual manera la identificación de conductas problema, con frecuencia, intensidad y duración, identificar los antecedentes de la ocurrencia y no ocurrencia del problema. La necesidad de desarrollar un clima empático, así como el establecimiento del objetivo general de la entrevista. Al inicio se empieza con la formulación de preguntas abiertas y se vaanza con preguntas cerradas, las cuales permiten identificar las conductas, los pensamientos y las emociones en torno a los problemas.

Dentro de la entrevista se delimitó el problema y las implicaciones del mismo, es decir cómo le afecta esta situación en su vida y en las diferentes áreas, de qué manera le afecta, cómo han reaccionado su cónyuge y su familia de origen. De igual manera, análisis de secuencia, es decir, en que situaciones sucede, con quien, en qué lugares, lo que está haciendo, pensando o sintiendo cuando sucede, qué situaciones y/o personas la empeoran, la mejoran, un análisis de parámetros, cuando ha sido peor, con qué frecuencia ocurre, cuánto dura, así mismo, la evolución del problema, cuando fue la primera vez, ha mejorado, ha empeorado, cómo era al principio y a que le atribuye tal situación, cómo piensa que sería al solucionarlo y qué solución le han dado. Atendiendo a estos aspectos se logra realizar el análisis funcional con el fin de profundizar más acerca de la situación actual de la consultante.

### **Análisis Funcional.**

Es un modelo de formulación de caso clínico que sintetiza los problemas de la consultante y de las variables con las que se correlacionan y que a su vez afectan hipotéticamente a dichos problemas. La información obtenida a través de los diferentes métodos de valoración y evaluación facilita la comprensión de la funcionalidad y relación del comportamiento de la persona con el ambiente en el cual se desarrolla, lo cual adquiere su forma en un contexto de aprendizaje sobre cómo la conducta opera sobre el medio y determinar así, la razón de las conductas (Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012). El análisis funcional para el presente estudio monográfico se realizó durante las primeras 5 sesiones y se complementó durante el proceso.

### **Consentimiento Informado.**

Se utilizó el formato de consentimiento informado institucional del consultorio Jurídico de Psicología de la Universidad Santo Tomás (ver anexo B), el cual se aplicó en la primera sesión. Este se dio a conocer y se diligenció en la primera sesión con la consultante, posterior a la presentación y el encuadre del proceso terapéutico.

### **Instrumentos de Evaluación**

#### **Inventario Clínico Multiaxial de Millon II (Millón, 1987)**

Es un cuestionario que pretende evaluar la personalidad, la presencia de trastornos de personalidad y las dificultades emocionales y/o interpersonales de los sujetos, de manera que se



aporte al proceso de toma de decisiones en el curso terapéutico. El inventario está constituido por 175 ítems con un formato de respuesta dicotómico de Verdadero o Falso, que evalúan 26 escalas, 4 de fiabilidad y validez que abarcan Validez (V), Sinceridad (X), Deseabilidad (Y) y Alteración (Z); 10 escalas básicas de la personalidad que comprenden Esquizoide (1), Fóbica (Evitativos) (2), Dependiente (3), Histriónica (4), Narcisista (5), Antisocial (6A), Agresivo/Sádica (6B), Compulsiva (Rígida) (7), Pasivo/agresiva (Negativista) (8A) y Autodestructiva (Masoquista) (8B); 3 escalas de personalidad patológica que incluye Esquizotípica (S), Límite (C) y Paranoide (P); 6 escalas de síndromes clínicos de gravedad moderada que abarca Ansiedad (A), Histeriforme/Somato forme (H), Hipomanía (N), Neurosis depresiva-distimia (D), Abuso de alcohol (B) y Abuso de drogas (T); y 3 escalas de síndromes de gravedad severa que incluye Pensamiento psicótico (SS), Depresión mayor (CC) y Delirios psicóticos (PP). Este inventario está dirigido a población adulta, mayor de 18 años, con una duración de desarrollo de 25 a 40 minutos.

La interpretación del cuestionario permite definir la validez de la prueba e identificar las escalas que presentan una puntuación significativa o la posible presencia de algún tipo de personalidad patológica o síndrome clínico (Millon, 1999). Este inventario ha sido ampliamente utilizado, especialmente en Latinoamérica, en las áreas clínica y de investigación pues permite obtener resultados válidos y confiables sobre un amplio rango de síndromes clínicos, facilitando su diagnóstico y posterior tratamiento (Said, Sartori, Gillet & López, febrero de 2014) (ver anexo C). Teniendo en cuenta que Londoño y Alejo (2017) presentan el diseño y la validación de las pruebas del Test de Millon-II, así como Cuestionario de Depresión Beck e Inventario de Ansiedad de Beck, de acuerdo con condiciones psicométricas adecuadas, con estándares de

aplicación, análisis e interpretación en la población Colombiana, con procesos de medición y evaluación establecidos para el país.

### **Inventario de Ansiedad de Beck (Beck, 1988).**

Es uno de los cuestionarios con mayor trayectoria en el ámbito clínico e investigativo en lo relativo a la evaluación de la ansiedad, específicamente de la gravedad percibida respecto a los síntomas presentes, por lo cual posee una gran confiabilidad, no solo a nivel estadístico sino a nivel práctico. El cuestionario consta de 21 ítems tipo Likert, que evalúan la dimensión general de ansiedad a partir de dos factores, el somático y el de síntomas afectivo-cognitivos, presenta un Alpha de Cronbach de .93, y se maneja un punto de corte de 13 puntos para indicar presencia de sintomatología que precisa atención clínica (Magán, Sanz y García-Vera, 2008; Sanz, 2014), (ver anexo D).

### **Cuestionario de Depresión de Beck (Beck, 1961).**

El Inventario de Depresión de Beck (BDI) es un auto informe compuesto por 21 ítems de tipo Likert (ver anexo E) utilizado para evaluar la intensidad de la depresión. El inventario inicialmente propuesto por Beck y sus versiones posteriores han sido los instrumentos más utilizados para detectar y evaluar la gravedad de la depresión. De hecho, es el quinto test más utilizado por los psicólogos españoles Muñiz y Fernández-Hermida (como se cita en el Consejo general de Colegios Oficiales de Psicología 2013). Sus ítems no se derivan de ninguna teoría concreta acerca del constructo medido, sino que describen los síntomas clínicos más frecuentes

de los pacientes psiquiátricos con depresión. Se incluyen en este inventario todos los criterios propuestos en las dos referencias citadas para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor y casi todos los propuestos para el diagnóstico de distimia (en concreto, todos los del DSM-IV y el 75% del CIE-10).

Diversos estudios han llegado a la conclusión de que el BDI es sin duda el instrumento más popular a nivel internacional para identificar sujetos depresivos subclínicos en los estudios de validación de los modelos de depresión. En cada uno de los ítems el sujeto tiene que elegir aquella frase entre un conjunto de cuatro alternativas, siempre ordenadas por su gravedad, que mejor se aproxima a su estado medio durante la última semana incluyendo el día en que completa el inventario (Sanz y Vázquez) (1998).

## **Procedimiento**

El proceso de intervención terapéutica se desarrolló en 15 sesiones, distribuidas en un lapso de 6 meses; comprendidos entre noviembre de 2017 a abril de 2018, con 3 meses de interrupción, primero por receso a razón de cierre semestral de la práctica, segundo por periodo de vacaciones institucionales y tercero por enfermedad de la progenitora de la consultante, tiempo en el cual dejó de asistir al proceso psicoterapéutico. Como consecuencia, para revisar la descripción completa y detallada del proceso terapéutico puede consultarse el cuadro de Desarrollo del plan de intervención (ver anexo F). Proceso del tratamiento implementado según etapa y número de sesión. El proceso se ejecutó en tres etapas, que se describen de la siguiente manera:

**Primera Etapa: Evaluación y diagnóstico.**

En la primera etapa, que abarcó las primeras 4 sesiones, con duración de 50 a 60 minutos cada una, con una frecuencia semanal, se llevó a cabo la evaluación de la persona, que incluyó diversos métodos que permitieron una evaluación más completa del mismo, implementando los instrumentos anteriormente expuestos, y generando una integración de los resultados para definir un diagnóstico adecuado de la consultante.

En esta etapa se realizó la valoración del caso, acudiendo, de manera cronológica, al consentimiento informado, a los instrumentos de exploración, a saber, la historia clínica institucional, entrevista a profundidad, continuando con la aplicación de los instrumentos psicométricos, el inventario clínico Multiaxial de Millon II, el inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y cuestionario de Depresión de Beck y el análisis funcional. A partir de la información obtenida mediante la totalidad de las estrategias implementadas para la evaluación, se generó un diagnóstico que permitió el diseño de un plan de tratamiento efectivo.

**Segunda Etapa: Intervención.**

Las sesiones realizadas en esta etapa, de la 5 a la 12, tuvieron una duración de 90 a 120 minutos, tal extensión de tiempo por las necesidades presentadas por la consultante, así como por su requerimiento directo debido a enfermedad de su progenitora. Para dar inicio a la etapa de intervención se realizó la devolución de los resultados de la evaluación y de acuerdo con ello se explicó a la consultante el diagnóstico, en coherencia se realizó una intervención mediante

técnicas de información con el objetivo de psicoeducar a la consultante respecto a su diagnóstico, para generar conciencia frente a la condición de las problemáticas presentadas por la consultante y sus consecuencias, como también del tratamiento recomendado para manejar las situaciones problema.

En este sentido, se concertó con la usuaria los objetivos terapéuticos y se establecieron las metas clínicas del caso a saber:

La disminución de las conductas de depresión, ansiedad y estrés, entendido la ansiedad como un estado inquietud y agitación, caracterizado por la anticipación del peligro, sensación de catástrofe o de peligro inminente, es una activación fisiológica desagradable ante los sucesos de estrés, el cual se entiende como una relación entre la persona y el entorno que es percibida como desbordante y que pone en riesgo su bienestar, síntomas que han caracterizado a la consultante, los cuales se pretenden reducir, ya que junto a la depresión son de malestar clínicamente significativos, con reacciones inadecuadas causadas por las consecuencias de las mismas, así como también, la disminución del pensamiento disfuncional, disminución de los síntomas frente a la exposición real a situación generadora de temor, el aumento del repertorio de reacciones adecuadas que disminuyan las consecuencias negativas a nivel relacional, y la prevención de recaídas.

Con el fin de cumplir tales objetivos, se implementó, inicialmente, una psicoeducación con la consultante y su cónyuge, en relación con el trastorno y sus repercusiones, la menor intensidad de los síntomas en comparación con la depresión mayor, particularidades del trastorno que afecta el autoconcepto, calidad de vida, repercusiones familiares, sociales y laborales. Así como también, desde el modelo psicológico en las teorías del aprendizaje social, para dar la explicación de la depresión como ausencia o disminución del refuerzo positivo, que influye

directamente en la conducta, los afectos y los pensamientos Jorguera y Guarch (2009). Seguidamente, se trabajó la relajación progresiva de Jacobson (1939) a través del cual se pudo relajar la tensión muscular, percibiendo las sensaciones corporales para facilitar un estado de relajación profunda. De igual manera, la respiración diafragmática como respiración fisiológicamente más adecuada Ruíz, Díaz & Villalobos (2012). Se continua el proceso con reestructuración cognitiva Labrador et. Al (2008) para modificar las ideas irracionales (ver anexo G) relacionadas al comportamiento con el propósito de disminuir las reacciones inadecuadas y el malestar emocional causado por las consecuencias de las mismas, con el propósito que la consultante tenga una base para argumentar y debatir posteriormente en el proceso de reestructuración cognoscitiva y de esta manera, adquirir nuevas conductas asertivas.

Posteriormente, se da paso a las técnicas de exposición por imaginación y exposición en vivo Ruíz, Díaz & Villalobos (2012) en el primero se simula dentro de consulta una situación recreada para generar síntomas similares a los experimentados ante la situación real, en el segundo (ver anexo H) se propician ejercicios de exposición en vivo, mediante exposición simulada, que le generan a la consultante temor, ansiedad y estrés. Lo anterior con el fin de manejar y controlar los síntomas que le impiden a la persona ser funcional a nivel social. Se continúa con la prevención de recaídas Jorguera y Guarch (2009) que tiene como objetivo reconocer la presencia de sintomatología depresiva, cómo discriminarla respecto a reacciones emocionales normales y adaptativas; cómo utilizar en estas condiciones, las estrategias aprendidas, técnicas más adecuadas. Se insiste en el comportamiento de cambio y la toma de conciencia frente a los problemas de la vida que pueden facilitar la reaparición de los síntomas, así como las recaídas o no, dependiendo de cómo se manejen las situaciones y por lo tanto, la sintomatología presentada Labrador et. Al (2008).

Como propósito fundamental en esta etapa de intervención, se pretende que se generen cambios positivos en la conducta y en la cognición de la usuaria que le permitan mantener un autocontrol de la depresión, ansiedad y obtener un estado emocional estable. Para la corroboración de tales cambios positivos se realiza la tercera etapa del tratamiento.

### **Tercera Etapa: Evaluación Pos y Cierre.**

Al finalizar la etapa de intervención, se realizó una evaluación post (ver anexo I) que facilitó la identificación de mejoría en la consultante, manifestada por el cumplimiento de los objetivos terapéuticos. Para tal evaluación se realizaron dos procedimientos, una evaluación clínica constituida por entrevista clínica semiestructurada con la consultante y su cónyuge, la cual se realizó de manera más profunda y completa en las últimas dos sesiones, complementada con seguimientos efectuados con el esposo durante la etapa de intervención, que se conformaban por la indagación de presencia y frecuencia de depresión, ansiedad, el segundo procedimiento de evaluación consistió en una sesión de evaluación psicométrica, en la cual se aplicaron los mismos instrumentos desarrollados al inicio del proceso de terapia psicológica, con un intervalo de tiempo de 5 meses.

Adicionalmente durante las sesiones 14 y 15, con una duración de 60 minutos respectivamente, se trabajó sobre la prevención de recaídas con la consultante y su cónyuge, aplicando técnicas de información para orientarlos sobre la condición de la consultante, las consecuencias, y las estrategias de afrontamiento que se deben implementar para manejar tanto la depresión persistente como la ansiedad que se puedan presentar. De igual manera el objetivo en esta etapa no es repasar para revisar el aprendizaje, sino enmarcarlo en el contexto de prevención

de recaídas, para lo cual se identificaron los síntomas de alerta frente a dichas situaciones y qué estrategias aprendidas se pueden emplear para evitar la aparición de las crisis y que también, el cónyuge continúe siendo un factor protector.

Para cerrar el proceso de tratamiento (anexo J), dentro del cual en la sesión 15, se realizó la devolución de los resultados obtenidos en la evaluación post, comunicando los cambios positivos y comparandolos con la evaluación psicométrica antes y después de la aplicación de las pruebas clínicas. Igualmente se generan compromisos por parte de la consultante y de su cónyuge con el fin de mantener los cambios y evitar así, las crisis. Se prosigue con la retroalimentación del proceso terapéutico, identificando ganancias, dificultades, y aprendizajes, dando paso al cierre con la devolución de la terapeuta, empoderando a la consultante frente a los factores de riesgo y reforzando la dedicación y el trabajo independiente. Finalmente se da cierre al proceso terapéutico con agradecimientos y despedida por parte, tanto de la consultante y esposo, como de la terapeuta.



## Fase de Intervención

### Formulación del Caso Clínico

**Nombre:** F.H.D.                      **Edad:** 36 años                      **Fecha de nacimiento:** 27/02/1981  
**Escolaridad:** Primaria                      **Ciudad:** Bucaramanga                      **Estado civil:** Casada  
**Religión:** Evangélica                      **Ocupación:** Auxiliar de Monta llantas

**Antecedentes Psiquiátricos:** Fue diagnosticada hace 4 años por Psiquiatría de Isnor con Trastorno afectivo bipolar con prescripción médica de Carbonato de litio de 300 mg, Alaprazolam de 0.25 mg y Clozapina de 0.25 mg, hace 5 meses ha disminuido las dosis ya que ha atribuido a la posible adicción que pueden generar dichos medicamentos que de 4 tabletas diarias de Carbonato toma 2, de 2 tabletas de Alprazolam toma una diariamente y de Clozapina de 2 tabletas diarias ahora toma 1, lo cual verbaliza consultará con el Psiquiatra por recomendación de la Psicóloga.

**Tipología:** Familia nuclear dentro del hogar.

### Familiograma:

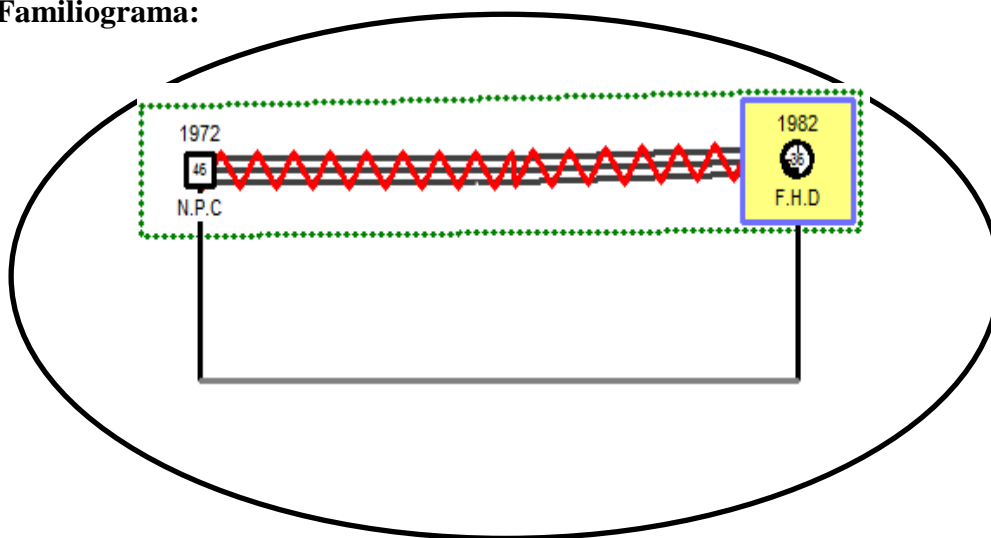


Figura 1. Familiograma

**Tabla 1.****Descripción Familiar**

<b>Nombres y Apellidos</b>	<b>Parentesco</b>	<b>Edad*</b>	<b>Grado de Escolaridad**</b>	<b>Ocupación</b>	<b>Relación</b>
F. H. D.	Consultante	36 años	5 Primaria	Aux. de Monta llantas	Dependiente-conflictiva
N.P.C.	Esposo	46 años	7° Grado	Operario	Cercana-Conflictiva

**Nota:** \*Las edades de los usuarios corresponden a la edad que tenían al momento de la primera atención. Para hacer cálculos de la edad actual se recomienda acudir a la fecha de nacimiento registrada en el familiograma.

