

**Intervención cognitivo conductual para un caso clínico de depresión mayor, episodio recurrente, especificador grave, con características atípicas**

**Tania Karina Goyeneche González**

**Monografía como requisito para optar el título de Especialista en Psicología Clínica**

**Asesora**

**Claudia Liliana Rico Gómez**

**Universidad Pontificia Bolivariana – Seccional Bucaramanga**

**Escuela de Ciencias Sociales**

**Especialización en Psicología Clínica**

**Bucaramanga**

**2018**

**Nota de Aceptación**

---

---

---

---

---

---

---

Firma del presidente del jurado

---

Firma del jurado

---

Firma del jurado

Bucaramanga, 2018

**Dedicatoria**

Este trabajo va dedicado a mi madre quien con su amor y apoyo incondicional me fortalece para continuar en este camino llamado vida, así mismo, a mis hermanos que son mi motor para permanecer firme ante cualquier adversidad y al recuerdo de mi padre a quien jamás olvido y me sigue enseñando a vivir sin él desde el cielo.

### **Agradecimientos**

A Dios por brindarme la posibilidad de pertenecer a este viaje lleno de aprendizaje y por concederme las mil y un oportunidades a nivel personal y profesional.

Al Instituto de Familia y Vida y quienes conforman la parte administrativa por la colaboración en la práctica de especialización en Psicología Clínica.

A la Dra. Claudia Liliana Rico Gómez como asesora de la Universidad Pontificia Bolivariana por su apoyo y constancia en el proceso de enseñanza, seguimiento, orientación y asesoramiento profesional.

A los consultantes por preferir el bienestar de su salud mental y a los cuidadores por velar la integridad de los mismos.

**Tabla de Contenido**

Introducción.....	12
Objetivos.....	23
Objetivo General .....	23
Objetivos Específicos .....	23
Método .....	24
Participante.....	24
<i>Análisis funcional</i> .....	24
Descripción del Motivo de Consulta.....	24
Descripción del problema.....	25
Antecedentes Personales. ....	25
Evaluación Sincrónica.....	26
Evaluación Diacrónica .....	26
Dominios .....	27
Contextos.....	27
Formulación de hipótesis.....	27
Análisis explicativo.....	28
Identificación de la conducta.....	28
Descripción del Área Familiar .....	28
Descripción del Área Laboral.....	29
Instrumentos.....	29
Entrevista abierta. ....	29
Historia clínica.....	30
Consentimiento informado. ....	30
Inventario de Depresión de Beck (BDI-II).....	31
Escala de estrategias de Coping-Modificada (EEC-M). ....	31
Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo (STAXI-2). ....	32

---

Procedimiento .....	33
Fase de Evaluación.....	33
Impresión Diagnóstica .....	37
Fase de Intervención. ....	38
Fase de Cierre y Seguimiento.....	38
Resultados.....	39
Discusión .....	44
Conclusiones.....	47
Recomendaciones .....	49
Referencias Bibliográficas.....	50
Apéndices .....	56

**Lista de Figuras**

	<b>Pág.</b>
<i>Figura 1.</i> Genograma de la Paciente "AA" .....	29

**Lista de Tablas**

	<b>Pág.</b>
Tabla 1. <i>Resultados del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)</i> .....	34
Tabla 2. <i>Resultados de Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M)</i> .....	35
Tabla 3. <i>Resultados post-intervención del BDI-II</i> .....	42
Tabla 4. <i>Resultados del STAXI 2</i> .....	43

**Lista de Apéndices**

	<b>Pág.</b>
Apéndice A. Historia clínica.....	56
Apéndice B. Consentimiento Informado.....	65
Apéndice C. Inventario de Depresión de Beck (BDI-II).....	68
Apéndice D. Escala de Estrategias de Coping-Modificada (EEC-M).....	75
Apéndice E. El Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo STAXI-2.....	78
Apéndice F. Plan de Intervención.....	80
Apéndice G. Registro de pensamientos distorsionados.....	107
Apéndice H. Acta de remisión.....	108
Apéndice I. Cierre de caso.....	110

**RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO**

**TITULO:** INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL PARA UN CASO CLÍNICO DE DEPRESIÓN MAYOR, EPISODIO RECURRENTE, ESPECIFICADOR GRAVE CON CARACTERÍSTICAS ATÍPICAS.

**AUTOR(ES):** TANIA KARINA GOYENECHÉ GONZÁLEZ

**PROGRAMA:** Esp. en Psicología Clínica

**DIRECTOR(A):** CLAUDIA LILIANA RICO GOMEZ

**RESUMEN**

Esta monografía describe el proceso de intervención psicológica en una consultante de 39 años con trastorno de depresión mayor, desde el enfoque cognitivo conductual, mediante el análisis de estudio de caso clínico, no experimental, de tipo transversal y descriptivo, se administró el Inventario de depresión de Beck; los resultados evidenciaron la presencia de sintomatología de depresión con clasificación grave, así mismo, se aplicó prueba denominada Escala de estrategias de Coping - modificada (EEC-M), para identificar la manera de afrontar los problemas o situaciones estresantes y como resultado se obtuvo que el mecanismo de defensa más usado era la agresión y el negativismo, por último se empleó la prueba denominada Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo (STAXI 2) en el que presentó una puntuación alta en E. EXT., que significa como la expresión de actos físicos tales como ataques a otras personas o arrojar objetos, o de forma verbal mediante críticas, sarcasmos, insultos, amenazas o el uso de blasfemias. Ahora bien, en el factor de IEI, se vio reflejado una puntuación alta, esto quiere decir, que la señora AA experimenta intensos sentimientos de ira que puede ser suprimidos o expresados en conductas agresivas. Finalmente se observó que el proceso de intervención permitió disminuir los pensamientos de minusvalía, soledad, dependencia y así mismo las conductas impulsivas.

**PALABRAS CLAVE:**

Psicología clínica, Depresión mayor, modelo cognitivo conductual.

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

**GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE**

**TITLE:** COGNITIVE BEHAVIORAL INTERVENTION FOR A CLINICAL CASE OF MAJOR DEPRESSION, RECURRING EPISODE, SERIOUS SPECIFIER WITH ATYPICAL CHARACTERISTICS.

**AUTHOR(S):** TANIA KARINA GOYENECHÉ GONZÁLEZ

**FACULTY:** Esp. en Psicología Clínica

**DIRECTOR:** CLAUDIA LILIANA RICO GOMEZ

**ABSTRACT**

This monograph describes the psychological intervention process in a consultant of 39 years with major depression disorder, from the cognitive behavioral approach, through the analysis of clinical case study, non-experimental, cross-sectional and descriptive, was administered the Depression Inventory of Beck; the results showed the presence of depression symptomatology with grave classification, likewise, a response test was applied to the coping strategies scale - modified (EEC-M), to identify the way to face the problems or the stressful situations as a result of the answer. The most used defense mechanism was aggression and negativism, finally, it was used, the test was included. State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI 2). of physical acts, attacks, attacks, other forms of throwing objects, or verbally through criticism, sarcasm, insults, responses or the use of blasphemies; However, in the IEI factor, it is a question of reflecting a high score, that is, that Mrs. AA experiences intense feelings of anger that can be suppressed or expressed in aggressive behaviors. Finally, it was observed that the intervention process would diminish the thoughts of disability, loneliness, dependence and also the impulsive behaviors.

**KEYWORDS:**

Clinical psychology, major depression, cognitive behavioral model

**V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK**

## Introducción

La presente monografía se basó en un estudio de caso clínico en el proceso de práctica de la especialización en psicología clínica, que se llevó a cabo en el Instituto de Familia y Vida, ubicado en la ciudad de Bucaramanga, Cra. 19 #37-67, la cual, es una IPS comprometida con el bienestar emocional y mental de las familias y sus miembros, que funciona como centro de práctica a los estudiantes de pregrado y posgrado en las carreras de psicología, comunicación social-periodismo y derecho.

En este caso, el Instituto de Familia y Vida (IFV) presta servicios de atención psicológica, terapia y orientación familiar, es una unidad académica que tiene principios cristianos, y busca el mejoramiento de calidad de vida de las familias que solicitan la ayuda en este sitio de práctica, a través de trabajos investigativos con profesionales de diferentes áreas, identificando así, las condiciones personales, culturales, sociales y económicas de las familias, de esta manera, generar planes de acción que permitan disminuir aquello que hace impacto negativo en el contexto del desarrollo familiar.

A nivel general, el instituto tiene servicios en consulta psicológica, educación y docencia, observatorio de familia, producción digital y medios, espacios de referencia comunitaria y consultorio jurídico.

En consulta psicológica, funciona como institución prestadora de servicios de salud (IPS), que ofrece servicios de atención psicológica a nivel individual, de pareja y de familia, además de esto, promueve programas de desarrollo y educación familiar.

Al ser un centro de proyección social está abierto a la comunidad en general, llega a tender población en cada uno de los estadios del ciclo vital, y favorece a las personas de estratos bajos, así mismo, atiende de manera igualitaria las necesidades de la comunidad, con base en el respeto, construir relaciones de confianza, prestando de manera oportuna los servicios, formando lazos de coacción y compromiso.

De acuerdo con lo anterior, se dio cumplimiento al proceso de práctica para optar al título de especialista en psicología clínica en el Instituto de Familia y Vida, allí durante el desarrollo de la práctica se trabajó con una población de 14 pacientes entre edades de siete años a cincuenta años; abarcando ciertas etapas del ciclo vital, donde se seleccionó una persona, el cual fue diagnosticado con trastorno de depresión mayor con episodio recurrente, para el estudio del caso clínico y el diseño de la monografía bajo los parámetros del marco jurídico de la ley 1090 de 2006, por la cual se reglamente el ejercicio de la profesión de la psicología.

Teniendo en cuenta la población atendida en el lugar de práctica, es importante resaltar los elementos del ciclo vital, según Rice (1997), los divide en aspectos cronológicos: periodo prenatal, de la concepción al nacimiento; infancia, los dos primeros años; niñez temprana, de los tres a los cinco años; niñez intermedia, de los seis a los once años; desarrollo adolescente, abarca las edades entre los doce a los diecinueve años; juventud, los veinte y los treinta; edad madura, abarca los cuarenta y los cincuenta; por último está la vejez, de sesenta años en adelante.

Por otra parte, es importante resaltar las bases teóricas de la psicología clínica, junto al modelo, evaluación, intervención, las sesiones realizadas y argumentación del trastorno de depresión mayor, episodio recurrente, moderado-severo, con características atípicas en el caso clínico presente. Inicialmente, se describió la teoría Goldemberg (1973) Citado por Díaz y Núñez (2010), quienes mencionan que la psicología clínica investiga y aplica principios de la psicología a las situaciones únicas y exclusivas del paciente, con el fin de disminuir sus tensiones y orientar de una manera funcional, eficaz, desde la evaluación, intervención, las sesiones psicológicas y el seguimientos a partir del enfoque cognitivo conductual en psicología clínica.

De igual manera, Korchin (1976) citado por Díaz y Núñez (2010), refiere que la psicología clínica se preocupa por entender y mejorar la conducta humana en situaciones estresoras, con el objetivo de optimizar el sistema de afrontamiento de las personas, utilizando para ello, los conocimientos y las técnicas eficaces, proponiendo así, al mismo tiempo la investigación, técnicas y aplicación de los conocimientos para lograr una mayor eficiencia en el futuro.

Por último, Labrador y Crespo (2012), mencionan que la psicología clínica se ha convertido en una alternativa terapéutica, con avances que se evidencian científicamente, algunas de ellas son, el marco en el que han surgido los tratamientos psicológicos llamados en sí “tratamientos empíricamente apoyados” caracterizados por fundamentos teóricos de la psicología; segundo, la sistematización y precisión de los procedimientos, es decir, hay una descripción minuciosa de la forma de actuar profesional; tercero, la importancia que se da a la evaluación de los resultados obtenidos; cuarto, mediante la evaluación empírica se ha progresado en un diálogo entre desarrollos de tratamientos y la validez de estos, para identificar intervenciones eficaces y efectivas; quinto, la precisión de los problemas permite desarrollos terapéuticos específicos; sexto, los diferentes avances han permitido elaborar un listado que señala qué tipo de tratamiento es adecuado aplicar a un determinado problema, el cual orienta de forma precisa su quehacer profesional.

Por otra parte, se describe la terapia cognitivo conductual (TCC), que durante las últimas tres décadas se ha convertido en una orientación psicoterapéutica con evidencia empírica y experimental, la cual aglutina un amplio contenido de técnicas, terapias y procedimientos de intervención psicológica para el tratamiento de diferentes problemas y trastornos psicológicos que afectan al individuo en su interacción con los demás, teniendo en cuenta que la terapia cognitivo-conductual (TCC) aparece a mediados de los años cincuenta del siglo pasado, iniciando con la terapia de conducta (TC), partiendo de la idea de que toda conducta es aprendida y puede modificarse a través de los principios de aprendizaje, lo que convirtió a la TC en una orientación psicoterapéutica revolucionaria con la aportación científica, la cual fue un determinante para la transformación de la TC unificada al objetivo de detección y cambios de conductas, pensamientos y respuestas emocionales desadaptadas, es decir, mediados por factores cognitivos enriqueciendo así la práctica (Ruiz, Díaz Y Villalobos, 2012).

De acuerdo a Ruiz, et al., (2012) refiere que la terapia cognitivo-conductual (TCC) se desarrolla en un ámbito de intervención en salud que trabaja con las respuestas físicas, emocionales, cognitivas y conductuales desadaptativas, considerando que el individuo tiene responsabilidad en aquellas acciones que le afectan su desempeño en su desarrollo vital y pueden ejercer control sobre ellos.

Este modelo muestra la capacidad para atender las necesidades sociales de intervención, en ámbitos como la salud, educación, área industrial y comunitaria, en la cual actúa con una capacidad de adaptación y de generación de herramientas terapéuticas que aglutina un amplio cuerpo de técnicas, terapias y procedimientos de intervención psicológica.

Puede decirse que a mediados de los años ochenta la terapia cognitiva había alcanzado el nivel de sistema de psicoterapia, mediante investigaciones sistemáticas se han explorado las dimensiones cognitivas y la relación entre la vulnerabilidad y el estrés, se ha demostrado con resultados de experiencias clínicas que es eficaz para el tratamiento de enfermedades tales como, estrés pos-traumático, el trastorno obsesivo compulsivo, las fobias de todo tipo y los trastornos de alimentación, así mismo como en patologías del trastorno bipolar afectivo, la esquizofrenia, y trastornos de depresión, trabajando con los pensamientos y el sistema de creencias de los pacientes, produciendo cambios cognitivos y consiguiendo una transformación de las emociones y comportamientos (Beck, 2008).

La TCC se divide en tres generaciones, la primera generación tuvo aportaciones de grupos en Sudafrica, Inglaterra y Estados Unidos. En 1970, inició la fase de transformación de la terapia de conducta que se caracteriza por la inclusión de aspectos cognitivos y sociales, es en este año donde comienza la segunda generación, involucrando las emociones y la memoria, manifestados por las teorías del aprendizaje social y enfoque cognitivo. Finalmente, la tercera generación busca retornar a los orígenes con los nuevos desarrollos de la psicología del aprendizaje y la psicología experimental, con el objetivo de fomentar la relación entre la investigación básica y la aplicación clínica de la primera generación (Ruiz, Díaz Y Villalobos, 2012).

Ahora bien, la evaluación, un elemento fundamental en el quehacer profesional, según Aragón (2011), afirma que la evaluación psicológica objetiva se asienta en la medición, componente esencial que permite alcanzar el estatus de ciencia, porque ha reconocido que los instrumentos de matemáticas pueden aplicarse a la ciencia psicológica, así mismo, menciona que lo que se mide en psicología es la conducta, sin embargo, como hay conductas tangibles, también está aquellas acciones intangibles, por tal razón, más que conductas, se mide atributos de la conducta, llamados “atributos psicológicos”.

Las pruebas psicológicas son una técnica entre muchas, de medición en psicología, este hace referencia a ensayar, probar o comprobar, dicho de otro modo, las pruebas psicológicas miden las diferencias individuales en cuanto a algún rasgo o atributo (Aragón, 2011).

De acuerdo a Olivares (2014), la evaluación para el diagnóstico, trata de verificar el cumplimiento de ciertos criterios que permiten negar o confirmar la existencia de un problema/trastorno psicológico, así mismo se indaga en la historia del problema/trastorno y las condiciones actuales, a nivel personal y ambiental, lo que permite pretender las relaciones entre este y las variables que sean responsables del inicio y evolución, para indagar esta información el instrumento más utilizado es la entrevista.

La entrevista se ubica en primer lugar de 32 habilidades que deben tener los profesionales de la salud mental, ahora bien, la entrevista clínica se enfatiza en preguntar y dirigir la conversación para obtener la información necesaria; los buenos entrevistadores tienen tres características: 1. Información precisa y pertinente para el diagnóstico y el manejo. 2. Realizar en el menor tiempo posible. 3. Deben ser creativos y lograr el mantenimiento de una buena relación psicoterapéutica con el paciente, a lo que se le denomina rapport (Morrison, 2015).

