

**Evaluación e intervención psicológica desde el modelo cognitivo conductual en un caso
de trastorno depresivo persistente.**

Omar Andrés Quintero Pulgarín



Universidad Pontificia Bolivariana

Escuela de Ciencias Sociales

Especialización en psicología clínica

Bucaramanga

2020

**Evaluación e intervención psicológica desde el modelo cognitivo conductual en un caso
de trastorno depresivo intermitente.**

Omar Andrés Quintero Pulgarín

Proyecto de Grado para optar el título de Especialista en Psicología Clínica

Director:

Jairo Ávila Lázaro

PS. ESP. Psicología Médica

Universidad Pontificia Bolivariana

Escuela de Ciencias Sociales

Especialización en psicología clínica

Bucaramanga

2020

Dedicatoria

A cada uno de mis familiares, principalmente a mis padres y tíos que me han motivado a crecer personal y profesionalmente, me han inculcado valores que aún hoy en día permanecen y me han sido de gran utilidad para establecer adecuadas relaciones interpersonales a nivel social y laboral; asimismo, quisiera dedicar este trabajo a cada uno de los docentes, especialmente a mi asesor de práctica y trabajador de grado, quienes con su conocimiento han formado el profesional que hoy en día soy, un profesional preparado para enfrentarse a los constantes desafíos que se encuentran en esta maravillosa profesión.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
Dedicatoria.....	III
Tabla de contenido.....	IV
Lista de tablas.....	V
Lista de figuras.....	VI
Lista de Anexos.....	VII
Resumen general de trabajo de grado.....	VIII
General summary of work of grade.....	IX
1. Introducción.....	1
2. Justificación.....	3
3. Referente Conceptual.....	6
3.1 Definición del trastorno.....	8
4. Objetivos.....	16
4.1 Objetivo general.....	16
4.2 Objetivos específicos.....	16
5. Metodología.....	17
5.1 participante.....	17
5.2 Requisito ético.....	17
5.2.1 Consentimiento Informado.....	17
5.3 Instrumentos.....	18
5.4 Procedimiento.....	20
6. Análisis Funcional.....	24
6.1 Objetivos Terapéuticos.....	29
7. Resultados.....	30
8. Discusión.....	44
9. Conclusiones.....	47
10. Recomendaciones.....	49
Referencias.....	50
Apéndices.....	56

Lista de tablas

	Pág.
Tabla 1. <i>Ficha técnica del inventario de Ansiedad de Beck (BAI)</i>	19
Tabla 2. <i>Ficha técnica del Inventario de Depresión de Beck (BDI)</i>	20
Tabla 3. <i>Clasificación de Variables y Respuestas</i>	25
Tabla 4. <i>Resultados cuantitativos del Pretest (BAI)</i>	32
Tabla 5. <i>Resultados cuantitativos del Pretest (BDI)</i>	32
Tabla 6. <i>Resultados cuantitativos del Postest (BAI)</i>	41
Tabla 7. <i>Resultados cuantitativos del Postest (BDI)</i>	41

Lista de figuras

	Pág.
Figura 1. Familiograma.....	31

Apéndices

Apéndice A. Formato de Consentimiento informado

Apéndice B. Formato de Historia Clínica

Apéndice C. Formato de Autorregistro

Apéndice D. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Apéndice E. Inventario de Depresión de Beck (BDI)

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: Evaluación e intervención psicológica desde el modelo cognitivo conductual en un caso de trastorno depresivo persistente.

AUTOR(ES): Omar Andrés Quintero Pulgarín

PROGRAMA: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR(A): Jairo Ávila Lázaro

RESUMEN

El siguiente trabajo monográfico presenta el proceso terapéutico realizado a una mujer de 45 años, quien acude al Centro de Proyección Social de la Universidad Pontificia Bolivariana para recibir orientación sobre cómo manejar la situación de autolesiones en su hija menor debido a que está generando perturbación emocional en la consultante. El proceso terapéutico tuvo una duración de aproximadamente cuatro meses y se realizaron 14 sesiones en total, las cuales estuvieron orientadas desde el enfoque cognitivo-conductual, iniciando por la fase de evaluación y diagnóstico siendo necesario el uso de entrevistas, pruebas psicométricas estandarizadas y la elaboración del análisis funcional. El proceso evaluativo permitió identificar que la usuaria cumplía con los criterios del Trastorno Depresivo Persistente (Distimia). teniendo en cuenta el trastorno, se diseñó un plan de tratamiento que permitiera a la consultante modificar creencias irracionales y disminuir su sintomatología depresiva a través de técnicas como: descubrimiento guiado, auto instrucciones, respiración profunda, imaginación, relajación progresiva y solución de .problemas, las cuales lograron según el análisis realizado de las pruebas pre y post, la reducción de la frecuencia e intensidad de la sintomatología ocasionada por los eventos estresantes, implementando patrones de respuestas más asertivas y eficaces en la solución de problemas. Se concluye que el tratamiento realizado impactó positivamente en la consultante y generó avance hacia su mejoría.

PALABRAS CLAVE:

Trastorno depresivo persistente, cognitivo conductual, terapia racional emotiva.

V° B° DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: Evaluation and psychological intervention from the cognitive behavioral model in a case of persistent depressive disorder.

AUTHOR(S): Omar Andrés Quintero Pulgarín

FACULTY: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR: Jairo Ávila Lázaro

ABSTRACT

This monographic work presents the therapeutic process performed to a 45-year-old woman, who attended to Centro de Proyeccion Social of the Universidad Pontificia Bolivariana to receive guidance on how to handle the self-harm pattern present in her youngest daughter as it is generating emotional disturbance to her. This therapeutic process lasted approximately four months and contained 14 sessions, which were oriented from the cognitive-behavioral approach, starting with the evaluation and diagnosis phase, in where the use of interviews, standardized psychometric tests and the preparation of Functional analysis were placed. This led to identified that the patient met the criteria of Persistent Depressive Disorder (Dysthymia). Therefore, a treatment plan was designed that allows the patient to modify irrational beliefs and reduce their depressive symptomatology through techniques such as: guided discovery, self-instructions, deep breathing, imagination, progressive relaxation and problem solving, this was achieved, according to the analysis of the before and after tests, as the reduction of the frequency and intensity of the symptomatology caused by stressful events and the implementation of more assertive and reduced response patterns in the solution of problems is present. It is concluded that the treatment carried out positively impacted the patient and generated progress towards her improvement.

KEYWORDS:

Persistent Depressive Disorder, cognitive-behavioral, emotive rational therapy.

V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK

1. Introducción

A continuación, se presentará a lo largo de este informe la descripción del estudio de un caso clínico desde el enfoque cognitivo conductual, de una paciente de 45 años, casada y madre de 3 hijas, la cual llega a consulta presentando sintomatología del trastorno depresivo intermitente desde hace aproximadamente 28 años. Al verificar el trastorno con pruebas que miden la intensidad de los síntomas ansiosos - depresivos, se procede a relacionar la información obtenida en la entrevista inicial con los resultados arrojados de los cuestionarios, y los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5, 2014). Al relacionar la información se encontró que el trastorno depresivo persistente debe cumplir principalmente con un “estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, durante un mínimo de dos años, con síntomas como: poco apetito o sobrealimentación, insomnio o hipersomnias, poca energía o fatiga, entre otros” (p. 168). Teniendo en cuenta ciertas características del trastorno, se desarrolla un plan de tratamiento, el cual se basa principalmente en técnicas de la Terapia Racional Emotiva, identificando en un primer momento creencias irracionales que en personas depresivas, a menudo, están compuestas por “demandas absolutistas (debería o tiene que) y una conclusión evaluadora absolutista (valoración negativa de la persona y del mundo); para modificarlas posteriormente por creencias racionales, las cuales serán flexibles, coherentes con la realidad y facilitadoras para el logro de metas” (Yankura y Dryden, 1999, p. 49). Es importante resaltar que para la elaboración del plan de tratamiento se tuvo en cuenta la edad y los roles que desempeña la usuaria en su diario vivir, evitando de esta manera, que se vuelvan a presentar efectos

negativos en el hogar, en su trabajo y sus relaciones interpersonales, por su condición mental, ya que Mingote, Gálvez, Cuadrado, y Gutiérrez (2009) aseguran en su artículo que cuando existe “recurrencia depresiva, ésta se acompaña de un empeoramiento sociolaboral, puesto que están desmotivadas en mayor medida, establecen pocas relaciones interpersonales, disminuyen su rendimiento y concentración” (p.4). Para un mayor conocimiento de las técnicas utilizadas se presentará a continuación toda la metodología empleada en este estudio de caso con su respectiva conceptualización, por otro lado, le permitirá al lector comprender la complejidad del trastorno, reconociendo de esta manera, las afectaciones que el individuo tiene en los diferentes ámbitos de la vida, y la importancia de implementar un plan de tratamiento de acuerdo a sus necesidades, es decir, de acuerdo a sus experiencias vividas, creencias aprendidas e intentos de solución.

2. Justificación

La depresión como se ha mencionado anteriormente es una enfermedad mental que afecta el rendimiento de las personas en las diferentes esferas de la vida, sin embargo, dependiendo de la intensidad de los síntomas y del episodio depresivo se puede clasificar en leve, moderado y grave, generando gran preocupación este último, por ser crónico y tener como peor desenlace, el suicidio. Según el boletín de salud mental del Ministerio de Salud (2017), se estima que “cada año se suicidan 800.000 personas en todo el mundo, uno de los factores de riesgo es la depresión, principalmente el 30% de los casos que se vuelven crónicos, siendo las personas entre 15 y 29 años el grupo de edad más afectado” (p.2).

En Colombia, el panorama sobre depresión es desalentador al ubicarse por encima del promedio mundial, debido a que el 4,7% de su población se ve afectada por este trastorno; sin embargo, otros países como: Brasil, Cuba, Chile y Paraguay se ubican por encima del 5% (Pontificia Universidad Javeriana, 2017), evidenciándose la necesidad de implementar estrategias y/o programas de salud mental efectivos para disminuir estos índices y mejorar no sólo la calidad de la vida de sus ciudadanos, sino también la capacidad productiva de cada país.

El Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO), como se cita en el Boletín de Salud Mental realizado por el Ministerio de Educación (2017), reporta que las “atenciones por depresión se han incrementado, pasando de 17.711 casos de depresión moderada en el año 2009 a 36.584 atenciones en 2015” (p. 3). Por lo tanto, se puede deducir que las estrategias utilizadas por el Ministerio de Salud para disminuir la incidencia de la depresión a través del nuevo modelo de atención integral de atención en salud (MIAS) no han dado los resultados esperados, es decir, las capacitaciones dadas a 1800

profesionales para el diagnóstico y tratamiento de la depresión, la generación de rutas de atención integral, los programas de promoción y prevención, actualización de la Guía de Práctica Clínica (GPC), los intentos para reducir el estigma en salud mental, y la Rehabilitación Basada en Comunidad (Ministerio de Educación, 2017) no han logrado reducir los casos de depresión en el país, siendo necesario aumentar los esfuerzos en materia de investigación para dar claridad en un primer momento a los factores que actualmente están influyendo en el incremento de patologías como lo es la depresión, y así, poder crear métodos efectivos que no sólo reduzcan las estadísticas sino también prevengan futuros casos, lo que supone entonces comenzar a trabajar desde la promoción de la salud.