Familia conformada por la pareja sin hijos, la consultante identificada es quien presenta relaciones de tipo conflictivo, es decir, agresiva a nivel verbal, de actitud negativa, con sentimientos de tristeza, y dominante con su cónyuge. Así mismo, la relación se caracteriza por la dependencia de la consultante hacia su cónyuge en la medida que no se desplaza sin su compañía. Quien manifiesta su deseo de realizar actividades en solitario, su insatisfacción por no poder viajar a Barranquilla su lugar de origen debido a los temores que su esposa siente al viajar de una ciudad a otra. La consultante verbaliza inseguridad frente a la posibilidad que su cónyuge la deje por cansancio y dependencia y en este mismo sentido ella también desea tener una independencia laboral y personal.

**Motivo de Consulta**

La consultante refiere *“Tengo miedo a estar sola y a las situaciones que me pueden representar peligro como cruzar una calle.”*

**Descripción del Motivo de Consulta.** La consultante manifiesta malestar por la sudoración de las manos, pies, taquicardia, asfixia, miedo a quedarse sola, a hacerle daño a su esposo con un arma blanca cuando éste está dormido y miedo a cruzar la calle.

**Problemas.**

- Miedo a quedarse sola y que le dé un ataque de pánico, lo cual le genera estrés.
- Dificultad para realizar una actividad laboral de manera independiente.
- Déficit en habilidades sociales relacionadas con desconfianza hacia las personas.
- Miedo a cruzar la calle de manera autónoma.

**Descripción del Problema.**

- Miedo a quedarse sola y que le dé un ataque de pánico, lo cual le genera estrés:

La consultante refiere que para poder lograr quedarse en su apartamento necesita que su cónyuge esté con ella, de lo contrario debe abrir la puerta principal y de igual forma, presenta síntomas de sudoración, taquicardia, ideas irracionales de quitarse la vida o lanzarse por el balcón de su apartamento, así como sentimientos de tristeza la mayor parte del tiempo.

- Dificultad para realizar una actividad laboral de manera independiente:

Verbaliza que necesita de su esposo para trabajar junto a él y que no le genere síntomas de miedo a quedarse sola; situación ésta que no le permite sentirse libre y lograr realizar una actividad laboral independiente de su esposo y estudiar.

- Déficit en habilidades sociales relacionadas con desconfianza hacia las personas:

La consultante identifica que ha intentado ser parte de grupos dentro de la iglesia a la cual pertenece pero siente que generan comentarios negativos hacia otros y en ocasiones los siente

hacia ella y esposo, prefiriendo alejarse de las demás personas. Actualmente no cuenta con amigos o redes de apoyo social, pues prefiere estar sola con su esposo y evitar compromisos sociales.

- Dificultad para cruzar la calle de manera autónoma ya que piensa que un carro la atropellará y esta situación le genera ansiedad, taquicardia, sudoración y estrés, por lo cual evita salir sin su cónyuge de manera particular cuando requiere desarrollar cualquier gestión dentro de la ciudad.

## **Historia Personal**

La consultante nace y crece hasta los 15 años en zona rural, vereda Bella vista del Municipio del Carmen de Chucuri, departamento de Santander, donde ayuda a sus padres en las labores domésticas incluso de fuerza masculina. Fue desplazada en tres ocasiones a los 8, 12 y 14 años de edad junto a su familia. A Los 15 años decide irse de su casa cansada que sus padres la golpearan con frecuencia con palos, lazos y cables. Además, le exigieran de manera constante que se vistiera con vestido cuando ella añoraba hacerlo con pantalón.

Llega a la ciudad de Bucaramanga empleándose durante 5 años como empleada del servicio doméstico, época en la cual extraña a sus padres y se sentía sola.

Desde los 19 años conoce a su expareja con quien decide irse a vivir, este toma alcohol con frecuencia, se ausenta del hogar y es ella quien debe mantener el hogar trabajando desde tempranas, hasta altas horas de la noche en un puesto de venta en el Mercado de San Francisco y posteriormente en una tienda propia respectivamente.

Vivió con su expareja por 15 años y hace 4 años se enteró que su ex esposo le era infiel con una vecina suya, por quien decide dejarla. Situación que le genera un significativo malestar psicológico y físico, con sentimientos de rabia y deseos de hacerle daño físico, además porque con frecuencia ve a esta persona en su mismo sector de residencia.

Siente refugio en la iglesia cristiana de donde recibe apoyo, ya que oran por su liberación y sanación. A sí mismo, recibe el apoyo de su progenitora y hermana, quienes se convierten en sus cuidadoras una vez inicia tratamiento Psiquiátrico para dormir y estabilizarse.

Se casó nuevamente hace 2 años con otra persona quien representa para ella un apoyo importante en lo emocional, físico y económico, así como para la realización de todas sus actividades y compromisos sociales.

**Evaluación Sincrónica.** La consultante ha tenido que dejar de lado su deseo de independizarse laboralmente y de avanzar en sus estudios de bachillerato, sintiendo que no puede lograrlo sola. Lo anterior, porque cree que no puede ser independiente, ni desplazarse en medio de la ciudad para realizar actividades propias o que aporten al hogar o su familia de origen.

La consultante considera que su esposo también desea realizar actividades en solitario, como viajar a visitar a su familia en la costa norte del país y que no puede hacerlo para no dejarla sola.

Por lo anterior, busca ayuda profesional para que esto le permita superar sus dificultades, adquirir más confianza en sí misma y su esposo pueda viajar solo sin contratiempos.

### **Evaluación Diacrónica.**

#### ***Factores de Predisposición:***

*Predisponentes:* Antecedentes familiares de trastorno bipolar en el caso de su progenitora.

***Factores de Adquisición:***

*Circunstanciales:* Separación de su ex esposo por infidelidad de éste, hace cuatro años, cuando es diagnosticada con trastorno bipolar.

Enfermedad de sobrino recién nacido es entregado en sus brazos con escasos signos vitales, situación que le generó un impacto emocional fuerte, hace 4 años.

Las deudas generadas por la tienda de su propiedad, de la cual le daba dinero a su exesposo y le pagaba deudas a este.

***Factores de Mantenimiento:***

La asistencia permanente de su esposo para realizar todas sus actividades, cumplimiento de responsabilidades y necesidades propias.

***Factores Protectores:***

Voluntad de cambio y su cónyuge quien la apoya en el proceso psicoterapéutico y se interesa por su bienestar.

Asistencia de manera constante a su grupo espiritual.

**Dominios.**

***Emocional Afectivo.*** Manifiesta autocontrol de sus emociones en particular cuando siente deseos de hacerse daño a sí misma y a su esposo. Sin embargo, expresa tener llanto y tristeza frecuente.

***Cognoscitivo Verbal.*** Es coherente en su lenguaje y clara en la expresión de sus ideas, sin embargo, tiene dificultad en algunos momentos para recordar eventos importantes.

**Interacción.** Se relaciona con las demás personas sosteniendo conversaciones y estableciendo actitudes de respeto, sin embargo, prefiere evitar los contactos sociales y de manera particular con grupos.

**Repertorios Relacionados a Salud.** La consultante manifiesta que el tratamiento de psiquiatría le ha ayudado a estar mejor, sin embargo, siente que necesita superar aún más, todas las situaciones que le generan estrés y malestar, pues reconoce su enfermedad y sabe que es importante sanar para recuperar la libertad que ha perdido, al igual que su independencia.

## **Contextos.**

### **Académico Laboral.**

La consultante labora actualmente como auxiliar de monta llantas en taller automotriz, en el cual trabajan y acuden fundamentalmente hombres con los cuales se siente más cómoda al relacionarse que con las mujeres. En cuanto a lo académico, realizó sus estudios de primaria y no ha recibido otra formación.

### **Familiar.**

En el hogar convive con su esposo, no tienen hijos y la relación por lo general es de respeto, comunicación y cercanía.

**Pareja Sexual.**

Su actual pareja sexual es su esposo, con quien mantiene una vida sexual activa la cual es importante para la consultante, sin embargo, el esposo manifiesta en consulta que la frecuencia y deseo por las relaciones sexuales ha disminuido de manera importante, verbalizando cansancio y fatiga.

**Condiciones Ambientales.**

Reside en un barrio en ciudad norte, en un ambiente rural, donde le han otorgado un apartamento de interés social el cual está pagando con su esposo y cuyo sector está rodeado de grupos al margen de la ley.

**Estímulos Discriminativos.**

Tener la sensación de quedarse encerrada en su apartamento o en un carro con las ventanas arriba, cuando su esposo tiene que salir por algunos minutos. Sensación de ahogo, sudoración de manos y de pies, pensamiento de no poder pasar las calles sola.



## Formulación de Hipótesis

### Hipótesis

De acuerdo con la sintomatología presentada, desde hace 4 años, es decir, la mayor parte del día todos los días con depresión, sentimientos de tristeza, insomnio, fatiga, sentimientos de desesperanza, poco apetito, baja autoestima, expresiones de inutilidad, malestar por la sudoración de las manos, pies, taquicardia, asfixia, miedo a quedarse sola, a hacerle daño a su esposo con un cuchillo cuando éste está dormido, pensamientos de atentar contra su vida, miedo a cruzar la calle, fobia evitativa, desconfianza e irritabilidad y aislamiento social y sentimientos de culpabilidad, falta de deseo para experimentar el placer y necesidades afectivas mínimas.

### Análisis Explicativo

**Repertorios de Autocontrol.** La consultante controla sus pensamientos de autolesión como quitarse la vida, colgándose de una viga o tomarse un veneno, así como el deseo de herir a su esposo, deteniéndolos a través de auto verbalizaciones como: “esto no es cierto, estoy tranquila y todo esta bien”.

**Autoconocimiento.** La consultante expresa conciencia de su dificultad en el control de las sensaciones de ansiedad y temor a quedarse encerrada en un lugar, así como la necesidad de mejorar y buscar la ayuda psicoterapéutica, ya que considera que estas sensaciones le están impidiendo la expresión de sus afectos, sentirse funcional y tranquila consigo misma.

***Repertorios para modificar el Ambiente.*** La consultante toma la mitad de la dosis de la clozapina y la mitad del alprazolam, enviada por el galeno ya que refiere que si toma la dosis completa se volverá dependiente y además en varias ocasiones no le han autorizado en ISNOR, la dosis enviada por el médico, así mismo, la demora para nuevamente solicitarlas es extensa y agotadora que prefiere no hacerlo. Por otra parte evita estar sola para no presentar la sintomatología. Otro aspecto para modificar el ambiente ha sido dormir tres horas diarias, ver la televisión, armar y desarmar objetos en casa y salir a caminar con su esposo.

### **Regulación Verbal del Comportamiento.**

Emplea auto instrucciones como “No puedo hacerme daño porque la vida es muy bonita”.

### **Identificación de Conducta.**

***Conducta Clínicamente Relevante.*** La consultante busca solución a sus problemas y se dispone para avanzar en el proceso psicoterapéutico y evidencia satisfacción al involucrar al esposo en dicho proceso.

***Función Explicativa.*** La respuesta de la consultante tiene como finalidad reafirmar el control de su esposo, que éste permanezca diariamente a su lado, situación que se presenta debido a la primera experiencia de infidelidad por parte de su ex esposo y ausencias contantes de este en el hogar. Situación que afecta a la consultante en su esfera emocional, relacional y familiar.

## Diagnóstico Diferencial

En el trastorno depresivo mayor, existe ánimo deprimido además de dos o más síntomas de los criterios del episodio depresivo persistente durante dos años o más, entonces se realiza el diagnóstico de trastorno depresivo persistente. El diagnóstico depende de la duración de dos años, que lo distingue de los episodios de depresión que duran menos de dos años. Si los síntomas cumplen con criterios suficientes para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor (APA, 2014) en cualquier momento de este período, entonces correspondería al diagnóstico de depresión mayor, sin especificarlo por separado, como especificador del trastorno depresivo persistente.

Si los síntomas del consultante cumplen en el momento actual todos los criterios del episodio depresivo mayor, entonces se deben usar los siguientes especificadores dependiendo del caso particular, el especificador con episodios intermitentes de depresión mayor con el episodio actual, con episodio de depresión mayor persistente y con episodios intermitentes de depresión mayor sin episodio actual. Si la persona no ha presentado un episodio de depresión mayor en los últimos dos años (APA, 2014), entonces se usa el especificador con síndrome distímico puro, como es el caso de la consultante del presente estudio monográfico. A sí mismo, en el diagnóstico diferencial se presentan los trastornos psicóticos, cuyos síntomas depresivos son un rasgo común asociados a los trastornos psicóticos crónicos, en el trastorno depresivo o bipolar debido a otra afectación médica, cuando no se considera que las alteraciones anímicas sean atribuibles a los efectos fisiopatológicos directos de una afectación médica específica, normalmente crónica, basándose en la historia personal, el examen físico y las pruebas de laboratorio. De igual manera, en el diagnóstico diferencial se encuentran el trastorno depresivo

o bipolar inducido por sustancias/medicamentos el cual se distingue del trastorno depresivo persistente cuando se considera que hay una sustancia que podría estar etiológicamente relacionada con la alteración del ánimo y en cuanto a los trastornos de la personalidad, se presentan cuando hay signos de la coexistencia de alteraciones de la personalidad y si un individuo cumple con los criterios tanto del trastorno depresivo persistente como un trastorno de personalidad, se deben entonces, realizar ambos diagnósticos.

### **Impresión Diagnóstica.**

#### ***300.4 (F34.1) Trastorno Depresivo Persistente de Distimia.***

Patrón dominante crónico de alteración del comportamiento, caracterizado por un estado de ánimo depresivo persistente experimentado (Caballo, Salazar y Carroble, 2014) de forma continua durante la mayoría de los días, con una duración mínima de dos años.

Desde hace cuatro años la consultante ha presentado síntomas crónicos, más que agudos o recurrentes. Nunca ha estado durante este tiempo sin los síntomas propios de la alteración clínica (criterio C para distimia) y se mantenían la mayor parte del día casi todos los días (A).

Incluían pesimismo generalizado, cansancio crónico, baja autoestima, sentimientos de desesperanza y dificultad para tomar decisiones, si bien el criterio B sólo requiere dos síntomas.

Su dependencia, aislamiento social y dificultad para tomar decisiones motivó al cónyuge a brindarle acompañamiento permanente, así como, a resolver situaciones problema de la consultante y de la relación de pareja, lo que sugiere disfunción social (criterio H).

Criterios Diagnósticos de acuerdo con el DSM-5:

- A. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años.
- B. Presencia durante la depresión, de dos o más síntomas: poco apetito, insomnio o hipersomnía, poca energía, baja autoestima y/o sentimientos de desesperanza.
- C. Durante el periodo de dos años de la alteración, nunca ha estado sin los síntomas de los criterios A y B.
- D. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.
- E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco, y nunca se han cumplido los criterios para trastorno ciclotímico .
- F. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.
- G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra afectación médica.
- H. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

## **Presenta Comorbilidad con**

### ***300.22 (F40.00) Agorafobia***

El patrón de conducta característico se refiere al temor que algunas personas sienten ante cualquier situación embarazosa o lugar del que parezca difícil escapar (Morrison, 2014), o donde pudiera no haber ayuda disponible en caso de que se desarrollaran síntomas de ansiedad. Las personas con agorafobia pueden evitar por completo el lugar o la situación de temor, o bien, en caso de necesitar enfrentarlos, sufren ansiedad intensa o requieren la presencia de un acompañante. Con los siguientes criterio clínicos de acuerdo con APA, 2014:

- A. Miedo o ansiedad intensa acerca de dos o más de las siguientes situaciones: uso de transporte público, estar en espacios abiertos, estar en sitios cerrados, hacer cola o estar en medio de una multitud y/o estar fuera de casa solo.
- B. El individuo teme o evita estas situaciones debido a la idea de que escapar podría ser difícil o podría no disponer de ayuda si aparecen síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes o embarazosos.
- C. Las situaciones agorafóbicas casi siempre provocan miedo o ansiedad.
- D. Las situaciones agorafóbicas se evitan activamente, requieren la presencia de un acompañante o se resisten con miedo o ansiedad intensa.
- E. El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantean las situaciones agora-fóbicas y al contexto sociocultural.
- F. El miedo, la ansiedad o la evitación es continuo, y dura típicamente seis o más meses.
- G. El miedo, la ansiedad o la evitación causan malestar clínicamente significativo o deterioro

en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

H. Si existe otra afección médica el miedo, la ansiedad o la evitación es claramente excesiva.

I. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental; por ejemplo, los síntomas no se limitan a la fobia específica, tipo situacional; no implican únicamente situaciones sociales (como en el trastorno de ansiedad social); y no están exclusivamente relacionados con las obsesiones (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), defectos o imperfecciones percibidos en el aspecto físico (como en el trastorno dismórfico corporal), recuerdo de sucesos traumáticos (como en el trastorno de estrés postraumático) o miedo a la separación (como en el trastorno de ansiedad por separación).

Presencia de Agorafobia por los criterios A,C y D (págs. 217-218).

### ***300.02 (F41.1) Trastorno de Ansiedad Generalizada***

Se caracteriza por la preocupación excesiva y difícil de controlar en torno a una gran variedad de cuestiones tales como: salud, problemas familiares, dinero, escuela, trabajo que dan origen a malestares físicos y mentales, tensión muscular, inquietud, tendencia al cansancio y la irritabilidad, concentración deficiente y problemas de insomnio ( Morrison, 2014). Con los siguientes criterios según APA, 2014:

A. Ansiedad y preocupación excesiva, en relación con diversos sucesos o actividades.

B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.

C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes:

inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta, facilidad para fatigarse,

dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular, problemas de sueño.

D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia ni a otra afección médica.

F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental.

Cumple con los criterios A y D de Ansiedad Generalizada (pág. 222, APA, 2014).

### ***300.4 (F34.1) Trastorno Depresivo Persistente de Distimia***

***Con ansiedad***

***Inicio Tardío***

***Con síndrome distímico puro***

***Gravedad Actual: Grave***

### ***300.22 (F40.00) Agorafobia***

### ***300.02 (F41.1) Trastorno de Ansiedad Generalizada***

#### **Plan de Intervención**

-Psicoeducación.

-Entrenamiento en respiración y relajación.

-Autoregistro.

-Reestructuración Cognitiva.



- Ensayos conductuales.
- Exposición por imaginaria y en vivo.
- Entrenamiento en Habilidades Sociales.
- Prevención de recaídas.