Llegado a este punto, Sánchez (2008), describe a los psicólogos clínicos como profesionales que manejan situaciones normales, cotidianos o extraordinarios, que de alguna manera afectan a las personas en su desarrollo y bienestar, es decir, se dirige a quien tiene problemas y trastornos, de igual forma, trabajan en la rehabilitación de las personas enfatizando al individuo dentro de su historia, contexto, tareas del desarrollo, fortalezas y vulnerabilidades y se determina que la formación del psicólogo clínico sea multidisciplinar.

Sumado a lo anterior, Morrison (2015), refiere que todos los psicólogos clínicos deben tener la capacidad de ver a los pacientes desde las perspectivas, biológica, dinámica, social y conductual, ya que, un paciente puede requerir un tratamiento por cualquiera de estas perspectivas.

Ahora bien, en la práctica clínica realizada en el Instituto de Familia y Vida, presenta un protocolo para dar inicio a la sesión terapéutica, allí exigen a los usuarios que lleven consigo fotocopia de la cédula y una fotocopia de un recibo de servicio público y en caso de que estén inscritos en el SISBEN, también solicitan una copia donde certifique dicha inscripción, seguido a esto, antes de iniciar consulta terapeuta/cliente, se da a conocer un consentimiento informado donde se autoriza el uso de los datos personales a la Universidad Pontificia Bolivariana y otro donde manifiesta el paciente ser informado sobre el tratamiento y la confidencialidad de la información que se suministre dentro de la sesión.

Siguiendo los parámetros exigidos por el código deontológico bioético del accionar del psicólogo, se presenta con anticipación el consentimiento informado, ya que, según Olivares, Macià, Olivares-Olivares y Rosa-Alcázar (2012) citado por Olivares (2014), la comunicación del profesional en psicología con el cliente/paciente o en caso de ser un menor de edad, la recepción se daría con los tutores, debe ser fluida y constante, el paciente u/o tutores han de estar informados desde la primera entrevista lo que se va a realizar, el por qué y de qué manera se va a tratar, así como los resultados obtenidos por el desarrollo de la intervención.

Por otra parte, la intervención psicológica se entiende como un conjunto de estrategias de solución de problemas que por medio de ellas se resuelven interrogantes para el buen desarrollo de la terapia (Olivares, 2014).

Según la OMS, “la depresión es un trastorno mental frecuente que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración”

De acuerdo al DSM-5 (2014), los trastornos depresivos hace referencia a la desregulación disruptiva del estado de ánimo y se categoriza por el trastorno de depresión mayor, el trastorno depresivo persistente (distimia), el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento, el trastorno depresivo debido a otra afección médica, otro trastorno depresivo especificado y otro trastorno depresivo no especificado.

Tomando en cuenta un estudio de salud mental realizado en Colombia por Ciencia explicada (2003) citado por Florido y Urrego (2007), menciona que se encontró que un 98% de los pacientes con enfermedades mentales había asistido a alguna consulta en el sector de salud con médicos generales o con psicólogos y que tan solo uno de cada diez de ellos había recibido una atención apropiada.

Dentro de estos factores, además de un adecuado apoyo médico y un manejo eficaz en la farmacología, también es importante resaltar el acompañamiento de la familia, amigos y compañeros cercanos, ya que, debido a la experiencia en psicología clínica se ha visto que la red de apoyo es vital para el buen manejo integral del trastorno y así mismo en el tratamiento y prevención de las crisis.

La depresión se ha convertido en un problema de salud pública, Ministerio de Salud y Protección Social (2017), expresa que se calcula que en el mundo hay 350 millones de personas que están afectadas por la depresión y se estima que el grupo de edad más afectado son las personas que están entre las edades de los 15 a los 29 años.

“El Sistema Integral de Información de la Protección Social (2017) reporta que las atenciones por depresión se han incrementado desde el año 2009, así mismo, se obtuvo que la mayor proporción de personas recepcionadas por depresión moderada o severa corresponde a mujeres. En el 2015, el 70,4% de las personas recibidas con diagnóstico de depresión moderada (CIE10:F321) fue de mujeres, mientras que el 29,6% fue de hombres.” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017, p. 3)

Con base a lo mencionado, es fundamental la intervención en los trastornos depresivos, como seguimiento a seguir para reducir su prevalencia, afectación y morbilidad entre la población, teniendo en cuenta la clasificación de los mismos; en este caso, trastorno de depresión mayor, el cual consiste en cumplir con cinco o más de los criterios por un periodo de dos semanas. De acuerdo con el Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos Mentales (2014), el trastorno debe cumplir con al menos cinco o más de los siguientes nueve síntomas, uno de los cuales necesita ser uno de los primeros dos: estado de ánimo depresivo, disminución constante de interés o placer en las actividades diarias, ganancia o pérdida significativa de peso, insomnio o hipersomnia,

agitación o retraso psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de poca valía o culpa excesiva, dificultades para la concentración o para tomar decisiones, así como pensamientos de muerte o ideación suicida.

Ahora bien, el enfoque cognitivo conductual se observó como un procedimiento de intervención más adecuado para este trastorno, aquí se hace necesario señalar dentro del mismo el modelo de la terapia cognitiva, puesto que constituye uno de los procedimientos más fuertes, usados para intervenir este tipo de alteración anímica que se ve afectada la salud mental y la funcionalidad del individuo en su ambiente, siendo un tratamiento estructurado y breve, centrado en la problemática y direccionado en resolver las dificultades a través de la modificación de pensamientos y conductas disfuncionales (Beck, 2009).

En la línea cognitivo conductual continua siendo el enfoque cognitivo de referencia, conformado con tres modalidades: la reestructuración cognitiva, el afrontamiento de situaciones y la solución de problemas, sumado a esto, en el enfoque cognitivo se incluye una pluralidad de modelos y doctrinas que tienen en común un cierto género representacional, el cual puede estar ilustrado por esquemas mentales, creencias, estructuras cognitivas, procesamientos de información, narrativas y otros constructos que afectan de alguna forma la conducta de un individuo (Vallejo, 1998).

La terapia cognitiva, según Beck (1963) citado por Ruiz, Díaz, Y Villalobos (2012) considera que los individuos que tienen el trastorno depresivo no buscan el fracaso sino que distorsionan la realidad adoptando perspectivas negativas sobre sí mismas o su potencial para alcanzar el bienestar y además de esto, cree que la conducta se encuentra determinada por la manera como este organiza y estructura el mundo, por lo que se vale de una variedad de técnicas cognitivas y conductuales para identificar y modificar creencias erróneas, falsas y distorsionadas que son activadas por situaciones estresantes generando así distorsiones cognitivas, partiendo desde la triada cognitiva, en la cual refiere que el paciente depresivo suele conservar una visión negativa de sí mismo, de los demás y del entorno.

De acuerdo a lo anterior, los procesos cognitivos es la información que los individuos seleccionan del medio para ser atendida, codificada, almacenada y recuperada, Ruiz, Díaz, Y Villalobos, (2012) mencionan que cuando las personas se enfrentan a una situación estimular, atienden a la información de esquemas preexistentes, a lo que se le denomina procesos automáticos, por lo que hay un mal funcionamiento del procesamiento de la información debido a aquellas creencias profundas por acontecimientos que fueron importantes en la vida del individuo y que conducen a síntomas fisiológicos, emocionales o conductas disfuncionales.

En resumen, se puede decir, que los acontecimientos o experiencias traumáticas desencadenan el trastorno depresivo y como primer síntoma es la activación de esquemas negativos, relacionados con la visión de sí mismo, el mundo y el futuro, de esta manera la consecuencia resulta ser que las personas con esquemas negativos debido a su aprendizaje infantil o experiencias tempranas, serán más proclives a padecer trastornos depresivos.

Existen varias técnicas que pueden ayudar a la identificación y modificación de pensamientos tales como, la re-atribución, conceptualización alternativa o la triple columna, etiquetado de distorsiones cognitivas, descentramiento, persuasión verbal, contrastación de ideas, diálogo socrático, solución de problemas, siendo estas unas técnicas importante y eficaces para el momento de identificar patrones de pensamiento, interrumpir los mismo y provocar un nuevo tipo de procesamiento de la información, entendiendo que las cogniciones (creencias, pensamientos, expectativas, atribuciones) son la causa de los problemas emocionales y conductuales y que cada trastorno tiene su condición “cognitiva específica” (Álvarez, 2006).

Finalmente es importante mencionar algunas de las investigaciones que se han encontrado en relación a la intervención psicológica de la depresión, con el fin de conocer el tipo de tratamientos, técnicas y resultados obtenidos. En primer lugar, un artículo titulado “*Terapia cognitivo-conductual (TCC) como tratamiento para la depresión: una revisión del estado de arte*”, un estudio que explora la terapia cognitivo conductual como método para la depresión, la cual la refiere como una estrategia de excelencia de tipo no farmacológico para este tipo de trastorno, mencionando que los principales objetivos de la TCC en la depresión son los siguientes: disminuir el pensamiento disfuncional, incrementar las habilidades de autocontrol, optimizar la capacidad de resolución de problemas y mejorar las tasas de reforzamiento positivo / aumentar las habilidades

sociales e interpersonales, por otra parte, dentro de las metas adicionales se encuentra la reducción de la ideación suicida, mejorar la relación marital y disminución de recaídas; las técnicas consideradas en este estudio de investigación fueron las siguientes: el sistema de análisis cognitivo-conductual de la psicoterapia (SACCP), terapia del bienestar y la terapia cognitiva basada en la atención (TCBA) utilizando como aliados la meditación y técnicas de la TCC, por último, la terapia cognitiva de Beck incluye intervenciones orientadas conductualmente, denominada, «activación conductual» (Puerta y Padilla, 2011).

En segundo lugar se halla otra investigación denominada “*Valoración de la eficacia de una terapia grupal cognitivo-conductual en la imagen corporal, autoestima, sexualidad y malestar emocional (ansiedad y depresión) en pacientes de cáncer de mama*” este describe un estudio realizado para valorar la eficacia de un tratamiento psicológico grupal cognitivo-conductual en la triada imagen corporal, autoestima-sexualidad en el estado de ánimo y en la sintomatología ansiosa, la muestra fue conformada por 38 mujeres que estuvieron diagnosticadas con cáncer de mama, pero que en la actualidad se encontraran en un periodo libre de enfermedad, la muestra fue tomada en mujeres que acudieron a consultas de revisión al Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid entre Diciembre 2005 y Febrero 2006, estas mujeres se asignaron a aleatoriamente a un grupo experimental de tratamiento grupal y a otro sin tratamiento, se llevó a cabo una evaluación pre y postratamiento con los siguientes instrumentos Depresión (Inventario de Depresión de Beck, —BDI—), Ansiedad de Estado (Cuestionario de Ansiedad Estado -STAI-E-), Autoestima (Escala de Autoestima de Rosenberg), e imagen corporal (Escala de Imagen Corporal de Hopwood), presencia/ausencia de problemas sexuales y la satisfacción sexual (tres preguntas de respuesta cerrada). Los resultados mostraron que el tratamiento generó un cambio positivo significativo en comparación con el grupo que no obtuvo tratamiento, en la cual se demuestra la eficacia del tratamiento cognitivo-conductual en grupo para la mejora de la autoestima, la imagen corporal y la sexualidad después de haber pasado por un cáncer de mama (Narváez, Rubiños, Cortés, Gómez y García, 2008).

En tercer lugar, se describe un estudio denominado “*La depresión en atención primaria: prevalencia, diagnóstico y tratamiento*”, el cual afirma que la depresión es uno de los trastornos psicológicos más prevalentes y genera problemas de discapacidad y refiere que gran parte de las

personas acuden a los servicios de atención primaria (AP) para buscar tratamiento, de acuerdo a su revisión teórica obtuvieron que en España la prevalencia año de depresión en AP se halla en un rango entre el 9.6% y el 20.2%. Adicionalmente según el estudio, la depresión posee una alta comorbilidad y con otros problemas tanto físicos como psicológicos y el diagnóstico no muchas se da manera correcta, ahora bien, el tratamiento, se encontró que los tratamiento psicológicos junto con el tratamiento farmacológico muestra ser más efectivo, de igual forma, se observó que en la línea de tratamientos psicológicos el que ha mostrado mayor efectividad en la depresión está la terapia cognitivo conductual, la activación conductual, la terapia interpersonal o la terapia de solución de problemas (Cano, Salguero, Mae, Dongil y Latorre., 2012).

Por último, la investigación más reciente, se titula “Intervención cognitivo conductual en un caso de distimia con componentes de ansiedad de evaluación: análisis de un caso clínico”, cuyo objetivo fue la evaluación e intervención cognitivo conductual sobre las conducta problemas de una paciente con diagnóstico de depresión persistente, dando como resultados exitosos al corregir estrategias de afrontamiento desadaptativas, incrementar el control emocional, la toma de decisiones y la organización de su vida; cambios que fueron logrados con significativamente por medio de técnicas tales como: reestructuración cognitiva, psicoeducación, entrenamiento en solución de problemas y toma de decisiones (Carro y Sanz, 2015).

## Objetivos

### Objetivo General

Evaluar e intervenir desde el modelo cognitivo conductual un caso de depresión mayor, episodio recurrente, especificador moderado-severo, con características atípicas en una mujer adulta.

### Objetivos Específicos

Definir el plan de evaluación psicológica que sustente el establecimiento de una impresión diagnóstica de acuerdo a la sintomatología.

Diseñar un plan terapéutico mediante el uso de técnicas propias del enfoque cognitivo conductual acorde a las necesidades de la consultante.

Evaluar la efectividad de la intervención realizada en el caso mediante pruebas clínicas, metas propuestas y los resultados obtenidos en el proceso de intervención.

## Método

### Participante

Atendiendo a la ley 1090 de 2006, referente a la confidencialidad obtenida durante el transcurso del proceso psicológico, algunos datos de la usuaria serán modificados para proteger su privacidad, teniendo en cuenta esto, la paciente será identificada como “AA”, estudio de caso único de una consultante de 39 años, de sexo femenino, con escolaridad de cuarto primaria, separada desde el 2011 del padre de sus tres hijos, en etapa de adolescencia, el mayor de 18 años, la hija del medio con 16 años y la menor tiene 12 años, quienes viven con el padre. La consultante actualmente convive desde el año 2014 con un compañero sentimental mayor que ella, específicamente de 50 años, quien a su vez tiene cuatro hijas con su ex pareja con quien está casado por la iglesia católica, sin embargo, se encuentra separado desde el 2012. La pareja vive en el municipio de Girón. La señora “AA” acude al Instituto de Familia y Vida de manera voluntaria, en primera instancia para solicitar orientación psicológica de pareja, ya que existían dificultades en la relación, debido a esto, se hace ingreso y se inicia el proceso terapéutico de pareja, luego se recomienda al cliente llevar a cabo un proceso psicológico individual para lograr mejores resultados y de esta forma se inicia el caso clínico.

### *Análisis funcional*

#### **Descripción del Motivo de Consulta.**

La paciente refiere “Tengo problemas con mi pareja porque sé que él me oculta todo, no me dice cuando llama a las hijas, no quiere que yo sepa qué hace mientras está afuera y eso me molesta; además siento que no puedo vivir sin él, me siento sola cada vez que estoy en la casa sin mi pareja o mis hijos, peleo mucho con ellos, pero no soy capaz de contenerme. He intentado apuñalarme y a veces me provoca salir corriendo, otros días me levanto sin ganas de hacer nada, pero pienso en mis hijos y ellos me dan valor para no hacer algo malo”.

### **Descripción del problema**

La paciente manifiesta que presenta dificultades con su pareja y que se siente triste la mayor parte del tiempo, además de esto, dentro de la sesión psicoterapéutica, la señora “AA” expresa haber tenido ideación suicida, sin embargo, resalta que no lo ha hecho por sus hijos, refiere que, se siente inútil por no poder realizar las labores que antes desempeñaba, debido a que padece mucho agotamiento, y dolores musculares por las quimioterapias realizadas en el año 2016, así mismo, comenta que tiene inseguridad de sí misma y no se siente bonita, ya que fue extraída una de las glándulas mamarias por un cáncer de mama presentado el año anterior. De igual manera, la señora “AA” expone en la consulta que tiene una mala relación con una sobrina (hija de una hermana, a la cual le trabaja como niñera del hijo menor), debido a que las dos tienen un carácter fuerte y discuten por cualquier cosa.

### **Antecedentes Personales.**

La crianza de la señora “AA” fue en una familia extensa, con los abuelos maternos, padres biológicos y sus 4 hermanos, permanecía más tiempo con los abuelos maternos, ya que los padres debían trabajar; la paciente nació Vetas, Santander en 1979, realizó hasta cuarto primaria y se vio en la necesidad de trabajar a temprana edad, puesto que en su familia había pocos recursos y debía ayudar económicamente para el sustento diario. A la edad de 19 años conoció al que es el padre de sus tres hijos, con quien convivió 14 años, y se separó en el año 2014, ese mismo año decidió convivir con la que es su actual pareja. En el año 2017, la señora “AA” fue diagnosticada con cáncer de mama, le practicaron una cirugía denominada mastectomía, dos quimioterapias y veintidós radioterapias, evento que marcó significativamente la vida de la paciente, porque su funcionalidad en desempeño se vio afectada, puesto que, ahora le resulta difícil rendir en sus labores domésticas, la cual era su forma de trabajar, ya que refiere fatigabilidad y dolores musculares, así mismo, se vio afectada emocionalmente, su autoestima, confianza en sí misma y adquirió miedo al abandono y al sentir dolores o malestares físicos. Luego de este suceso, la persona empieza a experimentar sentimientos de tristeza, culpa, minusvalía y desesperanza incluso que la llevan a tener ideas suicidas.