Son varios los factores que aumentan el riesgo de sufrir un episodio depresivo, así lo afirman Gómez, Bohórquez, Pinto, Gil, Rondón y Díaz (2004) en su estudio descriptivo de corte transversal que tuvo como objetivo analizar la prevalencia del síndrome depresivo y los factores asociados con la depresión en Colombia, logrando de esta manera, identificar que el “desempleo con discapacidad, las dificultades en las relaciones interpersonales, la presencia simultánea de otras enfermedades y trastornos psiquiátricos, la dependencia de sustancias adictivas, situación económica, sucesos estresantes sufridos y la percepción del propio estado de salud como regular o malo” (p.384), influyen en la manifestación de síntomas depresivos.

Teniendo en cuenta la prevalencia y los factores que aumentan el riesgo de padecer un trastorno depresivo, se evidencia la necesidad de seguir actualizando la información por medio de investigaciones que permitan prevenir este tipo de casos en el país y/o reducir la estigmatización en las personas con algún trastorno mental. En muchos de los casos, el paciente se diagnostica cuando la sintomatología se ha intensificado y ha deteriorado las

diferentes esferas de la vida, es decir, algunas personas por miedo a ser señaladas como enfermas o incapaces de desarrollar alguna actividad prefieren minimizar los efectos de un trastorno tan complejo como lo es la depresión, teniendo la esperanza de mejorar con el tiempo, sin embargo, obtienen como resultado la gravedad de los síntomas con las respectivas consecuencias que esto ocasiona en la vida.

3. Marco Teórico

La salud mental ha estado oculta tras una cortina de estigma y discriminación durante largo tiempo, sin embargo, en los últimos años las diferentes investigaciones han permitido que las sociedades tengan mayor conocimiento del malestar, los límites para llevar a cabo ciertas actividades y el gasto que representa no sólo para los individuos que padecen de algún trastorno mental sino también para sus cuidadores que en la mayoría de los casos son miembros de la familia; esta información ha permitido que los recursos destinados a la atención y cuidado de las personas con trastorno mental sea mayor (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2004). Por el contrario, Gómez et al. (2016), aseguran en su artículo basado en la Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015, que aún las personas con enfermedades mentales son víctimas de estigmatización y discriminación debido a que frecuentemente se vulneran sus derechos, principalmente cuando solicitan servicios de salud, u oportunidades a nivel académico y laboral, por falta de políticas que reduzcan la carga de estas condiciones.

Al hablar de salud mental necesariamente hay que referirse a enfermedad o trastorno mental, debido a que es un síndrome que se caracteriza por las alteraciones que se presentan a nivel cognitivo (creencias irracionales), perturbación emocional y conductas que pueden repercutir en el bienestar o integridad del individuo por causar malestar clínicamente significativo y deterioro en el área social, académica, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Se estima que el 6.6 % de la población mundial sufre de trastornos mentales y que para el año 2020 aumentará a 14.7 %, por lo tanto, se encuentran dentro de las diez principales causas que generan discapacidad en el mundo; y entre estas ocupa el primer lugar la

depresión (Hernández, García, Leal, Peralta y Durán, 2014) la cual en el 2015, tuvo una proporción en la población mundial de 4,4%, es decir, alrededor de 322 millones de personas sufren de este trastorno, siendo más común en las mujeres (5,1%) que en los hombres (3,6%); es importante resaltar, que, aunque también ocurre en niños y adolescentes menores de 15 años, se presenta en un grado menor que en los grupos de mayor edad (Organización Panamericana de la Salud, 2017).

La depresión genera una de las principales causas de discapacidad en el mundo por alterar el procesamiento de la información del individuo y la percepción que tiene de su entorno, generando de esta manera, respuestas emocionales y conductuales que le impiden alcanzar objetivos importantes en su vida; estos pensamientos irracionales se les denomina desesperanza aprendida, dado que la persona no emite respuestas para evitar los estímulos aversivos, ya sea, porque no encuentra ningún reforzador ante la conducta de escape o por la misma situación de la cual es imposible escapar, es decir, el individuo empezará a creer que nunca podrá adaptarse a las exigencias del medio, nunca tendrá éxito en lo que intente, ni podrá solucionar los diversos problemas que afronte en la vida (González y Hernández, 2012).

Se puede evidenciar que la depresión afecta un gran porcentaje de la población mundial, ya que incluye como lo afirman Calvo y Jaramillo (2015):

Un grupo de trastornos emocionales caracterizados por la presencia de un estado de ánimo depresivo, pérdida del interés y de la capacidad de disfrutar de las situaciones y experiencias cotidianas, asociado a una variedad de manifestaciones neurovegetativas, comportamentales, cognitivas, físicas y emocionales, acompañado de deterioro funcional y social. (p.2)

Teniendo en cuenta que la prevalencia y la identificación de nuevas enfermedades o trastornos mentales que afectan el estado de ánimo ha aumentado a través del tiempo, los profesionales de la salud, principalmente los psicólogos y psiquiatras han creado manuales que orientan de manera puntual en el diagnóstico correcto de cada trastorno del humor, gracias a los criterios y las características que los diferencian; los manuales que actualmente se utilizan para diagnosticar trastornos mentales son: el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, en su quinta versión (DSM-5), editado por la American Psychiatric Association (APA), y Clasificación internacional de las enfermedades, en su décima versión (CIE-10), editado por la Organización Mundial de la Salud (Vásquez, Sánchez y Romero, 2014).

Tanto el DSM-5 como la CIE-10 concuerdan según Fátima (2017) en que la depresión se caracteriza por afectar principalmente cuatro áreas importantes en el ser humano, por lo tanto, la persona con depresión va tener síntomas afectivos la mayor parte del tiempo como: ánimo deprimido, sensación de vacío, aplanamiento afectivo, infelicidad, anhedonia (incapacidad de disfrutar de las cosas agradables de la vida), sentimientos de inferioridad, soledad y/o de culpabilidad, de igual manera, a nivel cognitivo, presentará dificultades en su concentración, memoria, juicio, ya que tiene creencias catastróficas y en algunos casos pensamientos de muerte; por otro lado, en la esfera conductual, se puede presentar enlentecimiento o agitación psicomotriz, reducción de la energía, posible conducta suicida o autodestructiva, entre otras; a su vez, es posible que aparezcan síntomas somáticos (desgano, fatiga, insomnio o hipersomnia, pérdida o aumento del apetito y peso por último, reducción de la libido).

Sin embargo, a diferencia de las clasificaciones diagnósticas que consideran la depresión como un trastorno, Vargas, Latorre y parra (2015) definen la depresión como una “forma de adaptación; aunque esta afirmación no pretenda desconocer las alteraciones implicadas que ocurren en esta enfermedad, los autores la asocian a mecanismos adaptativos que no podrían ser considerados por sí mismos como trastornos sino como una respuesta al estrés” (p. 41).

Al investigar sobre los efectos que puede generar el estrés, el psiquiatra clínico Carvajal (2005), concluyó en su artículo que este estado repercute en los neurotransmisores, los neuropéptidos y las hormonas, lo cual, resulta de particular importancia para la comprensión de la aparición de diversas patologías mentales, debido a que a nivel hormonal el estrés psicológico provoca:

Una respuesta neuroendocrina y aumenta la síntesis y liberación de cortisol, lo que afecta los mecanismos reguladores involucrados en estructuras como el hipocampo (procesos de memoria), la amígdala (respuestas emocionales) y la corteza prefrontal (análisis de estímulos o situaciones complejas, y control de respuestas emocionales). (p.212)

A nivel cerebral, las alteraciones en el sistema límbico también influyen en la homeostasis emocional, debido a que está regulado por varias estructuras cerebrales que liberan sustancias químicas como la noradrenalina (NA), dopamina (DA), la serotonina (5-HT) y la acetilcolina (ACh), entre otros, los cuales al encontrarse en la neurona presináptica y al sintetizarse, almacenarse, liberarse e interactuar con su receptor en la neurona postsináptica da origen a diversas sensaciones de agrado o de desagrado (Pérez, Cervantes, Hijuelos, Pineda y Salgado, 2017).

Hasta el momento, se ha constatado que los síntomas de la depresión pueden aparecer por alteraciones a nivel hormonal y cerebral, no obstante, en las últimas décadas ha empezado a tener gran importancia la relación existente entre personalidad y depresión, debido a que muchos autores coinciden en que la estructura de la personalidad influye en la predisposición y aparición de la enfermedad, la complejidad de los síntomas, las recaídas que se puedan presentar, y el pronóstico del trastorno afectivo (Klein y Vocisano, 1999, como se cita en Amezaga y Saiz, 2015).

La depresión como se ha determinado, tiene diversas causas, por lo tanto, se considera una enfermedad compleja que no se puede controlar con la simple voluntad del individuo que la padece, siendo necesario el inicio de un tratamiento terapéutico y/o farmacológico que logre la remisión de los síntomas y disminuya el riesgo de manifestarse nuevamente el trastorno, debido a que en el 50% de los casos se presenta recurrencia, siendo más frecuente después del primer episodio, después de la disminución o desaparición de los síntomas durante un largo periodo de tiempo o lo que es más habitual, cuando el paciente deja de cumplir con los criterios pero aún presenta síntomas entre cada episodios (Servicio Andaluz de Salud, 2013).

Teniendo en cuenta que el objetivo del tratamiento para la depresión es la desaparición o disminución de los signos - síntomas y el restablecimiento de las áreas que se vieron afectadas, se han realizado diferentes estudios para comprobar su eficacia, uno de estos estudios estuvo a cargo de Gómez et al. (2012) donde aseguran que el 50% de las personas diagnosticadas con depresión respondieron a los antidepresivos, y entre el 35% y 40% logran la mejoría deseada después de la octava semana; por el contrario, si el paciente no mejora después de haber optimizado la dosis del antidepresivo, se debe realizar nuevamente

el proceso de evaluación para confirmar el diagnóstico, asimismo, reestructurar el tratamiento para verificar la adherencia y descartar efectos secundarios; sin embargo, en algunas ocasiones cuando los síntomas se mantienen en el paciente después de haber tenido dos o más ensayos con antidepresivos, se le denomina depresión resistente o refractaria; en otras palabras, si la intensidad de los síntomas depresivos no disminuyen después de un tratamiento con diferentes clases de antidepresivos, se interpreta como un fracaso para algunos profesionales de la salud debido a que no se logró el objetivo (Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, 2015).

Aparte del tratamiento farmacológico en la depresión, también se puede emplear otro tipo de intervención que no incluye fármacos pero que también ayuda a las personas a solucionar sus problemas psicológicos, como lo es la psicoterapia, la cual ha sido establecida por la psicología clínica dado que emplea conocimientos y técnicas al estudio del comportamiento disfuncional a causa de un trastorno mental, por esta razón, esta disciplina se interesa por establecer un psicodiagnóstico que le permita identificar el trastorno, la gravedad de sus síntomas, la etiología del trastorno, el plan de tratamiento que se llevará a cabo para disminuir las afectaciones y en su caso, prevenir las recaídas, pues dispone de métodos, modelos y procedimientos para ejecutarlo (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2003)

Este campo profesional de la psicología, la conforman psicólogos clínicos que tienen como objetivo “explicar y el entender el comportamiento anormal, con la finalidad de generar procesos de intervención, elaborando un diagnóstico y, a su vez, un tratamiento que le permita dar solución al problema” (Casas, 2014, como se cita en Acevedo y Gélvez, 2018, p.147).