Ver anexo No. 10 Proceso de tratamiento

## **Resultados**

Para el presente estudio de caso se cumplió con el objetivo general establecido de evaluar e intervenir desde el modelo cognitivo conductual, logrando evaluar la sintomatología presente, generando un diagnóstico clínico, diseñando y aplicando un plan de intervención y valorando la efectividad de dicha intervención mediante evaluaciones pos-tratamiento. A continuación, se exhiben los resultados generales del estudio de caso, para una descripción más detallada de los resultados obtenidos se recomienda revisar Desarrollo del plan de intervención. Ver anexo 6.

### **Resultados de la Evaluación Clínica Pre-Tratamiento (PRE)**

Los resultados de tal proceso se pueden revisar en el apartado de Fase de intervención, o de manera más detallada en el Anexo 6, dónde se describe el desarrollo del plan de intervención de cada una de las sesiones. Teniendo en cuenta la sintomatología presentada por la consultante, su cónyuge, el tiempo, frecuencia de evolución y los antecedentes, al finalizar la evaluación clínica PRE se identificaron aspectos significativos de ansiedad, depresión, fobia evitativa, compulsividad que contrastados con la información suministrada en la primera fase se corrobora como diagnóstico el trastorno depresivo persistente-distimia.

### **Resultados del Proceso de Intervención**

Considerando los objetivos terapéuticos propuestos se podría afirmar que el proceso de intervención fue adaptativo y efectivo, en cuanto las técnicas de psicoeducación, manejo de la

ansiedad a través de las técnicas de respiración, relajación progresiva de Jacobson se logró aumentar el repertorio de reacciones adecuadas frente a la depresión, ansiedad, situaciones estresantes, sentimientos de minusvalía y dependencia hacia su cónyuge, hubo cambios conductuales a través de nuevos pensamientos funcionales, manejo y control de los síntomas que le generaron temor y ansiedad por desplazamiento de manera independiente al cruzar calles y estar sola en su apartamento, por medio de las técnicas exposición por imaginación, exposición en vivo, prevención de recaídas y seguimiento de caso, frente al trastorno clínico, sus repercusiones, la importancia de la adherencia al tratamiento teniendo en cuenta que en este caso hubo dificultad ya que la consultante dejó de asistir al proceso psicoterapéutico por un tiempo y tuvo resistencia para la elaboración de tareas en casa pero gracias al cónyuge y a la consultante se logró continuar el proceso con éxito.

Por otra parte, se dedicó un tiempo significativo a la reestructuración cognitiva ya que no fue fácil para la consultante comprender y asimilar los objetivos y aplicabilidad del autoregistro, así como discusiones cognitivas, entonces, los análisis y evaluaciones para modificación de creencias irracionales, sin embargo, se observaron los cambios de conductas verbales y se corroboró la disminución las conductas desadaptativas, tales como nuevos pensamientos y actitudes positivas, disminución de conductas agresivas, comunicación asertiva en pareja, autonomía para tomar decisiones, capacidad para resolver problemas y para desplazarse sola en las calles, lo cual fue corroborado con su cónyuge.

Este proceso coincide con dos eventos, el primero con la enfermedad de su progenitora quien requiere de su atención y gestión de procesos dentro de la clínica por cerca de 20 días, en los cuales de manera sorpresiva enfrenta y resuelve diferentes situaciones en torno al estado crítico de su progenitora, con diálogos permanentes con médicos, enfermeras, de manera independiente,

subir y utilizar el ascensor lo cual le generaba anteriormente angustia, temor, taquicardia, desplazamiento hacia diferentes lugares como farmacias para la compra de medicamentos con apoyo parcial del cónyuge, adquirir nuevo aprendizaje de aplicar inyecciones a su progenitora y durante este proceso no experimentar síntomas de depresión, ni ansiedad. El segundo suceso, fue el robo de sus objetos personales y de valor dentro del vehículo de su propiedad, situación a través de la cual las personas que cometieron el acto se comunican con ella con el fin de intimidarla por los objetos robados frente a lo cual la consultante logra controlarse a través de los ejercicios de relajación, afrontar y solucionar la situación con uno de los victimarios. Analiza estas situaciones desde una perspectiva positiva para observar sus avances emocionales y conductuales.

Por otra parte, al aplicar las técnicas de exposición por imaginación y en vivo, se observó que la consultante se arriesgó a exponerse a una situación real generadora de sentimientos de ansiedad, estrés, bloqueo mental en ocasiones impulsividad, que le permitieron enfrentar sus miedos en compañía de la terapeuta. Proceso en el cual se evidenció ansiedad y estrés que se lograron manejar con técnica de respiración, auto verbalizaciones positivas, capacidad de autocontrol y manejo de emociones negativas, que después de varios ensayos logró realizar de manera independiente el ejercicio de cruzar la carrera 15 con mayor autoconfianza y estabilidad emocional, logrando los objetivos planteados para la segunda técnica de manera particular.

Es de anotar, que la consultante ingresó al proceso terapéutico con dificultades para manejar la depresión, la ansiedad, los pensamientos disfuncionales y las conductas desadaptativas, y con sintomatología somática como sudoración en los pies, acaloramiento, taquicardia, temblor, síntomas cognitivos como pensamientos negativos automáticos e intrusivos, malestar emocional, y dificultades en el funcionamiento de las áreas de pareja, familiar y social. Mientras que a partir

del proceso terapéutico la consultante egresó con una percepción de bienestar consigo misma, su pareja, con su familia y con su entorno, es decir, con una capacidad más funcional en las diferentes áreas de su vida.

### **Resultados de la Evaluación Clínica Pos-Tratamiento (POS)**

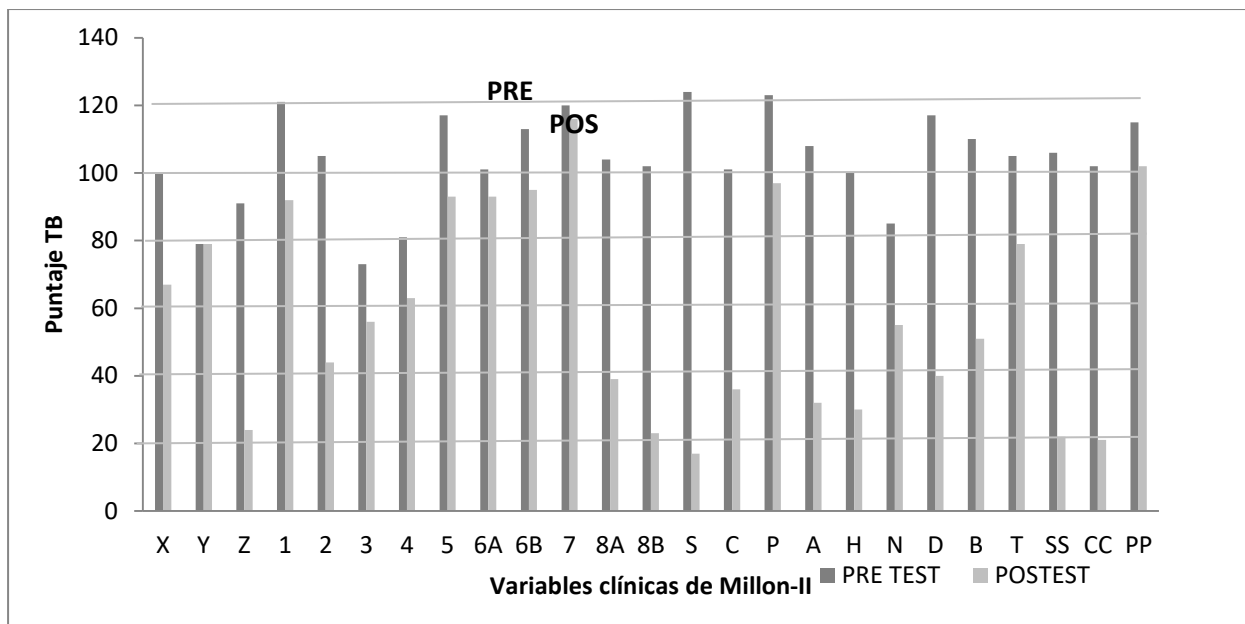
Al finalizar el proceso de intervención, se realizó nuevamente la evaluación clínica con el objetivo de confirmar los cambios establecidos por los instrumentos psicométricos en su aplicación POS. Para ello se realizaron entrevistas con la consultante y su cónyuge, en las que se reafirmó que la consultante ha logrado disminuir la sintomatología más preocupante al inicio del proceso en cuanto a los sentimientos de tristeza permanente, miedo a permanecer sola, actitud negativa, temor a desplazarse sola en medio de las calles, escasa motivación para emprender actividades de manera autónoma e independiente y bajo nivel de la libido. De igual manera la consultante confirma la remisión total de los síntomas somáticos, así como una disminución significativa de los síntomas emocionales y cognitivos, evidenciados en una percepción de disminución de la frecuencia de pensamientos negativos intrusivos o automáticos y la percepción de una mejoría emocional. El cónyuge confirma cambios significativos en la consultante tales como disminución de la agresividad en la relación de pareja, tranquilidad para expresar emociones, actitud positiva frente adversidades, dedicación al hogar, mejoramiento en la relación sexual, capacidad para resolver problemas de manera independiente, mayor sociabilidad, independencia para desplazarse de un lugar a otro, así como cruzar las calles sola, dándole un porcentaje de mejoría del 80% frente a los síntomas que inicialmente le perturbaron a su esposa y que incidieron en la dinámica de la pareja.

## **Resultados de la Evaluación Psicométrica**

Para corroborar la hipótesis diagnóstica se aplican el Inventario clínico Multiaxial de Millon II, se administra el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y el Cuestionario de Depresión de Beck, con el fin de corroborar y/o descartar la sintomatología presentada por la consultante con rasgos moderados, severos de la personalidad, síndromes clínicos y alguna alteración de tipo ansiosa o depresiva. Los resultados obtenidos en la evaluación PRE y POS en cada uno de los instrumentos se presentan a continuación.

### **Inventario Clínico Multiaxial de Millon II.**

En la aplicación de este instrumento se obtuvo una validez y confiabilidad adecuada tanto en la evaluación PRE, como en la POS. Respecto a la interpretación del inventario, como se muestra en la figura 1, los resultados obtenidos en la evaluación PRE indican que la consultante puntuó significativamente para las variables de Fobia evitativa (2) con una puntuación de tasa base de prevalencia de 105, ansiedad (A) con una puntuación de tasa base de prevalencia de 108, Neurosis depresiva -distimia (D) con una puntuación de tasa base de prevalencia de 107 y el indicador de Depresión mayor (CC) con una puntuación de tasa base de prevalencia de 102, siendo coherente con la manifestación de malestar clínico de la consultante.

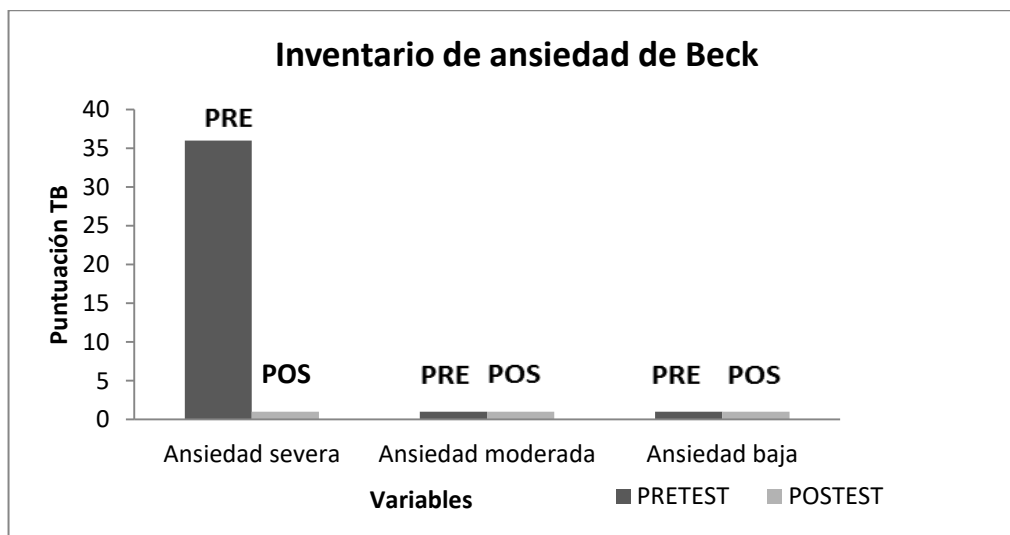


**Figura 2. Resultados pre y pos tratamiento del Inventario clínico Multiaxial de Millon-II.**

En contraste, durante la evaluación POS se logra evidenciar en la prueba la disminución de la sintomatología que generaba malestar clínicamente significativo en la consultante ya que en general tendió a obtener puntuaciones más bajas en la mayoría de escalas clínicas, que en la evaluación pre-tratamiento, las cuales se observan a través de las escalas de Fobia evitativa (2) con una puntuación de tasa base de prevalencia de 44, ansiedad (A) con una puntuación de tasa base de prevalencia de 32, Neurosis depresiva -distimia (D) con una puntuación de tasa base de prevalencia de 40 y Depresión mayor (CC) con una puntuación de tasa base de prevalencia de 21, indicando que tales variables ya no requieren de atención clínica e interpretando de esta manera que se intervino efectivamente en la disminución de la sintomatología clínica y por tanto en los factores que incidían en la misma.

### **Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).**

Con el fin de corroborar la hipótesis diagnóstica, según la cual los síntomas somáticos son primarios al trastorno depresivo persistente-distimia, teniendo en cuenta que existe comorbilidad con trastornos de ansiedad, se interpretan entonces, los resultados del BAI, teniendo en cuenta que el inventario evalúa Ansiedad muy baja, Ansiedad Moderada y Ansiedad Severa, conforme al cual durante la aplicación PRE la consultante presentó sintomatología Ansiosa Severa aportando a la confirmación de la hipótesis. De manera coherente, en la aplicación POS, el puntaje del inventario indicó una Ansiedad muy baja, es decir que tal sintomatología somática fue efectivamente manejada en la intervención dirigida al trastorno depresivo persistente-distimia.



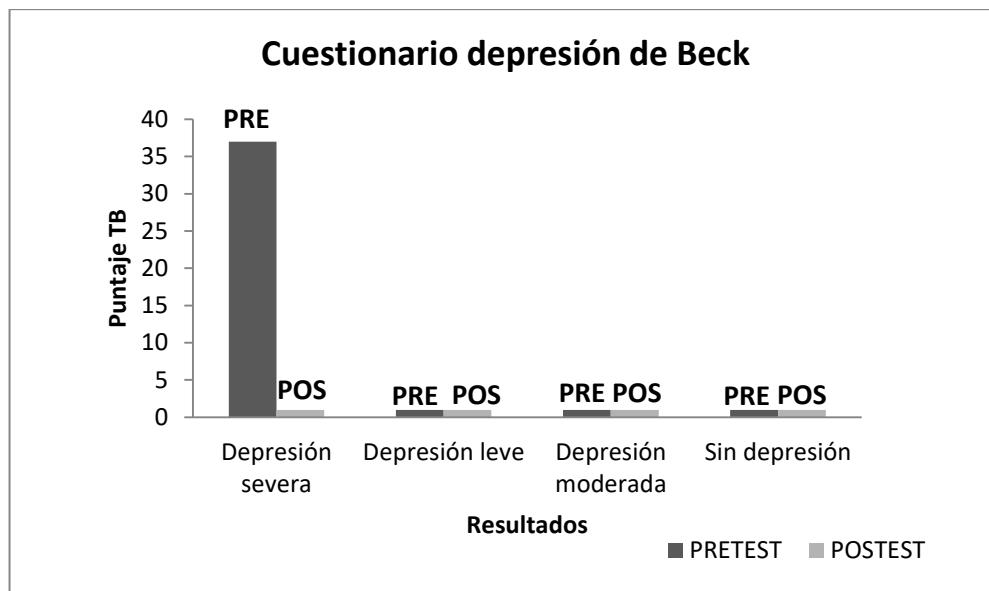
**Figura 3. Resultados pre y pos tratamiento del Cuestionario de Depresión de Beck.**

### **Cuestionario de Depresión de Beck.**

Por otra parte, con el propósito de continuar en el proceso de corroborar la hipótesis diagnóstica, se aplicó el cuestionario de Depresión de Beck, que evalúa las escalas Sin



Depresión, Depresión Leve, Depresión Moderada y Depresión Severa, el cual arrojó que los síntomas somáticos son primarios al trastorno depresivo persistente distimia, en la medida que durante la aplicación PRE la consultante presentó sintomatología Depresión Severa aportando a la confirmación de la hipótesis. En este sentido, en la aplicación POS, la sintomatología indica que la consultante se encuentra sin depresión.



**Figura 4. Resultados pre y pos tratamiento del Inventario de Ansiedad de Beck.**

#### **Resultados de la Evaluación Clínica Pos-Tratamiento (POS)**

En la finalización del proceso de intervención, se efectuó la evaluación clínica con el propósito de confirmar los cambios a partir de los resultados obtenidos en la aplicación de los instrumentos psicométricos en el POS. Para ello se realizaron entrevistas con la consultante y su cónyuge, en las que se reafirmó que la consultante ha logrado disminuir los síntomas principales de depresión y ansiedad; de igual manera esta persona confirma la remisión total de los síntomas somáticos como taquicardia, sudoración en manos y pies, así como una disminución de los

síntomas emocionales y cognitivos, evidenciados en una disminución de la frecuencia de pensamientos negativos o automáticos y de la percepción de una mejoría en su estado de ánimo. Teniendo en cuenta los objetivos terapéuticos propuestos se podría afirmar que el proceso de intervención fue efectivo, en cuanto a las técnicas de información permitieron psicoeducar a cerca del trastorno clínico y de sus repercusiones a la consultante como a su cónyuge.

El entrenamiento en técnicas de relajación como respiración diafragmática y relajación progresiva de Jacobson logró aumentar el repertorio de reacciones adecuadas, disminuir la frecuencia de conductas disruptivas e incluso remitir en totalidad, la sintomatología somática, en la medida que la consultante empezó a implementar las estrategias para regular sus emociones y controlar la experiencia de ansiedad al quedarse sola en su apartamento, cruzar la calle sola, solucionar un problema y expresar sus emociones de malestar, igualmente implementó un nuevo patrón de respuesta más asertivo para resolución de problemas, acudiendo a la reestructuración cognitiva y al entrenamiento en la producción de pensamientos positivos, de manera que se disminuyeran las consecuencias negativas a nivel relacional. De esta manera, la reestructuración cognitiva fue eficaz disminuyendo las reacciones inadecuadas, evasión de las situaciones problema, conflictividad en la relación de pareja por agresividad, ansiedad, así como también, el malestar emocional causado por las ideas irracionales sobre el comportamiento de sus significativos disminuyó según lo reportado por la consultante, apoyando tal cambio en la asimilación de estrategias como la reestructuración cognitiva, a partir de la cual la consultante aprendió a modificar pensamientos y actitudes negativas, transformándolas en positivas.