### **Evaluación Sincrónica**

La consultante presenta problemas de inseguridad en sí misma, con su pareja e ideación suicida, así mismo, expresa sentimientos de inutilidad por no poder realizar actividades que le requieren de fuerza y resistencia, anhedonia, ya que, ahora no le agrada hacer ciertas cosas que antes sí disfrutaba, por otra parte, muestra aislamiento social y su red de apoyo se limita solo a sus hijos y hermana a la cual le trabaja, puesto que, mantiene una relación distante con sus padres debido a que viven en el pueblo.

### **Evaluación Diacrónica**

#### ***Factores de predisposición***

Escuchar una llamada telefónica en la cual el señor expresaba que le estaba girando dinero a la ex pareja, por esta razón, la señora “AA” dice no confiar en su compañero sentimental porque le oculta las cosas que él va hacer.

De igual manera, el proceso que llevó a cabo por el cáncer de mama que fue diagnosticado en el año 2016 y por el que se le intervino con una mastectomía, dos quimioterapias y veintidós radioterapias. La paciente refiere que una de sus hermanas tiene antecedentes de depresión mayor y ha estado internada en la clínica psiquiátrica ISNOR.

#### ***Factores de adquisición***

Sentimientos de tristeza, de inutilidad, inseguridad en sí misma, celos, llanto e irritabilidad.

#### ***Factores de mantenimiento***

Esquemas mentales e interpretación de creencias irracionales acerca de la relación con su pareja, reforzado por la poca atención que le brinda su compañero, ignorando los reclamos que le expresa la señora “AA”, lo cual le hace creer que no le importa la relación de los dos y que le oculta algo.

Sin embargo, la señora AA” logra obtener atención por parte de su pareja amenazando que se va hacer daño si la abandona.

### ***Factores protectores***

Durante la entrevista se evidencian factores protectores como voluntad de cambio, aceptación del problema, y el trabajo que tiene actualmente, el cual consiste en cuidar a su pequeño sobrino.

### **Dominios**

***Emocional afectivo:*** Cuando inició la entrevista, presentó episodio de llanto, pero así mismo se observó gesticulaciones y expresiones de ira, se evidencia sentimientos de tristeza e inutilidad.

***Cognoscitivo verbal:*** Se evidencia un desarrollo cognitivo y lenguaje adecuado a su edad, nivel educativo bajo, lenguaje fluido y coherente. Percepción de ideas y creencias irracionales.

***Interacción:*** La consultante presenta distanciamiento con sus padres y red social, sin embargo, refiere que le gustaría compartir más tiempo con su familia y disfrutar de lo que antes hacía como pasar más tiempo con su pareja e hijos.

***Repertorios relacionados a la salud:*** la consultante evidencia descuido en su aspecto físico, y preocupación en su estado de salud, ya que después de haber pasado por el proceso de cáncer de mama, expresa sentir miedo por recaer o reincidir en la enfermedad.

### **Contextos**

***Académico o laboral:*** La consultante cursó hasta cuarto de primaria, cuenta no haber tenido la oportunidad de terminar los estudios, y en la situación laboral, manifiesta que se siente bien trabajando como niñera de su sobrino, refiere que es su manera de distraerse.

***Familiar:*** En el hogar convive solamente con su pareja actual, ya que sus hijos viven con el padre.

***Pareja sexual:*** La señora “AA” mantiene una relación desde hace cuatro años con su pareja actual.

### **Formulación de hipótesis**

Paciente de 39 años, tiene tres hijos de una relación anterior con quien ya tiene 4 años de estar separada físicamente, pero aún sigue casada por la iglesia.

“AA” actualmente convive con un señor mayor que ella con quien sostiene una relación hace 4 años, la consultante presenta tristeza ocasionalmente, anhedonia y llanto fácil desde hace tres

años, con ideas suicidas y pensamiento rumiantes como por ejemplo “no quiero vivir más, me siento muy sola y yo sin él no puedo vivir”, se realizó una prueba denominada inventario de depresión de Beck, el cual arrojó depresión severa, teniendo en cuenta esto, es posible un 296.33 (F33.2) Trastorno de depresión mayor, episodio recurrente, especificador grave, con características atípicas .

### Análisis explicativo

**Repertorio de autocontrol:** La consultante evidencia bajo capacidad de control, interno y externo.

**Autoconocimiento:** La consultante manifiesta cierto grado de conciencia acerca de los celos hacia su pareja y de su estado emocional, por lo que se compromete con el proceso psicoterapéutico.

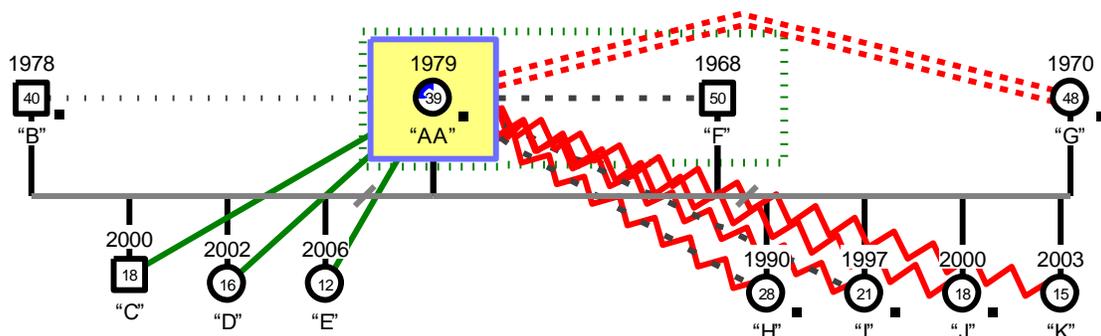
**Repertorios para cambiar el ambiente:** La consultante intenta comprender la razón de la ayuda económica que le brinda su compañero sentimental a su ex pareja, pues aún tiene una hija menor de edad por la cual responder económicamente. Así mismo, comparte más tiempo con sus hijos y se compromete a asistir a las consultas terapéuticas.

**Regulación verbal del comportamiento:** En el momento ella no maneja ninguna estrategia o mecanismo que la ayude a regular su comportamiento.

### Identificación de la conducta

Ideación suicida, sentimientos de tristeza, inutilidad, inseguridad en sí misma, baja autoestima, irritabilidad, anhedonia.

### Descripción del Área Familiar.



*Figura 1. Genograma de la Paciente “AA”*

El núcleo de la paciente está compuesto por su ex pareja de 40 años, padre de sus tres hijos, uno de 18 años, la siguiente de 16 años y la menor de 12 años, la relación que tiene con su ex pareja es lejana (indiferente/apático) y mantiene relación cercana con los hijos, especialmente con la hija menor, con quien pasa más tiempo, se evidencia confianza y comunicación abierta entre ellas; así mismo se encuentra la actual pareja de 50 años, con quien convive desde hace 4 años, la relación entre ellos actualmente es distante, esta persona a su vez tiene cuatro hijas con su esposa de quien está separado físicamente desde el año 2012, la hija mayor tiene 28 años, la siguiente tiene 21 años, la tercera tiene 18 años y la menor 15 años, la paciente sostiene una relación conflictiva con las hijas de la actual pareja y también mantiene una relación de discordia y conflictiva con la ex pareja de su actual compañero de convivencia.

### **Descripción del Área Laboral**

A nivel laboral, Aunque la persona no ha dejado de realizar sus labores, sí ha disminuido la eficacia en cuanto al desempeño, la señora “AA” presenta fatigabilidad y sentimientos de minusvalía que han afectado significativamente en el ejercicio de su labor, impidiendo desenvolverse satisfactoriamente.

### **Instrumentos**

Durante el proceso de evaluación fueron empleados instrumentos de exploración y evaluación, como el consentimiento informado, la historia clínica, entrevista abierta y pruebas psicométricas tales como: El Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), Escala de Estrategias de Coping-Modificada (EEC-M) y el Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo (STAXI 2), a continuación serán descritos brevemente.

### **Entrevista abierta.**

Para Denzin y Lincoln (2005) citado por Vargas Jiménez (2012, p. 121), la entrevista es “una conversación, es el arte de realizar preguntas y escuchar respuestas”. Así mismo, “Fontana y Frey (2005) destaca que en tiempos recientes el instrumento de entrevista ha evolucionado en dos tendencias, la primera, cuando consiguió popularidad en los casos clínicos para diagnosticar y orientar, y el segundo fue durante la primera guerra mundial donde la entrevista fue usada para pruebas de psicología con énfasis en medición” (Vargas Jiménez, 2012, p. 121). Es a través de ella que se indaga las distintas esferas biopsicosocial del individuo, con fin de obtener información necesaria para el desarrollo de la intervención psicológica, según López y Pierre (2011) consideran que la entrevista permite acceder a la parte mental de las personas, pero también accede a conocer la cotidianidad y las relaciones sociales que mantiene el ser humano, por tal razón contribuye a situar la cuantificación en un contexto social y cultural, en el cual se efectúa un acto de comunicación por la que se obtiene información de la otra persona.

### **Historia clínica.**

La historia clínica (Anexo 1), es un documento a través del cual se recoge datos relevantes y necesarios en relación al curso del problema que afecta de alguna forma al paciente, así mismo, mediante esta se registra información clínica relacionados con la situación de la persona, sus antecedentes, áreas de ajuste, proceso evolutivo, tratamiento y cambios logrados; este instrumento contiene además un conjunto de juicios, procedimientos y diagnóstico emitido por el profesional de la salud (Menéndez, 2012).

### **Consentimiento informado.**

El consentimiento informado (Anexo 2), de acuerdo al código ético del psicólogo, Colombia (2000), refiere que el paciente debe dar un consentimiento informado para la terapia a realizar, después de conocer en detalle el procedimiento de las técnicas a ejecutar y los instrumentos para la evaluación, el paciente puede dar dicho consentimiento informado. Según Cañete, Ghilhem y Brito (2000), el consentimiento informado es un instrumento de mediación entre investigador e investigado o terapeuta-paciente, en el cual permite poner en práctica los principios éticos que guían un trabajo, garantizando la autonomía, autodeterminación y el respeto a los individuos

involucrados en el proceso terapéutico o de investigación, este documento debe ser socializado en el primer encuentro a las personas que irán a hacer parte del desarrollo terapéutico o investigativo, aclarándole las fases de las que consta el proceso, sus alcances, limitaciones y el acompañamiento de un asesor académico, ya que el servicio es prestado como una práctica formativa, manteniendo la confidencialidad.

### **Inventario de Depresión de Beck (BDI-II).**

El BDI (Anexo 3) ha sido usado en muchos estudios para evaluar la respuesta al tratamiento en pacientes con depresión y para comprobar qué tratamiento es más útil, habitualmente se administra el BDI antes y después del tratamiento para verificar los resultados. El BDI es una escala heteroaplicada compuesta por 21 ítems de tipo Likert, planteado para evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva en adultos y adolescentes con una edad mínima de 13 años. En cuanto a la calificación de la prueba, cada ítem se valora de 0 a 3 puntos, luego de sumar directamente la puntuación de cada ítem, se puede obtener una puntuación total que varía de 0 a 63. Los autores originales son Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown. La adaptación en España fue por Jesús Sanz y Carmelo Vázquez en colaboración con el departamento de I+D de Pearson Clinical and Talent Assessment España: Frédérique Vallar, Elena de la Guía y Ana Hernández. La prueba presenta adecuada validez convergente por las elevadas correlaciones con las medidas de depresión del MCMI-II y del LED, en cuanto a la fiabilidad, los datos se basan en la consistencia interna cuyos coeficientes son superiores a 0.85 (Sanz, Perdígón y Vázquez, 2003). En el desarrollo de la aplicación de la prueba del BDI-II, la evaluada se observó receptiva a las instrucciones indicadas, leyó pausadamente, sin embargo, se mostró indecisa al optar por un ítem u otro, puesto que le costó un poco entender algunos planteamientos, por lo que realizó una pregunta para comprender el significado de una palabra y tuvo que volver a leer algunos ítems.

### **Escala de estrategias de Coping-Modificada (EEC-M).**

La Escala Estrategias de Coping – Modificada (EEC-M) (Anexo 4) en la versión de Chorot y Sandín en 1993, fue construida con 98 ítems, con opciones de respuesta tipo Likert, en un rango de frecuencia de 1 a 6 desde Nunca hasta Siempre, con 14 escalas, cada una evaluada a partir de

siete enunciados; después de elaborar una base de datos, se procedió a imputar los datos perdidos y los errores de digitación, teniendo la base de datos filtrada se realizaron los análisis psicométricos de confiabilidad y validez y los valores psicométricos del nuevo instrumento fue generado con 12 componentes y 69 ítems. El análisis fue mediante el programa SPSS-PC (versión 13.0). El valor Alfa de Cronbach alcanzado fue de 0,847 y la varianza total explicada fue de 58%. Los hallazgos del estudio indica que la Escala de Estrategias de Coping-Modificada (EEC-M) se adaptó favorablemente en la población adulta colombiana, aun cuando se eliminó varios ítems del cuestionario original a través de un análisis factorial; los factores indicados mediante el análisis factorial fueron: solución de problemas (SP), búsqueda de apoyo social (BAS), espera (ESP), religión (REL), evitación emocional (EE), búsqueda de apoyo profesional (BAP), reacción agresiva (RA), evitación cognitiva (EC), reevaluación positiva (RP), expresión de la dificultad de afrontamiento (EDA), negación (NEG), autonomía (AUT) (Londoño et al., 2006).

### **Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo (STAXI-2).**

STAXI-2, (Anexo 5) Uno de los primeros instrumentos de medición es el Inventario de Expresión de Ira (STAXI) estructurado por Charles Spielberger en 1979; el inventario está compuesto por 44 ítems, distribuidos en 6 escalas y 2 subescalas. Años más tarde, salió una versión experimental del STAXI, el STAXIETF; este está constituido por los 44 ítems del STAXI original y 25 ítems adicionales, que después se reducirían a 57 ítems en total, conformando así el STAXI-2 (García, A., Lara, E. y Albarracín, A., 2016). Según “Oliva, Hernández & Calleja (2010) esta versión fue tomada en cuenta para realizar la adaptación española usada en muchos países por la lealtad que mantiene con la prueba norteamericana” (García, Lara y Albarracín, 2016).

El instrumento fue diseñado con la intención de evaluar la forma de vivencia y la forma de expresión del enojo, en dos categorías, estado y rasgo y en tres direcciones proporcionadas a expresión, supresión y control de la ira, evaluadas a través de 9 escalas, que se encuentran distribuidas en tres variables: 1. Estado de ira, que abarca las tres escalas, a. Sentimiento de ira (Sent) b. Expresión verbal de la ira (Exp. V) y c. Expresión física de la ira (Exp. F). 2. Rasgo de ira, evaluado mediante dos escalas, a. Temperamento de ira (Temp) y b. Reacción de ira (Reacc), y se genera una tercera variable denominada 3. Índice de expresión de ira (IEI), que incluye cuatro

escalas, a. Expresión externa de la ira (E. Ext), b. Expresión interna de la ira (E. Int), c. Control externo de la ira (C. Ext) y d. Control interno de la ira (C. Int). Por último el inventario indicará si la expresión de la ira en el individuo evaluado responde a un estado o a un rasgo, estable en el tiempo y no como respuesta momentánea, así mismo indica por medio de IEI el nivel de expresar ira (Miguel-Tobal, Casado-Morales, Cano-Vindel y Spielberger., 2001).

En una muestra de 200 participantes entre un rango de edad de 18 y 50 años del área metropolitana de Bucaramanga, se llevó a cabo una comparación por género empleando una ANOVA de dos vías y se demostraron diferencias significativas en el STAXI-2 para las subescalas Control Externo e Interno de la Ira. El análisis de consistencia interna Alpha de Cronbach, obtuvo índices apropiados que oscilaron entre 0.67 y 0.86 para el STAXI-2, al realizar el análisis factorial exploratorio el STAXI-2 presentó una estructura de ocho factores, evidenciando una similitud con la prueba original, lo que indicó que el instrumento es confiable y válido (García, A., Lara, E. y Albarracín, A., 2016).

## **Procedimiento**

El proceso de intervención terapéutica se desarrolló en 11 sesiones, distribuidas en un lapso de 5 meses, con 2 meses de interrupción de la intervención por cierre semestral de la práctica. A continuación se presentarán cada una de las fases del proceso realizado: evaluación, intervención cierre y seguimiento.

### **Fase de Evaluación.**

En esta fase se realiza la recepción del caso, con el objetivo de identificar el motivo de consulta y las distintas problemáticas que han llevado a la paciente a buscar ayuda psicológica, de igual forma, en este primer contacto se le informa a la persona respecto a la atención que le será brindada y otros aspectos asociados, así mismo se hace entrega del consentimiento informado, regido bajo el reglamento del Instituto de Familia y Vida, seguido a esto, se inicia el proceso de exploración de sus áreas de ajuste y antecedentes por medio de la entrevista abierta y el diligenciamiento de la historia clínica, así mismo, son aplicadas las pruebas psicométricas, el BDI con el objetivo de

identificar la presencia y gravedad de sintomatología de depresión en la paciente y la EEC-M, obteniéndose los siguientes resultados:

Tabla 1.