Como se mencionó anteriormente, la psicología clínica tiene diversos métodos y enfoques que intentan comprender los diversos problemas a nivel mental que existen en la actualidad, desarrollando tratamientos e intervenciones que en diferentes estudios como el de Sales, Pardo, Mayordomo, Satorres y Meléndez (2015), muestran la efectividad y eficacia para abordar múltiples trastornos que afectan el bienestar del individuo, asegurando que en algunas situaciones se obtienen mejores resultados que en los tratamientos farmacológicos debido al nivel investigativo de los procesos que utilizan los profesionales en psicología para intervenir trastornos como la depresión y ansiedad, siendo la terapia cognitivo conductual (TCC) el enfoque más utilizado gracias a su validez empírica y resultados en los pacientes que se mantienen a lo largo del tiempo.

Otros estudios han comparado el uso de la terapia cognitiva – conductual con la farmacoterapia en sujetos con depresión moderada o grave, concluyendo que los resultados fueron comparables entre estos dos tipos de intervención; los resultados se pueden observar en el estudio de Derubeis et al., (2005), como se cita en Pérez, Cervantes, Hijuelos, Pineda y Salgado, (2017) donde el 40% de las personas con depresión que recibieron TCC obtuvieron cambios positivos debido a que se cumplieron los objetivos terapéuticos, dato que se relaciona con el 45% de los sujetos que recibieron solo medicación; de igual manera, en el mismo artículo citan el estudio de Hollon et al. (1992) para demostrar la eficacia de un tratamiento combinado, señalando que el 78% de los pacientes que culminaron tanto el tratamiento terapéutico como el farmacológico tuvieron una recuperación satisfactoria. Por otra parte, hay evidencia que, aunque las personas tengan el mismo diagnóstico de depresión, su reacción a las diferentes técnicas empleadas en el tratamiento es diferente,

puesto que la respuesta está directamente relacionada con factores etiológicos (Luyten et al., 2006, como se cita en Carrasco, 2017).

Los resultados que se mencionaron con anterioridad revelan que no sólo la medicación aporta grandes beneficios a la remisión de los síntomas depresivos, de forma similar actúan las diferentes terapias psicológicas que generan cambios en la visión que tienen los individuos de sí mismo y del mundo, como se abarca en la terapia cognitivo – conductual (TCC), al ser un modelo de tratamiento de diversos trastornos mentales, contribuye a que el paciente modifique sus pensamientos, controle sus emociones, conductas y respuestas fisiológicas disfuncionales por otras más adaptativas que le permitan enfrentar y afrontar de una mejor manera sus problemas o situaciones de estrés, en este caso la depresión (Puerta y Padilla, 2011).

La TCC en la depresión conserva todo un marco general que puede incorporar diferentes, estrategias, técnicas y métodos de tratamiento, que antes de ser utilizadas se debe realizar una evaluación a través de la entrevista u observación inicial y diferentes instrumentos de medición, que darán claridad a las seis áreas que se deben trabajar, las cuales se describen en el artículo de Carrasco (2017), iniciando con *actividad reducida*, ya que se debe evaluar el dominio y el placer que le producen las actividades que ayudan a que el individuo permanezca más activo durante el día; 2. *Funcionamiento social perturbado*, impulsa a que el individuo mejore sus destrezas sociales, aumente sus actividades sociales / apoyo social, y se reduzca el retraimiento social; 3. *Manejo inefectivo de estresores recientes*, se establecen estrategias efectivas e inefectivas para lidiar con sus problemas; 4. *Habilidades de resolución de problemas deficiente*, reducir su tendencia a responder impulsivamente para encontrar una solución razonable; 5. *Sesgos cognitivos*, se identifican,

confrontan y reducen las cogniciones depresivas; 6. *Perspectiva negativa de sí mismo*, se intenta minimizar algunas áreas de la vida que han sido desagradables a través del uso de auto reforzamiento de actos positivos.

Las primeras cuatro áreas que se mencionaron con anterioridad hacían referencia a ese campo conductual del enfoque, por el contrario, las dos últimas áreas se basan en la influencia que tienen las cogniciones en el bienestar de los individuos, es por ello, que Albert Ellis presentó en 1957 como se cita en Ruiz, Diaz, Villalobos (2012), un modelo de intervención que denominó Terapia Racional Emotiva (TRE), resaltando la importancia de “las creencias en el desarrollo de los trastornos emocionales, defendiendo activamente que el cambio de creencias irracionales puede conducir a un cambio emocional y conductual” (p.320)

La TREC establece que las personas pueden desenvolverse mejor si poseen valores racionales en lugar de ideas absolutistas, por esta razón, proporcionan herramientas para implementar un método científico en su cotidianidad que favorezca la discusión lógica de sus creencias irracionales, y a su vez, comprendan las interrelaciones entre acontecimientos, cogniciones y consecuencias como lo plantea el modelo ABC, en donde A es el evento activador, B son las creencias de las personas y C consecuencia emocional y conductual (Piox, 2016). En otras palabras, el proceso de terapia racional emotiva consiste en enseñarle al paciente una “base de conocimiento racional que le permita debatir creencias irracionales y generar creencias racionales alternativas para eliminar los problemas actuales y prevenir que se repitan en el futuro” (Ruiz, Diaz, Villalobos, 2012, p.337).

A pesar que existan tratamientos farmacológicos y no farmacológicos efectivos, las personas que sufren algún trastorno depresivo en ocasiones desisten de buscar ayuda

profesional por el miedo a recibir algún tipo de rechazo, como lo afirma García, Muiños, Ferrer y Tous (2013) en su artículo al identificar las percepciones de los profesionales de la salud y población general, concluyendo que un gran porcentaje muestran actitudes negativas hacia las personas depresivas; es decir “las enfermedades mentales en general y en concreto los trastornos depresivos constituyen un duro y debilitante estigma para las personas que los padecen” (p.10).

4. Objetivos

4.1 Objetivo General

Diseñar un plan de intervención desde el enfoque cognitivo conductual en un caso de trastorno depresivo persistente

4.2 Objetivos Específicos

Evaluar la existencia y severidad de los síntomas de la paciente a través de la observación, entrevista clínica y test psicométricos.

Favorecer a la disminución de la sintomatología que genera malestar en el consultante, a partir de un modelo de intervención cognitivo conductual.

Analizar los resultados que se obtuvieron del proceso de intervención realizado con la paciente.

5. Método

5.1 Participante

Dentro de este estudio de caso, se trabajó con una paciente femenina de 45 años con nivel de escolaridad secundaria, quien actualmente reside en Piedecuesta – Santander con su esposo e hijas, labora en una pastelería como decoradora de ponqués, simultáneamente, elabora productos tejidos para venderlos por sus redes sociales. Acude al Centro de Proyección Social de Piedecuesta por presentar la siguiente sintomatología: latidos acelerados, sensación de frío y calor, tensión muscular, sudoración, cansancio, llanto frecuente, insomnio, ideas de perfección, sentimientos de desesperanza, de soledad y culpabilidad, a su vez, expresa que estos síntomas se han presentado principalmente por la situación de autolesiones en su hija menor, sin embargo, al transcurrir la primera sesión, expresa haber tenido varios episodios de “tristeza y angustia” a lo largo de su vida, presentando los mismos síntomas mencionados con anterioridad por diversas situaciones que en el momento le generaron malestar clínicamente significativo. Es importante resaltar, que las afectaciones en su estado de ánimo han deteriorado la relación con su esposo, principalmente por la pérdida de la libido; por el contrario, no ha presentado dificultades en sus relaciones interpersonales o en su rendimiento laboral. Como se mencionó al principio, al ser un estudio de caso se medirá y registrará las conductas de la usuaria en el fenómeno estudiado, obteniendo los datos a través de fuentes cualitativas y cuantitativas; esto es, cuestionarios, entrevistas y observación directa.

5.2 Requisito Ético

5.2.1 Consentimiento informado

Es un documento donde se deja explícito la aceptación libre por parte de un paciente a un acto diagnóstico o terapéutico después de haberle comunicado adecuadamente su situación clínica, por lo tanto, se debe describir lo que sucederá, incluyendo la necesidad del tratamiento, los riesgos - beneficios de este, y cualquier alternativa disponible (Ministerio de la Protección Social, 2018). En este informe se utilizó el formato de consentimiento informado del Centro de Proyección Social, el cual describe las fases del proceso de intervención que se realizará con el paciente, y demás información, mencionada con anterioridad. (Ver Apéndice A).

5.3 Instrumentos

Instrumentos de exploración

Historia clínica

Es un documento en el cual se registran datos sociodemográficos del paciente, cronológicamente las condiciones de salud, su desempeño en las diferentes áreas de la vida, redes de apoyo y las alternativas de solución empleadas, con el fin de contextualizar la información obtenida en el motivo de consulta. En este informe se utilizó el formato de historia clínica del Centro de Proyección Social, el cual ha sido creado por profesionales en psicología de la Universidad Pontificia Bolivariana para obtener y registrar la información del paciente de manera íntegra. (Ver Apéndice B).

Formato de Auto – registro

Se emplearon en el plan de tratamiento para dar claridad a los pensamientos, creencias y emociones que generaban las diferentes situaciones desagradables en la usuaria, a su vez, se analizaban las respuestas conductuales, la intensidad y duración de los síntomas con el fin de observar los resultados de las técnicas utilizadas en cada sesión. (Ver Apéndice C).

Instrumentos de evaluación

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Cuestionario auto aplicado para evaluar “conductas (cognitivas, emocionales, motoras o fisiológicas) anormales o patológicas de ansiedad (ansiedad clínica) a través de 21 ítems que indagan el grado de molestia (nada, leve, moderado o grave) en la última semana” (Sanz, 2013, p. 40). (Ver Apéndice D)

Tabla 1

Ficha Técnica del Inventario de Ansiedad de Beck

Nombre de la prueba	Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)
Autor	Aaron T. Beck y Robert A. Stee
Año de publicación	1988
Numero de ítems	21 ítems
Formato de respuesta de los ítems	Escala Likert de 4 puntos sobre grado de molestia
Autor de la adaptación española	Jesús Sanz, Frédérique Vallar, Elena de la Guía y Ana Hernández
Editor de la adaptación española	Pearson Educación, S
Fecha de la última revisión de la prueba en su adaptación española	2011
Constructo evaluado	Sintomatología ansiosa
Área de aplicación	Psicología clínica, del deporte, Educativa, forense y Neuropsicología
Soporte	Administración oral o papel y lápiz

Fiabilidad de consistencia interna

Adultos = .92

Universitarios = .88

Pacientes con trastornos psicológicos = .91

Nota. La información de la ficha técnica ha sido tomada de “Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica”, por Sanz, J. 2014. *Clínica y salud*, 40.