De esta manera, la consultante ingresó al proceso psicoterapéutico con dificultades para manejar depresión, la ansiedad, enfrentar y solucionar problemas, desplazarse sola en medio de las calles, dificultad para ser autónoma ya que todas sus actividades debía realizarlas junto al

cónyuge, agresión verbal en la relación de pareja, con sentimientos de desesperanza, negativismo, sensación de no existir tratamiento para superar su situación clínica, con sintomatología somática sudoración en pies y manos, enrojecimiento, taquicardia, ahogo, pensamientos negativos automáticos e intrusivos, malestar emocional, y dificultades en adaptabilidad de las áreas de pareja, familiar y social. Se puede decir entonces, que a partir del proceso psicoterapéutico la consultante egresó con una percepción de bienestar consigo misma, con su pareja, familia y entorno social, con la capacidad de manejar y controlar los síntomas de depresión y ansiedad, igualmente se suprimió la activación somática, se controlaron y disminuyeron los pensamientos automáticos e intrusivos y se sustituyeron por pensamientos positivos, generando una percepción de mejoría en la funcionalidad de pareja, familiar y social de la consultante.

## Discusión

A partir de los resultados obtenidos en el presente estudio de caso clínico puede evidenciarse la efectividad del modelo cognitivo conductual en tratamiento psicológico para el manejo del trastorno depresivo persistente-distimia y con ello, la disminución significativa de la sintomatología con la que se presentó la consultante, al inicio del proceso.

Existe evidencia científica y empírica que se ha demostrado cómo a través del modelo cognitivo conductual se han logrado modificaciones de la conducta, las emociones y las cogniciones desadaptativas, por medio de técnicas en los tratamientos de trastornos depresivos persistentes, con autores como Jorquera y Guarch (2009) quienes explican la reestructuración cognitiva con la elaboración de pensamientos más adaptativos, entre otros autores como Caballo, Salazar y Carroble, J. (2014) quienes plantean la teoría cognitiva de Beck que identifica las distorsiones que la persona presenta especialmente después de sucesos estresantes, que hacen referencia a la devaluación del individuo, la consideración negativa del entorno y una proyección hacia el futuro desesperanzadora. De igual manera, Gallardo et. Al (2013), Rodríguez, Cisneros y Robles (2018), Morocho (2018), también presentan, las técnicas de reestructuración cognitiva y en cuanto a la relajación muscular progresiva, respiración diafragmática que facilita una sensación profunda de bienestar y tranquilidad de acuerdo con Ruiz, Díaz y Villalobos (2012). , se eliminan por completo las tensiones y contracciones musculares induciéndose un estado de relajación profunda, activación conductual, prevención de recaídas y demás.

La anterior literatura se complementa con otros autores en esta misma línea de técnicas, como lo realizaron Nezu, Nezu y Lombrado (2006) quienes destacan la actividad conductual para

aumentar comportamientos gratificantes y productivos en consultantes depresivos, reforzado por Sanz y Sanz (2013)., Carro y Sanz (2015), entre otros autores. Teniendo en cuenta, tales evidencias de efectividad para el presente estudio de caso se decidió implementar un plan de intervención desde la perspectiva cognitivo conductual.

En el presente estudio de caso las técnicas de intervención cognitivo conductuales permitieron a la consultante establecer cambios pertinentes a nivel emocional, cognitivo como lo presenta Ortega y Ortega (2013) en un estudio con consultante que presenta distimia, cuya hipótesis principal fue la modificación de los pensamientos provoca un cambio de estado de ánimo, así como también con la revisión de Jiménez et al., (2013) quienes aseguran que el estudio en diferentes modalidades, especialmente la cognitivo-conductual facilita la mejoría en los síntomas de anhedonia, en la incapacidad de experimentar eventos positivos y ayuda al aprendizaje de estrategias de afrontamiento.

El Presente estudio también se apoya en la aplicación y efectividad en técnicas de intervención por Ortega y Núñez(2013) quienes establecieron un proceso terapéutico en una consultante con distimia, quien permaneció doce sesiones bajo tratamiento cognitivo conductual para afrontar dicha situación clínica, en este sentido la persona pudo cambiar sus esquemas cognitivos que la mantenían en desánimo, para lograr una interpretación objetiva de los hechos, no fue fácil el trabajo con ella, pero uno de los grandes logros fue dejar de evadir su realidad, pudiendo concientizar sus deseos sin dañarse y sentir culpa por lo que hizo o no realizó. Este caso se asemeja de manera importante al presente estudio ya que durante la mayor parte de las sesiones se trabajaron los autoregistros, pensamientos disfuncionales de la consultante y en consecuencia obtuvo los mismos resultados que con la consultante de la presente investigación del trastorno depresivo persistente-distimia. Otros estudios confirman la eficacia de las técnicas

cognitivo conductuales en el tratamiento de la distimia por Rosique y Sanz (2013), quienes a través de técnicas procedentes de la terapia cognitivo-conductual en un caso de paciente femenina con distimia, ingresa a hospitalización psiquiátrica con ideación suicida, con una duración del tratamiento por tres meses, con quien se trabajó modificación del dialogo interno, las ideas irracionales, aumento de actividades gratificantes, técnicas de afrontamiento y solución de problemas y prevención de recaídas. Caso similar al presente estudio ya que la mayoría de técnicas empleadas permitieron la modificación de pensamientos catastróficos, descalificación de lo positivo, disminución de las ideas suicidas que permitieron unos resultados positivos en la vida de la consultante y su cónyuge.

Otros estudios confirman la eficacia de las técnicas cognitivo conductuales en el tratamiento de las dificultades del trastorno depresivo persistente con Rodríguez, Cisneros y Robles (2018) quienes estudiaron un caso de género femenino quien acude a terapia a la clínica de servicios psicológicos de una universidad en el estado de Nuevo León, México. Consultante que manifiesta pensamientos catastróficos sobre la situación que vive, considerando que jamás mejorarán y que nunca podrá saber lo que es la felicidad, tiene dificultad para percibir sus propios recursos personales para desenvolvimiento personal, familiar y se aísla en su habitación. Dicho caso presenta cierta similitud, al estudio de la presente monografía, en términos los logros obtenidos desde la reestructuración cognitiva, técnicas para animar, transmitir esperanzas y expectativas.

Como consecuencia, las habilidades de afrontamiento, asertividad, adquiridas a partir del trabajo desarrollado en relajación, autocontrol y manejo de pensamientos disfuncionales, como ya se ha mencionado con los autores Jorquera y Guarch (2009), Caballo, Salazar y Carroble, J. (2014), así como Gallardo et. Al (2013) y Rodríguez, Cisneros y Robles (2018). Lo anterior, le

permitió a la consultante disminuir la sintomatología emocional y fisiológica, como ansiedad, depresión, sudoración, taquicardia, pensamientos disfuncionales, aumentar su autoestima y por lo tanto logró desarrollar habilidades de afrontamiento, enfrentar los temores de estar sola, cruzar las calles de manera independiente y de asertividad.

Por otra parte, en lo referente a los psicofármacos formulados por el psiquiatra los cuales son carbonato de litio 330 mg, alprazolam de 0.25 mg y clozapina de 25 mg, la consultante solo toma la mitad de la dosis de cada uno, aludiendo a que puede volverse dependiente de los mismos; frente lo cual se le recomienda consultar dicha decisión, así como sus avances conductuales, emocionales y sociales, con el galeno tratante, para continuar fortaleciendo los resultados del proceso psicoterapéutico.

Como consecuencia, se puede deducir que el plan de intervención propuesto para el presente estudio de caso fue efectivo para el tratamiento de la impresión diagnóstica del trastorno depresivo persistente distimia.

## Conclusiones

Se logró cumplir con los objetivos, general y específicos del presente estudio de caso, en cuanto se realizó una evaluación clínica y psicométrica que permitió la identificación de una impresión diagnóstica según la sintomatología presentada, se planteó un proceso de intervención, que a partir de la evaluación pos-tratamiento, resultó efectivo para la satisfacción de las necesidades tanto de la consultante como de su cónyuge y familia de origen de la consultante.

Al respecto de los objetivos terapéuticos se logró un manejo y control de la sintomatología problema principal de temor a la soledad e independencia, como quedarse sola en un lugar, cruzar las calles sola para favorecer el logro, de sus propósitos personales, mejorar la relación con su cónyuge, aumentar su autoeficacia, autoconcepto, reconocer que sí podía mejorar y cambiar la situación clínica que antes consideraba inalcanzable y por lo tanto mejorar su calidad de vida.

Fue fundamental la adherencia al tratamiento del cónyuge de la consultante en la medida que participó, apoyó en varias sesiones psicológicas y ánimo a su esposa en seguir adelante con el tratamiento que al inicio del proceso consideraba dejarlo debido a que se sentía mejor y además, la consultante se rehusaba pasivamente a desarrollar las tareas para la casa recomendadas en el proceso de terapia psicológica frente a lo cual decidía trabajar solo en consulta.

Así mismo, el cónyuge observó con actitud sorpresiva los avances conductuales de su esposa ya que mejoró en actitudes de agresividad, evitación, capacidad de afrontar problemas y buscar soluciones de manera independiente.



A pesar de identificar una adecuada efectividad del tratamiento, algunos autores confirman la utilidad de la implementación de tratamientos combinados de terapia psicológica y psicofármacos, lo cual se evidenciaba durante el proceso en las sesiones en las que la consultante continúa con el tratamiento médico psiquiátrico pese a la disminución de los medicamentos; frente a lo cual es fundamental que la consultante retome el seguimiento médico psiquiátrico y darle a conocer al profesional en dicha área la disminución de la sintomatología antes y después del proceso psicológico, por medio de las técnicas que permitieron una mayor efectividad en el tratamiento psicológico tales como la psicoeducación, relajación progresiva de Jacobson, respiración diafragmática, reestructuración cognitiva, exposición por imaginaria, exposición en vivo y prevención de recaídas.

Se concluye que el tratamiento depresivo persistente distimia es un cuadro clínico que tiene una incidencia relevante en las áreas personal, familiar y social, por tanto, es una condición merecedora de atención, de tratamiento psicológico y médico psiquiátrico, que si bien es cierto no es fácil la adherencia a los tratamientos se puede lograr resultados positivos y significativos en la vida de los consultantes y sus familias.

## Recomendaciones

Se sugiere a la consultante acudir a una sesión de seguimiento dos meses después de finalizado el tratamiento psicótico con el fin de reforzar las estrategias de afrontamiento aprendidas, realizar prevención de recaídas, así como también, revisión de consulta de seguimiento con psiquiatría, con el fin de consultar la disminución de la dosis médica por voluntad propia, ya que el profesional de ésta área es quien debe determinar el manejo del medicamento de acuerdo con la situación clínica de la persona .

Es imprescindible que la consultante continúe con la práctica y la implementación de las estrategias de afrontamiento aprendidas para asegurar el mantenimiento de los cambios para lo cual se solicita a la consultante regresar en dos meses con el fin de efectuar un seguimiento de caso.

Se recomienda al cónyuge continuar siendo apoyo emocional a través de su conducta de apertura y cooperación para con su esposa como un factor protector que puede seguir reforzando positivamente sus comportamientos de avance y de funcionalidad.

Se sugiere a la consultante junto a su cónyuge que esta busque la ayuda psicológica cuando sienta que signos y síntomas de alerta le dominan y que le generen algún tipo de recaída.

Se recomienda a la consultante y por lo tanto a su pareja participar en actividades placenteras con frecuencia, como salir a disfrutar de la naturaleza que es una actividad en la cual ella experimenta una satisfacción especial y que practican muy esporádicamente, compartir espacios deportivos y sociales con los grupos espirituales a donde pertenecen, así como también, continuar sus estudios de bachillerato y retomar su proyecto de vida a nivel laboral con un tipo de trabajo que le permitan experimentar alegría y bienestar emocional.

Para finalizar se sugiere que este tipo de trastorno depresivo persistente distimia se pueda abordar desde las técnicas cognitivo conductuales por su efectividad a través de psicoeducación, entrenamiento en relajación y respiración, reestructuración cognitiva, exposición en vivo, exposición por imaginería, entrenamiento en habilidades sociales, programación en actividades gratificantes y terapia racional emotiva conductual.

## Referencias Bibliográficas

- Aragónés, E; Gutiérrez, M; Fortuny, M; Lucena C; Cervera, J; & Garreta, E. (2001). Prevalencia y características de la depresión mayor y la distimia en atención primaria. *Revista Atención primaria*. 9(31). 623-628. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656701788701>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5a ed.). Madrid, España: Médica Panamericana.
- Baena, A; Sandoval, M; Urbina, C; Helen, N; & Villaseñor, S. (2005). Los trastornos del estado de ánimo. *Revista Digital Universitaria*. 6(11), 9-14. Recuperado de: [http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art110/nov\\_art110.pdf](http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art110/nov_art110.pdf)
- Caraveo, J; Colmenares, E; & Saldívar, G. (1999). Estudio clínico epidemiológico de los trastornos depresivos. *Revista Salud Mental*. 22(2), 7-11. Recuperado de: [http://revistasaludmental.mx/index.php/salud\\_mental/article/view/737/736](http://revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/737/736)
- Carro, F & Sanz, Blasco. (2015). Intervención cognitivo conductual en un caso de distimia con componentes de ansiedad de evaluación: análisis de un caso clínico. *Revista de casos clínicos en Salud Mental*. 1 (11), 43-59. Recuperado de: <file:///D:/ARPSICO/Documents/Downloads/Dialnet-IntervencionCognitivoConductualEnUnCasoDeDistimiaC-5912890.pdf>
- Caballo, V; Salazar, I y Carrobles, J. (2014). Manual de psicopatología y trastornos psicológicos. Madrid, España: Pirámide.
- Consejo general de colegios oficiales de psicólogos. (2013). Evaluación del Inventario BDI-II. Recuperado de: <https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf>

- Cruz, G. (2012). De la Tristeza a la Depresión. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*. 15(4),1310-1325. Recuperado de:  
<http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/34739>
- Frías, A; Gónzales, L; Palma, C; & Farriols, N. (2016). Motivation for change as predictor of treatment responde for dysthymia. *Psicothema*. 28(2), 156-160. Recuperado de:  
<http://www.psicothema.com/pdf/4306.pdf>
- Gallardo, G; Jiménez, M; Gonzáles, A; & Villaseñor, T. (2013). La distimia como entidad nosológica. Algunas consideraciones clínicas, epidemiológicas, etiológicas y de utilidad diagnóstica. *Revista Mexicana de Neurociencias*. 14(4), 215-222. Recuperado de:  
<http://www.medigraphic.com/pdfs/revmexneu/rmn-2013/rmn134g.pdf>
- Gómez, C; Tamayo; Bohórquez, A; Rondón, M; Medina, M; & Rengifo, H. (2016). Trastorno depresivos y de ansiedad y factores asociados en la población adulta colombiana, encuesta nacional de la salud mental 2015. *Revista Colombiana de psiquiatría*. 45(1), 58-67. Recuperado de:  
<http://www.redalyc.org/pdf/806/80650839008.pdf>
- Hernández, M. (2010). Tratamiento cognitivo conductual de la depresión, un análisis de caso. Tesis de pregrado. Universidad Autónoma del estado de México centro universitario UAEM Atlacomulco. México.
- Instituto Nacional de la Salud Mental. (2014). Depresión. Recuperado de:  
[https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression-sp/depression\\_sp\\_quad\\_508\\_ln\\_12\\_23\\_10\\_141885.pdf](https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression-sp/depression_sp_quad_508_ln_12_23_10_141885.pdf)

- Jiménez, M; Gallardo, Gallardo, G; Villaseñor, T & González A. (2013). La distimia en el contexto clínico. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 42(2), 212-218. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/806/80629187008.pdf>
- Jorquera, A & Guarch, J. (2009). *Trastorno distímico y otros trastornos depresivos crónicos*. Madrid, España: Pirámide.
- Labrador, F.F. (Coord.) (2008). *Técnicas de Modificación de Conducta*. Madrid, España: Ed. Pirámide.
- Liebherz S, Machmutow K, Jansen A, Meister R, Watzke B, Härter MC, Kriston L. (2017). Continuation and maintenance treatments for persistent depressive disorder. Protocol. Recuperado de: <http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD012855/pdf>
- Lima, M. (2008). Tratamiento farmacológico para la distimia. *Cochrane plus*. 2(1), 1-6. Recuperado de: <http://www.cochrane.org/es/CD004047/tratamiento-farmacologico-para-la-distimia>
- Londoño, P. y Alejo, I. (2017). *Instrumentos usados en Colombia para evaluar la dimensión Psicológica del proceso salud-enfermedad*. Bogotá: Universidad Católica de Colombia. Recuperado de: <http://publicaciones.ucatolica.edu.co/pdf/instrumentos-usados-en-colombia-para-evaluar-la-dimension-psicologica-del-proceso-salud-enfermedad.pdf>
- Magán, I; Sanz, J. & García-Vera, M. P. (2008). Psychometric properties of a Spanish version of the Beck Anxiety Inventory (BAI) in general population. *The Spanish Journal of Psychology*, 11, 626-640. Recuperado el 3 de abril de 2017, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18988448>
- Ministerio de Salud de Colombia. (2017). *Boletín de salud mental depresión subdirección de enfermedades no transmisibles*. Recuperado de:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletín-depresion-marzo-2017.pdf>

Ministerio de Salud de Chile. (2013). Depresión en personas de 15 años y más. Recuperado de: <http://www.minsal.cl/portal/url/item/7222754637c08646e04001011f014e64.pdf>

Millon, T. (1999). *MCMI – II. Inventario Clínico Multiaxial de Millon – II*. Madrid: Tea Ediciones.

Moerk, K & Klein, D. (2000). Diagnóstico, evaluación y tratamiento de la depresión crónica. *Revista de psicología Conductual*. 8(3), 511-523. Recuperado de: <http://docplayer.es/36072292-Diagnostico-evaluacion-y-tratamiento-de-la-depresion-cronica.html>

Morocho, G. (2018). Análisis semiológico de la distimia, tomando como referencia los manuales de diagnóstico DSM V y CIE 10. Trabajo de grado. Universidad técnica de Machala, Machala.

Morrison, J. (2014). *DSM-5 Guía para el diagnóstico clínico*. México, D.F.: Manual moderno.

Nezu, A; Nezu, C & Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivos conductuales un enfoque basado en problemas*. México, D.F.: Manual moderno.