*Resultados del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)*

Factores cognitivo- afectivo		PD	Cont.	Factores cognitivo-afectivo	PD
1	Tristeza	3	<b>13</b>	Indecisión	3
2	Pesimismo	1	<b>14</b>	Pobre imagen corporal	3
3	Sensación de fracaso	2	<b>15</b>	Enlentecimiento	1
4	Insatisfacción	1	<b>17</b>	Fatigabilidad	3
5	Culpabilidad	3		<b>Factores somáticos</b>	<b>PD</b>
6	Expectativas de castigo	3	<b>16</b>	Insomnio	1
7	Autodecepción	1	<b>18</b>	Pérdida de apetito	1
8	Autoacusación	2	<b>19</b>	Pérdida de peso	0
9	Ideas suicidas	1	<b>20</b>	Preocupaciones somáticas	2
10	Episodio de llanto	1	<b>21</b>	Bajo nivel de energía	1
11	Irritabilidad	2		<b>Puntaje Total</b>	<b>38</b>
12	Aislamiento	3		<b>Nivel de depresión</b>	<b>Depresión severa</b>

Teniendo en cuenta la necesidad de identificar la presencia y gravedad de sintomatología depresiva en la paciente, la evaluación realizada permitió conocer ciertos sentimientos, pensamientos y conductas manifestadas, al igual que la intensidad de los mismos, encontrando así, menor afectación a nivel somático, lo que expresa, que en el momento no hay pérdida de peso y en cuanto a insomnio, pérdida de apetito y nivel de energía, se muestran levemente alteradas, mientras que en el ítem de preocupación somática se obtuvo un valor considerable que afecta el bienestar de la paciente.

Del mismo modo, los resultados logran evidenciar aspectos del factor cognitivo-afectivo, asociados a tristeza, culpabilidad, expectativas de castigo, aislamiento, indecisión, pobre imagen corporal y fatigabilidad, las cuales se ven alteradas por la mayor puntuación (3). Lo que se puede decir que, la paciente se encuentra en un nivel máximo de alteración que interfiere con su funcionalidad en el entorno y consigo misma, ocasionando desesperanza respecto al futuro, los

puntajes en estos aspectos validan la presencia de bajo auto concepto, sentimientos de minusvalía, cansancio y continua autocrítica, elementos que fueron explorados durante el proceso evaluativo. En cuanto a sensación de fracaso, autoacusación e irritabilidad presentan puntuación media (2) indicando que estos elementos se encuentran presentes, pero en menor intensidad, sin embargo dan cuenta de un estado depresivo en la persona y los ítems faltantes se muestran con valor bajo (1).

Po último, a nivel general se obtiene un puntaje de (38) que sugiere la presencia de una depresión severa, no obstante se realiza impresión diagnóstica como depresión mayor moderada severa, debido a que la paciente logra ser funcional en su entorno.

Tabla 2.

*Resultados de Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M)*

<b>Factor</b>	<b>PD</b>	<b>PC</b>
<b>SP</b>	15	1
<b>BAS</b>	22	45
<b>ESP</b>	13	10
<b>REL</b>	36	95
<b>EE</b>	8	1
<b>BAP</b>	30	99
<b>RA</b>	18	85
<b>EC</b>	14	35
<b>RP</b>	5	1
<b>EDA</b>	14	40
<b>NEG</b>	6	20
<b>AUT</b>	2	1

En cuanto a los resultados cuantitativos obtenidos se observaron diferencias significativas en las estrategias de afrontamiento utilizadas por AA, arrojando una puntuación alta (estrategias que más utiliza) en *Religión* con puntuación directa de 36 y percentil de 95, en *Búsqueda de apoyo profesional* con puntuación directa de 30 y percentil de 99, así como el factor denominado

*Reacción agresiva* con puntuación de 18 y percentil de 85. En contraste, en las puntuaciones bajas (estrategias que menos se utiliza) se halló en *Solución de problemas* con puntuación directa de 15 y percentil 1; el factor *Espera* obtuvo una puntuación directa de 13 y percentil 10; en *evitación emocional* se muestra una puntuación directa de 8 con percentil 1; en *reevaluación positiva* una puntuación directa de 5 y percentil 1 y por último en el factor de *autonomía* se logró una puntuación directa de 2 con percentil 1, siendo estas las puntuaciones más bajas.

Según los resultados obtenidos mediante la aplicación de la prueba y el análisis de los datos dentro del rango de normalidad estadística, (15-80) se puede interpretar que los puntajes altos más significativos se evidenciaron en: religión, búsqueda de apoyo profesional y reacción agresiva. Siendo estas tres las estrategias más usadas por la evaluada.

De acuerdo a la situación actual de la evaluada, se puede inferir que, en cuanto al factor de *religión* definida como una estrategia cognitivo-comportamental manifestada por medio de las oraciones dirigidas a tolerar o solucionar el problema o las emociones que se generan ante la dificultad. Del mismo modo, se encontró *búsqueda de apoyo profesional*, una estrategia comportamental en la cual acude al recurso profesional para tener mayor información sobre el problema y sobre las alternativas para enfrentarlo. Así mismo, está el factor *reacción agresiva* como una estrategia de expresión impulsiva de la emoción de ira, dirigida hacia sí misma, hacia los demás y hacia los objetos, utilizadas por la evaluada como formas de afrontamiento con el objetivo de disminuir la carga emocional que presenta en determinadas situaciones de su vida cotidiana.

En contraste, para las puntuaciones representativas más bajas, se analizaron los cinco factores de afrontamiento que menos utiliza dentro de sus diferentes estrategias, en las cuales se hallaron: *solución de problemas* donde no se evidencia en ella acciones orientadas a solucionar el problema, teniendo en cuenta el momento oportuno para analizarlo e intervenirlo, por el contrario, prefiere esperar que la situación se resuelva sola, de igual forma está el factor de *espera* denominada como una estrategia cognitivo-comportamental dado que se procede con la creencia de que la situación se resolverá por sí sola con el pasar del tiempo y se caracteriza por considerar que los problemas se solucionan positivamente con el tiempo esperando pasivamente a que el problema se solucione;

el factor *evitación emocional* se refiere a la movilización de recursos orientados a encubrir o inhibir las propias emociones con el fin de evitar las reacciones emocionales valoradas por el individuo como negativas por la carga emocional o por las consecuencias o por la creencia de una desaprobación social si se expresa; *reevaluación positiva* puntuó como una de las estrategias que menos usa, por medio de esta se busca aprender de las dificultades, identificando los aspectos positivos del problema, que contribuye a tolerar y generar pensamientos que favorezcan la forma de vivir las situaciones que se presenten en la vida diaria; por último, el factor denominado *autonomía*, hace referencia a la tendencia de buscar de manera independiente la solución de sus problemas sin contar con el apoyo de otras personas, tales como amigos, pareja o familiares.

Una vez evaluados los resultados obtenidos mediante la aplicación de la Escala de Estrategias de Coping-Modificada EEC-M, donde por medio del análisis comparativo se definieron las estrategias de afrontamiento más y menos utilizadas por la evaluada, se puede inferir que: según la situación actual de AA se evidencia la ausencia de autoeficacia y la práctica de reaccionar de forma agresiva ante estímulos desagradables sin tener control de sus emociones.

### **Impresión Diagnóstica**

Finalmente, de acuerdo a las pruebas aplicadas y demás herramientas de evaluación se identifica en la paciente teniendo en cuenta lo establecido en el DSM-5 que cumple con los criterios necesarios para un trastorno depresivo mayor, episodio recurrente, especificador moderado-severo con características atípicas. En primer lugar el criterio A, se evidencia síntomas como 1. Asociado a un estado de ánimo deprimido en la mayor parte del día, casi todos los días, de acuerdo a la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, 2. Relacionado a la disminución del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, 3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, o disminución o aumento del apetito casi todos los días, 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días, 5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días, 6. Fatiga o pérdida de la energía, 7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada, 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o para tomar decisiones, 9. Pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo. Criterio B, los síntomas

causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral y otras áreas importantes del funcionamiento. Criterio C, el episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica. Criterio D, el episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Finalmente el cumplimiento del criterio E, nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

### **Fase de Intervención.**

A raíz de la información y resultados, se procedió a la realización de la formulación clínica del caso (Anexo 6), que llevó a la comprensión y análisis de las conductas problema, así como el establecimiento e objetivos terapéuticos y metas cónicas, claves para el diseño de un plan de intervención (Anexo 7), tomando en cuenta que dentro de esta fase se usaron formatos como: Registro de pensamientos distorsionados (Anexo 8) y Formulario de creencias centrales (Anexo 9).

### **Fase de Cierre y Seguimiento.**

Terminada la intervención psicoterapéutica se realizó un proceso de evaluación post-intervención, aplicando el instrumento psicométrico denominado Inventario de Depresión de Beck, con el objetivo de comprobar la reducción de la sintomatología; igualmente, se hace entrega de remisión para psiquiatría (Anexo 10), con el fin de lograr una atención integra; del mismo modo, se diligenció el formato de cierre de caso (Anexo 11). Sumado a esto, se plantea seguimiento a los seis meses de terminada la intervención para verificar los avances y resultados obtenidos.

## Resultados

Los resultados obtenidos fueron positivos, puesto que, se pudo establecer una impresión diagnóstica soportada por instrumentos y técnicas implementadas durante el proceso evaluativo, revelando no sólo síntomas que cumplieran con los criterios planteados por el DSM-5, sino también otras problemáticas como la baja autoestima, que requería atención, esta evaluación fue la base para la elaboración de un plan de intervención bajo técnicas del enfoque cognitivo conductual, que llevaron a la reducción de la sintomatología presentada por la paciente “AA” (sentimientos de minusvalía, culpabilidad, aislamientos, pobre imagen corporal y fatigabilidad), esto permitió mejorar la funcionalidad de la persona en la área laboral, social y familiar. A continuación se describirán los cambios observados que reflejan el cumplimiento de los objetivos de la monografía.

El proceso terapéutico permitió que “AA” entendiera en su dificultad a través la influencia del componente cognitivo de la explicación del fundamento teórico de la terapia, permitiendo así, hacer un uso adecuado de las técnicas que se iban enseñando durante las sesiones como: Detección de pensamiento, clasificación de distorsiones, reestructuración cognitiva, análisis y evaluación empírica, cuestionamiento socrático, dramatización racional-emotiva, flecha descendente, solución de problemas, activación conductual, respiración diafragmática, reforzamiento positivo, técnicas de distracción y la exposición a estímulos o situaciones que le evoquen emociones positivas, control cognitivo.

A medida que avanzó la intervención, la señora “AA” empezó a realizar comprobaciones automáticas de la realidad de los pensamientos negativos que tenía, como los siguientes: *“me siento sola” “siento que no puedo hacer nada, porque me canso muy rápido debido a las quimioterapias que me hicieron” “me siento inútil, sin poder hacer nada” “no soy capaz de controlar mi rabia” “no creo ser capaz de vivir sin mi pareja” “me siento fea y bruta” “si mi pareja no me contesta el celular es porque no quiere hablar conmigo” “por mi culpa mi pareja esta aburrida”*, a medida que iba avanzando el proceso terapéutico la señora “AA” identificaba sus ideas a través de la detección del pensamiento y enseguida realizaba un examen autocrítico de

los pensamientos poniendo en práctica el debate cognitivo lo que condujo a la disminución de los sentimientos negativos. Por medio de estas herramientas la paciente obtuvo un logro en su adquisición de nuevos recursos para afrontar la depresión, por la cual, simultáneamente empezaba a rastrear la causa de dichas emociones, logrando debatir los pensamientos, flexibilizarlos y cambiarlos por unos más adaptativos.

La técnica de cuestionamiento socrático/debate, fue una herramienta vital para la modificación de creencias o los llamados pensamientos irracionales, por medio de preguntas formuladas, dentro de esta técnica fue usada la retribución y conceptualización alternativa para la reducción de los sesgos cognitivos relacionados con las dimensiones atribucionales de locus de control, de igual manera, se enseñó la estrategia de aprender a buscar interpretaciones alternativas más adecuadas para elaborar el significado de las situaciones, esto se evidenció en los autoregistros posteriores que se hicieron en las sesiones, puesto que, las creencias de que “la pareja no le contestaba el celular porque no quería hablar con ella” “se siente sola” “no puede vivir sin la pareja” fueron registradas con menos intensidad de veracidad, es decir, estas creencias fueron flexibilizadas y se obtuvo al final un cambio en la forma de pensar, lo que condujo a que dejara de preocuparse o sentirse mal por ello.

La reestructuración cognitiva fue una herramienta importante en la intervención terapéutica, ya que, mediante la implementación de técnicas como: flecha descendente, dramatización racional emotiva y cuestionamiento socrático se trabajaron los pensamientos automáticos, creencias y distorsiones cognitivas, la paciente llegó a formar nuevos esquemas, otorgando un 90% de credibilidad y apartando los antiguos esquemas con puntaje inferiores a 25%. Las nuevas creencias formadas fueron: *“El que mi pareja no me conteste el celular, no quiere decir que no quiera hablar conmigo, sino que tal vez esté ocupado o no escuche le celular”* *“puedo realizar otras actividades en las que no requiera mi esfuerzo físico”* *“el no poder hacer ciertas actividades no quiere decir que sea una inútil”* *“por el momento estoy sola en la casa, pero eso no significa que estoy sola siempre, mi pareja y mis hijos ya vendrán de sus lugares de trabajo y estudio”* *“el aspecto físico es pasajero, soy hermosa por lo que soy y por lo que he logrado ser”*, ampliando la posibilidad de encontrar respuestas alternativas y distintas a aquellas centradas en la visión negativa de sí misma, los demás y el mundo, modificando el modo de interpretación y valoración subjetiva de los

pensamientos que le afectaban su bienestar, lo que llevó a disminuir los sentimientos de tristeza, soledad, culpa y desesperanza, percibiendo el futuro con optimismo, confiada en sus capacidades de trabajar y valerse por sí misma, segura al expresarse, manteniendo la calma y respetando las posturas contrarias.

La señora “AA” empezó a cambiar su forma de vestir de manera positiva, valorando su aspecto físico, agradeciendo estar sana del cáncer, así mismo, inició actividades placenteras con su familia como, ver películas con los hijos y pareja, salir al parque, visitar a la mamá y sobrinos, lo que permitió el fortalecimiento de la red de apoyo familiar, la búsqueda de evidencia empírica y las técnicas de refutación de creencias la llevó a ver que la mayor parte del tiempo infería cosas respecto a su esposo y su relación de pareja, produciéndole sentimientos negativos, por lo cual empezó a dialogar más con su pareja, expresando sus incomodidades de manera prudente con el fin de hablarlas y lograr un acuerdo común de beneficio mutuo.

En desarrollo de la intervención se logró evidenciar mayor dominio en el control de la ira, de los celos e inseguridades, tomando conciencia de las creencias erróneas, conductas impulsivas y las inferencias falsas, tomando decisiones oportunas y efectivas, a través de la adquisición de pautas para el mejoramiento de la toma de decisión y resolución de problemas, lo que contribuyó a disipar el sentimiento de culpa en el ámbito laboral y aprender a buscar opciones de soluciones ante diferentes dificultades, de igual forma, por medio de la práctica de entrenamiento en relajación (respiración diafragmática) y distracción, la señora “AA” presentó avances positivos en el manejo del control de la ira, además, de acuerdo a lo manifestado tanto sus hijos como la pareja sentimental le expresaron que la observaban cambiada, ya que ahora tendía a dialogar de manera prudente sus opiniones y necesidades, aceptando críticas y comentarios, sin acudir al llanto o episodios de ira.

La efectividad de la intervención se evidencia, no solo en la observación de los cambios y lo manifestado por la paciente, sino también al considerar el resultado obtenido en la medición post-intervención expresados en la siguiente tabla.

Tabla 3.

*Resultados post-intervención del BDI-II*

<b>Factores cognitivo- afectivo</b>		<b>PD</b>	<b>Cont.</b>	<b>Factores cognitivo-afectivo</b>	<b>PD</b>
1	Tristeza	0	<b>13</b>	Indecisión	1
2	Pesimismo	0	<b>14</b>	Pobre imagen corporal	0
3	Sensación de fracaso	0	<b>15</b>	Enlentecimiento	0
4	Insatisfacción	0	<b>17</b>	Fatigabilidad	1
5	Culpabilidad	0	<b>Factores somáticos</b>		<b>PD</b>
6	Expectativas de castigo	0	<b>16</b>	Insomnio	0
7	Autodecepción	0	<b>18</b>	Pérdida de apetito	1
8	Autoacusación	0	<b>19</b>	Pérdida de peso	0
9	Ideas suicidas	0	<b>20</b>	Preocupaciones somáticas	1
10	Episodio de llanto	0	<b>21</b>	Bajo nivel de energía	0
11	Irritabilidad	3	<b>Puntaje Total</b>		8
12	Aislamiento	1	<b>Nivel de depresión</b>		Depresión leve

Analizando los puntajes obtenidos en la tabla anterior del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y comparando con los resultados de la medición realizada antes de la intervención se denotan cambios significativos, no solo en relación al puntaje total que se puede decir que indica un nivel de depresión normal, sino también en relación al factor cognitivo-afectivo, ya que antes se manifestaban altos puntajes en tristeza, culpabilidad, expectativas de castigo, aislamiento, indecisión, pobre imagen corporal y fatigabilidad, factores que ahora registran puntajes entre 0 y 1, añadiendo que aquellas que presentan 1 se debe a la reinterpretación de la persona de no considerarse insegura para tomar decisiones o de no sentirse sola porque no está con alguien en el momento o que debido a las secuelas de las quimioterapias y radioterapias ya no puede desempeñarse de la misma forma que lo hacía antes, sin embargo, comprende que tomar decisiones se necesita de prudencia y optar por opciones que den soluciones al problema que sea de beneficio y que su red de apoyo está en sus hijos, familia y pareja, como entender que puede realizar otro tipo de actividades moderando la exigencia física para realizar actividades diarias.