Inventario de Depresión de Beck (BDI)

Es un autoinforme de 21 ítems, “referidos a síntomas depresivos en la semana previa a la aplicación, con cuatro opciones de respuesta. Los puntajes de severidad de síntomas van de 0 a 63, donde 63 representa la severidad máxima” (Beltrán y Freyre, 2012, p. 7). (Ver Apéndice E).

Tabla 2

Ficha Técnica del Inventario de Depresión de Beck

Nombre de la prueba	Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)
Autor	Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown
Año de publicación	1996
Numero de ítems	21 ítems
Formato de respuesta de los ítems	Escala Likert.
Autor de la adaptación española	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
Editor de la adaptación española	Pearson Educación, S. A
Fecha de la última revisión del test en su adaptación española	2011
Constructo evaluado	Presencia y severidad de la depresión.
Área de aplicación	Psicología clínica, forense y Neuropsicología
Soporte	Administración oral o papel y lápiz

Fiabilidad de consistencia interna

Su confiabilidad es alta en el alfa de Cronbach la cual es de: .93

Nota. La información de la ficha técnica ha sido tomada de “evaluación del inventario de depresión de Beck (BDI-II)”, por Consejo General de Psicólogos Oficiales, Madrid.

5.4 Procedimiento

Se dispuso un número de 14 sesiones para abarcar el proceso terapéutico realizado con la usuaria, cada sesión tuvo una duración aproximadamente de una hora, las cuales se asignaron semanalmente durante cuatro meses hasta lograr los resultados esperados. Es importante resaltar la motivación y el compromiso de la consultante en cada actividad, o técnica empleada, lo cual favoreció la adherencia a la terapia. Este proceso de intervención se desarrolló en tres fases, las cuales se describirán a continuación:

Fase de Evaluación y Diagnóstico

En la primera sesión se diligenció el formato de consentimiento informado después de haber despejado las dudas de la usuaria con respecto a la información descrita en el documento; posteriormente, se indaga sobre el motivo de consulta, historial de la situación, alternativas de solución, dinámica familiar, redes de apoyo, rendimiento en los diferentes ámbitos de la vida (social, académico, laboral) y conductas de riesgo, a través del formato de historia clínica que se utiliza en el Centro de Proyección Social; seguido de esto, en la segunda y tercera sesión, se empezó a identificar el diagnóstico de acuerdo a los criterios expuestos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-5) con la información suministrada por la usuaria y los cuestionarios aplicados (Inventario de Ansiedad de Beck, BAI y el Inventario de Depresión de Beck, BDI).

Fase de intervención

En esta fase se diseñó el plan de tratamiento de acuerdo con las necesidades expresadas por la usuaria, estableciendo de esta manera, las técnicas y metodologías que se emplearon para disminuir el malestar que han generado los diferentes factores estresantes; es por ello, que en un inicio se hizo la respectiva retroalimentación y psicoeducación sobre los resultados de los cuestionarios aplicados y el diagnóstico emitido por el profesional tratante. En las sesiones posteriores (de la 4 a la 10 sesión) se realizó un trabajo conjunto en la identificación de creencias nucleares, pensamientos recurrentes y automáticos que atribuían una valoración negativa a situaciones de su cotidianidad, y que, por ende, generaban un malestar significativo en la paciente. Asimismo, se conoció la perspectiva histórica de las distorsiones cognitivas, es decir, se revisó el periodo evolutivo en el que comenzó a manifestarse los pensamientos irracionales, indagando a su vez las experiencias que ha tenido a lo largo de la vida y la influencia de personas en la generación de reglas, creencias y esquemas disfuncionales que siguen actuando y sirviendo de base. Posteriormente, se ayuda a la usuaria a debatir y refutar sus creencias irracionales a través del cuestionamiento socrático y los 13 principios de la filosofía de vida expuestos por Ellis en la Terapia Racional Emotiva Conductual, ya que, si no se cambia la filosofía de base que en la usuaria se caracterizaba por absolutismos y demandas, pueden surgir con el tiempo nuevas creencias que desencadenen problemas emocionales. De igual manera, se evidenció la necesidad de emplear una serie de auto instrucciones que utilizó la paciente en cada situación o acontecimiento que activaba la sintomatología depresiva, y seguido de esto, se auto reforzara por medio de elogios cuando lograra estabilizar su sintomatología fisiológica. Con el fin de mantener los resultados obtenidos en sesión, se realizan preguntas

que permitan cambiar las ideas de perfección y auto exigencia con respecto a los roles que desempeñaba la usuaria como esposa y madre, debido a que sus constantes demandas la desprendían de sus propias metas, lo que generaba sentimientos de resignación y frustración; es por ello, que luego se empieza a registrar las expectativas que la usuaria tiene a futuro, imaginándose a sí misma como sería y como le gustaría que cambiara su vida en distintas áreas, promoviendo de esta manera el cambio deseado. Con el fin de consolidar los cambios que se habían producido, se inicia un entrenamiento en respiración profunda y relajación progresiva para aumentar el control sobre la sintomatología fisiológica que se activa en situaciones de estrés; por último, se realiza un breve entrenamiento en solución de problemas donde terapeuta y paciente ensayan o practican conductas y estrategias específicas que permitan incrementar la competencia y habilidad para abordar situaciones de su diario vivir; complementando este ejercicio con la técnica de imaginación racional emotiva para generar ese cambio de una emoción perturbadora por otra más apropiada o moderada mediante situaciones imaginadas o hipotéticas.

Fase de aplicación de Post – Test y Cierre

Abarcan las últimas dos sesiones del proceso terapéutico realizado, por lo tanto, se aplican nuevamente los inventarios de Ansiedad y depresión de Beck (BAI – BDI) para medir nuevamente la presencia e intensidad de los síntomas expuestos inicialmente por la consultante, a su vez, analizar la efectividad de la terapia, con el cumplimiento de los objetivos terapéuticos que buscaban principalmente la reducción del malestar emocional en la usuaria. Por último, se realiza el cierre del proceso terapéutico dando la respectiva retroalimentación de los logros que se obtuvieron a lo largo de la intervención psicológica,

de los aspectos que aún quedan por mejorar y las técnicas o ejercicios que debe seguir empleando para mantener los resultados obtenidos a lo largo de las sesiones.

6. Análisis Funcional

La información que se pudo obtener en las primeras dos sesiones permitió identificar y reconocer los problemas que presentaba la usuaria, los cuales influyeron en la decisión de iniciar el proceso terapéutico. A continuación, se describirá cada uno:

- **Autolesiones en hija menor:** desde hace aproximadamente seis meses se venía presentando esta situación a causa de la percepción negativa que tenía la hija de sí misma.
- **Temor por estar internada en una clínica de reposo:** Pensamientos recurrentes que generaban angustia por la posibilidad de ingresar a una clínica de reposo en cada episodio depresivo.
- **Sintomatología ansiosa:** Ante situaciones de estrés o desagrado se activaban los siguientes síntomas: latidos acelerados, sensación de frío y calor, tensión muscular, sudoración, agotamiento.
- **Sintomatología depresiva:** Cuando percibía que la situación de estrés o de desagrado persistía y no la podía controlar se activaban los siguientes síntomas: llanto frecuente, insomnio, sentimientos de desesperanza, de soledad y culpabilidad.
- **Creencias irracionales asociadas a conductas propias que son incompatibles con su religión:** “tuve que haber esperado a casarme para tener mi primera relación sexual” – “si pienso en otro hombre entonces soy una mala esposa” – “si no persisto en la oración entonces Dios no me ayudará en los problemas que tengo”.
- **Pensamientos asociados a la cohesión familiar:** Percepción sobre desintegración familiar a causa de los problemas de convivencia entre sus integrantes.

- **Baja tolerancia a la frustración:** Ante cada situación de desagrado reacciona de manera desmedida, principalmente con llanto y sentimientos de desesperanza.
- **Ideas de perfección:** con respecto al rol de madre y esposa.

Luego de haber identificado cada problema, es importante conocer las variables que están influyendo en la manera como responde la usuaria a nivel cognitivo, emocional y conductual.

Tabla 3

Clasificación de Variables y Respuestas

<i>Variables</i>	<i>Respuestas</i>
Autolesiones en hija menor	Sintomatología depresiva y sobreprotección
temor por estar en una clínica de reposo	Sintomatología ansiosa
Creencias irracionales asociadas a conductas propias que son incompatibles con su religión	Sentimientos de culpabilidad
Baja tolerancia a la frustración	Sintomatología ansiosa y depresiva ante cualquier situación de desagrado.
Pensamientos asociados a la cohesión familiar	Falta de dialogo, distanciamiento emocional con el esposo, sentimientos de soledad.
Ideas de perfección	Sentimientos de frustración.

Motivo de consulta

La usuaria refiere “necesito orientación sobre cómo manejar a mi hija frente a la situación que vive, se corta las manos y eso me genera una tristeza enorme, en ocasiones siento que llevo en mi espalda una carga enorme que no puedo sostener más”

Hipótesis de origen

Las ideas de perfección y autoexigencia están asociadas a un aprendizaje sistemático de desesperanza, debido a las constantes demandas que la desprenden de sus propias metas, generando así, sentimientos de resignación y frustración que refuerzan a través del tiempo la sintomatología ansiosa y depresiva.

Hipótesis de mantenimiento

Signos y síntomas asociados a un trastorno depresivo persistente que se ha originado debido a las creencias irracionales de la consultante con respecto al rol que debe ejercer como madre y esposa, las cuales generan ideas de perfección y autoexigencia que al no versen cumplidas desencadenan la sintomatología ansiosa y depresiva.

Hipótesis diagnóstica

Diagnóstico de trastorno depresivo persistente con síntomas de llanto frecuente, cansancio, desesperanza, palpitaciones, insomnio, sentimientos de culpa y soledad, que desde hace 28 años se presentan por periodos de tiempo intermitentes que no superan los dos meses seguidos sin presentarlos; los cuales se han originado por las creencias irracionales de la consultante con respecto al rol que debe ejercer como madre y esposa, generando de esta manera, ideas de perfección y autoexigencia por las constantes demandas que están asociadas a un aprendizaje sistemático de desesperanza ya que la desprenden de sus propias metas o intereses, desencadenando sentimientos de resignación y frustración que refuerzan a través del tiempo la sintomatología ansiosa y depresiva.

Diagnóstico DSM – 5

Teniendo en cuenta la evaluación realizada a través de entrevistas y test psicológicos, se pudo determinar que la consultante cumple con los criterios expuestos por el Manual

Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) del:

- 300.4 (F34.1) Trastorno Depresivo Persistente (Distimia)
 - A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, durante un mínimo de dos años.
 - La paciente verbaliza “recuerdo que desde los 15 años me he sentido triste, sola, vacía, con ganas de llorar constantemente, algunos días o semanas me siento mejor, puedo decir que me siento tranquila, pero luego vuelvo a sentirme así”
 - B. Presencia, durante la depresión de dos (o más) de los siguientes síntomas:
 - Insomnio

La usuaria refiere “cada vez que me siento triste me demoro en conciliar el sueño, además, me despierto varias veces en la noche”
 - Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones

La usuaria expresa “en ocasiones se me olvidan algunas cosas en el trabajo por estar pensando en las situaciones que pasan en mi hogar” y “a veces no sé cómo reaccionar ante una situación, me es difícil hacer algo para calmar un problema entre mis hijas, por ejemplo”.
 - Sentimientos de desesperanza

La usuaria reporta “siento que así pasaré toda mi vida, sintiéndome bien unos días y otros no, que no seré capaz de controlar mi tristeza, de pronto caeré es una clínica de reposo y es lo que más temor me da”

C. Durante el periodo de dos años de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los criterios A y B durante más de dos meses seguidos.