Ortega, L & Ortega, A. (2013). Caso clínico de una paciente con distimia. *Revista de Estudios clínicos e Investigación Psicológica*. 3(6), 34-46. Recuperado de: [www.revistacecip.com/index.php/recip/article/download/50/45](http://www.revistacecip.com/index.php/recip/article/download/50/45)

- Rodríguez, D; Cisneros, M; & Robles, L. (2018). Psicoterapia integrativa en un caso de trastorno depresivo persistente. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 21(1), 355-366.  
Recuperado de: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/rep/article/view/64033/56201>
- Rosique, M & Sanz, Aparicio. (2013). Tratamiento cognitivo conductual en depresión mayor, distimia e ideación autolítica persistente. *Revista de Análisis y Modificación de conducta*. 39(1), 17-23.
- Ruiz, M; Díaz, M., & Villalobos A. (2012). Manual de técnicas de intervención cognitivos conductuales. Bilbao, España: Desclée de brouwer.
- Said, A; Sartori, M; Gillet, S., & López, M. (Febrero de 2014). Relevancia del inventario clínico multiaxial de Millon en el diagnóstico y evaluación de los trastornos de la personalidad. *15º Congreso Virtual de Psiquiatria.com. Interpsiquis 2014*. Congreso llevado a cabo en [www.interpsiquis.com](http://www.interpsiquis.com)
- Sanz, J. (2014). Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. *Clínica y Salud*, 25, 39-48. Recuperado de la base de datos Scienccedirect.
- Sanz, J. & Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck, *Psicotherma*, 10 (2), 303-318. Recuperado de:  
<http://www.redalyc.org/html/727/72710207/>
- Vieta, E; Colom, F, & Martínez, A. (2004). El trastorno bipolar. Barcelona, España: Ars médica.






 UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS PRIMER CLAUSTRO UNIVERSITARIO DE COLOMBIA	CONSULTORIO JURIDICO	VERSIÓN: 01
	PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA	CÓDIGO: F-AC-06 Página 2 de 4

#### 4. GENOGRAMA

#### 5. SITUACIONES EMOCIONALMENTE TRAUMATICAS

 <b>UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS</b> PRIMER CLAUSTRO UNIVERSITARIO DE COLOMBIA BUCA RAMANGA	<b>CONSULTORIO JURIDICO</b>	<b>VERSIÓN: 01</b>
	<b>PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA</b>	<b>CÓDIGO: F-AC-06</b>
		<b>Página 2 de 4</b>

## 6. SITUACION ACTUAL ASOCIADA AL PROBLEMA

 <b>UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS</b> <small>PRIMER CLAUSTRO UNIVERSITARIO DE COLOMBIA</small> <small>BUENAVISTA</small>	<b>CONSULTORIO JURIDICO</b>	<b>VERSIÓN: 01</b>
	<b>PROGRAMA DE ATENCIÓN</b>	<b>CÓDIGO: F-AC-06</b>
	<b>PSICOLÓGICA</b>	<b>Página 4 de 4</b>

#### 7. ESPECTATIVAS DE LA INTERVENCIÓN O SERVICIO


#### 8. ANTECEDENTES PERSONALES

SOCIAL	
FAMILIAR	
SALUD FISICA	
SALUD MENTAL Y ENFERMEDADES HEREDADAS (Psicológicas, Psiquiátricas, adicciones.)	

#### 9. EVALUACION DEL PACIENTE IDENTIFICADO


#### 10. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA


#### 11. TRATAMIENTO A SEGUIR


\_\_\_\_\_  
PSICÓLOGO

## Anexo B. Consentimiento Informado

 <b>UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS</b> <small>PRIMER CLAUSTRO UNIVERSITARIO DE COLOMBIA</small>	<b>CONSULTORIO JURIDICO</b>	<b>VERSIÓN: 01</b>
	<b>PROGRAMA DE ATENCIÓN Y ASESORIA PSICOLÓGICA</b>	<b>CÓDIGO: F-AC-07</b>
		<b>Página 1 de 1</b>

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA				HISTORIA N°	
-------	--	--	--	-------------	--

Las asesorías y consultorías de Psicología que ofrece el Consultorio Jurídico de la Universidad Santo Tomás constituyen una entidad de servicio gratuito adscrita a los programas de Proyección Social. Este Servicio se desarrolla a través de diferentes actividades de carácter preventivo, formativo y terapéutico.

Con el fin de lograr una óptima asesoría, el paciente se comprometerá a asistir a las consultas asignadas de manera voluntaria, bajo la libertad de desistir en cualquier momento según lo considere necesario o apropiado. El terapeuta tratante evaluará el caso para determinar si el trabajo se realizará de forma individual, en pareja, familiar o en equipo (conformado por otros profesionales), realizando remisiones si el caso lo amerita y en ningún momento el profesional está autorizado para la elaboración de informes o reportes psicológicos dirigidos a otras entidades con fines legales o jurídicos.

La información y los datos personales suministrados por el paciente son de carácter confidencial y restringido, según la Ley 1581 de 2012, para lo cual la universidad tiene una política de tratamiento de datos personales que puede consultar en el siguiente link <http://www.ustabuca.edu.co/ustabmeanga/ley-de-proteccion-de-datos>, sin embargo, en casos en donde el paciente vulnere la integridad de sí mismo o de terceros, por ley, se debe reportar esto a la entidad pertinente.

Como institución de Servicios a la comunidad, nos interesa que exista un acuerdo mutuo con respecto a esta forma de trabajo. De manera adicional y bajo mutuo acuerdo la información obtenida de todo el proceso psicoterapéutico será sistematizada y utilizada con fines académicos para la obtención del título especialista en Psicología Clínica, el cual será otorgado por la Universidad Pontificia Bolivariana.

NOMBRE (LEGIBLE)			
FIRMA			
NUMERO DE CÉDULA		LUGAR DE EXPEDICIÓN	

NOMBRE (LEGIBLE)			
FIRMA			
NUMERO DE CÉDULA		LUGAR DE EXPEDICIÓN	

OBSERVACIONES

## Anexo C. Inventario Clínico Multiaxial de Millon II

### **CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE MILLON (MCMI-II)**

1. Actúo siempre según mis propias ideas en vez de hacer lo que otros esperan que haga.
2. He encontrado siempre más cómodo hacer las cosas solo, tranquilamente, que hacerlas con otros.
3. Hablar con la gente ha sido casi siempre difícil y desagradable para mí.
4. Creo que tengo que ser enérgico y decidido en todo lo que hago.
5. Desde hace algunas semanas me pongo a llorar incluso cuando la menor cosa me sale mal.
6. Algunas personas piensan que soy vanidoso o egocéntrico.
7. Cuando era adolescente tuve muchos problemas por mi mal comportamiento en el colegio.
8. Tengo siempre la impresión de no ser aceptado en un grupo.
9. Frecuentemente critico a la gente que me molesta.
10. Me encuentro más a gusto siguiendo a los demás.
11. Me gusta hacer tantas cosas diferentes que no sé por dónde empezar.
12. Algunas veces puedo ser bastante duro o mezquino con mi familia.
13. Tengo poco interés en hacer amigos.
14. Me considero una persona muy sociable o extravertida.
15. Sé que soy una persona superior a los demás y por eso no me preocupa lo que piensen.
16. La gente nunca ha apreciado suficientemente las cosas que he hecho.
17. Tengo problemas con la bebida que he intentado solucionar sin éxito.
18. Últimamente siento un nudo en el estómago y me invade un sudor frío.
19. Siempre he querido permanecer en segundo plano en las actividades sociales.
20. A menudo hago cosas sin ninguna razón, sólo porque pueden ser divertidas.
21. Me molesta mucho la gente que no es capaz de hacer las cosas bien.
22. Si mi familia me obliga o presiona, es probable que me enfade y me resista a hacer lo que ellos quieren.
23. Muchas veces pienso que me deberían de castigar por lo que he hecho.
24. La gente se ríe de mí a mis espaldas, hablando de lo que hago o parezco.
25. Los demás parecen más seguros que yo sobre lo que son y lo que quieren.
26. Soy propenso a tener explosiones de llanto o cólera sin tener motivo.
27. Desde hace uno o dos años he comenzado a sentirme solo y vacío.
28. Tengo habilidad para "dramatizar" las cosas.
29. Me resulta difícil mantener el equilibrio cuando camino.
30. Disfruto en situaciones de intensa competitividad.
31. Cuando entro en crisis busco enseguida alguien que me ayude.
32. Me protejo de los problemas no dejando que la gente sepa mucho sobre mí.
33. Casi siempre me siento débil y cansado.
34. Otras personas se enfadan mucho más que yo por las cosas molestas.
35. A menudo, mi adicción a las drogas me ha causado en el pasado bastantes problemas.
36. Últimamente me encuentro llorando sin ningún motivo.
37. Creo que soy una persona especial, que necesita que los demás me presten una atención especial.

38. Nunca me dejo engañar por gente que dice necesitar ayuda.
39. Una buena forma de conseguir un mundo en paz es fomentar los valores morales de la gente.
40. En el pasado he mantenido relaciones sexuales con muchas personas que no significaban nada especial para mí.

**POR FAVOR, NO SE DETENGA. CONTINUE EN LA PÁGINA SIGUIENTE**

**CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE MILLON (MCMII-II)**

41. Me resulta difícil simpatizar con la gente que se siente siempre insegura con todo.
42. Soy una persona muy agradable y dócil.
43. La principal causa de mis problemas ha sido mi "mal carácter".
44. No tengo inconveniente en forzar a los demás a hacer lo que yo quiero.
45. En los últimos años, incluso las cosas sin importancia parecen deprimirme.
46. Mi deseo de hacer las cosas lo más perfectamente posible muchas veces enlentece mi trabajo.
47. Soy tan callado y retraído que la mayoría de la gente no sabe ni que existo.
48. Me gusta coquetear con las personas del otro sexo.
49. Soy una persona tranquila y temerosa.
50. Soy muy variable y cambio de opiniones y sentimientos continuamente.
51. Me pongo muy nervioso cuando pienso en los acontecimientos del día.
52. Beber alcohol nunca me ha causado verdaderos problemas en mi trabajo.
53. Últimamente me siento sin fuerzas, incluso por la mañana.
54. Hace algunos años que he comenzado a sentirme un fracasado.
55. No soporto a las personas "sabihondas", que lo saben todo y piensan que pueden hacer cualquier cosa mejor que yo.
56. He tenido siempre miedo a perder el afecto de las personas que más necesito.
57. Parece que me aparto de mis objetivos dejando que otros me adelanten.
58. Últimamente he comenzado a sentir deseos de tirar y romper cosas.
59. Recientemente he pensado muy en serio en quitarme de en medio.
60. Siempre estoy buscando hacer nuevos amigos y conocer gente nueva.
61. Controlo muy bien mi dinero para estar preparado en caso de necesidad.
62. El año pasado aparecí en la portada de varias revistas.
63. Le gusto a muy poca gente.
64. Si alguien me criticase por cometer un error, rápidamente le reprocharía sus propios errores.
65. Algunas personas dicen que disfruto sufriendo.
66. Muchas veces expreso mi rabia y mal humor, y luego me siento terriblemente culpable por ello.
67. Últimamente me siento nervioso y bajo una terrible tensión sin saber por qué.
68. Muy a menudo pierdo mi capacidad para percibir sensaciones en partes de mi cuerpo.
69. Creo que hay personas que utilizan la telepatía para influir en mi vida.
70. Tomar la llamadas drogas "ilegales" puede ser indeseable o nocivo, pero reconozco que en el pasado las he necesitado.
71. Me siento continuamente muy cansado.
72. No puedo dormirme, y me levanto tan cansado como al acostarme.
73. He hecho impulsivamente muchas cosas estúpidas que han llegado a causarme grandes problemas.

- 74. Nunca perdono un insulto ni olvido una situación molesta que alguien me haya provocado.
- 75. Debemos respetar a nuestros mayores y no creer que sabemos más que ellos.
- 76. Me siento muy triste y deprimido la mayor parte del tiempo.
- 77. Soy la típica persona de la que otros se aprovechan.
- 78. Siempre hago lo posible por complacer a los demás, incluso si ellos no me gustan.
- 79. Durante muchos años he pensado seriamente en suicidarme.
- 80. Me doy cuenta enseguida cuando la gente intenta crearme problemas.

**POR FAVOR, NO SE DETENGA. CONTINUE EN LA PÁGINA SIGUIENTE**

**CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE MILLON (MCMII-II)**

- 81. Siempre he tenido menos interés en el sexo que la mayoría de la gente.
- 82. No comprendo por qué, pero parece que disfruto haciendo sufrir a los que quiero.
- 83. Hace mucho tiempo decidí que lo mejor es tener poco que ver con la gente.
- 84. Estoy dispuesto a luchar hasta el final antes de que nadie obstruya mis intereses y objetivos.
- 85. Desde niño siempre he tenido que tener cuidado con la gente que intentaba engañarme.
- 86. Cuando las cosas son aburridas me gusta provocar algo interesante.
- 87. Tengo un problema con el alcohol que nos ha creado dificultades a mí y mi familia.
- 88. Si alguien necesita hacer algo que requiera mucha paciencia, debería contar conmigo.
- 89. Probablemente tengo las ideas más creativas de entre la gente que conozco.
- 90. No he visto ningún coche en los últimos diez años.
- 91. No veo nada incorrecto en utilizar a la gente para conseguir lo que quiero.
- 92. El que me castiguen nunca me ha frenado de hacer lo que he querido.
- 93. Muchas veces me siento muy alegre y animado, sin ningún motivo.
- 94. Siendo adolescente, me fugué de casa por lo menos una vez.
- 95. Muy a menudo digo cosas sin pensarlas y luego me arrepiento de haberlas dicho.
- 96. En las últimas semanas me he sentido exhausto, agotado, sin un motivo especial.
- 97. Últimamente me he sentido muy culpable porque ya no soy capaz de hacer nada bien.
- 98. Algunas ideas me dan vueltas en la cabeza una y otra vez, y no consigo olvidarlas.
- 99. En los dos últimos años me he vuelto muy desanimado y triste sobre la vida.
- 100. Mucha gente ha estado espionando mi vida privada durante años.
- 101. No sé por qué, pero a veces digo cosas crueles para hacer sufrir a los demás.
- 102. Odio o tengo miedo de la mayor parte de la gente.
- 103. Expreso mi opinión sobre las cosas sin que me importe lo que otros puedan pensar.
- 104. Cuando alguien con autoridad insiste en que haga algo, es probable que lo eluda o bien que lo haga mal.
- 105. En el pasado el hábito de abusar de las drogas me ha hecho no acudir al trabajo.
- 106. Estoy siempre dispuesto a ceder ante los otros para evitar disputas.
- 107. Con frecuencia estoy irritable y de mal humor.
- 108. Últimamente ya no tengo fuerzas para luchar ni para defenderme.
- 109. Últimamente tengo que pensar las cosas una y otra vez sin ningún motivo.



110. Muchas veces pienso que no merezco las cosas buenas que me suceden.
111. Utilizo mi atractivo para conseguir la atención de los demás.
112. Cuando estoy solo, a menudo noto la fuerte presencia de alguien cercano que no puede ser visto.
113. Me siento desorientado, sin objetivos, y no sé hacia dónde voy a ir en la vida.
114. Últimamente he sudado mucho y me he sentido muy tenso.
115. A veces siento como si necesitase hacer algo para hacerme daño a mí mismo o a otros.
116. La ley me ha castigado injustamente por delitos que nunca he cometido.
117. Me he vuelto muy sobresaltado y nervioso en las últimas semanas.
118. Sigo teniendo extraños pensamientos de los que desearía poder librarme.
119. Tengo muchas dificultades para controlar el impulso de beber en exceso.
120. Mucha gente piensa que no sirvo para nada.

**POR FAVOR, NO SE DETENGA. CONTINUE EN LA PÁGINA SIGUIENTE**

### **CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE MILLON (MCMI-II)**

121. Puedo llegar a estar muy excitado sexualmente cuando discuto o peleo con alguien a quien amo.
122. Durante años he conseguido mantener en el mínimo mi consumo de alcohol.
123. Siempre pongo a prueba a la gente para saber hasta dónde son de confianza.
124. Incluso cuando estoy despierto parece que no me doy cuenta de la gente que está cerca de mí.
125. Me resulta fácil hacer muchos amigos.
126. Me aseguro siempre de que mi trabajo esté bien planeado y organizado.
127. Con mucha frecuencia oigo cosas con tanta claridad que me molesta.
128. Mis estados de ánimo parecen cambiar de un día para otro.
129. No culpo a quien se aprovecha de alguien que se lo permite.
130. He cambiado de trabajo por lo menos más de tres veces en los últimos dos años.
131. Tengo muchas ideas muy avanzadas para los tiempos actuales.
132. Me siento muy triste y melancólico últimamente y parece que no puedo superarlo.
133. Creo que siempre es mejor buscar ayuda para lo que hago.
134. Muchas veces me enfado con la gente que hace las cosas lentamente.
135. Realmente me molesta la gente que espera que haga lo que yo no quiero hacer.
136. En estos últimos años me he sentido tan culpable que puedo hacer algo terrible contra mí.
137. Cuando estoy en una fiesta o reunión nunca me quedo al margen.
138. La gente me dice que soy una persona muy íntegra y moral.
139. Algunas veces me siento confuso y preocupado cuando la gente es amable conmigo.
140. El problema de usar drogas "ilegales" me ha causado discusiones con mi familia.
141. Me siento muy incómodo con personas del otro sexo.
142. Algunos miembros de mi familia dicen que soy egoísta y que sólo pienso en mí mismo.
143. No me importa que la gente no se interese por mí.
144. Francamente, miento con mucha frecuencia para salir de dificultades o problemas.
145. La gente puede hacerme cambiar de ideas fácilmente, incluso cuando pienso que ya había tomado una decisión.

146. Algunos han tratado de dominarme, pero he tenido fuerza de voluntad para superarlo.
147. Mis padres me decían con frecuencia que no era bueno.
148. A menudo la gente se irrita conmigo cuando les doy órdenes.
149. Tengo mucho respeto por los que tienen autoridad sobre mí.
150. No tengo casi ningún lazo íntimo con los demás.
151. En el pasado la gente decía que yo estaba muy interesado y que me apasionaba por demasiadas cosas.
152. En el último año he cruzado el Atlántico más de treinta veces.
153. Estoy de acuerdo con el refrán: "Al que madruga Dios le ayuda".
154. Me merezco el sufrimiento que he padecido a lo largo de mi vida.
155. Mis sentimientos hacia las personas importantes de mi vida, muchas veces han oscilado entre amarlas y odiarlas.
156. Mis padres nunca se ponían de acuerdo entre ellos.
157. En alguna ocasión he bebido diez copas o más sin llegar a emborracharme.
158. Cuando estoy en una reunión social, en grupo, casi siempre me siento tenso y controlado.
159. Tengo en alta estima las normas y reglas porque son una buena guía a seguir.
160. Desde que era niño he ido perdiendo contacto con la realidad.