Adicionalmente, se obtuvo puntaje 1 en el factor somático, específicamente en pérdida de apetito y preocupaciones somáticas, esto se debe a que la señora “AA” ha decidido un cambio en la forma de alimentación, optando por una más saludable, dejando a un lado la comida sobresaturada y se evidencia la preocupación somática, pero de sin alteración significativo, es decir, que es una preocupación controlable en la que refiere inquietud por ciertos aspectos como el estreñimiento o dolores abdominales. Tan solo en un factor de cognitivo-afectivo se observó puntuación de 3, irritabilidad, en la que se demuestra aun un bajo control de ira, reaccionando de forma verbal agresiva. Por último, los demás factores evaluados son puntuados con 0 indicando la normalidad de los mismos.

Seguidamente, se aplicó la prueba STAXI 2, la cual evalúa la experiencia, la expresión y el control de la ira, así como de sus facetas de estado, rasgo y expresión y control de ira. Consta de 49 elementos organizados, está formado por tres subescalas: Estado (E), Rasgo (R) y Expresión (EX).

Tabla 4.

*Resultados del STAXI 2*

	<b>TOTAL RASGO</b>	<b>TEMP.</b>	<b>REACC.</b>	<b>E. EXT.</b>	<b>E. INT.</b>	<b>C. EXT.</b>	<b>C. INT.</b>	<b>IEI</b>
PD	19	8	11	14	11	9	12	40
Centil	50	60	45	85	35	<_5	45	90

De acuerdo a los resultados obtenidos a través la prueba STAXI 2, se puede observar que las puntuaciones altas se ven en el factor E.EXT con puntuación directa de 14 y Centil 85, así mismo en IEI con puntuación directa de 40 y Centil 90, muestra que la paciente AA manifiesta frecuentemente su ira con una conducta agresiva que va dirigida a otras personas u objetos del entorno. La E. EXT. Puede expresarse en actos físicos, tales como ataques a otras personas o dar portazos, o de forma verbal mediante críticas, sarcasmos, insultos, amenazas o el uso de blasfemias; Ahora bien, en el factor de IEI, se vio reflejado una puntuación alta, esto quiere decir, que la señora AA experimenta intensos sentimientos de ira que puede ser suprimidos o expresados en conductas agresivas (o producirse ambos). La manera más frecuente con que un sujeto expresa

la ira puede estar moderada por las relativas elevaciones de sus puntuaciones en EXP. F y E. Ext., sin embargo, la señora AA puntúa alto en E. Ext, pero en el factor denominado Exp. F. arroja una puntuación nula.

Tomando las puntuaciones que se encuentran dentro del rango normal son las siguientes: TOTAL RASGO, TEMP., REACC., E.INT., C. INT.

En la escala C. EXT (control externo de la ira). Se arroja una puntuación baja, lo que se puede interpretar como que suele gastar una gran cantidad de energía expresando la ira abiertamente, sin restricciones. Finalmente a la luz de los resultados se observó la dificultad en el manejo del control de la ira, sin embargo, la paciente manifiesta que el proceso psicoterapéutico le ha ayudado a mejorar en ese aspecto, disminuyendo las discusiones en pareja y con sus hijos, pero que hay ocasiones en que no logra controlar la respiración, la señora “AA” expresa que la técnica de distracción/tiempo fuera, le ha sido de gran utilidad para obviar la sintomatología agresiva.

### **Discusión**

Partiendo del conocimiento de los logros obtenidos, cambios reportados por la misma paciente y referidos por sus allegados durante la intervención, se resalta la efectividad del enfoque cognitivo conductual y en especial de la terapia cognitiva para la reducción de la sintomatología depresiva dado a su énfasis en la identificación y modificación de los pensamientos desadaptativos, a fin de generar el cambio conductual deseado (Fullana, Fernández, Bulbena y Toro, 2011).

El papel de la reestructuración cognitiva como eje fundamental del proceso de intervención realizado con la señora “AA”, ya que se centró directamente en las cogniciones, identificando aquellos pensamientos automáticos, creencias intermedias y creencias centrales, cuestionando así sus pensamientos desadaptativos, de modo que estos se sustituyeran por unos más apropiados y de esta manera se redujera o eliminara la perturbación y/o conducta causada por los mismos. Dentro de la reestructuración cognitiva los pensamientos se consideraron como hipótesis y en equipo, terapeuta/paciente, se trabajó para tomar datos que determinaron la validez y/o utilidad de dichas

hipótesis. Lo anterior guarda relación con los resultados obtenidos en un estudio realizado por Ramírez y González (2012) en la cual se ejecutó una intervención para manejo del estrés en estudiantes de bachillerato, cuestionando los pensamientos negativos y proponiendo aquellos que le serían de mayor utilidad para disminuir el nivel de estrés que estos les generaban, en esta intervención también se logró una disminución significativa de los pensamientos automáticos negativos.

Debido a la cantidad de cogniciones disfuncionales, existía un malestar experimentado por “AA”, al igual que en un estudio por Antona, García, Yela, Gómez, Salgado, Delgado y Urchaga (2006), compuesto por 85 sujetos diagnosticados con fobia social, en el cual lograron una eficacia en el tratamiento usado, disminuyendo el malestar ocasionado por los pensamientos desadaptativos. Teniendo en cuenta la adquisición de habilidades de detección de pensamiento, reatribución, conceptualización alternativa, resolución de problemas, comprobación empírica, inoculación de la ira, respiración diafragmática, comunicación asertiva, entre otras, permitieron la disminución de los síntomas, evidenciado semana tras semana, al observar que las emociones negativas ya no tenían la misma intensidad ni frecuencia y a medida que la persona fue dominando estas estrategias, logró liderar los sentimientos y resolver de forma autónoma las dificultades, permitiendo así el planteamiento de Beck (2009) el consiste en evitar la dependencia terapeuta/paciente y el proceso mismo.

El trabajo conjunto con el paciente permitió descubrir aquellos pensamientos disfuncionales, sometiéndolos a una comprobación y buscando otras alternativas pensamientos más adaptativos, logrando anular pensamientos, sentimientos y conductas poco funcionales. Así mismo, la formulación de caso efectuado y la exploración durante la fase evaluativa, posibilitó la opción de trabajar sobre algunos esquemas desadaptativos que fueron producto de experiencias de la infancia y algunos sucesos traumáticos durante su desarrollo de vida, como lo fue el proceso de cáncer de mama, que marcó la forma de interpretar y organizar la vida, produciendo ideación suicida, desesperanza y dependencia a su pareja, por lo que la intervención cognitivo conductual se llevó a cabo teniendo en cuenta la literatura que afirma la eficacia en muchos estudios de depresión, con el objetivo de reducir la sintomatología depresiva, usando estrategias dirigidas a desarrollar destrezas como la reestructuración de pensamiento, identificación de sentimientos y emociones, adquisición para la habilidad de solución de problemas y para una comunicación más efectiva,

fortaleciendo redes de apoyo y la participación en actividades agradables (Rosselló, Duarte, Bernal y Zuluaga, 2011).

## Conclusiones

Se logró cumplir con los objetivos, general y específicos del estudio de caso, en cuanto se realizó una evaluación clínica y psicométrica que permitió la identificación de un diagnóstico pertinente según la sintomatología presentada y en base a ella se planteó un proceso de intervención que de acuerdo a la evaluación pos-tratamiento resultó efectivo para la satisfacción de las necesidades de la consultante.

Al respecto de los objetivos terapéuticos, se logró la implementación de técnicas cognitivas conductuales, para generar respuestas asertivas frente a la interacción por parte del usuario, del mismo modo se redujo la aparición de ideación suicida, desesperanza, inseguridad, celos, sentimientos de inutilidad y soledad y miedo al abandono, reduciendo así el nivel de percepción de malestar por parte de la consultante, con lo cual se demuestra la efectividad del modelo cognitivo conductual.

En la fase de evaluación y exploración, fue importante para el establecimiento del diagnóstico y para la comprensión de los problemas asociados al mismo, logrando información acerca de la sintomatología, dificultades presentadas, factores protectores, desencadenantes y mantenedores del comportamiento desadaptativo manifestado por “AA”, logrando realizar un análisis funcional de la conducta y a partir de allí se centró la intervención psicoterapéutica.

De acuerdo a los resultados factibles que se obtuvieron debido a la intervención que se realizó, la cual permitió la reducción de los pensamientos de minusvalía, baja autoestima, sentimientos de soledad, la mitigación de los errores y creencias distorsionadas que afectaban la manera de interpretar y codificar la información y por último, la dotación de herramientas de resolución de problemas y toma de decisiones, los cuales fueron la consecuencia de una reestructuración cognitiva que cambió la triada, es decir, la forma de verse a sí misma, los demás y el mundo lo que llevó a cambios conductuales que fueron viables para un adecuado funcionamiento de la paciente.

Para finalizar, tomando en cuenta el cumplimiento de los objetivos terapéuticos planteados en un inicio, propuestos de forma participativa con la paciente como lo fueron: fortalecimiento en la seguridad en sí misma, restauración de su autoimagen y autoconcepto, logrando identificar sus cualidades y potencialidades, así mismo, se exalta el alcance en la reducción de errores cognitivos, pues la paciente logró tomar conciencia de los errores que cometía al interpretar la información, proponiendo nuevas interpretaciones ajustadas a la realidad, teniendo como parte fundamental el apoyo de sus hijos de quien fue que recibió más soporte emocional afectivo, reforzando las conductas positivas y animando a continuar el proceso psicoterapéutico, de igual manera, para contribuir a la prevención de recaídas se basó en la retroalimentación propia de la paciente como también del terapeuta, fortaleciendo aquellos cambios adaptativos y funcionales, con el fin de prolongar las conductas y concientizar acerca de las ventajas obtenidas, pero también se hizo uso de las tareas para el hogar y la práctica de las técnicas utilizadas en las sesiones, las cuales fueron de gran utilidad.

### **Recomendaciones**

Se sugiere que la consultante continúe el seguimiento cada dos o tres meses durante el primer año posterior a la finalización del proceso de intervención, con el fin de reforzar las estrategias de afrontamiento aprendidas y realizar prevención de recaídas, de igual forma se recomienda continuar por psiquiatría para lograr un trabajo integral que abarque diferentes áreas y de esta forma exista prevención.

Se considera pertinente que el usuario retome un proceso psicológico de pareja, a pesar de los cambios obtenidos a nivel de respuestas asertivas que conduce a una interacción más sana con su conyugue, sin embargo, se identifican ciertas dificultades que requieren de una intervención específica.

Es importante que la consultante continúe con la práctica y la implementación de las estrategias aprendidas para el mantenimiento de los cambios, así mismo, se sugiere tomar otro proceso psicológico para tratar de manera específica el control de la ira.

**Referencias Bibliográficas**

- (2000). *Código Ético del Psicólogo, Colombia*. Revista Latinoamericana de Psicología, 32 (1), 209-225. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/805/80532121.pdf>
- American Psychiatry Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. 5ª Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Antona, C., García, L., Yela, J., Gómez, M., Salgado, A., Delgado, C y Urchaga, J. (2006). *Eficacia de la exposición y la reestructuración cognitiva en jóvenes adultos con trastorno de ansiedad social*. Revista latinoamericana de psicología. 40(2), 281-292. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/317511872\\_REPERCUSION\\_DE\\_LA\\_EXPOSICION\\_Y\\_REESTRUCTURACION\\_COGNITIVA\\_SOBRE\\_LA\\_FOBIA\\_SOCIAL\\_EFFECTS\\_OF\\_EXPOSURE\\_AND\\_COGNITIVE\\_RESTRUCTURING\\_IN\\_SOCIAL\\_PHOBIA](https://www.researchgate.net/publication/317511872_REPERCUSION_DE_LA_EXPOSICION_Y_REESTRUCTURACION_COGNITIVA_SOBRE_LA_FOBIA_SOCIAL_EFFECTS_OF_EXPOSURE_AND_COGNITIVE_RESTRUCTURING_IN_SOCIAL_PHOBIA)
- Álvarez, M. P. (2006). *La terapia de conducta de tercera generación*. EduPsykhé: Revista de psicología y psicopedagogía. 5(2), 159-172. Recuperado de [file:///D:/User/Downloads/Dialnet-LaTerapiaDeConductaDeTerceraGeneracion-2147830%20\(1\).pdf](file:///D:/User/Downloads/Dialnet-LaTerapiaDeConductaDeTerceraGeneracion-2147830%20(1).pdf)
- Aragón, L. (2011). *Evaluación psicológica: historia, fundamentos teórico-conceptuales y psicometría*. México: El Manual Moderno
- Beck, J. (2008). *Terapia cognitiva: conceptos básicos y profundización*. Barcelona, España: Editorial Gedisa, S.A.

- Beck, A., Rush, J., Shaw, B. y Emery G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao, España: Editorial Desclée de Brouwer, S. A.
- Cano Vindel, A., & Salguero, J., & Mae Wood, C., & Dongil, E., & Latorre, J. (2012). *La depresión en atención primaria: prevalencia, diagnóstico y tratamiento*. Papeles del Psicólogo, 33 (1), 2-11.
- Cañete, R., Ghilhem, D. y Brito, K. (2012). *Consentimiento informado: algunas consideraciones actuales*. Acta Bioethica, 18(1), 121-127. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55423585011>
- Carro, C. y Sanz, R. (2015). *Intervención cognitivo conductual en un caso de distimia con componentes de ansiedad de evaluación: análisis de un caso clínico*. Casos clínicos en salud mental. Recuperado de [http://www.casosclinosensaludmental.es/files/definitivo\\_distimia\\_y\\_ansiedad\\_1\\_2015.pdf](http://www.casosclinosensaludmental.es/files/definitivo_distimia_y_ansiedad_1_2015.pdf)
- Díaz, I. y Núñez, R. (2010). *Psicología clínica: ¿Qué es? ¿Qué hace? ¿Cómo lo hace? ¿Para qué sirve?* Universidad Autónoma Metropolitana. Unidad Xochimilco Tronco Divisional. Módulo Historia y Sociedad. Grupo: SB16B Trimestre: invierno 2010. Recuperado de <http://dspace.universia.net/bitstream/2024/805/1/PSICOLOGIA+CLINICA+que+es.pdf>
- Florido, C. y Urrego, D. (2007). *Depresión*. Bogotá, Colombia: Intermedio Editores.

Fullana, M., Fernández, L., Bulbena, A y Toro, J. (2011). *Efficacy of cognitive-behavior therapy for mental disorders*. Medicina clínica. Doi: 10.1016/j.medcli.2011.02.017. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-eficacia-terapia-cognitivo-conductual-los-trastornos-S0025775311002879>

García, A., Lara, E. y Albarracín, A. (2016). *Análisis psicométrico del Staxi-2 y el MI-Staxi en adultos del Área Metropolitana de Bucaramanga*. Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología, 16 (2), 5-44. Recuperado de <file:///D:/User/Downloads/Dialnet-AnalysisPsicometricoDelStaxi2YMIStaxiEnAdultosDelA-5969556.pdf>

Labrador, F. J., & Crespo, M. (2012). *Psicología clínica basada en la evidencia*. Recuperado de <https://ebookcentral-proquest-com.aure.unab.edu.co>

Londoño, N., Henao, G., Puerta, I., Posada, S., Arango, D. y Aguirre, D. (2006). *Propiedades psicométricas y validación de la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M) en una muestra colombiana*. Univ. Psychol, 5(2), 327-349. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v5n2/v5n2a10.pdf>

López, R. y Pierre, J. (2011). *La entrevista cualitativa como técnica para la investigación en Trabajo Social*. Margen61, 1-19. Recuperado de <http://www.margen.org/suscri/margen61/lopez.pdf>

Menéndez Ososrio, F. (2012). *La historia clínica y la anamnesis en la psicopatología actual. De la biografía a la biología. De la escucha y mirada clínica a la escucha y mirada por los aparatos. ¿Qué es la evidencia en salud mental?* Revista de la Asociación Española de

- Neuropsiquiatría, 32 (115), 547-566. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265024527007>
- Miguel-Tobal, J., Casado-Morales, M., Cano-Vindel, A., y Spielberger, C. (2001). *Inventario de expresión ira estado-rasgo STAXI-2*. Madrid: TEA Ediciones
- Ministerio de Salud y Protección Social (MINSALUD). (2017). *Boletín de salud mental*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-depresion-marzo-2017.pdf>
- Narváez, A., Rubiños, C., Cortés, F., Gómez, R. y García, A. (2008). *Valoración de la eficacia de una terapia grupal cognitivo-conductual en la imagen corporal, autoestima, sexualidad y malestar emocional (ansiedad y depresión) en pacientes de cáncer de mama*. *Psicooncología*, 5(1), 93-102. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0808130093A/15516>
- Olivares, R. J. (2014). *Intervención psicológica: estrategias, técnicas y tratamientos*. Retrieved from <https://ebookcentral-proquest-com.aure.unab.edu.co>
- Organización Mundial de la Salud (OMS), disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/es/> [Consultado el 26 de noviembre de 2017].
- Puerta, J. y Padilla, E. (2011). *Terapia cognitiva-conductual (TCC) Como tratamiento para la depresión: Una revisión del estado del arte*. *Revista de la facultad de ciencias de la salud*,

- 8(2), 251-257. Recuperado de <file:///D:/User/Downloads/Dialnet-TerapiaCognitivaConductualTCCCComoTratamientoParaLa-3903329.pdf>
- Ramírez, J., y González, M.T. (2012). *Estrategias cognitivo-conductuales para el manejo del estrés en alumnos mexicanos de bachillerato internacional*. *Alternativas en psicología*, XVI (26), 26-38.
- Rice, F. (1997). *Desarrollo humano, estudio del ciclo vital*. 2da Ed. México: Prentice-Hall.
- Rosselló, J., Duarte, Y., Bernal, G. y Zuluaga, M. (2011). *Ideación suicida y respuesta a la terapia cognitiva conductual en adolescentes puertorriqueños/as con depresión mayor*. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*. 45(3), 321-330. Recuperado de <https://journal.sipsych.org/index.php/IJP/article/view/162/pdf>
- Ruiz, F. M. Á., Díaz, G. M. I., & Villalobos, C. A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitiva conductuales*. Recuperado de <https://ebookcentral-proquest-com.aure.unab.edu.co>
- Sánchez, E. P. A. (2008). *Psicología clínica*. Recuperado de <https://ebookcentral-proquest-com.aure.unab.edu.co>
- Sanz, J., Perdigón, A. y Vázquez, C. (2003). *Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general*. *Clínica y Salud*, 14 (3), 249-280. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/1806/180617972001/>

Vallejo, M. A. (1998). *Manual de terapia de conducta*. Madrid: Dykinson.