- La usuaria manifiesta “a veces me siento mejor, siento que voy a ser capaz de controlarme cuando me sienta triste, y lo cumplo, pero luego cualquier situación me pone muy mal”

D. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.

- La usuaria afirma “desde los 15 años aproximadamente soy consciente que he tenido estos momentos de tristeza absoluta, cumpliendo ya más de 15 años así”.

Diagnóstico Diferencial

- 296.32 (F33.1) Trastorno de depresión moderado

Tanto el trastorno de depresión mayor como el trastorno depresivo persistente tienen como característica diagnóstica un ánimo deprimido que aparece la mayor parte del día, durante la mayor parte de los días, sin embargo, se distinguen por el tiempo en que están presentes los síntomas, debido a que en el trastorno depresivo persistente la sintomatología depresiva se prolonga durante al menos dos años, y en ese transcurso de tiempo el individuo no puede estar sin los síntomas por más de dos meses seguidos; a diferencia del trastorno depresivo mayor que el tiempo mínimo para su diagnóstico es de al menos dos

semanas con ánimo depresivo o pérdida de interés o del placer en casi todas las actividades, asimismo, para considerar que la depresión mayor ha sido recurrente debe haber un intervalo mínimo de dos meses consecutivos entre los episodios, durante el cual no se cumplan los criterios para un episodio mayor, lo cual no se relaciona con la información suministrada por la consultante en terapia ya que no ha durado más de dos meses sin presentar los criterios diagnósticos.

6.1 Objetivos Terapéuticos

- Modificar pensamientos de autoexigencia y perfección asociados al rol que cumple de esposa y madre a través de reestructuración cognitiva.
- Aumentar estrategias de afrontamiento que le permitan abordar situaciones generadoras de estrés.

7. Resultados

A continuación, se presentarán los resultados que se obtuvieron durante el proceso terapéutico que se desarrolló en 14 sesiones, por lo tanto, se describirán cada una de ellas con el fin de lograr una mayor comprensión sobre la metodología y técnicas empleadas y los logros obtenidos.

Sesión 1

Se inicia la sesión diligenciando los respectivos formatos institucionales (consentimiento informado e historia clínica), adquiriendo de esta manera información relevante que permitirá identificar no sólo las problemáticas en la usuaria sino también el procedimiento que se llevará a cabo en pro de su bienestar mental; es por ello, que la paciente verbaliza en un primer momento, el motivo por el cual decide acudir a consulta psicológica: *“necesito orientación para manejar a mi hija, no sé qué hacer para que deje de cortarse las muñecas, siento que esta situación es una carga muy grande para mí, a veces creo que no puedo más”*; de igual manera, se indagó sobre el historial de la situación, revelando en este apartado que la preocupación excesiva no sólo se había desencadenado por las autolesiones en su hija menor, sino que se venían presentando desde hace aproximadamente 30 años ante algunas situaciones desagradables o de estrés y desencadenaban en llanto frecuente, pérdida de placer en las actividades que antes solía hacer, insomnio, sudoración excesiva, latidos acelerados, entre otros, que afectaban principalmente su relación de pareja. Por otro lado, se conoció que el único intento de la usuaria por disminuir esa (según lo refiere) *“intranquilidad y llanto frecuente”* era a través de la oración ya que se define como una mujer creyente y apegada a sus creencias

religiosas. Por último, se conoció aspectos importantes de la dinámica familiar la cual se representa en el familiograma.

Familiograma.

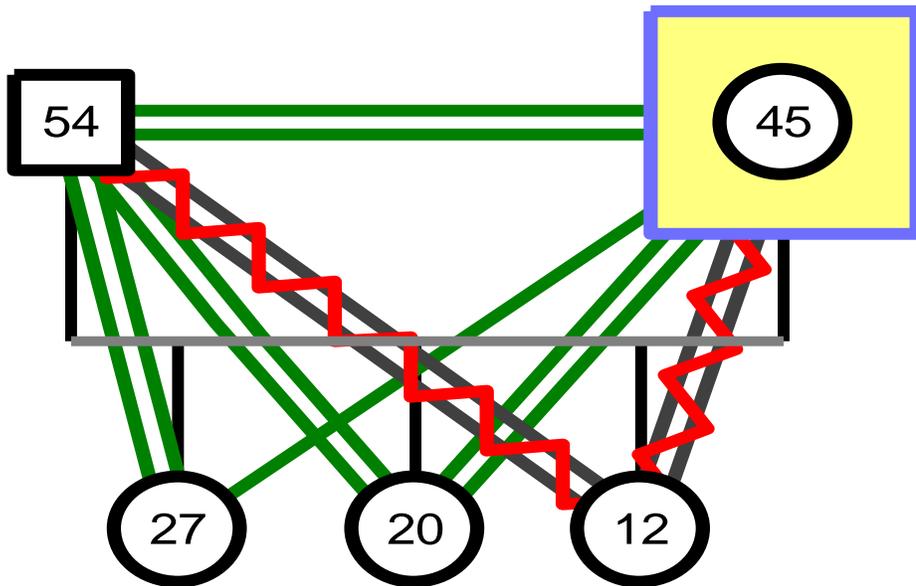


Figura 1. Estructura del Familiograma. La información se ha obtenido a través del formato de historia clínica utilizado en el Centro de Proyección Social, Su Santidad Papa Francisco.

Se puede observar que la usuaria pertenece a una familia nuclear que actualmente presenta problemas de convivencia entre los padres (por establecimiento de normas) y la hija menor (por incumplimiento de normas) lo que ha desencadenado conductas autolesivas en la adolescente; actualmente, la paciente reside en el municipio de Piedecuesta junto a su esposo, hija mayor de 27 años y su hija menor de 12 años. Asimismo, la consultante expresa que la comunicación en su núcleo familiar ha disminuido por las responsabilidades de cada integrante de la familia, reduciendo de esta manera, el tiempo para compartir espacios que favorezcan la unión familiar.

Sesión 2

Debido a que la usuaria llega a consulta manifestando que durante la semana se ha sentido intranquila, agobiada y triste, se empieza a identificar los pensamientos que generan

el malestar emocional a través de un registro que en su momento dio claridad de las personas, situaciones o recuerdos que activan su sintomatología depresiva, como se expone a continuación: *“me inquieta saber si mi hija menor se va a recuperar y no se va a cortar más las muñecas”*, *“si mi hija sigue así no va lograr ser profesional y eso me da mucha tristeza”*, *“creo que no he sido una buena madre porque mis tres hijas han recurrido a cortarse las muñecas en su adolescencia”*, *“no me gusta recordar que tuve relaciones antes del matrimonio porque es pecado y eso a veces no me deja en paz”*, *“no quisiera que mis hijas pasaran por cosas que yo viví como haber trabajado tan joven”* y *“creo que esto nunca acabará, por eso quisiera irme lejos a veces y no regresar”*. Posteriormente, se empieza a evaluar de manera lógica cada pensamiento con el fin de modificar su contenido por otro que sea racional; finalmente, se solicita a la usuaria que complete el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI), dando las respectivas indicaciones y despejando las dudas que tuvo en algunos ítems; como resultado arrojó los siguientes puntos de corte:

Tabla 4

Resultado del Inventario de Ansiedad de Beck

Variable	Puntaje Directo	Categoría
Ansiedad	29	Presencia Moderada

Tabla 5

Resultado del Inventario de Depresión de Beck

Variable	Puntaje Directo	Categoría
Depresión	20	Presencia Moderada

Teniendo en cuenta los resultados presentados en la tabla 3 y 4, se evidencia un nivel de ansiedad y depresión moderado, lo cual se relaciona con la información obtenida en la entrevista clínica, al expresar que durante las últimas semanas ha presentado manifestaciones sintomatológicas de depresión como: llanto frecuente, insomnio, poco interés en actividades que solía hacer; y en ansiedad: sudoración, ahogo, presión en el pecho, intranquilidad e inquietud motora.

Sesión 3

Se inicia dando la retroalimentación de los resultados arrojados en cada inventario aplicado (BAI – BDI), y se explica detalladamente el trastorno que cumple con la sintomatología expuesta por la usuaria y los datos obtenidos en las pruebas, el cual es: trastorno depresivo persistente (Distimia), ya que se relaciona con los criterios expuestos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastorno Mentales DSM-5, luego, se revisó el periodo evolutivo en el que comenzaron a manifestarse los pensamientos irracionales identificados en la segunda sesión, indagando de igual manera las experiencias, y las personas que han influido en el mantenimiento de los mismos, por lo tanto, se detectó que desde los 15 años empezó a presentar malestar emocional por pensar que sus padres no la querían al enviarla a trabajar en servicio doméstico a la capital, lejos de su pueblo natal; cada experiencia negativa que tuvo en ese tiempo reforzaba la creencia de abandono y distanciamiento afectivo por parte de sus padres, asimismo, el secuestro de su novio a los 17 años de edad, los valores cristianos impuestos por sus padres, su deserción escolar por problemas económicos, el matrimonio con su actual esposo como solución a su inestabilidad económica, los cambios de residencia, la responsabilidad del hogar y de la crianza de sus hijas desencadenaron sentimientos de frustración y desesperanza al alejarse

de sus metas por cumplir con el rol que según ella debe ejercer como madre y esposa, los cuales deben satisfacer sus ideas de perfección.

Sesión 4

Se explica el formato de auto registro para que la usuaria empiece a diligenciar los pensamientos disfuncionales que generan malestar emocional, describiendo el contenido de este, las respuestas fisiológicas, emocionales o conductuales que tuvo y tanto el día como la hora que se presentaron. Posterior a ello, se realizan preguntas que permitan validar las Hipótesis planteadas en el proceso terapéutico, analizando si las ideas de perfección y auto exigencia están asociadas a un aprendizaje sistemático de desesperanza por las constantes demandas con respecto al rol que debe ejercer como madre y esposa que le impiden actuar o hacer actividades que desea, generando de esta manera, la sintomatología depresiva; por lo tanto, se pregunta sobre las expectativas que tiene a futuro (tener su propia pastelería, visitar a su hija en argentina), las cosas que le faltan por hacer (tirarse en un parapente, pensar más en ella, hacer cosas que le gusten como viajar con su familia y salir con sus amigas), la percepción que tienen las hijas de ella (que es una madre excepcional), el impulso que le da ser mamá (seguir educando y apoyando incondicionalmente a sus hijas), el sentimiento que tendría si no es una mamá perfecta (sentimientos de frustración, decepción y culpabilidad) y la percepción que tiene sobre las autolesiones en sus hijas (piensa que sus hijas se han acostumbrado a tener todo lo que necesitan y si los padres se niegan a satisfacer sus necesidades pueden manipular con las autoagresiones). Se finaliza dando un resumen de las preguntas y respuestas que se obtuvieron a lo largo de la sesión y de la relación que tienen con el malestar emocional en la usuaria a través del dialogo

socrático, con el fin de alcanzar nuevas perspectivas que desafíen los pensamientos y creencias irracionales existentes.