**POR FAVOR, NO SE DETENGA. CONTINUE EN LA PÁGINA SIGUIENTE**

**CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE MILLON (MCMI-II)**

161. Rara vez me emociono mucho con algo.
162. Habitualmente he sido un andariego inquieto, vagando de un sitio a otro sin tener idea de dónde terminaría.
163. No soporto a las personas que llegan tarde a las citas.
164. Gente sin escrúpulos intenta con frecuencia aprovecharse de lo que yo he realizado o ideado.
165. Me irrita mucho que alguien me pida que haga las cosas a su modo en vez de al mío.
166. Tengo habilidad para tener éxito en casi todo lo que hago.
167. Últimamente me siento completamente destrozado.
168. A la gente que quiero, parece que la animo a que me hiera.
169. Nunca he tenido pelo, ni en mi cabeza ni en mi cuerpo.
170. Cuando estoy con otras personas me gusta ser el centro de atención.
171. Personas que en un principio he admirado grandemente, más tarde me han defraudado al conocer la realidad.
172. Soy el tipo de persona que puede abordar a cualquiera y echarle una bronca.
173. Prefiero estar con gente que me protegerá.
174. He tenido muchos períodos en mi vida que he estado tan animado y con energía que luego he estado bajo de ánimo.
175. En el pasado he tenido dificultades para abandonar el abuso de drogas y alcohol.

**FIN DE LA PRUEBA**

**COMPRUEBE QUE NO HA DEJADO SIN CONTESTAR  
ALGUNA FRASE.  
GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.**

### Anexo D. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:

<b>Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)</b>					
		En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1	Torpe o entumecido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Acalorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Con temblor en las piernas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Incapaz de relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Con temor a que ocurra lo peor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Mareado, o que se le va la cabeza.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Inestable.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Atemorizado o asustado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Nervioso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
11	Con sensación de bloqueo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Con temblores en las manos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	Inquieto, inseguro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	Con miedo a perder el control.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	Con sensación de ahogo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	Con temor a morir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	Con miedo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	Con problemas digestivos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	Con desvanecimientos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20	Con rubor facial.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
21	Con sudores, frios o calientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Anexo E. Cuestionario de Depresión de Beck

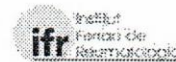


### CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (Beck Depression Inventory)

Nombre.....Fecha.....

*Elija de cada uno de estos 21 planteamientos, el que mejor refleje su opinión.*

1.
  - a. No me siento triste.
  - b. Me siento triste.
  - c. Me siento siempre triste y no puedo salir de mi tristeza.
  - d. Estoy tan triste y infeliz que no puedo soportarlo.
2.
  - a. No me siento especialmente desanimado ante el futuro.
  - b. Me siento desanimado con respecto al futuro.
  - c. Siento que no tengo nada que esperar.
  - d. Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar.
3.
  - a. No creo que sea un fracaso.
  - b. Creo que he fracasado más que cualquier persona normal.
  - c. Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos.
  - d. Creo que soy un fracaso absoluto como persona.
4.
  - a. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes.
  - b. No disfruto de las cosas de la manera en que solía hacerlo.
  - c. Ya no tengo verdadera satisfacción de nada.
  - d. Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
5.
  - a. No me siento especialmente culpable.
  - b. No me siento culpable una buena parte del tiempo.
  - c. Me siento culpable casi siempre.
  - d. Me siento culpable siempre.
6.
  - a. No creo que este siendo castigado.
  - b. Creo que puedo ser castigado.
  - c. Espero ser castigado.
  - d. Creo que estoy siendo castigado.
7.
  - a. No me siento decepcionado de mi mismo.
  - b. Me he decepcionado a mi mismo.
  - c. Estoy disgustado conmigo mismo.
  - d. Me odio.
8.
  - a. No creo ser peor que los demás.
  - b. Me critico por mis debilidades o errores.
  - c. Me culpo siempre por mis errores.
  - d. Me culpo de todo lo malo que sucede.



9. a. No pienso en matarme.  
b. Pienso en matarme, pero no lo haría.  
c. Me gustaría matarme.  
d. Me mataría si tuviera la oportunidad.
10. a. No lloro más de lo de costumbre.  
b. Ahora lloro más de lo que lo solía hacer.  
c. Ahora lloro todo el tiempo.  
d. Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera.
11. a. Las cosas no me irritan más que de costumbre.  
b. Las cosas me irritan más que de costumbre.  
c. Estoy bastante irritado o enfadado una buena parte del tiempo.  
d. Ahora me siento irritado todo el tiempo.
12. a. No he perdido el interés por otras cosas.  
b. Estoy menos interesado en otras personas que de costumbre.  
c. He perdido casi todo el interés por otras personas.  
d. He perdido todo mi interés por otras personas.
13. a. Tomo decisiones casi siempre.  
b. Postergo la adopción de decisiones más que de costumbre.  
c. Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes.  
d. Ya no puedo tomar decisiones.
14. a. No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.  
b. Me preocupa el hecho de parecer viejo sin atractivos.  
c. Tengo que obligarme seriamente con mi aspecto, y parezco poco atractivo.  
d. Creo que me veo feo.
15. a. Puedo trabajar tan bien como antes.  
b. Me cuesta más esfuerzo empezar a hacer algo.  
c. Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa.  
d. No puedo trabajar en absoluto.
16. a. Puedo dormir tan bien como antes.  
b. No puedo dormir tan bien como solía.  
c. Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormir.  
d. Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormir.
17. a. No me canso más que de costumbre.  
b. Me canso más fácilmente que de costumbre.  
c. Me canso sin hacer nada.  
d. Estoy demasiado cansado como para hacer algo.



18. a. Mi apetito no es peor que de costumbre.  
b. Mi apetito no es tan bueno como solía ser.  
c. Mi apetito esta mucho peor ahora.  
d. Ya no tengo apetito.
19. a. No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, ultimamente.  
b. He rebajado más de dos kilos y medio.  
c. He rebajado más de cinco kilos.  
d. He rebajado más de siete kilos y medio.
20. a. No me preocupo por mi salud más que de costumbre.  
b. Estoy preocupado por problemás físicos como, por ejemplo, dolores, molestias estomacales o estreñimiento.  
c. Estoy preocupado por mis problemás físico y me resulta difícil pensar en otra cosa.  
d. Estoy tan preocupado por mis problemás físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.
21. a. No he notado cambio alguno reciente en mi interes por el sexo.  
b. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estar.  
c. Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.  
d. He perdido por completo el interes en el sexo.

***Muchas gracias.***

### Anexo F. Desarrollo del Plan de Intervención.

**Consultante:** F.H.D Mujer, 36 años, Auxiliar de monta llantas.

Motivo de consulta	Número de sesión	Objetivo terapéutico	Técnica utilizada	Actividades desarrolladas en la sesión	Resultados	Observaciones
Consultante “Tengo miedo a estar sola y a los lugares cerrados”	1	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Establecer una relación de confianza y alianza terapéutica.</li> <li>2. Dar a conocer a la consultante el objetivo de esta primera sesión, en qué consiste el proceso terapéutico y cuales son reglas para avanzar a nivel terapéutico.</li> <li>2. Diligenciar la Historia Clínica y el Consentimiento Informado de la consultante.</li> <li>3. Recibir los documentos requeridos para acceder al servicio de consulta psicológica.</li> </ol>	Técnica de Entrevista estructurada.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se dio la bienvenida, se estableció un orden del día, se explicó en qué consiste el proceso terapéutico, la importancia de desarrollar tareas por parte de la consultante.</li> <li>2. Se dio a conocer y se firmó el consentimiento informado.</li> <li>3. Se diligencio la historia clínica de la consultante y se conocieron sus expectativas frente al</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se establece una alianza terapéutica que permite fácilmente la exploración del caso consultado.</li> <li>2. Se logra recabar información importante acerca del cuadro clínico de la consultante con seguimiento psiquiátrico.</li> <li>3. Se obtiene la expectativa de la consultante frente al</li> </ol>	

		<p>4. Normalizar las dificultades e infundir esperanza.</p>		<p>proceso. 4. Se identificó en un primer el miedo a quedarse sola, encerrada en una habitación, en su apartamento, en el baño o dentro de un carro, ya que los síntomas que se presentan a nivel conductual son de sudoración de manos, pies, se le duerme la lengua en ciertos momentos, evitación, impulso de votarse a los carros y hacerlo, parálisis por minutos de sus cuerpo al sentir pánico, temblor en el cuerpo y ansiedad. Con pensamientos de</p>	<p>proceso terapéutico: superar los miedos a quedarse sola y en lugares encerrados, a cruzar la calle con flujo vehicular y no sentir que la van a atropellar.</p>	
--	--	---	--	---	--	--



				<p>colgarse de una viga, de un palo, cortarse con un cuchillo, cortar a su esposo estando dormido, tomarse un veneno y obsesionarse por los problemas que se le presentan. A nivel de emociones: mareos, sensación de morir, taquicardia, sensación de calor en el cuerpo y deseos de golpear a otros con quienes habla.</p> <p>5. Los síntomas se presentan desde hace cuatro años cuando fue diagnosticada por psiquiatría con trastorno</p>	
--	--	--	--	--	--

				afectivo bipolar, episodio mixto presente. 6. Se indaga por último la incapacidad que le genera su situación frente a lo cual manifiesta no sentirse libre, no poder realizar actividades sola, no poder estudiar y no poder trabajar como independiente.		
<b>Consultante</b> “Tengo miedo a estar sola y a los lugares cerrados”	<b>2</b>	1. Evaluar la Personalidad por medio del Cuestionario de Millón. 2. Evaluar la Ansiedad y depresión de acuerdo con los cuestionarios de Beck.	1. Técnica de Evaluación Diagnostica.	1. Se dio a conocer a la consultante la importancia de aplicar los tres instrumentos de evaluación psicológica y el objetivo de cada uno.	1. La actitud de apertura, colaboración, atención sostenida y seguimiento de instrucciones para el desarrollo y	

				2. Se dio la instrucción frente a cada instrumento de evaluación y se realizaron las aclaraciones correspondientes en el desarrollo de cada prueba.	culminación de cada prueba.	
<b>Consultante</b> “Tengo miedo a estar sola y a los lugares cerrados”	<b>3y 4</b> <b>( Se realizaron dos sesiones consecutivas junto con su esposo)</b>	1. Recabar mayor información para el análisis funcional. 2. Retroalimentar frente a los resultados obtenidos en las tres pruebas psicológicas. 3. Psicoeducar frente al trastorno identificado.	Técnica de entrevista semiestructurada  Técnica de Información y Psicoeducación.  Técnica de retroalimentación	1. la primera actividad fue dar la bienvenida a la consultante con su esposo, explicando a esta persona el rol tan importante que jugara dentro del proceso psicoterapéutico de apoyo para ayudar en el	Las sesiones permitieron observar el interés de los dos por el proceso. Se da continuidad al análisis funcional, en el cual se identifica nuevamente que como antecedentes psiquiátricos la	

				<p>proceso de recuperación de su esposa.</p> <p>2. Se dieron a conocer los resultados del diagnóstico identificado de Trastorno de depresivo persistente distimia, el cual se explica en términos sencillos a partir de la sintomatología verbalizada por la consultante que se corrobora con los resultados de depresión y ansiedad severos.</p> <p>3. Se recaba información complementaria para el análisis funcional, en el</p>	<p>consultante fue diagnosticada por Psiquiatría con un trastorno afectivo bipolar hace 4 años con psicofármacos que toma actualmente, carbonato de litio 300 mg, Alprazolam de 0.25 mg y Clozapina de 25 mg. Medicamentos que consume en la actualidad. De igual forma se indaga acerca de la historia personal, la consultante nace e y crece en la vereda de Buenavista del municipio del Carmen</p>	
--	--	--	--	--	---	--

				<p>cual amplia información acerca de la historia personal, evaluación sincrónica y contexto, en los cuales el esposo aporta información de su conducta quien manifiesta que la esposa ha disminuido el interés por el área sexual, es rígida en el hogar, poco interesada por las labores del hogar, no le acompaña en actividades sociales y debe restringirse por quedarse a su lado por su enfermedad y que se siente ahogado.</p>	<p>de Chucuri, donde vivió con sus progenitores y fue desplazada en tres ocasiones, 8, 12 y 15 años de edad. Recibió maltratos físicos y psicológicos con frecuencia en la niñez y adolescencia situación que le motiva el independizarse de sus progenitores sin su consentimiento. De igual forma se indaga acerca de la situación problema como el miedo a quedarse sola, a cruzar la calle para</p>	
--	--	--	--	---	---	--

					<p>desarrollar sus actividades de manera independiente, lo cual le ha generado dependencia con su cónyuge, avanzar en sus estudios y realizar un trabajo sin la compañía de su cónyuge, pues esta situación le genera temor que a su vez esta situación le cause problemas de pareja. El análisis funcional permite igualmente identificar evaluación sincrónica, diacrónica, los dominios de la consultante junto a los</p>	
--	--	--	--	--	--	--

					<p>contextos como factores de influencia. Análisis que se profundiza en el cuadro correspondiente. De acuerdo con la sintomatología presentada por la consultante, se observa que reporta un estado deprimido la mayor parte del día, más días que los que está ausente, con insomnio, fatiga, baja autoestima, sentimientos de desesperanza, durante 4 años que le han</p>
--	--	--	--	--	---

					<p>causado deterioro en lo social y en lo laboral. Sin manifestar episodios maníacos, ni depresivos mayores. Lo anterior permite analizar que la impresión diagnóstica está dada por un trastorno depresivo persistente distimia que por un trastorno bipolar. Esta información que se corrobora con los resultados de las pruebas clínicas y con la información suministrada por el cónyuge que se les da</p>	
--	--	--	--	--	--	--



					<p>a conocer. Entonces, se efectúa una psicoeducación de la enfermedad explicando en que consiste el trastorno depresivo persistente distimia. Momento en el que se infunde esperanza a través de la comprensión de las conductas las cuales pueden ser modificadas o disminuidas en la medida que se trabaje con consultante, cónyuge y terapeuta. La pareja de la consultante, verbaliza</p>
--	--	--	--	--	--

					<p>todo aquello que le incomoda de su esposa, como la dependencia que le impide realizar deporte, visitar amigos o realizar actividades de tipo social las cuales ella evita. La fatiga con la cual está la mayor parte del tiempo todos los días. El descuido con las labores del hogar y la obsesión cuando las cosas no se hacen como ella quiere como por ejemplo que él no puede darse el gusto</p>	
--	--	--	--	--	--	--

					de comprar algo que necesita o desea a nivel personal ya que ella le dice con frecuencia que no deben gastar dinero ya que las compras no son importantes sino ahorrar.	
<b>Consultante</b> “Tengo miedo a estar sola y a los lugares cerrados”	<b>5</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Indagar acerca de cómo ha transcurrido el tiempo desde la anterior sesión.</li> <li>2. Presentar los problemas identificados en consulta para trabajar.</li> <li>3. Entrenar acerca de las técnicas de relajación progresiva</li> </ol>	<p>Técnica de relajación progresiva de Jacobson.</p> <p>Técnica de respiración Diafrágica.</p> <p>Análisis funcional</p>	<p>1. Se dio la bienvenida y se indagó acerca de cómo estuvo sus semanas desde la anterior sesión psicológica frente a lo cual la consultante verbaliza que estuvo estresada en ciertos</p>	<p>La consultante estuvo en actitud de interés y atención durante toda la sesión.</p> <p>El entrenamiento de las dos técnicas de relajación y respiración con consultante y cónyuge.</p>	

		de Jacobson y entrenamiento en respiración. 4. Concluir el análisis funcional.	Psicoeducación.	momentos debido a dos sucesos: uno que un cliente insulto y amenazo a sus esposo delante de ella y la otra que el esposo dejo las llaves de su apartamento colgadas en la puerta lo cual le genero gran preocupación que le pueden sacar duplicado a las llaves y los roben. 2. Se presentaron los problemas identificados en la consultante para continuar el trabajo: - Dificultad para respirar, asfixia. -Miedo a quedarse sola, -Estrés, -Miedo a pasar	La consultante verbaliza un poco de resistencia a los ejercicios terapéuticos, pero finalmente comprende a través de una explicación por parte de la terapeuta, la importancia de realizar los ejercicios de respiración y de relajación como técnicas que favorecerán el autocontrol, el manejo de la ansiedad y el estrés, en su condición clínica.	
--	--	---	-----------------	---	---	--

				<p>la calle con flujo vehicular y que la atropellen,-Déficit en habilidades sociales. Frente a lo cual la consultante considera que todos son igualmente importantes para ella, para efectos del trabajo secuencial.</p> <p>3. En la segunda parte se invita al esposo a que ingrese a la sesión y se les explica las dos técnicas de relajación y respiración diafragmática, el objetivo y se entrena a los dos para que la practiquen en casa y de</p>	<p>Así mismo, la reflexión por parte de la consultante y esposo de la misma frente a la importancia de identificar situaciones que le permitirán a la consultante a nivel individual y de pareja descansar por un día a la semana como una forma de auto refuerzo positivo y por tanto para favorecer el tratamiento psicológico.</p> <p>Se realizó el análisis funcional de la situación clínica de la consultante con el</p>	
--	--	--	--	--	--	--

				manera particular la consultante.	apoyo de su cónyuge, en el cual se identifica nuevamente que presenta hace 4 años un diagnóstico trastorno afectivo bipolar por psiquiatría en Isnor para lo cual toma Carbonato de litio 300 mg, Alprazolam de 0.25 mg y Clozapina de 25 mg.	
<b>Consultante</b> “Tengo miedo a estar sola y a los lugares cerrados”	<b>6 y 7</b>	1. Indagar acerca de cómo ha se ha sentido la consultante desde la anterior sesión.	1. Dialogo Socrático	1. Se dio la bienvenida a la consultante y al esposo quienes ingresan	La consultante verbaliza que es muy importante que ella	

	<p><b>Se desarrollaron dos sesiones consecutivas.</b></p>	<p>2. Revisar tarea de relajación y respiración.</p> <p>3. Realizar relajación inducida.</p> <p>4. Explicar ejercicio como tarea de diario de pensamientos que generan depresión.</p>	<p>2. Técnica de respiración Diafragmática.</p> <p>3. Técnica de auto registro de pensamientos disfuncionales.</p>	<p>juntos a consulta por solicitud de la terapeuta. Se indaga como ha transcurrido la semana frente a lo cual la consultante manifiesta que ha estado con síntomas de sensación de morir, de escalofrío en la frente y manos y que prefiere acostarse hasta que los síntomas pasan.</p> <p>2. Se revisan las tareas de relajación progresiva y respiración, frente a lo cual manifiesta que no se siente cómoda realizando la de relajación progresiva ya</p>	<p>ponga de su parte para realizar las tareas de consulta y seguir adelante en su proceso de recuperación, ya se observa una resistencia al proceso psicoterapéutico.</p> <p>El esposo reconoce que no es fácil en ocasiones la ayuda a su esposa, por el cansancio generado por el trabajo nocturno pero que lo intentará.</p> <p>Se disminuyeron los síntomas de sensación de morir y ansiedad con los cuales la consultante llegó a la</p>	
--	---	---	--	---	---	--