Vargas, I. (2012). *La entrevista en la investigación cualitativa: nuevas tendencias y retos*. Revista Calidad en la Educación Superior, 3(1), 119-139. Recuperado de <https://investiga.uned.ac.cr/revistas/index.php/revistacalidad/article/view/436/331>

## Apéndices

## Apéndice A. Historia clínica

		<b>HISTORIA CLÍNICA PARA ADULTOS</b> Código: PS-FO-081 Versión: 03					
Fecha de recepción	Día		Mes		Año		No. De historia
<b>1. DATOS DEMOGRÁFICOS DEL USUARIO</b>							
Nombres y Apellidos			Edad	Género	Documento de Identidad		
Lugar y fecha de nacimiento				Dirección de Residencia			
Estrato	No. Teléfono Residencia		No. Teléfono Celular				
Nivel de Escolaridad	Profesión / Ocupación						
Remitido por	Entidad (EPS)						
<b>2. DATOS DEL ACUDIENTE</b>							
Nombre y Apellidos			Parentesco	Edad	Estado Civil		
Dirección Residencia			No. Teléfono Residencia		No. Teléfono Celular		









Observaciones generales de la historia laboral

Folio No.	
-----------	--

 <p>Universidad Pontificia Bolivariana SECCIONAL BARRANQUILLA Vigilata Ministerio</p>	<p><b>HISTORIA CLÍNICA PARA ADULTOS</b> Código: PS-FO-081 Versión: 03</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------

9. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

10. CONDUCTAS DE RIESGO					
Conducta	Edad De Inicio			Dificultades Presentadas A Causa De Esta Situación	Alternativas Para Manejar La Problemática
	Edad de Inicio	Frecuencia de uso	Tipo de sustancia		
Actividad Sexual					
Uso de Alcohol	Edad de Inicio	Frecuencia de uso	Tipo de sustancia	Dificultades presentadas a causa de esta situación	Alternativas para manejar la problemática
Uso de Drogas					
Otras Situaciones de riesgo					







**Apéndice B. Consentimiento Informado**

 <p>Universidad Pontificia Bolivariana REGIONAL BUCARAMANGA Vigilada por el Estado</p>	<p><b>CONSENTIMIENTO INFORMADO MAYORES DE EDAD</b> Código: PS-FO-154 Versión: 03</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------

Por medio de la presente, \_\_\_\_\_ mayor y vecino (a) de la ciudad de \_\_\_\_\_ e identificado(a) con cédula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_, me permito manifestar que he sido informado sobre el tratamiento y confidencialidad que se le dará a la información que se obtenga de la consulta psicológica, la cual será atendida por un Psicólogo en formación y un Psicólogo asesor.

Que, en todo caso, la información podrá ser revelada si durante la evaluación o el tratamiento, se detecta de manera clara que hay un evidente daño para mí o para terceros; lo anterior con el fin de que se puedan tomar las medidas preventivas o correctivas según sea el caso.

Es claro para mí, que el procedimiento a seguir es, en primera instancia un periodo de evaluación en el que se incluirán la entrevista, la aplicación de pruebas psicológicas y otras formas de evaluación que se consideren pertinentes para valorar mi estado psicológico actual, posteriormente recibiré un diagnóstico sobre las problemáticas o condiciones psicológicas en las que me encuentro, y se me dará información sobre las opciones de intervención por parte del psicólogo en formación y otros profesionales; como también sobre el tiempo probable de tratamiento.

Comprendo que el psicólogo en formación y el psicólogo asesor se comprometen a utilizar sus conocimientos y competencias en pro de mi bienestar y evitando de esta manera causarme un daño físico o moral. Sé que en los casos en que pudiera experimentar efectos negativos, como consecuencia de la evaluación o intervención, recibiré información que me permitirá tomar la decisión que a mi criterio me parezca más conveniente.

También estoy enterado que el (la) psicólogo(a) en formación puede interrumpir la prestación del servicio en los siguientes casos:

- a. Cuando la problemática expuesta no corresponda a su campo de conocimiento o competencia.
- b. Cuando en mi calidad de consultante rehúse o revoque la intervención del psicólogo en formación.
- c. Por enfermedad o imposibilidad física del psicólogo en formación para prestar el servicio.
- d. Cuando la vinculación del psicólogo en formación con la **UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA – SECCIONAL BUCARAMANGA** termine por cualquier circunstancia.
- e. Cuando el periodo de formación práctica del (la) estudiante finalice, aun cuando continúe su vínculo con la universidad.

De otra parte, y comprendiendo que el servicio es prestado por una Institución de Educación Superior dentro de un proceso académico, autorizo de forma expresa e informada a la **UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA – SECCIONAL BUCARAMANGA** a través de su IPS y/o a sus colaboradores y estudiantes, para que traten la información demográfica que se derive de las consultas realizadas con la finalidad de llevar a cabo investigaciones, obtener resultados y objetivos académicos y realizar publicaciones de tipo científico y/o académico que se requieran, esto siempre que al momento de realizar cualquier informe, entrega o similares, la información sea tratada frente a terceros de forma anonimizada; es decir, la información se comparta sin que medie la identificación plena de la persona que constituye nuestro representado. Se aclara que no serán tratados los datos de salud y relacionados con la intimidad del paciente para temas distintos a la atención en consulta y la realización de los tratamientos que correspondan de acuerdo con las normas aplicables al ejercicio de la psicología, esto junto a todos aquellos usos que respecto del material recaudado exija o autorice la normatividad vigente.

Dada la autorización, comprendo y he sido informado que de acuerdo con la ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios, puedo ejercer los derechos de acceso, rectificación, corrección, actualización aclaración y supresión en los términos legales mediante comunicación a la dirección [datos\\_personales.bqa@upb.edu.co](mailto:datos_personales.bqa@upb.edu.co).

A partir de acá debe ser completada por los psicólogos:

He explicado a: \_\_\_\_\_ la naturaleza y los propósitos de la consulta; le he explicado el contenido, objetivos y alcance de la misma, los riesgos y beneficios que implica su realización. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar consultas psicológicas y me apego a ella.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firman, Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Usuario: Nombre del Usuario:	C.C. No. _____
Firma Psicólogo (a) en formación Nombre Psicólogo (a) en formación	C.C. No. _____
Firma Psicólogo (a) Asesor (a) Nombre Psicólogo (a) Asesor (a)	C.C. No. _____ No. T.P. _____

**Nota:** El presente consentimiento informado, está basado en lo propuesto en el documento validación lista de chequeo para la elaboración del consentimiento informado en el ejercicio profesional de la psicología en Colombia, publicado en 2016 por el Colegio Colombiano de Psicólogos y que tiene como investigadores principales al psicólogo Gerardo Augusto Hernández Medina, abogado Magíster en Derecho Penal y Criminología y la Psicóloga Maritza Sánchez Ramírez, especialista en Educación Médica y Magister en Psicología. Así mismo, el documento ha sido ajustado de conformidad con los preceptos establecidos en la ley 1581 de 2012 y las normas que la complementan y reglamentan.

**Apéndice C. Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)****Inventario de Depresión de Beck.**

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

1) .

- No me siento triste
- Me siento triste.
- Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2) .

- No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- Me siento desanimado respecto al futuro.
- Siento que no tengo que esperar nada.
- Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3) .

- No me siento fracasado.
- Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
- Me siento una persona totalmente fracasada.

1

4) .

- Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- No disfruto de las cosas tanto como antes.
- Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
- Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5) .

- No me siento especialmente culpable.
- Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- Me siento culpable constantemente.

6) .

- No creo que esté siendo castigado.
- Me siento como si fuese a ser castigado.
- Espero ser castigado.
- Siento que estoy siendo castigado.

7) .

- No estoy decepcionado de mí mismo.
- Estoy decepcionado de mí mismo.
- Me da vergüenza de mí mismo.
- Me detesto.

8) .

- No me considero peor que cualquier otro.
- Me autocritico por mis debilidades o por mis errores.
- Continuamente me culpo por mis faltas.
- Me culpo por todo lo malo que sucede.

2

9) .

- No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
- Desearía suicidarme.
- Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10).

- No lloro más de lo que solía llorar.
- Ahora lloro más que antes.
- Lloro continuamente.
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11).

- No estoy más irritado de lo normal en mí.
- Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- Me siento irritado continuamente.
- No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12).

- No he perdido el interés por los demás.
  - Estoy menos interesado en los demás que antes.
  - He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
  - He perdido todo el interés por los demás.
- 

13).

- Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- Evito tomar decisiones más que antes.
- Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- Ya me es imposible tomar decisiones.

14).

- No creo tener peor aspecto que antes.
- Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
- Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
- Creo que tengo un aspecto horrible.

15).

- Trabajo igual que antes.
- Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
- No puedo hacer nada en absoluto.

16).

- Duermo tan bien como siempre.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
- Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17).

- No me siento más cansado de lo normal.
- Me canso más fácilmente que antes.
- Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18).

- Mi apetito no ha disminuido.
- No tengo tan buen apetito como antes.
- Ahora tengo mucho menos apetito.
- He perdido completamente el apetito.

19).

- Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- He perdido más de 2 kilos y medio.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 7 kilos.
- Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

20).

- No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21).

- No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
- Estoy menos interesado por el sexo que antes.
- Estoy mucho menos interesado por el sexo.
- He perdido totalmente mi interés por el sexo.

Guía para la interpretación del inventario de la depresión de Beck:

<b>Puntuación</b>	<b>Nivel de depresión*</b>
1-10 .....	Estos altibajos son considerados normales.
11-16 .....	Leve perturbación del estado de ánimo.
17-20 .....	Estados de depresión intermitentes.
21-30 .....	Depresión moderada.
31-40 .....	Depresión grave.
+ 40 .....	Depresión extrema.

\* Una puntuación persistente de 17 o más indica que puede necesitar ayuda profesional.







Apéndice E. El Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo STAXI-2

**Parte 3**  
**INSTRUCCIONES**  
 Se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describir sus reacciones cuando se siente enfadado. Les pido que separe cada afirmación con un círculo la letra que mejor indique COMO REACCIONA O SE COMPORTA CUANDO ESTA ENFADADO O CUANDO ESTA ENFADADO. Las letras A, B, C, D representan la siguiente escala:

**A CASI NUNCA**      **B ALGUNAS VECES**      **C A MENUDO**      **D CASI SIEMPRE**

**CUANDO ME ENFADO O ENFUREZCO**

Controlo mi temperamento ..... X B C D  
 Expreso mi ira ..... A B C X  
 Me guardo para mí lo que siento ..... X B C D  
 Hago comentarios irónicos de los demás ..... X B C D  
 Mantengo la calma ..... X B C D  
 Hago cosas como dar portazos ..... X B C D  
 Ando por dentro aunque no lo demuestro ..... X B C D  
 Controlo mi comportamiento ..... X B C D  
 Discuto con los demás ..... A X C D  
 Trato de tener rencores que no cuento a nadie ..... A B C X  
 Puedo controlarme y no perder los estribos ..... X B C D  
 Estoy más enfadado de lo que quiero admitir ..... X B C D  
 Digo barbaridades ..... A X C D  
 Me irrito más de lo que la gente se cree ..... A X C D  
 Pierdo la paciencia ..... A B C X  
 Controlo mis sentimientos de enfado ..... X B C D  
 Relevo encaramme con aquello que me enfada ..... A B C X  
 Controlo el impulso de expresar mis sentimientos de ira ..... A B C X  
 Respiro profundamente y me relajo ..... B C D  
 Hago cosas como contar hasta diez ..... A X C D  
 Trato de relajarme ..... A X C D  
 Hago algo sosegado para calmarme ..... A X C D  
 Intento distraerme para que se me pase el enfado ..... A B X D  
 Pienso en algo agradable para tranquilizarme ..... A X C D

**NO ANOTE NADA EN ESTE ESPACIO O PODRIA INVALIDAR SU EJERCICIO**

**Parte 3. EXPRESIÓN Y CONTROL DE LA IRA**  
 TRASLADAR LAS PUNTUACIONES DE CADA FILA A SU RECUADRO CORRESPONDIENTE.  
 LUEGO SUME LAS PUNTUACIONES DE CADA COLUMNA PARA OBTENER LA PUNTUACION DE CADA ESCALA.  
 Finalmente TRASLADAR LAS PUNTUACIONES DE CADA ESCALA AL CUADRO RESUMEN PARA HALLAR LA PUNTUACION TOTAL.

**EXPRESION Y CONTROL DE IRA**

	E. Ext.	E. Int.	C. Ext.	C. Int.
Controlo mi temperamento	X	2	3	4
Expreso mi ira	1	2	3	X
Me guardo para mí lo que siento	X	2	3	4
Hago comentarios irónicos de los demás	X	2	3	4
Mantengo la calma	X	2	3	4
Hago cosas como dar portazos	X	2	3	4
Ando por dentro aunque no lo demuestro	X	2	3	4
Controlo mi comportamiento	X	2	3	4
Discuto con los demás	1	X	3	4
Trato de tener rencores que no cuento a nadie	1	X	3	4
Puedo controlarme y no perder los estribos	X	2	3	4
Estoy más enfadado de lo que quiero admitir	X	2	3	4
Digo barbaridades	1	X	3	4
Me irrito más de lo que la gente se cree	1	X	3	4
Pierdo la paciencia	1	2	3	X
Controlo mis sentimientos de enfado	X	2	3	4
Relevo encaramme con aquello que me enfada	1	2	3	X
Controlo el impulso de expresar mis sentimientos de ira	X	2	3	4
Respiro profundamente y me relajo	X	2	3	4
Hago cosas como contar hasta diez	1	X	3	4
Trato de relajarme	1	X	3	4
Hago algo sosegado para calmarme	1	X	3	4
Intento distraerme para que se me pase el enfado	1	X	3	4
Pienso en algo agradable para tranquilizarme	1	X	3	4

PD [ 14 ] [ 11 ] [ 9 ] [ 12 ]

**CUADRO RESUMEN DE PUNTUACIONES**  
 Traslade las puntuaciones de las columnas de cada parte a su casilla correspondiente:

SEñT.	Exp. F	Exp. V	TEMP.	Reacc.	E. Ext.	E. Int.	C. Ext.	C. Int.
	5	5	6	8	11	14	11	9
	TOTAL ESTADO		16	TOTAL RASGO		19		

Ahora anote las puntuaciones para obtener el DICE DE EXPRESION DE IRA (IEI)

$$IEI = (14 + 11) - (9 + 12) + 36 = 40$$

**Parte 1**

**INSTRUCCIONES**  
A continuación se presentan una serie de afirmaciones de la gente que usa para describirse a sí misma. Lea cada afirmación y rodee con un círculo la letra que mejor indique cómo se siente AHORA MISMO, utilizando la siguiente escala de valoración:

**A** No en absoluto      **B** Algo      **C** Moderadamente      **D** Mucho

**CÓMO ME SIENTO EN ESTE MOMENTO**

1. Estoy furioso..... X B C D  
 2. Me siento enojado..... X B C D  
 3. Me siento enfadado..... X B C D  
 4. La papaya a alguien..... X B C D  
 5. Estoy queriendo..... X B C D  
 6. Me gustaría decirle a alguien..... X B C D  
 7. Estoy cabreado..... X B C D  
 8. Da a puñetazos a la pared..... X B C D  
 9. Me dan ganas de maldecir a alguien..... X B C D  
 10. Me dan ganas de gritarle a alguien..... X B C D  
 11. Quiero romper algo..... A X C D  
 12. Me dan ganas de gritar..... X B C D  
 13. Le voy a algo a alguien..... X B C D  
 14. Tengo ganas de abofetear a alguien..... X B C D  
 15. Me gustara echarle la brinca a alguien..... X B C D