5 sesión

Se explican los principios teóricos que sustentan la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC), así como los tres insights que se deben alcanzar para llevar a cabo el proceso de cambio, por lo tanto, se intenta dar a conocer por medio de la técnica “descubrimiento guiado” que la perturbación emocional viene determinada por las creencias irracionales que se activan ante las situaciones vitales negativas, favoreciendo así, un cambio en la estructura mental de la usuaria al comprender que en lugar de cambiar las situaciones que le generaban malestar, debía modificar los pensamientos y creencias que eran realmente los responsables de su intranquilidad. A su vez, se resaltan los siguientes principios de la TREC: *Interés por uno mismo* ya que, aunque el sacrificio y la preocupación que tenía la usuaria por otras personas, principalmente sus familiares, era conveniente y necesario en determinados momentos o situaciones, no podía omitir que también era una persona con necesidades y deseos que debía satisfacer; *tolerancia a la frustración*, se trabajó en este principio el derecho a equivocarse, evitando condenarse y por el contrario, perseverar hasta lograrlo, sin embargo, se discutió la aceptación, si la situación desagradable no se podía modificar; y *pensamiento científico*, impulsando a la consultante a ser objetiva, racional y científica, autorregulando sus emociones y conductas, aplicando siempre las leyes de la lógica lo cual favorece el ajuste emocional debido a que fortalece el hábito de detectar, debatir y refutar creencias irracionales sobre todo las basadas en exigencias absolutistas (no debemos discutir si queremos ser una familia feliz) y catastróficas (si mi hija se vuelve a cortar las muñecas, yo me muero).

Sesión 6

Debido a la dificultad que tiene la usuaria en la modificación de pensamientos y creencias irracionales a través del método socrático y de discusión, se inicia un entrenamiento en auto instrucciones para reducir la ansiedad, guiar la conducta (deseada) y proporcionar refuerzo o retroalimentación en los intentos realizados; es por ello que en un primer momento se evaluó el dialogo que la usuaria mantenía consigo misma (no quiero pasar por situaciones de estrés, siempre debo estar disponible para mis hijas, debo estar pendiente en todo momento de las necesidades de mi esposo, no podría tolerar ser una mala madre y esposa), con el fin de generar el mayor número de auto verbalizaciones y auto instrucciones (no soy una mamá ni una esposa perfecta, puedo cometer errores, no puedo solucionar siempre los problemas de mis familiares, debo ayudar a mis hijas a que adquieran mayor independencia) que le permiten guiar con éxito su propia conducta, reduciendo de esta manera, la sintomatología ansiosa; asimismo, se resaltó la importancia de memorizar la serie de auto instrucciones con el fin de utilizarlas ante determinados acontecimientos activadores.

Sesión 7

Se indaga sobre el uso de las auto instrucciones ante acontecimientos activadores y el impacto que han tenido en la reducción del malestar emocional, ante esto, la consultante expresa que no las ha verbalizado cuando la situación lo requiere ya que se le ha dificultado memorizarlas, a su vez, manifiesta que sus pensamientos disfuncionales predominan ante cualquier intento por modificarlos, por lo tanto, se le entregan hojas blancas a la consultante para que las recorte y haga tarjetas, luego se solicita que apunte en cada tarjeta las series de auto instrucciones que debe aprender enfatizando la importancia de leerlas frecuentemente

y luego recordarlas para facilitar su aprendizaje. Posteriormente, se ensayan las diferentes auto instrucciones a través de situaciones hipotéticas donde las podría utilizar y así lograr la estabilidad emocional que desea. Por último, se empieza hacer un breve registro de datos positivos, recogiendo evidencia de los nuevos y viejos esquemas, es decir, en una hoja blanca se registró una de las creencias irracionales que afectaban la tranquilidad de la usuaria (no toleraría ser una mala madre o esposa), al lado se registró la nueva creencia (me permito cometer errores, no soy una mamá ni una esposa perfecta) recogiendo posteriormente, datos positivos que proporcionan apoyo empírico a dicha creencia (la vez pasada tuve que salir hacer una diligencia, mi hija menor quedó en casa sola y no le dejé el almuerzo preparado, me demoré más de la cuenta, por lo tanto, me llamó para exigirme que le solucionara la situación, mi respuesta fue: espere a que llegue a casa o prepárese algo y le colgué, aunque me sentí mal por dejarla sin almuerzo, también pensé en lo que se he venido trabajando en sesión, debo ayudar a mis hijas a tener mayor autonomía).

Sesión 8

Se empieza a trabajar la técnica de respiración profunda para controlar la sintomatología fisiológica que se activa ante situaciones de tensión o desagradables, sin embargo, antes de explicar y ensayar la técnica se reconocieron algunos eventos que preceden al incremento de la activación, principalmente los pensamientos automáticos/anticipatorios (si no me controlo voy a caer a una clínica de reposo, debo cuidar constantemente a mi hija para que no se haga daño) que se presentan en momentos de estrés, y por ende, signos de ansiedad como: presión en el pecho y latidos acelerados, esto permitió que la usuaria sea consciente que esta sintomatología se podía controlar a través del ritmo en la actividad respiratoria y el volumen de la misma ya que es un

mecanismo auto – regulatorio que varía según las necesidades de la persona; es decir, si ella activó esos signos y síntomas, ella de cierta manera puede controlarlos por medio de técnicas como la respiración profunda; siendo consciente la usuaria de este procedimientos, se procede a aplicar la técnica de respiración profunda, dando a la consultante las siguientes indicaciones: debe sentarse cómodamente, colocar la mano izquierda sobre el abdomen y la derecha sobre la izquierda, empieza a respirar (inspirar de 3 – 5 segundos), siente como tu abdomen se va llenando y eleva tus dos manos, mantén la respiración mientras repites “mi cuerpo está relajado” y exhalas el aire despacio. Para confirmar que la usuaria entendió el ejercicio, en un primer momento lo realiza el terapeuta, siendo modelo de la técnica y seguido de él lo realiza la usuaria, esta secuencia se repite 4 veces más hasta dar por concluida la sesión.

Sesión 9

En un primer momento se hace un comparativo con respecto al malestar emocional que presentó la consultante en las sesiones iniciales con el malestar que hasta esta sesión aún presentaba, clasificándolo en una escala de 1 a 10 según la intensidad o afectación, concluyendo que en un inicio la sintomatología depresiva se ubicaba en un nivel 10, a diferencia de la actual sesión (sesión 9) donde la ubica en un nivel 6; esta percepción subjetiva permitió evaluar los cambios que ha obtenido la usuaria en el transcurso de las sesiones, evidenciándose una reducción o disminución del malestar psicológico. A pesar de los logros y la mejoría que se ha obtenido en la usuaria, se resaltó la importancia de continuar aplicando las técnicas que se han trabajado en cada sesión para seguir obteniendo los resultados esperados y poder mantenerlos a través del tiempo, por esta razón, se ponen en práctica dos técnicas realizadas (auto instrucciones, respiración profunda) junto a

técnicas basadas en la imaginación, esta combinación permitió que la usuaria imaginara en un primer momento aquella situación que aún le generaba perturbación emocional (subir a la habitación de su hija, ver sus manos cortadas, llenas de sangre y no saber qué hacer), después, por medio de imaginación como estrategia de coping, debía visualizarse a sí misma, aplicando las técnicas aprendidas para lograr el control o estabilidad emocional que le permitiera reaccionar de la mejor manera ante un acontecimiento de urgencia, como sería las autolesiones en su hija, de esta manera empezaría a entrenarse mentalmente a distintos posibles finales, los cuales serán menos negativos o neutros, de igual manera, este ejercicio ayudaría a prevenir recaídas debido a que la usuaria empezaría a emplear técnicas efectivas que le permitan por un lado, controlar su sintomatología depresiva y por otro, empezar a responder de una manera más adecuada a los diferentes eventos generadores de estrés.

Sesión 10

Para reforzar las técnicas que se habían trabajado con anterioridad y reducir los niveles de activación, se comenzó un entrenamiento con la usuaria en relajación progresiva mediante una disminución progresiva de la tensión muscular, es decir, se le solicitaba que tensara y destensara los diferentes músculos tomando conciencia de las sensaciones que se producían en cada situación, distanciando toda preocupación que tuviera en el momento.

Algunas indicaciones acerca de cómo lograr la tensión, fueron las siguientes: aprieta el puño dominante lentamente y hasta donde más puedas, aprieta el codo contra el brazo de la silla lentamente, lo que más puedas, levanta las cejas con los ojos cerrados arrugando la frente, hazlo lentamente hasta donde más puedas. En la fase de distensión solo se le indicaba que no se debía realizar ningún esfuerzo, solo debía soltar la tensión generada al musculo. Estas secuencias se realizaron 4 veces, y abarcaron los músculos de los brazos,

manos dominantes y no dominantes, así como los de cara y cuello; se finaliza la sesión dejando como tarea practicar en casa la técnica por un tiempo mínimo de 20 minutos antes de dormir, lo cual favorecería la conciliación del sueño al detener pensamientos disfuncionales.

Sesión 11

Con el propósito de incrementar la habilidad de la usuaria para afrontar experiencias estresantes de la vida y de esta manera, identificar las opciones de afrontamiento más adaptativas, se realiza un breve entrenamiento en solución de problemas, ensayando diferentes estrategias que pueden ser eficaces para resolver problemas concretos; entre los problemas que aun percibe la usuaria tener, destaca la dependencia que tiene su esposo e hijas hacia ella, sintiéndose indispensable en la vida de ellos, y teniendo pensamientos como: “siento que mis hijas y esposo no serían capaces de enfrentar ciertas situaciones de la vida si yo me llegara a morir”, por lo tanto, se empieza a desarrollar las fases del entrenamiento en solución de problemas, iniciando por *la orientación hacia el problema*, reconociendo de esta manera que los problemas generan grandes aprendizajes para la vida y que la regulación emocional permite afrontar mejor los problemas; siguiendo con la *formulación del problema* se da la instrucción de recopilar toda la información relevante de la situación (si la usuaria no está en casa sus hijas y esposo no se hacen cargo de los quehaceres del hogar, no preparan sus alimentos y ante cualquier discusión acuden a ella para que pueda controlar los hechos); por medio de esta fase la consultante define el problema de manera objetiva y aumenta la comprensión del mismo; posterior a ello, se analizan las *alternativas de solución*, se solicita a la consultante que piense en todas las estrategias que se podrían utilizar para solucionar la situación y las escriba en un papel,

resaltando que entre más soluciones registre, mayor es la probabilidad de encontrar una apropiada u óptima, finalmente se llega a la fase de *toma de decisiones*, se indica a la usuaria que debe valorar las diferentes alternativas, analizando las ventajas o inconvenientes que puede encontrar en cada una, y que debe escoger la que menos consecuencias negativas provoque en su implantación, la cual fue “empezaré a enseñarles a mis hijas a cocinar, a responder por el orden en sus cuartos y a que mi esposo también colabore en el hogar, poco a poco empezaré a enseñarles ese hábito”.