				<p>que le dan mareos y que prefiere la de respiración diafragmática pero que no ha hecho la tarea porque siente desaliento y se indaga al esposo en el apoyo brindado y manifiesta que llegan a dormir y salen en la noche a trabajar, se les explica a los dos la importancia de realizar estos ejercicios para disminuir los síntomas de depresión y ansiedad, se citan ejemplos de superación de avances de los síntomas desde la práctica de los mismos y se explica nuevamente</p>	<p>sesión psicológica, por medio de los ejercicios de relajación.</p>	
--	--	--	--	---	---	--



				<p>al esposo la importancia de apoyar a su esposa y que ella tome conciencia de su tratamiento.</p> <p>3. Se continua las sesiones solo con la consultante a quien se entrena nuevamente con la técnica seleccionada por ella: respiración diafragmática y luego se realiza una relajación inducida.</p> <p>4. Se explica y se deja la tarea de diligenciar diario de pensamientos que generan depresión, con fecha, situación, emociones,</p>	
--	--	--	--	--	--

				pensamientos, respuesta racional y resultados		
<b>Consultante</b> “Tengo miedo a estar sola y a los lugares cerrados”	<b>8 y 9</b>	<p>1. Establecer un orden de la sesión.</p> <p>2. Indagar acerca de cómo se ha sentido desde la sesión anterior.</p> <p>3. Revisar tarea del diario de pensamientos que generan depresión.</p> <p>4. Promover la toma de conciencia de cómo los pensamientos disfuncionales impiden su funcionalidad como persona</p>	<p>Técnica de reestructuración cognitiva.</p> <p>Técnica de parafraseo</p>	<p>1. Se establece el orden de la sesión.</p> <p>2. La consultante verbaliza que ha avanzado en la disminución de los síntomas, es decir: ya ha logrado quedarse sola en el trabajo y su apartamento por periodos de una hora, sin angustia, taquicardia, depresión. Por otra parte, ha cruzado la calle con flujo vehicular rápido y ahora espera, con disminución de la</p>	<p>La consultante reconoce la disminución de los síntomas de taquicardia, estrés, depresión y tensión nerviosa, a partir de la práctica frecuente de la técnica de respiración diafragmática. Logra estar sola una hora dentro de su trabajo y en su apartamento.</p> <p>Toma conciencia de lo improductivo y disfuncional de sus</p>	

				<p>taquicardia y pensamientos autocontrol. Manifiesta negativos y la que contrarresta los importancia de pensamientos y reevaluarlos y sentimientos negativos cambiarlos por positivos y además, positivos. Identifica ha sido de gran ayuda la que no cuenta con práctica constante de la validez lógica, sus técnica de respiración pensamientos diafragmática. La disfuncionales los consultante solicita cuales le han impedido nuevamente la seguir adelante, explicación de la técnica cumplir sus propósitos de relajación progresiva y ser independiente. ya que siente Se invita a la confundirse, para lo cual consultante a no se sugiere remitirse a la descalificarse ante los fotocopia entregada con errores fracasos e los pasos de dicha intentar desarrollar técnica y se explica actividades que le</p>
--	--	--	--	--

				<p>nuevamente, subrayando y escribiendo que dominante significa derecho y no dominante izquierdo y se hace un repaso nuevamente de la misma, ya que verbaliza su deseo de aplicarla.</p> <p>3. Se revisa la tarea de la técnica de diario de pensamientos disfuncionales en la cual se alcanza a discutir dos pensamientos disfuncionales identificados, a partir de situación que los genera, sentimientos, respuesta racional y resultados,</p>	<p>faciliten un entrenamiento social. Actitud de motivación y deseo de continuar avanzando con las técnicas prescritas fuera de consulta para continuar con resultados favorables a su salud mental.</p>	
--	--	--	--	---	--	--

				<p>así: Maximización y catastrofización, el primero, es que se va a morir con su esposo por estar a punto de estrellarse y que el carro se va a destruir, se identifican sentimientos de taquicardia, tensión nerviosa y sudoración. El segundo pensamiento disfuncional se da a partir que al dejar un extraño un bolso grande en el monta llantas donde la consultante trabaja ella piensa que dicho bolso contiene una bomba y que el lugar,</p>	
--	--	--	--	---	--

				<p>ella, su esposo y demás personas van a estallar.</p> <p>Lo anterior, se analiza desde la situación que genera los pensamientos disfuncionales, los sentimientos producidos, la respuesta racional y los resultados lo cual se discute su validez, la probabilidad que ocurra y las ventajas de permitir dichos pensamientos con sus consecuencias.</p> <p>Se solicita a la consultante continuar con dicho registro hasta diciembre 31 ya que se retomará la consulta en</p>	
--	--	--	--	---	--

				<p>el mes de febrero de 2018. Además se deja de tarea el ejercicio de trabajando con las actividades diarias, fijándose cosas positivas que ella realiza, estableciendo recompensas mentales y en la vida real, aumento de actividades agradables y manejo del tiempo libre, se explica al detalle con guía.</p>		
<p><b>Consultante</b> “Tengo miedo a estar sola y a los lugares cerrados”</p>	<p><b>10</b></p>	<p>1. Establecer un orden de la sesión. 2. Indagar acerca de cómo se ha sentido desde la sesión anterior.</p>	<p>Técnica de reestructuración cognitiva</p>	<p>1. Se da la bienvenida a la consultante y establece el orden de la sesión.</p>	<p>La consultante reconoce la disminución de los síntomas y verbaliza que hermana y esposo</p>	

		<p>3. Revisar tarea del diario de pensamientos automáticos.</p>	<p>Técnica de apelar a consecuencias negativas</p> <p>Técnica de descubrimientos guiados.</p>	<p>2. Se indaga acerca de las conductas y sentimientos durante el lapso de tiempo que no hubo servicio de consulta psicológica. Frente a este aspecto la consultante reporta sentirse mejor en la disminución de los síntomas de sudoración de manos y pies, en el deseo de tirarse por el balcón de su apartamento, en deseos de tirar objetos, ha desaparecido el pensamiento de colgarse de una viga en su apartamento o de un</p>	<p>le han indicado los cambios conductuales observados.</p> <p>Reconoce la importancia de contrarrestar los pensamientos negativos y se realiza un análisis de evaluación lógica frente a los pensamientos disfuncionales, relacionados con la sintomatología de ansiedad, depresión y estrés y que en la medida que realiza detección de pensamientos</p>	
--	--	---	---	---	--	--



				<p>árbol, así como la idea de tomarse un veneno; así mismo, ya se puede quedar sola dentro de su vehículo con las ventanas arriba y puede caminar ciertos trayectos sola, es decir, algunas cuabras por los alrededores del barrio donde reside, sin la compañía de su esposo.</p> <p>3. Se revisó la tarea de los pensamientos disfuncionales, frente a lo cual se observó la dificultad que la consultante presentó para desarrollar el cuadro de pensamientos</p>	<p>negativos, que le generan los anteriores síntomas, le permite que pueda ser más adaptativa de acuerdo con propósitos personales, familiares, sociales y laborales.</p> <p>Reconoce que otros de sus logros ha sido caminar sola por los alrededores del sector donde reside, ya que ahora presenta mayor autoconfianza y amor propio. Así mismo, disfruta ahora saludar y dialogar con las personas con las que</p>	
--	--	--	--	--	--	--

				<p>disfuncionales, el cual se realizó en consulta.</p> <p>Identificación de pensamientos automáticos que se registraron en el cuadro de auto registros: Yo no sirvo para nada, me voy a cortar con un culillo y no voy a hacer capaz de este trastorno clínico, frente a las cuales la consultante identificó las situaciones y emociones que acompañan dichos pensamientos, de tal forma que responda por</p>	<p>se encuentra en su caminatas.</p> <p>Por otra parte, se identifican durante el proceso psicoterapéutico algunos pensamientos disfuncionales, se citan ejemplos frente a situaciones y emociones generadas por dichos pensamientos irracionales.</p>	
--	--	--	--	--	--	--

				<p>escrito respuestas racionales.</p> <p>Por otra parte manifestó no haber desarrollado la tarea de actividades diarias del manual de depresión, debido a que no le había quedado claro, se procedió a explicarlo nuevamente para traerlo para la próxima sesión.</p>		
<p><b>Consultante</b> “Tengo miedo a estar sola y a los lugares cerrados”</p>	<p><b>11 y 12</b></p>	<p>1. Establecer un orden de la sesión.</p> <p>2. Indagar acerca del estado de ánimo y conductas presentadas con relación a sus problemáticas desde la sesión anterior.</p>	<p>1.Técnica de Análisis y evaluación lógica</p> <p>2.Técnica contradicción con el valor apreciado</p>	<p>1. Se da la bienvenida a la consultante y establece el orden de la sesión.</p> <p>2. Se indaga acerca del estado emocional la</p>	<p>Se da la bienvenida a la consultante después de más de 20 días de ausentarse del proceso psicoterapéutico, una vez se logra su</p>	

		<p>3. Realizar el autoregistro de pensamientos automáticos y reestructurar cognitivamente los pensamientos disfuncionales identificados.</p> <p>5. Disminución de las reacciones que generan malestar emocional, causado por las ideas irracionales.</p> <p>6. Exposición imaginaria a situación de cruzar la calle por temor a ser atropellada, lo cual le genera ansiedad, estrés y que le limita en su vida diaria.</p>	<p>3.Técnica de reestructuración cognitiva</p> <p>4.Técnica de exposición por imaginiería</p> <p>5. Terapia Racional Emotiva</p>	<p>de consultante desde la anterior sesión y se anima a continuar con el proceso desde los avances encontrados.</p> <p>3. Se realiza el registro de pensamientos automáticos y se realiza la reestructuración cognitiva de correspondiente.</p> <p>4. Incorporar actividades de bienestar psicológico.</p> <p>5. Desarrollo de la técnica de la exposición por imaginiería.</p>	<p>ubicación en su lugar de residencia.</p> <p>La consultante expresa que ha pasado por momentos difíciles que ha enfrentado de manera asertiva pero que le han implicado dedicación en tiempo como ha sido el delicado estado de salud de su madre y experimentar un robo de objetos personales, incluidos material de trabajo de consulta. Frente a lo cual refiere sorprenderse del sí mismo con habilidades de</p>	
--	--	--	--	---	--	--

						<p>afrontamiento y solución de problemas, disminución de sintomatología, como subir bajar escalera sola, trasladarse en ascensor, quedarse en las noches con su progenitora en estado de inconsciente, toma de decisiones frente a estados de salud de su progenitora, conciliar con personas que le causaron el robo. Se destacan los recursos internos que han facilitado sus respuestas adaptativas:</p>
--	--	--	--	--	--	---

					<p>resolución de problemas, manejo de la ansiedad, manejo del estrés, habilidades sociales y autoconfianza. Se invita ahora la consultante a imaginar la situación que le genera mayor malestar psicológico como es cruzar una calle sola, de tal forma que se induce y recrea dentro del consultorio dicha situación: con los sonidos de los carros, la rapidez con la cual pasan los vehículos, la ansiedad y</p>	
--	--	--	--	--	---	--

					<p>pensamientos automáticos de incapacidad para avanzar, para lo cual la consultante desarrolla el ejercicio con confianza y tranquilidad.</p> <p>Se da continuidad al proceso con el desarrollo del formato registro de pensamientos, frente al cual la consultante identifica 6 pensamientos irracionales más frecuentes son: sobre generalización, negativismo y</p>	
--	--	--	--	--	---	--

					<p>razonamiento emocional. Se logró discutir con la consultante las evidencias empíricas de los pensamientos identificados, las respuestas racionales, las consecuencias, la forma como está pensando, como le ayudan estos pensamientos para el logro de objetivos, frente a lo cual la consultante toma conciencia que estos pensamientos son irreales y que de hecho han disminuido en</p>	
--	--	--	--	--	---	--



					<p>intensidad y que ella se siente capaz de dominarlos contrarrestándolos con respuestas adaptativas. Se realiza un cierre de las dos sesiones y se deja la tarea de identificar actividades que le generan bienestar psicológico y satisfacción personal para desarrollar semanalmente entre 3 a 4 actividades, con el propósito de aumentar y experimentar situaciones placenteras que refuercen su</p>	
--	--	--	--	--	---	--

					<p>autoestima y disminuyan estados de tristeza y desesperanza. A partir de la incorporación de actividades que le generan bienestar psicológico como cocer, jugar, arreglar su apartamento con más frecuencia, jugar fútbol con el grupo de señoras de la iglesia a la cual pertenece, disfrutar de paseos en el río, como situaciones que le dan mayor sentido a su vida. Para lo cual queda el compromiso</p>	
--	--	--	--	--	---	--

					de realizar con regularidad.	
<b>Consultante</b> “Tengo miedo a estar sola y a los lugares cerrados”	<b>13</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Establecer un orden de la sesión.</li> <li>2. Invitar al esposo al proceso psicoterapéutico con el fin de revisar avances, dificultades en la consultante, así como trabajar la importancia de continuar ejerciendo un rol de apoyo en el proceso terapéutico.</li> <li>3. Desarrollar la técnica de la exposición en vivo en presencia de la terapeuta, con el fin de enfrentar el miedo a cruzar la calle y disminuir la sintomatología que le impide ser independiente para desplazarse en su vida cotidiana.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Técnica de Psi coeducación.</li> <li>2. Técnica de retroalimentación.</li> <li>3. Técnica de exposición en vivo.</li> <li>4. Técnica de animar</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bienvenida a la consultante, a su esposo al proceso psicoterapéutico y se establece el orden de la sesión.</li> <li>2. Indagación al cónyuge de la consultante acerca de ¿Cómo ve a su esposa respecto a los síntomas por los que inicialmente consulto? ¿Qué piensa usted que ha sucedido? Con el fin de revisar avances y dificultades del proceso. Así mismo,</li> </ol>	<p>Bienvenida a la consultante y al cónyuge. A quienes se les explica cómo se desarrollará la sesión en dos partes fundamentales la primera con los dos esposos, para indagar ciertos aspectos y explicar acerca de la agorafobia y la segunda que se con la exposición en vivo es decir salir a la calle para cruzarla en varios puntos.</p>	

				<p>de reforzar su rol de co-terapeuta en actividades que generan satisfacción y bienestar psicológico para desarrollar cada semana y de apoyar en exposición en vivo frente a temores tales como: cruzar la calle, subirse a un ascensor y viajar.</p> <p>3. Explicación y desarrollo de la técnica de exposición en vivo desde la Kra. 19 con Calle 9 hasta la Kra. 19 con Calle 15. Retroalimentación frente al desarrollo de la técnica.</p>	<p>El cónyuge expresa que se ha sorprendido con los avances que su esposa ha tenido ya que ya no lo demanda para salir y cumplir con sus responsabilidades o requerimientos personales ya que ha desarrollado diferentes actividades sola y ha enfrentado situaciones de conflicto como ha sido la enfermedad de su progenitora en la cual evidencio capacidad de resolución y gestión. Verbaliza no haber observado los</p>	
--	--	--	--	---	--	--

					<p>síntomas de miedo, ansiedad, preocupación excesiva, ni tristeza, por el contrario capacidad de respuesta. Situación que le genera satisfacción ya que él puede realizar otras actividades en solitario al igual que la consultante. Así mismo, considera que el proceso terapéutico le ha servido de manera significativa ya que logró liderar el acompañamiento de enfermedad de su</p>	
--	--	--	--	--	---	--

					<p>progenitora, por medio de la solución de problemas, con médicos, enfermeras, familia. Situación que se convirtió en un reto. En este sentido se explica que ya se dio inicio desde la sesión anterior a las estrategias para disminuir y superar de manera paulatina uno de los mayores temores de la consultante que le ha impedido ser funcional y adaptativa en su vida cotidiana, como es cruzar la</p>	
--	--	--	--	--	--	--

					<p>calle, dentro de lo que significa la agorafobia como el miedo a los lugares públicos cuando la consultante está sola. Se anima al cónyuge y la consultante a desarrollar actividades que generan placer y bienestar psicológico para efectuar cada semana y apoyarla con la exposición en vivo para que de manera solitaria la efectúe, incrementando las actividades de manera gradual.</p>	
--	--	--	--	--	---	--

					<p>Se invita a la consultante a desarrollar la exposición en vivo con la terapeuta, para lo cual se explica a la consultante que se expondrá a un contexto del entorno generador de ansiedad, con la situación real de cruzar unas calles, como técnica de exposición en vivo. Se inicia con avanza y cruzar 6 calles de una sola vía por el barrio Comuneros, frente al ejercicio se indaga cómo se siente y</p>	
--	--	--	--	--	---	--



					<p>manifiesta cierto grado de ansiedad controlable, antes de llegar se le prepara para cruzar la carrera 15 con calle 9 , se suscitan pensamientos automáticos “no voy a ser capaz de cruzar la calle” se anima a generar un pensamiento Racional “ningún carro me va a atropellar porque voy a esperar mi turno para pasar”, se efectúa la respiración diafragmática y verbalizaciones positivas como estoy</p>
--	--	--	--	--	--

					<p>tranquila, todo está bien y yo puedo cruzar la calle. Con lo anterior, se procede a cruzar la Kra. 15, ida y regreso, en 6 ocasiones junto a la terapeuta, en tres ocasiones se requirió esperar en el separador en medio de la carrera lo cual generó palidez en el rostro y tensión, pero las verbalizaciones y pensamiento positivos permitieron la disminución de los síntomas. Al terminar esta tercera fase la</p>	
--	--	--	--	--	---	--