**NO ANOTE NADA EN ESTE ESPACIO O PODRÍA INVALIDAR SU EJERCICIO**

**Parte 2**

**INSTRUCCIONES**  
A continuación se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describirse a sí misma. Lea cada afirmación y rodee con un círculo la letra que mejor indique CÓMO SE SIENTE NORMALMENTE, utilizando la siguiente escala de valoración:

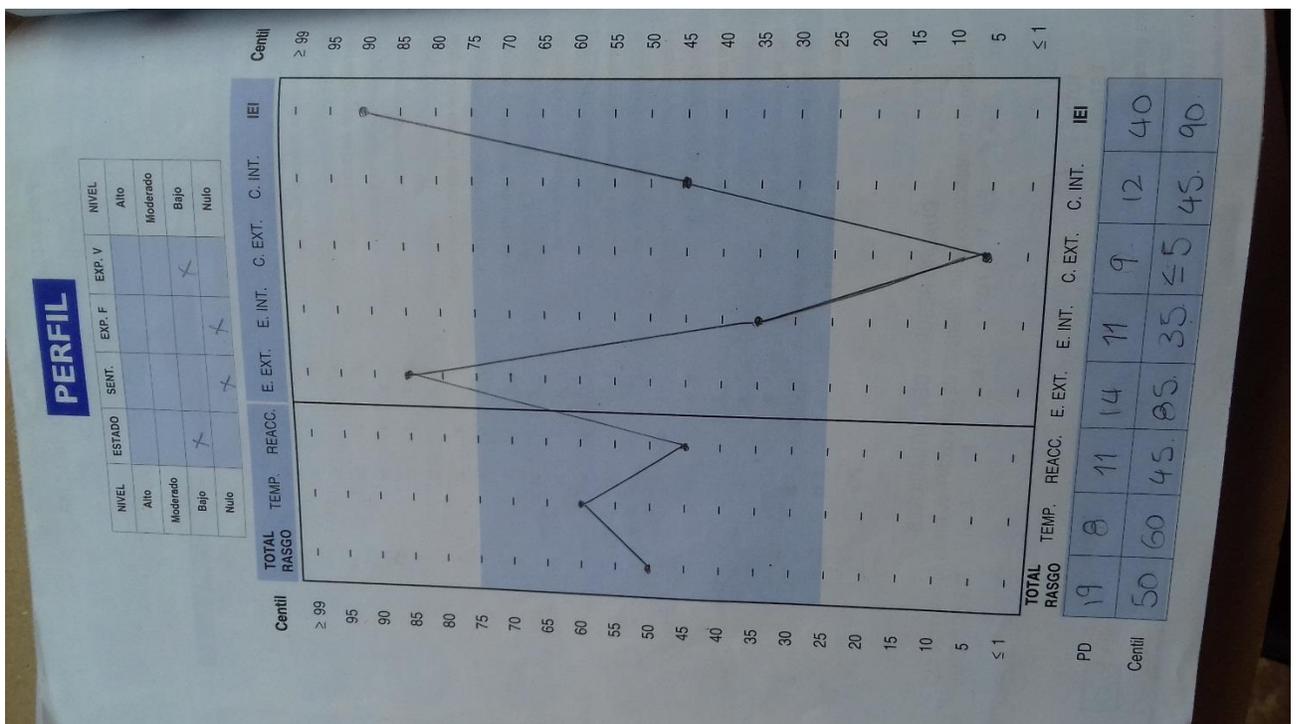
**A** A SÍ MISM/A      **B** ALGUNAS VECES      **C** A MENUDO      **D** CASI SIEMPRE

**CÓMO ME SIENTO NORMALMENTE**

16. Me siento rápidamente..... X B C D  
 17. Tengo un carácter irritable..... X B C D  
 18. Soy una persona enojada..... X B C D  
 19. Me molesta cuando hago algo bien y no me lo reconocen..... A X C D  
 20. Tiendo a perder los estribos..... X B C D  
 21. Me pone furioso que me ofendan delante de los demás..... A X C D  
 22. Me siento furioso cuando hago un buen trabajo y se me valora poco..... X B C D  
 23. Me cazo con facilidad..... X B C D  
 24. Me enojas si no me salvan las cosas como tenía previsto..... A X C D  
 25. Me enfado cuando se me trata injustamente..... A B X D

**NO ANOTE NADA EN ESTE ESPACIO O PODRÍA INVALIDAR SU EJERCICIO**

**NO SE DETENGA, CONTINUE EN LA PAGINA SIGUIENTE**



Apéndice F. Plan de Intervención

PLAN DE INTERVENCIÓN

Fase de evaluación

N° de Sesión	Objetivo/s de la sesión	Instrumentos o técnicas utilizadas	Hipótesis	Actividades de desarrolladas	Resultados	Observaciones
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar el motivo de consulta.</li> <li>Formar rapport con la paciente.</li> <li>Indagar expectativas de la paciente sobre el proceso psicoterapéutico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Consentimiento informado.</li> <li>Historia clínica.</li> <li>Entrevista abierta.</li> </ul>	No aplica	<p>Se inició tomando información adicional para el caso individual, ya que esta consultante hacía parte del caso de pareja que también se llevó a cabo, con duración de 4 sesiones.</p> <p>Se realizó la recepción del caso, animando a la</p>	<p>Se logró generar un ambiente favorable para el proceso clínico, la persona se mostró motivada frente al proceso,</p>	<p>La señora “AA” se observó con aplanamiento afectivo, poco establecimiento de contacto visual, presentó episodio de llanto y se denotó con porte descuidado.</p>

---

**PLAN DE INTERVENCIÓN**
**Fase de evaluación**

N° de Sesión	Objetivo/s de la sesión	Instrumentos o técnicas utilizadas	Hipótesis	Actividades de desarrolladas	Resultados	Observaciones
				<p>paciente a con las  manifestar su sesiones.  motivo de consulta,  identificando de  esta manera la  percepción de la  paciente respecto a  las problemáticas  expresadas que le  generan malestar  emocional, como:  tristeza,  sentimientos de  inutilidad,  sentimientos de  soledad, miedo al  abandono, apego  emocional, baja</p>		

**PLAN DE INTERVENCIÓN**

**Fase de evaluación**

N° de Sesión	Objetivo/s de la sesión	Instrumentos o técnicas utilizadas	Hipótesis	Actividades de desarrolladas	Resultados	Observaciones
				autoestima; indagando también en los antecedentes personales, ejecutando así el registro de la historia clínica, al igual que se finalizan diversos acuerdos terapéuticos, y se programa la próxima sesión.		
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explorar áreas biopsicosociales.</li> <li>• Evaluar la afectación con que se presenta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Historia clínica.</li> <li>• Entrevista abierta.</li> <li>• Inventario de depresión de Beck.</li> </ul>	Se identificó en la persona sintomatología	Se continuó indagando sobre el área familiar, laboral, académica, social y afectiva. Se	La información recolectada en la sesión permitió la	Dentro del discurso de la señora “AA” se permitió ver pensamientos

---

**PLAN DE INTERVENCIÓN**
**Fase de evaluación**

N° de Sesión	Objetivo/s de la sesión	Instrumentos o técnicas utilizadas	Hipótesis	Actividades de desarrolladas	Resultados	Observaciones
	algunos componentes afectivos de la depresión.		depresiva, por lo cual se espera valorar la gravedad y los factores cognitivos-afectivos y somáticos.	exploró la historia de la señora “AA” y la situación actual, identificando dificultades a nivel sentimental con su pareja y distorsión asociada a la percepción de sí misma, como incompetente, sentimiento de culpa por situaciones externas, desesperanza respecto a futuro, miedo al abandono,	identificación de varias conductas problema, al tiempo que sugiere algunas hipótesis de adquisición y mantenimiento.	disfuncionales que afectan el adecuado funcionamiento en su entorno y la relación con sus hijos, familiares y pareja; de igual forma se obtuvo simpatía en la paciente para hablar sobre el proceso de cáncer de mama que tuvo en el año 2017.

---

---

**PLAN DE INTERVENCIÓN**
**Fase de evaluación**

N° de Sesión	Objetivo/s de la sesión	Instrumentos o técnicas utilizadas	Hipótesis	Actividades de desarrolladas	Resultados	Observaciones
				<p>celos irracionales y sentimientos de odio hacia familiares que de alguna forma marcaron su vida.</p> <p>Para finalizar se aplica el inventario de depresión de Beck, ante el cual la paciente responde de manera rápida y sin ningún problema.</p>		
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar las estrategias de afrontamiento en la señora “AA”.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista abierta.</li> <li>• Escala de estrategias</li> </ul>	La sintomatología depresiva	Se inició la sesión preguntando acerca de las situaciones ocurridas durante la	Fue posible identificar la situación donde surge	Como tarea se sugiere a la persona escribir aquellas

**PLAN DE INTERVENCIÓN**

**Fase de evaluación**

N° de Sesión	Objetivo/s de la sesión	Instrumentos o técnicas utilizadas	Hipótesis	Actividades de desarrolladas	Resultados	Observaciones
•	Realizar análisis topográfico de las conductas problema.	coping-modificada (EEC-M)	suele presentarse a causa de las interpretaciones erróneas que la persona hace acerca de las situaciones que vive, especialmente en su ámbito de pareja y familiar.	semana, teniendo en cuenta aquellos eventos que son llamados “desagradables” debido a que suscitan sentimientos de minusvalía y desconfianza en la pareja y en ella misma, junto con sentimientos de soledad. La exploración de los acontecimientos permitió ver el lugar y el por qué	con frecuencia los sentimientos de soledad, e inseguridad de sí misma, junto a aquellos de dependencia emocional, bajo auto concepto y sentimientos de inutilidad, las cuales se ven reflejados	cualidades que ella ve en sí misma y en pensar en conductas que pueda hacer para dar solución a los problemas que ella cree tener con respecto a su imagen corporal, los conflictos de pareja y sus hijos.

---

**PLAN DE INTERVENCIÓN**
**Fase de evaluación**

N° de Sesión	Objetivo/s de la sesión	Instrumentos o técnicas utilizadas	Hipótesis	Actividades de desarrolladas	Resultados	Observaciones
				<p>aparecen estos más en el sentimientos, los lugar de pensamientos y su vivienda con forma de actuar quien vive ante los mismos. con su pareja Dentro del análisis y en los de las situaciones se momentos encuentra el bajo donde su auto concepto y una pareja habla autoestima negativa por celular o a raíz de situaciones cuando éste presentadas con su no le contesta pareja y su etapa de la llamada. cáncer.</p> <p>Por último, se buscó evaluar las estrategias de</p>		

---

**PLAN DE INTERVENCIÓN**
**Fase de evaluación**

N° de Sesión	Objetivo/s de la sesión	Instrumentos o técnicas utilizadas	Hipótesis	Actividades de desarrolladas	Resultados	Observaciones
4	Dar a conocer la impresión diagnóstica y psicoeducar respecto a la misma.	No aplica.	No aplica.	<p>afrontamiento por medio de EEC-M.</p> <p>Se inició solicitando la tarea asignada en la sesión anterior, realizando preguntas de comprobación acerca de esas cualidades manifestadas por la paciente, así mismo analizando tales acciones en pro para la solución de algunas dificultades,</p>	<p>La persona logra comprender correctamente e lo que se le quiso comunicar. La señora “AA” participa de manera activa sobre el establecimiento de los objetivos que</p>	<p>Se recomienda como tarea, reflexionar sobre los objetivos terapéuticos y pensar en otros que desee junto a la forma de hacerlos eficaz.</p>

---

---

**PLAN DE INTERVENCIÓN**
**Fase de evaluación**

N° de Sesión	Objetivo/s de la sesión	Instrumentos o técnicas utilizadas	Hipótesis	Actividades de desarrolladas	Resultados	Observaciones
				teniendo en cuenta sobre las ventajas y limitaciones de las mismas, evitando poner en practica algunas que pueden ser desventajas. Seguidamente se procedió a una retroalimentación del procesos de evaluación, informando acerca de los resultados que se obtuvieron en las pruebas aplicadas y la impresión	se pretenden alcanzar, consciente de los problemas que tiene en el momento.	

---

---

**PLAN DE INTERVENCIÓN**
**Fase de evaluación**

N° de Sesión	Objetivo/s de la sesión	Instrumentos o técnicas utilizadas	Hipótesis	Actividades de desarrolladas	Resultados	Observaciones
				<p>diagnostica a al cual se llega, después se empezó a psicoeducar sobre el diagnóstico, informando sobre la siguiente fase del proceso</p> <p>psicoterapéutico y en colaboración con la paciente se establecen algunos objetivos</p> <p>terapéuticos que se buscaran durante la intervención,</p> <p>definiendo el compromiso para el</p>		

---

**PLAN DE INTERVENCIÓN**

**Fase de evaluación**

<b>N° de Sesión</b>	<b>Objetivo/s de la sesión</b>	<b>Instrumentos o técnicas utilizadas</b>	<b>Hipótesis</b>	<b>Actividades de desarrolladas</b>	<b>Resultados</b>	<b>Observaciones</b>
				<p>cumplimiento de los mismos. Finalmente se da espacio para que la paciente pregunte acerca de aquello que no tenga claro.</p>		

**Fase de intervención**

<b>N° de Sesión</b>	<b>Objetivo/s de la sesión</b>	<b>Instrumentos o técnicas utilizadas</b>	<b>Actividades desarrolladas</b>	<b>Resultados</b>	<b>Observaciones</b>
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>Psicoeducar a la señora “AA” respecto al fundamentos teórico de la terapia cognitiva.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Explicar fundamento teórico</li> <li>Detección del pensamiento.</li> </ul>	<p>Se retoma algunos aspectos de la sesión anterior, así mismo, se hace la planificación de la sesión actual y se explora la tarea. Durante la sesión se le explica a la paciente cómo se encuentra relacionado los pensamientos con las emociones,</p>	<p>La señora “AA” logra comprender adecuadamente la influencia de la cognición</p>	<p>La paciente se observó euproséxica y participativa. Se deja como tarea realizar una actividad</p>

Fase de intervención					
N° de Sesión	Objetivo/s de la sesión	Instrumentos o técnicas utilizadas	Actividades desarrolladas	Resultados	Observaciones
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modificar pensamientos irracionales.</li> </ul>		<p>motivaciones y conductas, resaltando la influencia que tiene el pensamiento negativo en la toma de decisiones, generando malestar y dificultades en las relaciones interpersonales; esta explicación se acompaña de un ejemplo común y se procede a analizar dicha situación, identificando las cogniciones, sentimientos y conductas a consecuencias de dichos pensamientos, mientras avanza la sesión se realizan síntesis periódicas y se pide a la paciente que haga una retroalimentación de lo hecho en la sesión.</p>	<p>en sus emociones y comportamientos, y consigue identificar situaciones de su vida en las que ha tenido pensamientos disfuncionales y se ven asociados a emociones y conductas consecuentes y se logró desarrollar la</p>	<p>agradable durante el día. Así mismo, se pide a la paciente pensar sobre aquellas creencias que le generan malestar y le impiden un buen funcionamiento en sus relaciones interpersonales.</p>

Fase de intervención					
Nº de Sesión	Objetivo/s de la sesión	Instrumentos o técnicas utilizadas	Actividades desarrolladas	Resultados	Observaciones
				habilidad de detectar pensamientos automáticos.	
6	<ul style="list-style-type: none"> <li>Disminuir el pensamiento disfuncional, aquellas creencias que están afectando el adecuado procesamiento de la información.</li> <li>Optimizar la capacidad de control de impulsos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reestructuración cognitiva.</li> <li>Análisis y evaluación empírica.</li> <li>Técnica de respiración diafragmática.</li> </ul>	<p>Se pregunta por la tarea, dialogando sobre el sentimiento que le generó realizar una actividad agradable (salió al parque con sus hijos y compañero sentimental y comieron ensalada de frutas), expresando que se había sentido feliz compartiendo con sus hijos y pareja, mencionó que durante ese tiempo estuvo tranquila sin ningún pensamiento negativo; de igual manera, se preguntó por las creencias irracionales verificando el entendimiento y la identificación</p>	<p>La revisión de la tarea permitió verificar que la paciente ha logrado lo trabajado en la sesión anterior. La paciente logra identificar los pensamientos</p>	<p>Se deja como tarea que en la próxima sesión venga con la pareja y si es posible con alguno de los hijos. Practicar todas las mañanas la técnica de respiración diafragmática.</p>

Fase de intervención					
N° de Sesión	Objetivo/s de la sesión	Instrumentos o técnicas utilizadas	Actividades desarrolladas	Resultados	Observaciones
			de las distorsiones cognitivas realizadas durante la semana que afectaron el buen desempeño en sus relaciones interpersonales y actividades funcionales, procediendo luego, a la psicoeducación respecto a lo que son los pensamientos automáticos y las distorsiones cognitivas, dando algunos ejemplos de ellos y de esta forma se le pide a la paciente que mencione situaciones en las que haya incurrido en alguna distorsión, con el fin de asegurar la comprensión, proponiendo pensamientos alternativos ajustados a la realidad y más racionales, encontrándose pensamientos respecto a sí misma	desencadena n sentimientos de tristeza y minusvalía. La señora “AA” logra comprender qué son distorsiones y es capaz de mencionar varios ejemplos desde su experiencia.	