Sesión 12

Se aplican nuevamente los inventarios de ansiedad (BAI) y depresión de Beck (BAI), dando las respectivas indicaciones y despejando las dudas que se presentaron en el transcurso de la aplicación, con el fin de evaluar la evolución de la usuaria a lo largo del proceso terapéutico, como resultado arrojó los siguientes puntos de corte:

Tabla 6
Resultado del Inventario de Ansiedad de Beck

Variable	Puntaje Directo	Categoría
Ansiedad	7	Nivel bajo de ansiedad

Tabla 7
Resultado del Inventario de Depresión de Beck

Variable	Puntaje Directo	Categoría
Depresión	5	Sin síntomas depresivos

Teniendo en cuenta los resultados presentados en las tablas 5 y 6, se puede evidenciar que las manifestaciones de ansiedad y depresión han disminuido significativamente, en comparación a los resultados que arrojó los inventarios aplicados en la primera fase de la evaluación, evidenciando de esta manera la efectividad que ha mostrado la terapia en pro del bienestar mental de la consultante.

Sesión 13

Se da inicio a la sesión presentando los resultados de los inventarios de ansiedad y depresión de Beck aplicados en la sesión anterior, correlacionándolos de igual manera con los resultados arrojados en la aplicación inicial del proceso evaluativo, destacando los avances que se obtuvieron con respecto a la disminución significativa de la sintomatología ansiosa y depresiva, manteniendo en la actualidad según palabras de la usuaria un “estado emocional estable”; a pesar de tener una notoria mejoría en la terapia, se le informa sobre la posibilidad de tener nuevos pensamientos disfuncionales que afecten la tranquilidad que predomina actualmente en la consultante, por lo tanto, se indaga sobre la existencia de pensamientos que hayan generado malestar en días anteriores, respondiendo que aún piensa que sus hijas “buscan manipularla con sus pataletas y eso le da ira”, por otro lado, piensa que si le llama la atención a la hija menor puede influir para que tome la decisión de autolesionarse nuevamente, por consiguiente, se pregunta ante este caso que podría hacer, teniendo en cuenta las técnicas que se han abordado a lo largo de las sesiones, respondiendo lo siguiente: “debo empezar a cambiar esos pensamientos porque mi rol de madre no solo consiste en brindarles a mis hijas todo lo que necesiten sino también en educarlas, así que debo llamarles la atención cuando lo requieran, y supervisar sin invadirles su espacio que no se hagan daño; si hay algún indicio de cortes en la muñeca de mi hija menor, la llevo

nuevamente a terapia tanto por el seguro como particular, pero no debo desesperarme, y si me empiezo a desesperar me repito constantemente las conductas que debo hacer, respiro profundo y trato de relajarme para no pasarles mi ansiedad a ellas, me deben ver fuerte”; se finaliza la sesión, reforzando la actitud de la usuaria frente a las situaciones que pueden ocurrir más adelante y aclarando, que no siempre se actuará de una manera asertiva, sin embargo, se debe tener la capacidad de analizar las consecuencias que se están originando por las decisiones tomadas y realizar los cambios respectivos para lograr no sólo la solución de la situación sino también la estabilidad emocional por la cual quiso iniciar este proceso psicológico.

Sesión 14

Se hace el cierre de la terapia a través de un breve resumen del procedimiento realizado en cada sesión, iniciando por la fase evaluativa donde se determinó no sólo el trastorno de la consultante, sino también aquellas creencias que generaban la perturbación emocional, siguiendo con la aplicación de técnicas que buscaban el debate y modificación de creencias disfuncionales, hasta el control de la sintomatología fisiológica, y así aumentar las capacidades de la usuaria en la búsqueda de alternativas que le permitan enfrentar y afrontar situaciones de estrés de una manera más eficiente. Por otro lado, se solicitó a la consultante que registrara en una hoja blanca los compromisos que iba a tener al finalizar este proceso psicológico para mantener los resultados positivos que se obtuvieron a lo largo de las sesiones, por lo tanto, se compromete a: “analizar de manera lógica los pensamientos que empiecen a estresarme o preocuparme de manera excesiva, seguir practicando en casa las técnicas de respiración y relajación para poder controlarme cada vez más cuando me sienta intranquila, empezar a hacer actividades que me gusten, darme un tiempo de vez en

cuando para mí, enseñarles a mis hijas hacer más autónomas, llegar a acuerdos con mi esposo en la atención que le damos a las niñas para no acostumbrarlas a mal”. Por último, se refuerza nuevamente el aprendizaje que ha obtenido en la terapia y la motivación que se observa en la búsqueda de una estabilidad que le permita mejorar su calidad de vida, además, se comenta sobre las áreas que aún debe seguir fortaleciendo en casa (las justificaciones que utiliza para no cumplir con las tareas asignadas en sesión o los cambios que debía hacer en sus rutinas para disminuir la sintomatología depresiva) y se recomienda verbalizar una serie de auto instrucciones que le permita recordar durante el día las conductas que debe realizar en pro de su bienestar.

8. Discusión

El objetivo del trabajo realizado fue implementar un tratamiento desde el enfoque Cognitivo Conductual a una paciente de 45 años de edad, con sintomatología relacionada a los criterios diagnósticos de un trastorno depresivo persistente, debido a que los resultados del proceso evaluativo (presencia moderada, al tener un puntaje directo de “20” en el inventario de ansiedad de Beck) coinciden con la información obtenida en las diferentes fuentes del marco conceptual, principalmente en las áreas que afecta el trastorno, según Fátima (2017) la persona con depresión va tener “síntomas afectivos como: animo deprimido y anhedonia; a nivel cognitivo, creencias irracionales; en la esfera conductual, se presenta en algunos casos agitación psicomotriz; y es posible que aparezcan síntomas somáticos como: insomnio, y reducción de la libido” (p.28).

Otro síntoma que afecta tanto el área cognitiva como el afectivo son los sentimientos de desesperanza que se mantienen en la paciente por las ideas de perfección con respecto al rol que debe cumplir como madre y esposa, desencadenando en constantes demandas que la apartan de sus propias metas y le impiden realizar actividades de agrado, por lo tanto, la paciente empieza a percibir que no existe alguna manera de solucionar la situación que le genera malestar, es decir, estos pensamientos irracionales impiden que la persona emita respuestas para evitar los estímulos aversivos ya sea, porque no encuentra ningún reforzador ante la conducta de escape o por la misma situación de la cual es imposible escapar (González y Hernández, 2012).

A pesar de la intensidad de los síntomas, muchas personas que padecen algún trastorno depresivo piensan que pueden controlar la enfermedad con su voluntad, motivándose de alguna manera a mejorar, en el caso de la paciente de este estudio, se apoyó en sus creencias y prácticas religiosas para disminuir el malestar que presentaba ante las diversas fuentes de estrés, sin embargo, no logró los resultados esperados, es por ello, que el Servicio Andaluz de Salud (2013), consideran que la depresión es una enfermedad compleja que requiere de un tratamiento terapéutico y/o farmacológico que permita la remisión de los síntomas y disminuya el riesgo de manifestarse nuevamente el trastorno.

Es posible que los individuos que sufren de un trastorno como la depresión, desistan de buscar ayuda profesional por el miedo a recibir algún tipo de rechazo, como lo afirma García, Muiños, Ferrer y Tous (2013) en su artículo al concluir que un gran porcentaje de la sociedad muestran actitudes negativas hacia las personas con depresión. . Esta realidad se pudo evidenciar en la consultante, ya que, el temor a ser estigmatizada no sólo por sus compañeros

de trabajo, jefes y demás personas cercanas, sino también por sus familiares, contribuía a la negación y omisión de su sintomatología depresiva, la cual le impedía tener un óptimo bienestar general.

Una de las funciones de la psicología ha sido eliminar esa cortina de discriminación y estigma cuando se habla de los trastornos mentales, es por ello que una de las estrategias empleadas es informar sobre los diferentes tratamientos y técnicas terapéuticas existentes para reducir aquellos síntomas que impiden un bienestar óptimo en el individuo; una de las terapias descritas fue la TREC, lo que le permitió a la usuaria, por un lado, aceptar su condición mental y por otro empezar a debatir creencias irracionales que mantenían su malestar emocional; en palabras de Piox (2016), La TRE establece que las personas pueden desenvolverse mejor si poseen valores racionales en lugar de ideas absolutistas, por esta razón, proporcionan herramientas para implementar un método científico en su cotidianidad que favorezca la discusión lógica de sus creencias irracionales.

Por último, el cumplimiento satisfactorio de los objetivos se dio en gran parte por la psicoeducación del trastorno emitido a la consultante, debido a que se describieron las características que lo definen, y se despejaron las dudas con respecto a su evolución y tratamiento eficaz para lograr la mejoría deseada. Es decir, al tener la consultante una mayor comprensión del trastorno que por varios años ha padecido, aumentó de igual manera, la consciencia sobre los factores internos y externos que mantenían la sintomatología depresiva, generando así, adherencia al proceso terapéutico por la relación establecida entre disminución del malestar y decisión propia. Como lo afirma Albarrán, Gallegos y Moreno (2012), la psicoeducación pretende que la “vulnerabilidad del/de la usuario/a vaya

disminuyendo paulatinamente, y que mejoren su funcionamiento cognitivo y su motivación. Por otra parte, se busca que la ansiedad de los familiares disminuya a través de apoyo, estructura e información acerca de la enfermedad” (p.43).

9. Conclusiones

Teniendo en cuenta la información descrita en el presente informe, se pudo evidenciar que los objetivos propuestos en el proceso terapéutico se cumplieron satisfactoriamente, debido a que se diseñó un plan de tratamiento desde el enfoque cognitivo conductual de acuerdo con las necesidades expuestas por la consultante, logrando de esta manera la disminución de los síntomas depresivos que le impedían tener un óptimo desempeño en las diferentes esferas de su vida.

Por otro lado, se dio cumplimiento al proceso evaluativo que consistió en el uso de test psicométricos para evaluar la existencia y severidad de los síntomas, además de otras herramientas como la observación y entrevistas de tipo abierta y cerrada, que permitieron acceder a información relevante en la terapia, principalmente a las creencias que influían en el malestar emocional; de igual manera, facilitó el diseño del plan de tratamiento ya que permitió la identificación de los factores que mantenían el trastorno, y proporcionó datos para analizar la efectividad de la terapia, realizando el análisis de los resultados arrojados en los inventarios aplicados en la fase pre y post de la evaluación, observando la evolución que tuvo la paciente a lo largo de la intervención psicológica.

En cuanto a la intervención realizada, las técnicas que se emplearon pertenecen al enfoque cognitivo conductual, resaltando la Terapia Racional Emotiva Conductual, de

relajación y resolución de conflictos, las cuales generaron mayor impacto en la consultante debido al entrenamiento obtenido en modificación de creencias nucleares, control de la sintomatología fisiológica, y búsqueda de alternativas de solución a situaciones problema o de tensión.