					<p>consultante logro pasar la Kra. 15 en 6 oportunidades, deteniéndose con tranquilidad cada vez que le correspondía esperar y pasar la vía sin contratiempos. Se observa más tranquila y segura de efectuar la acción Momentos. La consultante manifestó sentirse satisfecha frente al desarrollo del ejercicio y sus propios resultados, que manifiesta le sorprendieron y que se ha vuelto más independiente. Para lo</p>	
--	--	--	--	--	--	--

					cual se le felicita y refuerza la conducta a nivel verbal.	
<b>Consultante</b> “Tengo miedo a estar sola y a los lugares cerrados”	<b>14</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Establecer un orden de la sesión.</li> <li>2. Continuar con la identificación de evolución del paciente.</li> <li>3. Evaluar las modificaciones de conducta reportadas de acuerdo con la funcionalidad de la consultante.</li> <li>4. Evaluar la ansiedad, depresión y factores clínicos relacionados con el trastorno mental depresivo persistente-distimia de la consultante.</li> <li>5. Prevención de recaídas.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Entrevista clínica semiestructurada.</li> <li>2. Revisión de tareas.</li> <li>3. Aplicación del Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II.</li> <li>4. Aplicación del Inventario de Ansiedad y Depresión de Beck.</li> <li>5. Prevención de recaídas.</li> </ol>	<p>-Revisión de evolución de la consultante a partir de la motivación del esposo por ingresar al espacio terapéutico.</p> <p>- Revisión de la tarea para consulta, es decir, identificación de actividades que generan bienestar psicológico, recomendando 3 actividades durante la semana.</p> <p>-Evaluación pos test por medio de los instrumentos de</p>	<p>A la sesión se presenta la consultante junto con su esposo, quien acude a consulta por iniciativa propia en la primera parte, ya que desea verbalizar los avances de su esposa con un lenguaje analógico, de alegría y emoción positiva al progreso conductual dentro y fuera del hogar, es decir: que su estado de ánimo es eutímico, ausencia de</p>	

		<p>6. Retroalimentar y concluir el cierre del proceso.</p>		<p>Inventario clínico Multiaxial de Millon-II, el cuestionario de Depresión e inventario de Ansiedad de Beck. -Iniciación de prevención de recaídas, facilitando la identificación de actividades anteriores y actuales que pueden ser antecedentes de un episodio depresivo.</p>	<p>discusiones, mayor dialogo para generar acuerdos en pareja, actitud positiva, alegre y de disposición frente a las necesidades de su esposo y de la familia de origen. Con disminución considerable de tristeza, depresión y ansiedad frente a lo que antes le impedía ser funcional, independiente del esposo para realizar actividades en solitario y de manera autónoma. Verbaliza que camina y cruza las</p>	
--	--	--	--	---	---	--

					<p>calles solas ya que anteriormente prefería no salir, con conductas de evitación las cuales implicaba que el esposo estuviera permanentemente a su lado. Por otra parte, verbaliza que la consultante ahora se motiva por realizar actividades del hogar que anteriormente le generaban baja motivación y evitación. Sin embargo, reporta que ha sido un poco resistente para efectuar las tareas que</p>	
--	--	--	--	--	---	--

					<p>se dejan para la casa, como por ejemplo la anterior, de identificar actividades que generan bienestar psicológico y realizar 3 actividades semanales, frente a lo cual la consultante expresa que ahora debe cuidar a progenitora que reside en otro barrio de la ciudad, debe salir a gestionar medicamentos, citas médicas y de igual forma, cuidar a su conyugue quien ha estado también con</p>
--	--	--	--	--	--

					<p>quebrantado de salud, situaciones que le han implicado concentrarse en cada uno de ellos. Se felicita a la consultante por su capacidad de respuesta y resolución frente a problemáticas que han implicado autocontrol, manejo de la ansiedad, depresión y detección de pensamientos negativos por positivos los cuales han disminuido de manera significativa pero se analiza nuevamente la</p>	
--	--	--	--	--	---	--



					<p>importancia de efectuar las tareas que se prescriben como desarrollo y afianzamiento en habilidades de afrentamiento y fortalecimiento del sí mismo frente a la depresión.</p> <p>El conyugue se retira de la consulta para permitir la aplicación de los tres instrumentos clínicos, ya mencionados, como post-test, los cuales fueron aplicados al inicio de las sesiones.</p>	
--	--	--	--	--	---	--

					<p>Una vez finalizada la aplicación de las pruebas se inicia la prevención de recaídas, en la cual la consultante identifica que una situación problema que está viviendo es la enfermedad de su progenitora de la cual se ha hecho cargo por iniciativa propia pese a tener otras hermanas que podrán hacerse cargo de la situación. En otras circunstancias, la consultante se hubiese presentado estrés,</p>	
--	--	--	--	--	---	--

					<p>depresión y no hubiese logrado afrontar sola. Ha decidido frente a propuesta del médico aprender a aplicar inyecciones para aplicarle insulina durante cuatro veces al día a su progenitora y se siente satisfecha por dicho logro. Por otra parte, verbaliza que los lugares que podrían generar recaídas son cruzar las calles solas y quedarse sola en su apartamento, pero que ha experimentado por los aprendizajes</p>	
--	--	--	--	--	---	--

					<p>adquiridos en consulta, le han permitido que la disminución de los síntomas especialmente de ansiedad, tensión nerviosa y sentimientos de minusvalía, radica en el autocontrol y manejo de emociones y pensamientos negativos que ha estado reemplazando por los pensamientos positivos, como por ejemplo, al cruzar la calle piensa que la va atropellar un carro,</p>	
--	--	--	--	--	--	--

					que no va a ser capaz de avanzar, se sube un poco la presión arterial, frente a lo cual se dice a sí misma, ya hice el ejercicio en varias ocasiones con la psicoterapeuta, lo logre, nada me va a suceder, voy a pasar tranquila la calle y continuaré con mi recorrido, lo cual logra con éxito.	
<b>Consultante</b> “Tengo miedo a estar sola y a los lugares cerrados”	<b>15</b>	1. Retroalimentar a la consultante acerca de los cambios obtenidos durante todo el proceso.	Técnica de Dialogo socrático Técnica de retroalimentación	1. Análisis y reflexión de los resultados obtenidos en la aplicación de pruebas psicométricas, de	A sesión acude la consultante con el esposo y se da inicio al proceso psicoterapéutico, a	

		<p>2. Reforzar positivamente los cambios a nivel emocional, conductual y cognitivo.</p> <p>3. Prevenir recaídas.</p> <p>4. Realizar Cierre del proceso psicoterapéutico.</p>	<p>del proceso psicoterapéutico</p> <p>Modelamiento</p> <p>Prevención de recaídas</p>	<p>manera comparativa pre test pos test.</p> <p>2. Identificación de lugares, personas o situaciones problema que han provocado en el pasado recaídas. Así como reconocimiento de señales de alerta tempranas u otras situaciones de alto riesgo: pensamientos, emociones y/o acciones, que pueden ser el comienzo de una recaída.</p> <p>3. Involucrar al conyugue como otro significativo en el apoyo en prevención de</p>	<p>quien se le dan a conocer los resultados arrojados por las tres pruebas psicotécnicas aplicadas en la sesión anterior, en las que se encontró que hubo una importante disminución en la Neurosis depresiva-distimia, caracterizada por el desánimo con el cual la consultante llevo inicialmente al proceso terapéutico junto a una disminución significativa en sentimientos de baja autoestima e ideas</p>	
--	--	--	---	--	---	--

				<p>posibles recaídas y disminución de probabilidades con técnicas de orientación y modelamiento.</p> <p>Análisis y reforzamiento positivo de los aprendizajes adquiridos por la consultante como estrategias de afrontamiento en posibles recaídas.</p> <p>4. Cierre del proceso Psicoterapéutico.</p>	<p>suicidas. Así como también, los síntomas de la ansiedad indican una importante disminución, lo cual se corrobora con el pos test del inventario de ansiedad de Beck, el cual arrojo Ansiedad muy baja, mientras que en el pre test al inicio del proceso, la ansiedad marco severa. De igual manera, sucede con los síntomas de depresión que disminuyeron en la prueba Clínica de personalidad y de</p>	
--	--	--	--	--	---	--

					<p>igual manera, en el cuestionario de depresión de Beck, que indico sin depresión, mientras que en el pre test la depresión había marcado severa. Por otra parte, el inventario clínico Multiaxial evidencia, una escala de evitación a través de la desconfianza, temor para estar sola, ser independiente y desplazarse de manera adaptativa, la cual disminuyo en comparación con los</p>	
--	--	--	--	--	---	--



					<p>resultados iniciales en el mismo inventario. Teniendo en cuenta entonces, que los anteriores síntomas le generaban a la consultante, un importante malestar en su vida personal, familiar y social, que su vez le impedían ser independiente.</p> <p>Empoderarse de sus responsabilidades, ser independiente, ahora indican, una nueva capacidad de adaptación al sí mismo y al entorno. Frente a lo cual el conyugue</p>	
--	--	--	--	--	--	--

					<p>coincide que la consultante se encuentra desarrollando por iniciativa propia, actividades en solitario, con toma de decisiones y habilidades sociales básicas que le han permitido logros como ir y venir de su apartamento a la casa de su progenitora, gestionar citas médicas y solicitar medicamentos para la misma, atravesar calles sola, subir ascensores, aprender a</p>
--	--	--	--	--	---

					<p>aplicar inyecciones para la aplicación tres veces al día de insulina a su progenitora, relacionarse más fácilmente con las personas, compartir espacios sociales con quienes hacen parte de su iglesia cristiana, como jugar fútbol femenino, asistir a ciertas reuniones así como también, quedarse por un poco más de tiempo sola en su apartamento. Se observa más tranquila, segura de sí misma y</p>	
--	--	--	--	--	--	--

					<p>con una mejor relación de pareja.</p> <p>Por otra parte se realiza una retroalimentación de los temas y estrategias empleadas, es decir: Psicoeducación con el esposo, Entrenamiento en respiración y relajación, autoregistro de pensamientos disfuncionales, con reestructuración cognitiva, terapia racional emotiva. Conductual, exposición por imaginación y en vivo.</p>	
--	--	--	--	--	---	--

					<p>En este aspecto se reflexiona que la consultante tuvo dificultad para desarrollar algunas tareas para la casa, frente a lo cual verbaliza que con lo que se trabajaba en consulta se sentía muy bien y que el tiempo en ocasiones no se lo permitía, se reflexiona nuevamente la importancia de efectuarlas como son las identificar las actividades que generan bienestar Psicológico y</p>	
--	--	--	--	--	---	--

					<p>manifiesta su deseo de trabajar con mascotas, realizar labores en casa y su deseo de estudiar. Frente a estos aspectos se le anima desde sus capacidades a fijarlo como propósitos y llevarlo a cabo. Frente a lo que el conyugue la apoya.</p> <p>Se indaga acerca de las situaciones que le generaron recaídas en el pasado, indicando que a travesar las calles sola, quedarse en el apartamento sola, la difícil situación económica por la cual</p>	
--	--	--	--	--	---	--

					<p>vivió y que incluso manifiesta que hoy día la vive pero ya no experimenta lo mismo, pues tiene confianza en Dios y ve lo positivo de las circunstancias. Así mismo, tuvo recaídas al pensar y ver a la mujer con quien su expareja le fue infiel. Lo anterior le causaba ataques severos en sus síntomas de ansiedad, depresión, tensión nerviosa, insomnio y pensamientos disfuncionales. El déficit que tuvo en</p>	
--	--	--	--	--	--	--

					<p>dichas recaídas era obsesionarse con lo negativo, ideas suicidas y de atentar contra otra persona, Los logros reflexionar y cambiar algunos pensamientos negativos por positivos, frente a lo cual manifiesta que en consulta fue aprender hacerlo mejor. Se identificaron entonces, las señales de alerta tempranas que podrían ser el comienzo de una recaída, a futuro y logra identificar sudoración entre los</p>	
--	--	--	--	--	---	--



					<p>dedos de manos y pies, frente a lo cual se trae a consulta algunas de las técnicas aprendidas especialmente la de relajación diafragmática con la que se identificó más la consultante, se hace nuevamente el ejercicio, las verbalizaciones positivas frente a pensamientos de minusvalía, detección de pensamientos negativos cambiándolos por actividades positivas y gratificantes, como</p>	
--	--	--	--	--	---	--

					<p>estrategias de actuación. Se explica que lo más rápido que ella pueda actuar sobre señales de alerta tempranas es más probable que pueda evitar a futuro recaídas. Así como la exposición en vivo a lo que le ha generado temor. Se explica además, que es necesario, entonces, fomentar una actitud de autocuidado identificando señales de alarma a través de situaciones estresantes que son situaciones de</p>	
--	--	--	--	--	---	--

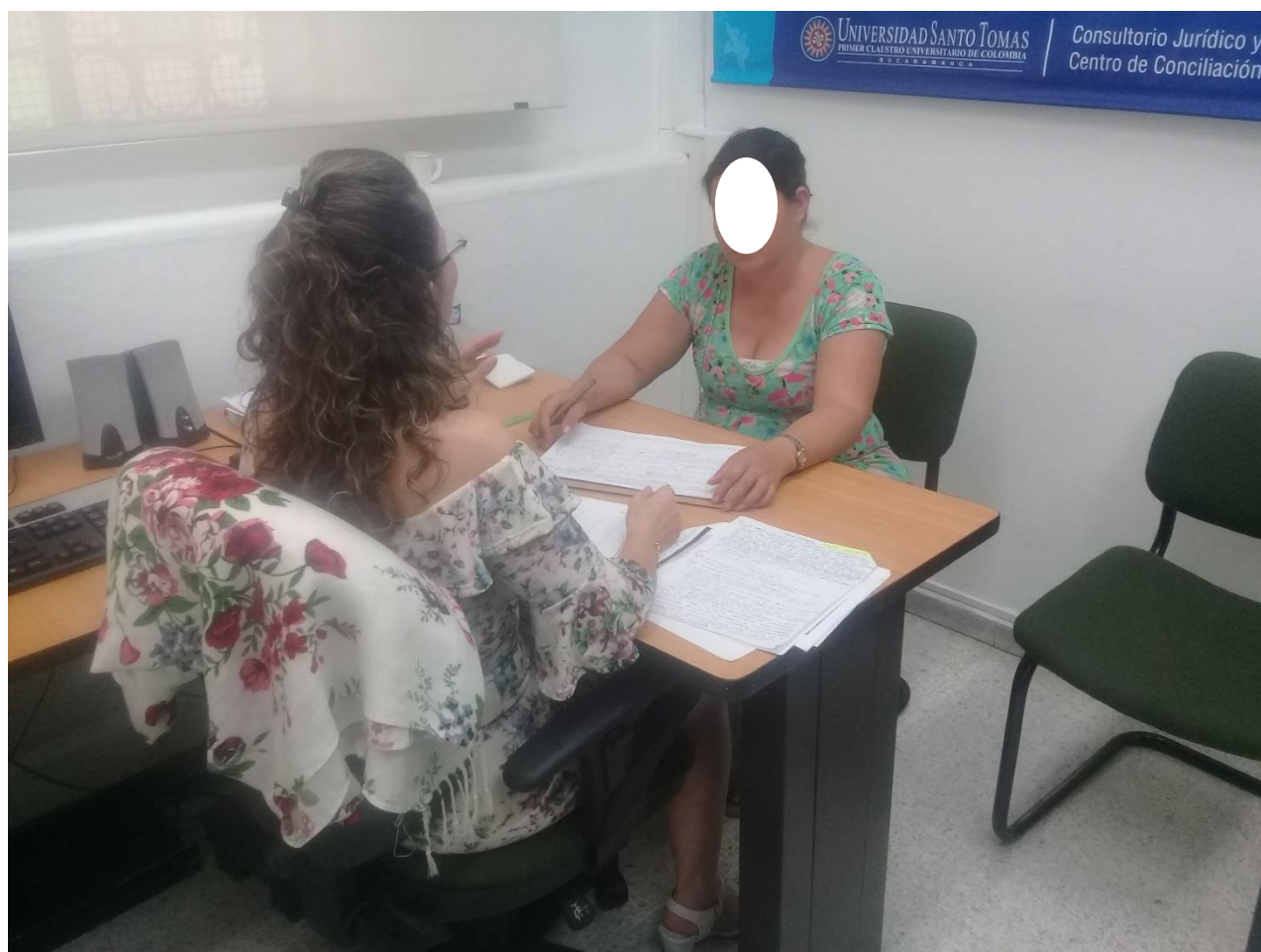
					<p>riesgo que implican movilizar cambios en los hábitos de conducta,</p> <p>pensamiento para la adaptación a las nuevas situaciones.</p> <p>Se compromete entonces a aplicar lo aprendido y el conyugue a apoyarla animándola con refuerzos positivos a nivel verbal y material.</p> <p>La consultante verbaliza finalizar tranquila, sana, feliz, más sociable, con capacidad de afrontar</p>	
--	--	--	--	--	--	--

					<p>mejor sus síntomas y que ahora ve luz en sus días cuando antes eran oscuros.</p> <p>El conyugue da las gracias por los cambios positivos conductuales que ahora ve en su esposa.</p> <p>Se despide la psicoterapeuta felicitándolos por los logros obtenidos y que en tres meses se efectuará un seguimiento.</p>	
--	--	--	--	--	--	--



Anexo H. Ejercicios de Exposición en Vivo.



**Anexo I. Sesión de Evaluación.**

### Anexo J. Proceso del Tratamiento Implementado según Etapa y Número de Sesión.

<b>Etapa</b>	<b>No. de sesión</b>	<b>Procedimientos realizados</b>
<b>Primera etapa: Evaluación y diagnóstico</b>	1 - 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consentimiento informado.</li> <li>• Entrevista con consultante y cónyuge.</li> <li>• Indagación de historia clínica.</li> <li>• Análisis funcional.</li> <li>• Devolución de la problemática.</li> <li>• Psicoeducación</li> </ul>
	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicación de los instrumentos:               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inventario clínico Multiaxial de Millon II.</li> <li>▪ Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).</li> <li>▪ Cuestionario de Depresión de Beck</li> </ul> </li> <li>• Devolución de la problemática.</li> </ul>
<b>Segunda etapa: Intervención</b>	5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Devolución de resultados.</li> <li>• Comunicación del diagnóstico.</li> <li>• Intervención mediante técnicas de información.</li> <li>• Ejercicios de respiración y de relajación.</li> </ul>
	6-7	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicación de Autorregistros.</li> </ul>
	8-9	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reestructuración cognitiva.</li> </ul>
	10	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reestructuración cognitiva.</li> </ul>
	11- 12	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Técnicas de Exposición por imaginiería</li> </ul>
	13	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Técnica de Exposición en Vivo.</li> </ul>
<b>Tercera etapa: Evaluación post y cierre</b>	14	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación post:               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Evaluación clínica mediante entrevistas semiestructurada con consultante y conyugue.</li> <li>▪ Inventario clínico Multiaxial de Millon II.</li> <li>▪ Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).</li> <li>▪ Cuestionario de Depresión de Beck</li> <li>▪ Prevención de recaídas.</li> </ul> </li> </ul>
	15	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Devolución de resultados de la evaluación post con consultante y cónyuge.</li> <li>• Prevención de recaídas.</li> <li>• Generación de compromisos.</li> <li>• Retroalimentación y cierre.</li> </ul>