Fase de intervención					
N° de Sesión	Objetivo/s de la sesión	Instrumentos o técnicas utilizadas	Actividades desarrolladas	Resultados	Observaciones
			<p>que causan un estado de ánimo deprimido como: <i>“antes era bonita, ahora no volveré a serlo”</i> <i>“antes podía trabajar más sin cansarme, ahora si hago algo ya me siento fatigada, me siento inútil”</i> <i>“si mi pareja no me cuenta las cosas o no me contesta el celular es porque me está mintiendo o me está engañando”</i>.</p> <p>A los cuales la paciente no le puede encontrar una respuesta racional alternativa, por lo que se anima a la señora “AA” a buscar evidencia que confirme o refute dichos pensamientos, cuestionando la utilidad de esas creencias e identificar aquellas</p>		

Fase de intervención					
Nº de Sesión	Objetivo/s de la sesión	Instrumentos o técnicas utilizadas	Actividades desarrolladas	Resultados	Observaciones
			<p>premisas sesgadas que conducen a conclusiones erróneas.</p> <p>Durante la terapia se evidencia cierta resistencia a pesar de no tener argumentos para mantener los pensamientos disfuncionales.</p> <p>Se finaliza con la explicación paso a paso sobre la técnica de respiración diafragmática para la contención de impulsos.</p>		
7	<ul style="list-style-type: none"> <li>Disminuir el pensamiento disfuncional, aquellas creencias que están afectando el adecuado procesamiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Análisis y evaluación empírica.</li> <li>Reestructuración cognitiva.</li> </ul>	<p>Se inicia la sesión junto a la pareja de la señora “AA” y a su hija menor, cuestionándoles si la ven fea o se avergüenzan de ella, tras el desarrollo del experimento, esta pudo corroborar que su hija y pareja no se avergüenzan de ella y que no les parece fea, manifestándole aspectos positivos</p>	<p>La persona expresa mayor credibilidad a los pensamientos alternativos desmontando sus</p>	<p>Se permite en la próxima sesión unos minutos con la pareja para dialogar ciertas situaciones que causan malestar.</p>

Fase de intervención					
Nº de Sesión	Objetivo/s de la sesión	Instrumentos o técnicas utilizadas	Actividades desarrolladas	Resultados	Observaciones
	de la información. • Debatir algunos pensamientos desadaptativos a través de argumentos que conlleven a la persona a cuestionarse sobre la validez y refutación de los mismos disminuyendo así las distorsiones cognitivas.		como madre y compañera de vida lo que contribuyó a reforzar su autoestima, seguidamente se procede a evaluar otros pensamientos automáticos, retomando lo realizado en la sesión anterior y pidiendo los argumentos a favor de los mismos, quitándole validez debido a la falta de evidencia que los soporte como por ejemplo a <i>“si mi pareja no me cuenta las cosas o no me contesta el celular es porque me está mintiendo o me está engañando”</i> .	pensamientos erróneos. Se evidencia dentro de las sesiones con lo manifestado por la señora “AA” que ha disminuido los sentimientos de tristeza y baja autoestima.	
8	• Disminuir el sentimiento de	• Técnica de reatribución.	Se inicia la sesión con la pareja, según lo acordado en la sesión	La señora “AA”	Se recomienda continuar con la

Fase de intervención					
N° de Sesión	Objetivo/s de la sesión	Instrumentos o técnicas utilizadas	Actividades desarrolladas	Resultados	Observaciones
	culpa frente a situaciones no atribuibles a sí misma. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Debatir algunos pensamientos desadaptativos a través de argumentos que conlleven a la persona a cuestionarse sobre la validez y refutación de los mismos disminuyendo así las distorsiones cognitivas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reestructuración Cognitiva.</li> <li>• Técnica de respiración diafragmática.</li> </ul>	anterior, con el objetivo de dialogar sobre algunas diferencias y creencias erróneas que afectan la relación, dando la oportunidad de hablar al señor para su defensa, explicando el por qué en ocasiones no contesta el celular o por qué muchas veces le oculta lo que va a hacer con el dinero, mencionando que cuando no contesta el celular es porque deja el aparato electrónico en su mochila debido a que cuando está trabajando no puede contestar llamadas o en otro caso que tiene el celular en silencio; por otra parte, de acuerdo que a veces no le comenta qué va hacer con el dinero explica que es porque la señora “AA” le pone	comprendió el argumento que dio su pareja respecto a sus reclamos. La paciente logra ver la culpa como un sentimiento natural y comprender cuando esta empieza a ser patológica. “AA” posee habilidad para debatir	técnica usada en la sesión para verificar la validez de la culpa y la ventaja y desventaja que conlleva. Se Deja como tarea continuar practicando la técnica de respiración diafragmática y que haga uso de ella cuando sienta la necesidad en momento de ira.

Fase de intervención					
N° de Sesión	Objetivo/s de la sesión	Instrumentos o técnicas utilizadas	Actividades desarrolladas	Resultados	Observaciones
			problema por mandarle dinero a su ex pareja, y él menciona que debe hacerlo porque aún tiene una hija menor de edad por la cual responder (la señora "AA" se nota un poco alterada y le interfiere en la conversación, pero se logra el control de la sesión psicoterapéutica), de igual forma resalta que si él puede ayudar a sus hijas él lo hará sin problema; tomando estas explicaciones la señora "AA" comprende el argumento de su pareja. Seguidamente se inicia la sesión a solas con la paciente, procediendo a una psicoeducación acerca de lo que es la culpa, exponiendo los criterios que pueden ayudar a la	su sentimiento de culpa, llegando a concluir que la culpa ha sido muchas veces errónea y no real, sintiéndose más aliviada y tranquila.	

Fase de intervención					
N° de Sesión	Objetivo/s de la sesión	Instrumentos o técnicas utilizadas	Actividades desarrolladas	Resultados	Observaciones
			paciente a aclarar, poniendo a prueba aquellos sentimientos de culpa experimentados, detectados durante las sesiones psicoterapéuticas buscando la evidencia de responsabilidad en las diferentes situaciones sugiriendo que considere y proponga causas alternativas, asumiendo la porción de responsabilidad real por un suceso. Se finaliza la sesión practicando la técnica de respiración diafragmática.		
9	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proveer a la persona de herramientas para enfrentarse de forma</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Técnica de resolución de problemas.</li> </ul>	Al iniciar la sesión se pregunta por los eventos ocurridos en la semana, posteriormente se procede a entrenar a la persona en resolución de problemas	Se logró que la paciente aprendiera los pasos para una	Se propone como tarea, elegir un problema que se tenga y aplicar los pasos

Fase de intervención						
N° de Sesión	Objetivo/s de la sesión	Instrumentos o técnicas utilizadas	Actividades desarrolladas	Resultados	Observaciones	
	<p>adecuada de sus problemas y tomar decisiones para la resolución de los mismos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Optimizar la capacidad de resolución de problemas.</li> <li>• Fomentar en la persona autonomía en la resolución de sus dificultades.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Técnica de toma de decisiones.</li> <li>• Técnica de respiración diafragmática.</li> </ul>	<p>de brindando orientación frente a los problemas, seguidamente se ayuda a la generación de soluciones alternativas, brindando los pasos a seguir, comprender por qué una situación es un problema, fijarse metas realistas, generar opciones, tomar decisiones, valorar el resultado de un plan de solución; valorando las consecuencias de cada alternativa, enfatizando en la importancia de la toma de decisiones razonadas y elaborando una lista de ventajas y desventajas de cada una de las elecciones posibles para llegar a elegir la opción más conveniente y se ejecuta el plan. Finalmente se realiza una pequeña síntesis de lo</p>	<p>adecuada toma de decisiones y una resolución efectiva de problemas.</p>	<p>realizados durante la sesión y practicar la respiración diafragmática en las mañanas.</p>	

Fase de intervención					
Nº de Sesión	Objetivo/s de la sesión	Instrumentos o técnicas utilizadas	Actividades desarrolladas	Resultados	Observaciones
			realizado en la sesión y se practica la técnica de respiración diafragmática.		
10	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducir el pensamiento de abandono.</li> <li>• Optimizar la capacidad de resolución de problemas.</li> <li>• Aplicar instrumento psicométrico que permita la comparación entre los estados pre y post intervención.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Técnica de resolución de problemas.</li> <li>• Cuestionamiento Socrático.</li> <li>• Inventario de depresión de Beck (BDI-II).</li> </ul>	<p>Se explora la respectiva revisión del estado de ánimo y eventos significativos durante la semana, se socializa la tarea asignada sobre la técnica de resolución de problemas, seguidamente se trabajó con el modelo cognitivo de depresión que planteó Beck, el cual consta de tres elementos básicos: triada cognitiva negativa, esquemas negativos y distorsiones cognitivas. La triada cognitiva consiste en ideas, actitudes negativas y opiniones negativas de sí misma, del mundo y del futuro, esto se hizo ya que, se observó que</p>	<p>La persona logró identificar aspectos positivos de sí misma, logró describirse como una mujer linda y valiente, con las capacidades para depender de nadie,</p>	<p>Como Tarea se pide a la paciente que pregunte a su familia sobre aquellos cambios positivos que ha obtenido durante el transcurso de estos meses, como una forma de retroalimentación y refuerzo social, así mismo pidiéndoles a ellos que le</p>

Fase de intervención					
N° de Sesión	Objetivo/s de la sesión	Instrumentos o técnicas utilizadas	Actividades desarrolladas	Resultados	Observaciones
			la señora “AA” tiende a responder a su ambiente de una manera rígida y negativa e interpreta las experiencias nuevas de forma inexacta, tomando errores cognitivos como sobregeneralización, minimización e inferencia arbitraria “ <i>nadie me quiere</i> ” “ <i>no sirvo para nada, me siento inútil</i> ” “ <i>mi pareja no me contesta el celular, eso debe ser porque me engaña y ya no me quiere</i> ”, “ <i>yo creo que mi pareja piensa dejarme, porque ya poco quiere hablar conmigo y yo no sé qué haría sin él</i> ” estas variables se trabajaron por medio de la <i>reestructuración cognitiva</i> , que	reconoció que el no tener un seno no la hace menos mujer y mucho menos fea, sino que es una huella por la que la cataloga como una sobreviviente de cáncer y una mujer fuerte con una misión. La persona logra	mencionen un defecto en el que ellos consideran que debería trabajar.

Fase de intervención					
N° de Sesión	Objetivo/s de la sesión	Instrumentos o técnicas utilizadas	Actividades desarrolladas	Resultados	Observaciones
			ayudaron a identificar y después cambiar y flexibilizar aquellos pensamientos desadaptativos.	comprender que su pareja tiene un trabajo que le requiere tiempo y desgaste anímico por lo que muchas veces llega cansado a la casa y solo quiere dormir y eso no significa que él no quiera hablar con ella o que la	

Fase de intervención					
N° de Sesión	Objetivo/s de la sesión	Instrumentos o técnicas utilizadas	Actividades desarrolladas	Resultados	Observaciones
				quiera abandonar.	
Fase de cierre y seguimiento					
N° de Sesión	Objetivo/s de la sesión	Instrumentos o técnicas utilizadas	Actividades desarrolladas	Resultados	Observaciones
11	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar el cumplimiento de objetivos e indicadores terapéuticos planteados al inicio del proceso.</li> <li>Aplicar instrumento psicométrico STAXI-2, para observar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>STAXI-2.</li> <li>Técnica de respiración diafragmática.</li> </ul>	<p>Se hizo una revisión de la tarea descubriendo más habilidades y capacidades que la persona desconocía. Los aspectos por mejorar la señora “AA” los reconoce y se establecen medidas para trabajar en los mismos.</p> <p>Se inicia haciendo una breve síntesis de lo que fue el proceso, invitando a participar a la paciente a decir sobre los logros y cambios obtenidos, se recuerdan los objetivos terapéuticos que se</p>	<p>La persona verbaliza varios cambios que ella ha notado y que las personas cercanas le han manifestado, la persona se siente segura en</p>	<p>Se realiza el cierre de caso y se hace un compromiso verbal de continuar practicando las técnicas usadas en las sesiones para mantener la autonomía en los cambios logrados.</p>

Fase de intervención					
N° de Sesión	Objetivo/s de la sesión	Instrumentos o técnicas utilizadas	Actividades desarrolladas	Resultados	Observaciones
	<p>cuantitativamente el componente de la ira.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Socializar los logros alcanzados durante el proceso.</li> </ul>		<p>establecieron antes de iniciar la intervención para analizar si hubo efectividad y se llegó a esos resultados, luego se mencionan los cambios logrados que la paciente no menciona, así como las metas clínicas alcanzadas.</p> <p>Posteriormente se procede a aplicar el inventario a fin de obtener una medición sobre el componente de la ira, teniendo en cuenta que durante el proceso terapéutico también se trabajó este aspecto indirectamente, seguido a esto, se socializa los resultados obtenidos en la post-prueba, resaltando el logro obtenido por el compromiso y la voluntad de la señora "AA", después, se practica</p>	<p>momento y resalta que ha aprendido una gran cantidad de técnica útiles que le permitirán mantener los cambios.</p> <p>La paciente presenta su conformidad con el proceso psicoterapéutico, teniendo en cuenta el cumplimiento</p>	

Fase de intervención					
N° de Sesión	Objetivo/s de la sesión	Instrumentos o técnicas utilizadas	Actividades desarrolladas	Resultados	Observaciones
			la técnica de respiración diafragmática. Al final se realiza el diligenciamiento de cierre de caso y se hace entrega de remisión para psiquiatría.	o de los objetivos logrados y los cambios que nota en su vida familiar y en su entorno.	

Apéndice G. Registro de pensamientos distorsionados

<b>REGISTRO DIARIO DE PENSAMIENTOS DISTORSIONADOS</b>				
<b>SITUACIÓN</b>	<b>EMOCIÓN(ES)</b>	<b>PENSAMIENTO(S) AUTOMATICO(S)</b>	<b>RESPUESTA RACIONAL</b>	<b>RESULTADO</b>
<p>Describa:</p> <p>1. El acontecimiento que motivó la emoción desagradable.</p> <p>2. La corriente de pensamiento o el recuerdo que motivó la emoción desagradable.</p>	<p>1. Especifique, triste/ansioso/enfadado, etcétera.</p> <p>2. Evalúe la intensidad de la emoción del 1 al 100.</p>	<p>1. Anote el pensamiento o pensamientos automáticos que proceden a la emoción o emociones.</p> <p>2. Evalúe el grado de creencia en los pensamientos automáticos.</p>	<p>1. Anote una respuesta racional a los pensamientos automáticos.</p>	<p>1. Reevalúe el grado de creencia en los pensamientos automáticos de 0-100.</p> <p>2. Especifique y evalúe de 0-100 las emociones subsiguientes.</p>

*Tomado de Beck, Rush, Shaw y Emery (2010) pp. 381*

## Apéndice H. Acta de remisión

 <p>Universidad Pontificia Bolivariana SECCIONAL BUCARAMANGA Vigilada Mineducación</p>	<p><b>REMISIÓN DE CASOS</b> Código: PS-FO-083 Versión: 03</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------

## 1. FECHA DE REMISIÓN

Día:	02	Mes:	Noviembre	Año:	2018
------	----	------	-----------	------	------

## 2. DATOS DEL PACIENTE

Nombre y Apellidos del Paciente	Amelia Arias Suarez	Edad	38
Lugar y Fecha de Nacimiento del Paciente	Vetas, Santander/ 30 de octubre de 1979		
Estado civil	Unión libre		
Escolaridad	Cuarto primaria	Ocupación	Ama de casa
Dirección de residencia	Cra 18 # 12 A 22	Estrato	1
No. Telefónico	No registra	No. Celular	3188307816

## 3. DATOS DEL CONTACTO

Nombre y Apellidos	<u>Elias</u> Caballero	Edad	56
Parentesco	Pareja		
Dirección de Residencia	<u>Cra</u> 18 # 12 A 22		
No. Telefónico	No registra	No. Celular	3158263652

## 4. MOTIVO DE REMISIÓN

Paciente de 38 años, se remite a consulta de psiquiatría debido a sintomatología depresiva e irritación, con ideación suicida y bajo control de impulsos.

4. AREA A LA CUAL SE REMITE	
Área	Psiquiatría

5. FIRMA	
Firma	
Tana Karina Goyeneche González	
T.P. 179738	
Nombre completo	

## Apéndice I. Cierre de caso

 <p>Universidad Pontificia Bolivariana SECCIONAL BUCARAMANGA Vigilada Mineducación</p>	<p>ACTA CIERRE DE CASO Código: PS-FO-155 Versión: 02</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------

Por medio de la presente se hace el cierre del proceso de atención Psicológica de la consultante

, con documento de identidad \_\_\_\_\_, de Vetas, Santander, debido a:

- |                                          |                                     |                                 |                          |
|------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| Ψ Cumplimiento de objetivos terapéuticos | <input checked="" type="checkbox"/> | Ψ Paciente desiste del servicio | <input type="checkbox"/> |
| Ψ Inasistencia continuada                | <input type="checkbox"/>            | Ψ Otra / Cual? _____            | <input type="checkbox"/> |

En constancia se firma a los 02 días del mes de Noviembre del año 2018.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre del Practicante

\_\_\_\_\_  
Nombre Supervisor de Práctica