Durante el proceso terapéutico se evidenció que la consultante no tuvo la intención de integrar a los demás miembros de la familia por el temor a ser señalada como una persona “enferma” o “incapaz” de desempeñarse en la sociedad, reflejando así, los mitos o prejuicios que aún hoy en día están presentes al momento de buscar ayuda profesional en psicología debido a la estigmatización o discriminación de terceras personas, incluyendo el núcleo familiar; por lo tanto, se realizó una psicoeducación sobre el trastorno de la consultante, describiendo las características que lo definen, la prevalencia a nivel mundial, la predisposición de adquirir cualquier individuo una condición mental que lo aqueje por un periodo de tiempo y los tratamientos (psicoterapéuticos – farmacológicos) existentes en la actualidad que impactan de manera positiva en la vida de los pacientes y les permite desarrollarse adecuadamente en cada ámbito de la vida. Esta información disminuyó la ansiedad de la usuaria y contribuyó en la aceptación de su condición, lo cual permitió que empezara a hablar con sus familiares del proceso psicológico que estaba realizando en pro de su bienestar mental.

Finalmente, es importante destacar el compromiso de la consultante por generar los cambios necesarios para reducir la sintomatología depresiva que generaban las situaciones de estrés, ya que se esforzó en cada una de las sesiones por realizar y practicar correctamente las técnicas psicológicas, aun cuando se le dificultaba separarse de sus creencias o pensamientos irracionales.

10. Recomendaciones

Es de gran importancia que la usuaria continúe debatiendo y modificando pensamientos o creencias irracionales a través de los principios de la lógica, debido a que estos pueden provocar futuras recaídas que activan nuevamente la sintomatología depresiva ante alguna situación desagradable o de tensión.

Se recomienda que la consultante empiece a adquirir una rutina que le permita tener tiempo de ocio, donde pueda realizar actividades ya sea de entretenimiento o deportivas y que actúen como una forma de distracción para aliviar los sentimientos de tristeza, angustia o ansiedad que pueden desencadenar eventos estresantes.

Por último, es necesario que la paciente continúe apoyando a su hija menor en el tratamiento psicoterapéutico y farmacológico que se está llevando a cabo para controlar la sintomatología depresiva y las conductas autolesivas, lo cual favorece el bienestar de la consultante al no tener pensamientos recurrentes sobre el pronóstico de su hija.

Referencias

- Albarrán, C., Gallegos, P. & Moreno, Y. (2012). Una mirada a la psicoeducación en el tratamiento de la depresión (tesis de pregrado). Universidad del Bio Bio, Chillán, Chile.
- Acevedo, M. & Gélvez, L. (2018). Estrategias de intervención cognitivo conductual en un caso de depresión persistente. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, (55), 156 - 158.
- Asociación Americana de Psiquiatría, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5, 2014). 5ª Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría.
- Amezaga, P. & Saiz, M. (2015). Tipos psicológicos y trastornos depresivos. *Ciencias psicológicas*, 9 (2), 141-152.
- Beltrán, M & Freyre, M. (2012). El inventario de Depresión de Beck: Su validez en Población Adolescente. *Terapia Psicológica*, 1 (30), 5-13.
- Calvo, J. & Jaramillo, L. (2015). Detección del trastorno depresivo mayor en atención primaria. Una revisión. *Revista de la Facultad de Medicina*, 63 (3).1-16.
- Carrasco, A. (2017). Modelos psicoterapéuticos para la depresión: hacia un enfoque integrado. *Interamerican Journal of Psychology*, 51 (2), 181-189.
- Carvajal, C. (2005). Estrés y depresión: una mirada desde la clínica a la neurobiología. *Revista Médica*, 16 (4), 210-219.

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. (2015). Diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto. México: secretaria de salud. Recuperado de: <http://educads.salud.gob.mx/sitio/recursos/Depresi%C3%B3n/Diagn%C3%B3stico%20y%20tratamiento%20del%20trastorno%20depresivo%20en%20el%20adulto%20-%20GER.pdf>

Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. (2003). Psicología clínica y psiquiatría. *Papeles del psicólogo*, 24 (85), 1-10.

Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. (Sin Fecha). Evaluación del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II). Recuperado de: <https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf>

Fátima, R. (2017). Características clínicas de la depresión en el siglo XXI. *Revista de la Universidad del Valle de Atemajac*, (87), 24-33. Recuperado de: https://www.univa.mx/publicaciones/revistas/2017/Revista_enero2017.pdf#page=24

García, J., Muiños, R., Ferrer, M. & Tous, J. (2013). Teoría de la personalidad implícita y explícita de los pacientes con depresión. *Anales de psicología*, 29 (2). 1-12. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282013000200009

Gómez, C., Tamayo, N., Bohórquez, A., Rondón, M., Medina, M., Rengifo, H. & Bautisa, N. (2016). Trastornos depresivos y de ansiedad y factores asociados en la población adulta colombiana, Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45. Recuperado de:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502016000500009&lang=es

Gómez, C., Bohórquez, A., García, J., Rodríguez, M., Rodríguez, J., Jaramillo, L., Palacio, C., ... De la hoz, A. (2012). Guía de atención integral para la detección temprana y diagnóstico del episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente en adultos.

Atención integral de los adultos con diagnóstico de episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente. *Revista colombiana de psiquiatría*, 41. Recuperado de:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502012000400005&lang=es

Gómez, C., Bohórquez, C., Pinto, D., Gil, J., Rondón, M., & Diaz, N. (2004). Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Panam Salud Pública*, 16 (6), 378-386.

González, J. & Hernández, A. (2012). La desesperanza aprendida y sus predictores en jóvenes: Análisis desde el modelo de Beck. *Enseñanza e Investigación en psicología*, 17 (2), 313-327. Recuperado de:

<https://www.redalyc.org/pdf/292/29224159015.pdf>

Hernández, C., García, A., Leal, E., Peralta, V. & Durán, J. (2014). Factores ambientales relacionados a trastornos depresivos. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 52, (5), 574-579. Recuperado de:

<http://www.redalyc.org/pdf/4577/457745484020.pdf>

Ministerio de Protección social. (2018). Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de consentimiento informado. Recuperado de:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Garantizar%20la%20funcionalidad%20de%20los%20procedimientos%20de%20consentimiento%20informado.pdf>

Ministerio de Salud. (2017). Boletín de salud mental, depresión, subdirección de enfermedades no transmisibles. Recuperado de:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-depresion-marzo-2017.pdf>

Ministerio de Salud. (2017). Depresión: hablemos. Boletín de prensa No 055. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Depresi%C3%B3n-hablemos.aspx>

Mingote, J., Gálvez, M., Cuadrado, P., Gutiérrez, M. (2009). El paciente que padece un trastorno depresivo en el trabajo. *Medicina y seguridad del trabajo*, 55 (214), p 4.

Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004). Invertir en Salud Mental. *Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias*, 3-48. Recuperado de:
https://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf

Organización Panamericana de la Salud. (2017). Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. Estimaciones mundiales y regionales de la pérdida de salud, 8-12. Recuperado de:
<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>

Pérez, E., Cervantes, V., Hijuelos, N., Pineda, J., Salgado, H. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. *Revista biomédica*, 28 (2). Recuperado de:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-84472017000200073&lang=es

- Piox, J. (2016). Terapia racional emotiva y síntomas depresivos. (Trabajo de grado, Universidad Rafael Landívar). Recuperado de:
<http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2016/05/22/Piox-Jaqueline.pdf>
- Pontificia Universidad Javeriana. (2017). Depresión en Colombia es más alta que el promedio en el mundo. Recuperado de:
<https://www.javeriana.edu.co/mentalpuntodeapoyo/?p=281>
- Puerta, J. & Padilla, D. (2011). Terapia cognitivo 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:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-TerapiaCognitivaConductualTCCComoTratamientoParaLa-3903329.pdf>
- Ruiz, M^a., Diaz, M. & Villalobos, A. (2012). Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales. 3^a edición. España: Desclée De Brouwer, S.A.
- Sanz, J. (2013). Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. *Clínica y salud*, 39-48. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v25n1/original4.pdf>
- Sales, A., Pardo, A., Mayordomo, T., Satorres, E. & Meléndez, E. (2015). Efectos de la terapia cognitivo-conductual sobre la depresión en personas mayores institucionalizadas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20 (2). 165-172.
- Servicio Andaluz de Salud. (2013). Guía de Autoayuda para la Depresión y los Trastornos de Ansiedad. Recuperado de:
<https://consaludmental.org/publicaciones/Guiasautoayudadepresionansiedad.pdf>

- Vásquez, C., Sánchez, A. & Romero, N. (2014). Clasificación y diagnóstico de los trastornos psicológicos: usos y limitaciones de los sistemas DSM y CIE. Manual de psicopatología y trastornos psicológicos. En Caballo, V., Salazar, I. & Carroble, J. *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (94-124). Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/311767064_Clasificacion_y_diagnostico_de_los_trastornos_psicologicos_Usos_y_limitaciones_del_DSM-IV-TRDSM-5_y_la_CIE-10
- Vargas, p., Latorre, D. & Parra, S. (2011). Estresores psicosociales y depresión mayor recurrente. *Revista salud bosque*, 1 (2), 39-53. Recuperado de: <https://revistasaludbosque.unbosque.edu.co/article/view/94/80>
- Yankura, J. & Dryden, W. (1999). *Terapia Conductual Racional Emotiva*. Bilbao, Desclée de brouwer, S.A.

Apéndices

Apéndice A. Formato de Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

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.bga@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 apegó a ella.

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

Firman, Fecha _____

Nombre Usuario:	
Firma Usuario:	C.C. No.
Nombre Psicólogo (a) en formación	
Firma Psicólogo (a) en formación	C.C. No.
Nombre Psicólogo (a) Asesor (a)	
Firma 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 Magister 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.

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				Dificultades presentadas a causa de esta situación	Alternativas para manejar la problemática
Uso de Drogas					
Otras Situaciones de riesgo					
11. OBSERVACION GENERAL DEL USUARIO (Examen mental)					
12. IMPRESION DIAGNOSTICA (DSM V)					
13. PLAN DE TRATAMIENTO					

Apéndice C. Formato de Autorregistro

Fecha y Hora	Situación / evento estresante	Pensamientos Automáticos	Emociones y sentimientos / Evaluar grado de intensidad (0-10)	Consecuencias

Apéndice D. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:					
Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)					
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente	
1	Torpe o entumecido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Acalorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Con temblor en las piernas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Incapaz de relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Con temor a que ocurra lo peor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Mareado, o que se le va la cabeza.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Inestable.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Atemorizado o asustado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Nervioso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente	
11	Con sensación de bloqueo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Con temblores en las manos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	Inquieto, inseguro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	Con miedo a perder el control.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	Con sensación de ahogo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	Con temor a morir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	Con miedo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	Con problemas digestivos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	Con desvanecimientos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20	Con rubor facial.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente	
21	Con sudores, fríos o calientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Apéndice E. Inventario de Depresión de Beck (BDI)

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre:.....Estado Civil..... Edad:..... Sexo.....
 Ocupación Educación:..... Fecha:.....

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11. Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12. Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1^a. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3^a. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1^a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3^a . No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:
