

**EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DESDE EL MODELO
COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN CASO DE DEPRESIÓN MAYOR**

SHADDAI DANITZA BARBOSA RIOBÓ



**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 Depresión Mayor*

Proyecto presentado por:
SHADDAI DANITZA BARBOSA RIOBÓ
Para optar al título de especialista en psicología clínica

Director del proyecto:
ABDÓN RIBERO ARDILA
Mg. Terapias Psicológicas de Tercera Generación



UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
Bucaramanga, 2020.

Dedicatoria

A DIOS por su amor eterno para conmigo.

A mi esposo por darme cada palabra de aliento cuando la marea era un poco alta, motivándome a seguir alcanzando sueños.

A mis padres y hermanas por su apoyo emocional, espiritual, y financiero.

A mis pastores e iglesia en general por tenerme presente en cada una de sus oraciones.

Agradecimiento

Agradezco a DIOS por su infinita misericordia y bondad con mi vida, Él, quien me dio la perseverancia y aumentó mi fe para alcanzar este sueño que se hace realidad.

Agradezco a la Universidad Pontificia Bolivariana y a todo su equipo de profesionales por su compromiso y dedicación con la academia, la cual me permitió ser cada día una profesional con calidad humana, vocación y servicio.

Tabla de contenido

Dedicatoria	III
Agradecimiento	IV
Lista de Tablas	VII
Lista de Figuras	VIII
Resumen General de Trabajo de Grado	¡Error! Marcador no definido.
General Summary of Work of Grade	¡Error! Marcador no definido.
Introducción	1
Justificación	3
Referente Conceptual	5
Depresión	5
Trastorno depresivo mayor.	6
Ansiedad	9
Comorbilidad	9
Tratamientos y técnicas.....	10
Tratamiento farmacológico.	12
Salud mental en contextos penitenciarios	13
Objetivos	14
Objetivo General	14
Objetivos Específicos.....	14
Método	15
Participantes	15
Instrumentos Éticos.....	15
Instrumentos de Exploración	15
Instrumentos de Evaluación	16
Procedimiento	17
Formulación del caso clínico	19
Presentación del caso clínico	19
Familiograma	19
Problemas.....	22

Descripción del problema.	22
Evaluación sincrónica.	23
Hipótesis de origen.	25
Hipótesis de mantenimiento.....	25
Diagnóstico diferencial.	25
Plan de intervención.....	29
Aplicación de técnicas cognitivo-conductuales.....	29
Resultados.....	31
Resultados de la evaluación clínica pre-tratamiento (PRE).....	31
Resultados del proceso de intervención.....	32
Resultados de la evaluación clínica pos-tratamiento (POS).	33
Resultados de la evaluación psicométrica.....	34
Discusión.....	37
Conclusiones.....	41
Recomendaciones.....	44
Referencias.....	45
Anexos.....	55
Anexo A. Consentimiento Informado.....	55
Anexo B. Historia clínica psicológica.....	56
Anexo C. Escala de Depresión de Hamilton.....	60
Anexo D. Inventario de Depresión de Beck (BDI-2).....	63
Anexo E. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).....	67
Anexo F. Autorregistro del pensamiento disfuncional.	68
Anexo G. Desarrollo del Proceso Terapéutico por sesión.....	69
Anexo H. Resumen del tratamiento implementado según etapa y número de sesión.....	79

Lista de Tablas

Tabla 1. Descripción familiar	20
Tabla 2. Cambios logrados en la estructura cognoscitiva del consultante.....	32

Lista de Figuras

Figura 1. Familiograma.....	19
Figura 2. Resultados pre y post tratamiento del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II).	35
Figura 3. Resultados pre y post tratamiento del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).....	35

Lista de Anexos

Anexo A. Consentimiento Informado	55
Anexo B. Historia clínica psicológica.....	56
Anexo C. Escala de Depresión de Hamilton	60
Anexo D. Inventario de Depresión de Beck (BDI-2).....	63
Anexo E. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).....	67
Anexo F. Autorregistro del pensamiento disfuncional.....	68
Anexo G. Desarrollo del Proceso Terapéutico por sesión	69
Anexo H. Resumen del tratamiento implementado según etapa y número de sesión.....	79

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DESDE EL MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN CASO DE DEPRESIÓN MAYOR

AUTOR(ES): Shaddai Danitza Barbosa Riobó

PROGRAMA: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR(A): Abdón Ribero Ardila

RESUMEN

La presente monografía describe el proceso terapéutico desarrollado con un consultante masculino de 77 años privado de su libertad, su motivo de consulta fue relacionado con sintomatología asociada a depresión. El proceso terapéutico se desarrolló a partir del enfoque cognitivo conductual, utilizando la entrevista y la aplicación del Inventario de Depresión de Beck e Inventario de Ansiedad de Beck, pre y post, como instrumentos de evaluación, para seguidamente dar como diagnóstico un cuadro clínico de depresión mayor. La intervención estuvo basada en el modelo de Aarón Beck, con especial énfasis en pensamientos automáticos. Se evidencia que el abordaje terapéutico permitió el desarrollo de interpretaciones alternativas, disminuyó la sintomatología depresiva y mejoró la calidad de vida del consultante.

PALABRAS CLAVE:

Depresión mayor, cognitivo conductual, pensamientos automáticos

V° B° DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: EVALUATION AND PSYCHOLOGICAL INTERVENTION FROM THE COGNITIVE BEHAVIOR MODEL IN A MAJOR DEPRESSION CASE

AUTHOR(S): Shaddai Danitza Barbosa Riobó

FACULTY: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR: Abdón Ribero Ardila

ABSTRACT

This monograph describes the therapeutic process developed with a 77-year-old male consultant deprived of his freedom, his reason for consultation was related to symptoms associated with depression. The therapeutic process was developed from the cognitive behavioral approach, using the interview and the application of the Beck Depression Inventory and Beck Anxiety Inventory, pre and post, as evaluation instruments, to then give a clinical picture of depression as a diagnosis higher. The intervention was based on Aaron Beck's model, with special emphasis on automatic thoughts. It is evident that the therapeutic approach allowed the development of alternative interpretations, decreased depressive symptomatology and improved the quality of life of the consultant.

KEYWORDS:

Major depression, cognitive behavioral therapy, automatic thoughts

V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK

Introducción

Cuando una persona ingresa a un establecimiento penitenciario vivencia cambios en sus pensamientos y conductas como reacción adaptativa a las exigencias del contexto carcelario (Anaya y Sepúlveda, 2015). Teniendo en cuenta esto, la cárcel funciona como un sistema cerrado que presenta sus propias normas, y frente al cual el privado de la libertad debe asumir un esfuerzo adaptativo constante que le obliga a establecer nuevos roles y patrones de comportamiento, que generan alteraciones a nivel emocional, afectivo, cognitivo y perceptivo (Cajamarca, Triana y Jiménez, 2015; Echeverri, 2010). De esta forma, se reconoce que uno de los trastornos mentales más comunes en el contexto penitenciario es la depresión, caracterizada por la presencia de tristeza, anhedonia, sentimientos de culpa, falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (Botero-Ceballos et al., 2019).

Teniendo en cuenta lo anterior, este documento expone el estudio de un caso clínico desde el modelo cognitivo conductual de un consultante de 77 años, privado de la libertad hace nueve meses, con un cuadro de Trastorno de Depresión Mayor (TDM), según la sintomatología presentada y los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5. Para su mejor comprensión, este trabajo se encuentra dividido en varios apartados: en la primera parte se presenta la justificación de la intervención; en la segunda parte, se abordan las bases teóricas del Trastorno de Depresión Mayor (TDM) y del modelo de intervención utilizado, terapia cognitiva de Beck; en la tercera parte se presentan los objetivos que orientaron la

intervención; la cuarta parte corresponde a la metodología utilizada en la intervención, que incluye participantes, instrumentos y procedimiento; en la quinta parte se presentan los resultados de las intervenciones realizadas, exponiendo el análisis funcional del caso, el plan de intervención y los resultados del proceso terapéutico; el sexto apartado comprende la discusión; y la séptima parte las conclusiones y las recomendaciones.

Justificación

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019), los trastornos mentales son una de las principales causas que producen malestar en la salud de las personas en la actualidad. En concordancia con ello, se encuentra que estos trastornos están entre los 10 principales factores que causan discapacidad alrededor del mundo (De la Fuente et al., 2019; Hernández et al., 2014). De acuerdo con Amezaga y Saiz (2015) y Salvo et al. (2017), la depresión es uno de los trastornos de salud mental más comunes que aquejan a la población mundial, y, según las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), los autores refieren que para el año 2020 la depresión y trastornos relacionados se convertirán en la segunda causa de incapacidad a nivel de salud, seguido de las enfermedades isquémicas.

Por otro lado, se reconoce que la ocurrencia de trastornos psiquiátricos en Colombia es siete veces mayor en las personas privadas de la libertad que en la población general, evidenciándose que el 68% de la población reclusa presenta algún tipo de trastorno mental, siendo la depresión el trastorno más común dentro de esta cifra ocupando el 23% de la prevalencia (Botero-Ceballos et al., 2019; Cuyay, Niño, Díaz, & Ramírez, 2017; Hurtado y Ossa, 2019). Teniendo en cuenta que, en Colombia, dos de cada cinco personas presentan al menos un trastorno mental durante su vida, es importante el acercamiento a los grupos poblacionales con mayor riesgo, siendo la población carcelaria considerada como un grupo vulnerable con demandas insatisfechas (Benavides y Beitia, 2012).

Por último, el presente estudio de caso clínico genera un aporte al profesionalismo del psicólogo clínico ya que le permite desarrollar, analizar y mejorar sus capacidades de intervención, teniendo en cuenta que la depresión es una problemática que repercute en la salud pública, tanto a nivel general como en el contexto carcelario, lo que permite que se aporten herramientas para su abordaje, además de demostrar la eficacia de la terapia propuesta.

Referente Conceptual

Este apartado describe el proceso de evaluación e intervención de dificultades asociadas al trastorno depresivo mayor y sus comorbilidades en un estudio de caso único. Para esto, se hará una breve descripción acerca de la depresión y ansiedad en cuanto a su concepto, diagnóstico, comorbilidad y tratamiento desde la perspectiva cognitivo conductual.

Depresión

La depresión representa uno de los grandes desafíos que enfrentan los sistemas de salubridad en la actualidad (Vicente et al., 2016). Se identifica como un trastorno de las emociones que afecta la personalidad y la conducta, caracterizado por sentimientos estables de inutilidad, infravaloración personal, pérdida de interés por el entorno y demás aspectos como también desesperanza hacia el futuro (Hernández et al. 2014). Así mismo, se reconoce que este trastorno tiene una etiología multifactorial, es decir, responde a múltiples causas, entre las que se reconocen causas genéticas por un factor hereditario, causas psico-sociales, alteración en las vías de los neurotransmisores como la dopamina, noradrenalina, glutamato y serotonina, entre otras (Restrepo et al., 2017; Salvo et al., 2017).

Al referirse a los factores psicosociales como un factor de riesgo para la aparición de depresión, Slavic y Irwin (2014) afirman que los indicadores más relevantes son aquellas situaciones que involucran estrés y rechazo social. De esta forma, este tipo de sentimientos y pensamientos que se desarrollan, afectan directamente la conducta produciendo anhedonia, retardo psicomotor y aislamiento social. En relación con esto, Salvo et al. (2017), encontraron que los eventos de estrés, apoyo social y relación de pareja muestra una baja asociación para la

remisión de un Episodio Depresivo (ED), es decir, dichos factores psicosociales impactan de manera negativa en el sostenimiento de síntomas depresivos.

Trastorno depresivo mayor.

Dentro de los trastornos del ánimo se encuentra el Trastorno Depresivo Mayor (TDM), que, de acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta revisión (American Psychiatric Association, APA, 2013), se entiende como un curso clínico que se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos. Así mismo, de acuerdo con Restrepo et al. (2017) se caracteriza por irregularidades en el afecto y el estado de ánimo, así como distorsiones cognitivas, alteraciones en los ciclos de sueño y alimentación, presentando falta de apetito o un bajo control sobre la ingesta, fatiga y trastornos relacionados con el metabolismo, sistema endocrino y malestares inflamatorios.

La etiología del TDM es desconocida como tal; sin embargo, se reconoce que frecuentemente este diagnóstico se encuentra relacionado con una experiencia traumática o una manifestación de una enfermedad neurológica o a nivel endocrino (Villanueva, 2013). Según Fried y Nesse (2014), el TDM afecta diversas esferas en el funcionamiento del individuo tales como el afecto, niveles de energía, interés por las actividades y la vida en general, procesos cognitivos, autoimagen y capacidad para ejecutar tareas básicas cotidianas. Así mismo, la investigación de estos autores encontró que cerca del 60% de los individuos que cumplían con criterio de diagnóstico para TDM reportaron severa y muy severa discapacidad para el funcionamiento cotidiano.

Por otro lado, la sintomatología depresiva es considerada un aspecto común en el contexto carcelario, posicionando este trastorno como uno de los que más se presenta en personas privadas de la libertad (Hurtado y Ossa, 2019). En el caso colombiano, la depresión ocupa el mayor porcentaje de prevalencia de trastorno mental en las cárceles, con un énfasis en sentimientos de desesperanza y su influencia en el aumento de la tasa de suicidios (Cuyay et al., 2017). De igual forma, el TDM muestra mayor prevalencia a nivel general (Gómez et al., 2016; Larios et al., 2017; Ramos y Silva, 2016; Restrepo et al., 2017).

Una revisión de artículos científicos publicados entre 2007-2017 sobre depresión en personas reclusas en centros penitenciarios describió el comportamiento de esta sintomatología depresiva en hombres privados de la libertad, obteniendo como resultado que la depresión es una condición que se relaciona no solo con el encarcelamiento, sino también con determinantes sociales de los mismos individuos tales como la edad, relaciones de apoyo, entre otras (Botero-Ceballos et al., 2019). Asimismo, una investigación realizada en Manizales en 2014 que buscaba evaluar síntomas depresivos en hombres privados de la libertad encontró reportes de altos síntomas de depresión, con mayor prevalencia en los hombres entre 18 y 44 años (Vélez, Barrera, Benito, Figueroa y Franco, 2016).

Se ha evidenciado así mismo la presencia de esta sintomatología en adultos mayores, tanto la prevalencia (Luppa, et al., 2012) como la incidencia (Palsson, Ostling, Skoog, 2001) de la depresión aumentan notablemente con la edad. Un estudio comparativo que se llevó a cabo en América Latina sobre la prevalencia de la depresión tardía entre diferentes países con bajos ingresos económico, en la que participaron 17000 personas con edad superior a 65 años viviendo en áreas urbanas y rurales de nueve países (Cuba, República Dominicana, Puerto Rico, México,

Venezuela, Perú, China, India y Nigeria), evaluando la depresión utilizando los criterios de la CIE-10 y de la EURO-D por medio de la aplicación del inventario de depresión de Beck; encontrando que la prevalencia de la depresión varió en los diferentes sitios y con respecto al criterio diagnóstico utilizado. Según la CIE-10 hubo una prevalencia del 20% y según la EURO-D del 38%, lo cual es preocupante debido a las escasas intervenciones que existen ante este panorama.

De igual forma, se evidencia que uno de los factores más relevantes que se desprenden de un trastorno de ánimo y el TDM específicamente, es la ideación suicida, el intento suicida y el suicidio como tal (Hernández et al. 2014; Gómez, Tamayo, Bohórquez, Rondón, Medina, Rengifo y Bautista, 2016); identificando este fenómeno como un problema de salud pública, por lo cual requiere un diagnóstico y tratamiento acertado y eficaz. De esta manera, Castro et al. (2013) afirman que el espectro de la conducta suicida es una de las consecuencias de los trastornos mentales y, uno de los más, si no el más temido a nivel social.

Teniendo en cuenta las posibles etiologías, incidencias y particularidades del TDM, es preciso revisar la importancia del tratamiento en este trastorno, reconociendo, como lo indica Hernández et al. (2014), la importancia de poder realizar un diagnóstico preciso para identificar los factores modificables que desencadenan los episodios depresivos y así otorgar un tratamiento oportuno y eficaz, y para brindar un tratamiento de esta manera, se debe realizar un seguimiento riguroso de la respuesta y los síntomas residuales y realizar ajustes según sea necesario. De acuerdo con Salvo et al. (2017), “la carga de enfermedad causada por el TDM puede ser reducida si se aumenta la cobertura del tratamiento” (p. 336).

Ansiedad

Los trastornos de ansiedad y relacionados a esta son definidos por el exceso de preocupación, hiperactividad y en ocasiones miedo. En la mayoría de los casos estos síntomas suelen aparecer súbitamente y afectar diversas esferas de la vida de quien las presenta, estos trastornos son algunas de las condiciones psiquiátricas más comunes en el Occidente (Remes, Brayne, Linde y Lafortune, 2016).

La prevalencia de los trastornos de ansiedad en Colombia según el Ministerio de Salud (2017) en personas de 45 años y más, es del 54,8% en donde se evidencia que tienen uno o más síntomas de ansiedad, convirtiendo esta sintomatología en una de las más frecuentes al interior de la población colombiana. A pesar de esta situación algunas investigaciones (Caro, 1997) mencionan que la ansiedad también cumple un rol de gran importancia a la hora de permitir que los seres humanos puedan adaptarse a diferentes situaciones, por lo que funciona como un mecanismo de vigilancia para su supervivencia. Por lo que ante una situación de peligro el organismo está preparado para sentir miedo y ansiedad en algunas situaciones.

La ansiedad puede convertirse en no adaptativa cuando el peligro al que pretende enfrentarse no es real, su nivel de activación y duración son inadecuados y desproporcionados con relación a la percepción objetiva de la situación, es así como el sujeto no produce una respuesta objetiva (Pérez, 2009). Esto puede generar una serie de síntomas somáticos, cognitivos y emocionales que afectan tanto al plano físico, psicológico y conductual (Rodríguez, 2008).

Comorbilidad

Teniendo en cuenta que en este caso se presentó una comorbilidad entre sintomatología depresiva y de ansiedad, se encontró en la literatura que diferentes estudios han demostrado que

los trastornos del estado del ánimo, específicamente depresión y ansiedad, son de las sintomatologías de mayor incidencia a nivel mundial por lo que han sido estudiadas de forma conjunta. En Colombia, en un estudio realizado con 25.134 participantes (Gómez y Rodríguez, 1997) encontraron que un 11,8% de afectación leve y un 4% de depresión alta, siendo más prevalente en personas de los 45 a los 60 años, en aquellos con altos índices de consumo de alcohol y cigarrillo, con antecedentes de intento de suicidio, baja satisfacción con los logros y percepción de bajos ingresos.

Se ha evidenciado de la misma forma que existe mayor nivel de ansiedad cuando la depresión aumenta, y viceversa, por lo que se evidencia una relación directamente proporcional, siendo la ansiedad la variable con más asociación en el estudio. Además, Montorio et al. (2001) analizaron los dos trastornos y hallaron un 14,4% de trastorno del estado de ánimo y un 11,3% de trastornos de ansiedad, a lo que aseguran el estudio de la comorbilidad entre estos dos es de 57,1%. De igual forma, reportan su relación con altos índices de mortalidad, que representa el 15% de los casos, con alto riesgo en personas mayores de 55 años (DSM IV, 1995). Otros autores encuentran un 47,5% de comorbilidad, lo que refleja una alta incidencia de estas dos patologías (Beekman et al, 2002).

Tratamientos y técnicas

Dentro de los tratamientos más empleados para intervenir el TDM se encuentran el farmacológico, la terapia psicológica y/o ambos de manera simultánea (Hernández et al. 2014). Dentro de la terapia psicológica, el modelo cognitivo considera la depresión como el resultado de la percepción de experiencias configuradas erróneamente que ocasionan pensamientos distorsionados e inadecuados con los cuales el individuo interpreta la realidad de manera

negativa y errónea, siendo esto la base para formar conceptos negativos sobre sí mismo, el futuro y el mundo (Álvaro, Garrido y Schweiger, 2010). Beck (1967, 1976) afirma que las personas estructuran sus cogniciones mediante una serie de esquemas que se incorporan a su aprendizaje, definiendo la forma en la que interactúan y reaccionan a su entorno; asimismo, Beck, (1983), menciona que se dan errores en el procesamiento de la información ocasionados por la presencia de diferentes distorsiones cognitivas que imposibilitan múltiples funciones ejecutivas, entre las que están:

Abstracción selectiva. Enfocarse en ciertos aspectos, generalmente negativos, ignorando los demás. Inferencia arbitraria. Asumir una conclusión sin evidencia que la apoye. Personalización. Predisposición para atribuirse a sí mismo eventos externos cuando no existe una base firme para relacionarlos. Maximización y minimización: Subestimar y sobreestimar la importancia de un evento.

Por otra parte, la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) abarca diversas técnicas de intervención para el Trastorno de Depresión Mayor (TDM). La psicoeducación es una de ellas, se trata de información o educación que se brinda a las personas que atraviesan por alguna situación particular y acuden a consulta (Camargo, Guarín y Santos, 2016). También se encuentra la técnica de Relajación Muscular Progresiva (RMP), la cual consiste en la tensión y relajación de los músculos mientras se tienen en cuenta las emociones que se presentan durante el ejercicio (Ruiz, Díaz, y Villalobos, 2012). Además, se encuentra la revelación emocional mediante la escritura de pensamientos, emociones y conductas, generalmente en auto registros.

Se reconoce que la utilidad de estas técnicas instaure sobre la necesidad de modificación de los esquemas cognitivos de los pacientes, con el fin de moldear su estructura cognitiva y

construir pensamientos mayormente adaptativos que les permita una mejor relación con su entorno (Cantillo, 2019). Según la literatura actual estas terapias han permitido minimizar y reducir en gran medida los efectos de los síntomas tanto físicos como cognitivos y emocionales, la aplicación de terapias desde el enfoque cognitivo y conductual es de gran importancia en el abordaje de estos trastornos es de gran importancia para alcanzar los objetivos terapéuticos (Ruiz, Díaz, y Villalobos, 2012).

Tratamiento farmacológico.

Al momento que se aborda el consultante no había sido valorado por área de psiquiatría ya que el centro penitenciario en esa ocasión no contaba con el servicio; teniendo en cuenta la sintomatología presentada se aplican las respectivas pruebas para su diagnóstico, a su vez en la sesión 10 es valorado por el área de psiquiatría que no considero pertinente el suministro de medicamentos farmacológicos.

Sin embargo se encontró que desde hace más de cuatro décadas que la Organización Mundial de la Salud ha hecho referencia sobre la buena administración y uso de los medicamentos, en donde se hace énfasis sobre la importancia de que los pacientes reciban fármacos apropiados para sus necesidades clínicas, en dosis ajustadas a su situación particular, durante un período de tiempo adecuado y al mínimo costo posible para ellos y para la comunidad” (Organización Mundial de la Salud, 1985). Esta premisa ha tomado gran relevancia en el tratamiento de enfermedades y trastornos mentales como la ansiedad y la depresión teniendo en cuenta que la farmacoterapia es un complemento al proceso psicológico en el tratamiento de estas condiciones (Baldwin y Polkinghorn, 2005).

Así mismo, se reconoce que la falta de adherencia a estos tratamientos en pacientes con estos trastornos es una problemática de salud pública a nivel mundial debido a que son enfermedades recurrentes y que presentan en su evolución constantes recaídas (DiMatteo, Lepper y Croghan, 2000). En la actualidad las guías de tratamiento recomiendan mantener el tratamiento farmacológico sea aplicado al menos seis meses en episodios depresivos y ansiosos (Melphi et al., 1998), este mismo autor propone que el cumplimiento de estos procesos está relacionado con mejoría en las sintomatologías además de reducir riesgo de recaídas y más en contextos controlados como es el penitenciario.

Salud mental en contextos penitenciarios

Investigaciones sobre salud mental en el contexto penitenciario han evidenciado presencia de diversas sintomatologías al interior de estas instituciones, por ejemplo, Zaragoza (España), en el año 2003, 1.093 internos reportaron un 3% de sintomatología psicótica positiva, 16% depresiva, .35% ansiosa y el 46% comportamiento desadaptado y/o incongruente (Arroyo, 2006). En Colombia Mojica, Sáenz y Rey Anacona (2009) hallaron un 20% de los internos de centros penitenciarios con riesgo de depresión y desesperanza. Igualmente, en otro caso, Ordóñez y Ruiz (2008) identificaron estadísticas que evidencian mayor prevalencia de suicidios en cárceles que en la población civil además de encontrar relación con la depresión, el consumo de sustancias psicoactivas, ansiedad, ideación suicida, antiguas enfermedades o tratamientos psiquiátricos y problemas emocionales. Igualmente, autores como Ruiz (2007), Muro de Araujo y Paino (2008) evidencian que el encarcelamiento puede influir directamente en predisponer aparición de comorbilidad, pues consideran que produce altos niveles de ansiedad y depresión.

Objetivos

Objetivo General

Implementar un plan de intervención psicológica desde el modelo cognitivo conductual en un caso de depresión mayor.

Objetivos Específicos

Evaluar la sintomatología depresiva del consultante mediante instrumentos basados en el modelo cognitivo conductual.

Diseñar un plan de intervención cognitivo conductual según los objetivos terapéuticos definidos con el paciente.

Analizar la efectividad del tratamiento desde el modelo cognitivo conductual a través de un estudio de caso único con diseño pre y pos-test.

Método

Participantes

Estudio de caso único con un consultante de 77 años, género masculino, ocupación de conductor, privado de la libertad hace nueve meses y recluido en el Establecimiento Penitenciario de Mediana Seguridad y Carcelario de Aguachica (EPMSC AGUACHICA). El caso fue seleccionado debido al interés, intencionalidad de cambio y adherencia al tratamiento del participante.

Instrumentos Éticos

Consentimiento informado. Documento legal basado en la Ley 1090 de 2006 que demuestra la aceptación voluntaria del consultante en el proceso de intervención; además describe el proceso, sus riesgos, beneficios, alcances y demás (Ver Anexo A).

Instrumentos de Exploración

Historia clínica. Se adaptó el formato de historia clínica proporcionado por personal de salud de la institución (Anexo B). Este documento aborda los datos demográficos del usuario, el motivo de consulta, historial de la situación, intentos previos para solucionarlo, redes de apoyo, aspectos familiares, antecedentes médicos y/o psicosociales, impresión diagnóstica, plan de tratamiento y recomendaciones.

Instrumentos de Evaluación

Escala de Depresión de Hamilton (Hamilton, 1967, validada al español por Ramos, 1986). Escala heteroaplicada que mide la gravedad de los síntomas de la depresión en pacientes previamente diagnosticados y valora los cambios del paciente a través del tiempo (Anexo C). Tiene 17 ítems, cada uno contiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 o de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. Los puntos de corte suelen ser: No deprimido: 0-7, Depresión ligera/menor: 8-13, Depresión moderada: 14-18, Depresión severa: 19-22, Depresión muy severa: >23.

Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) (Beck, Steer & Brown, 1996). Escala auto administrada que mide el grado de depresión en la semana previa a la aplicación, consta de 21 ítems tipo Likert, cada uno con cuatro opciones de respuesta calificadas de 0 a 3, siendo 0 la no identificación y 3 la identificación absoluta (Anexo D). Los ítems se suman para obtener una puntuación total, la cual puede ir de 0 a 63 puntos; las puntuaciones se distribuyen de esta forma: de 0 a 13, no padece depresión; 14 a 19, depresión leve; 20 a 28, depresión moderada; y 29 a 63, depresión severa.

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) (Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988). Escala de auto aplicación que evalúa el grado de ansiedad en la semana previa a la aplicación. Tiene 21 ítems y una escala de calificación de cuatro puntos, constituida por "En absoluto", "Levemente", "Moderadamente", y "Severamente" (Anexo E). Para su calificación, se asignan valores de 1 a 3 (sin tener en cuenta la opción de "nada en absoluto") a cada ítem y se suman obteniéndose una puntuación total, la cual puede ir de 0 a 63 puntos; las puntuaciones se distribuyen de esta forma:

0 y 7 nivel mínimo de ansiedad, de 8 a 15 ansiedad leve, de 16 a 25 moderada y de 26 a 63 como grave.

Autorregistro del pensamiento disfuncional. Formato de identificación y registro de pensamientos, emociones y conductas negativas; que serán sustituidos por respuestas alternativas (Ver Anexo F).

Procedimiento

La intervención terapéutica se llevó a cabo mediante 11 sesiones. Según Minici, Rivadeneira y Dahab (2001), las intervenciones en terapia cognitivo conductual se estructuran en tres fases:

Primera etapa: Evaluación y diagnóstico.

Conformada por las tres primeras sesiones. Durante esta fase, se realizó la entrevista inicial con el objetivo de conocer el motivo de consulta, identificar antecedentes y problemáticas, además de establecer rapport. Asimismo, se llevó a cabo la firma del consentimiento informado, y la aplicación de la Escala de Depresión de Hamilton, el Inventario de Depresión de Beck, y el Inventario de Ansiedad de Beck. Se retroalimentó al consultante sobre los resultados obtenidos en las pruebas psicométricas, se realizó psicoeducación sobre el tratamiento desde el modelo cognitivo conductual, y se construyeron los objetivos terapéuticos que enfocaron el plan de tratamiento.

Segunda fase: Intervención.

Se realizaron seis sesiones con el paciente, de la sesión cuatro a la sesión nueve, en las cuales se aplicaron técnicas de intervención con la finalidad de lograr los objetivos planteados; algunas

de estas técnicas fueron psico-educación, utilización de la metáfora, relajación muscular progresiva y autorregistros.

Tercera fase: Evaluación post y cierre.

Compuesta por las últimas dos sesiones: sesión 10 y sesión 11. En esta fase se evaluó la intervención terapéutica mediante la nueva aplicación del Inventario de Depresión de Beck y el Inventario de Ansiedad de Beck, obteniendo una disminución de sintomatología en el paciente. Asimismo, se brindaron nuevas estrategias para el mantenimiento de los cambios, psicoeducando sobre posibles recaídas y cómo afrontarlas.

Formulación del caso clínico

Presentación del caso clínico

Nombre: G.N.D

Edad: 77 años

Escolaridad: Primaria

Estado civil: Casado

Religión: Católica

Ocupación: Conductor

Familiograma

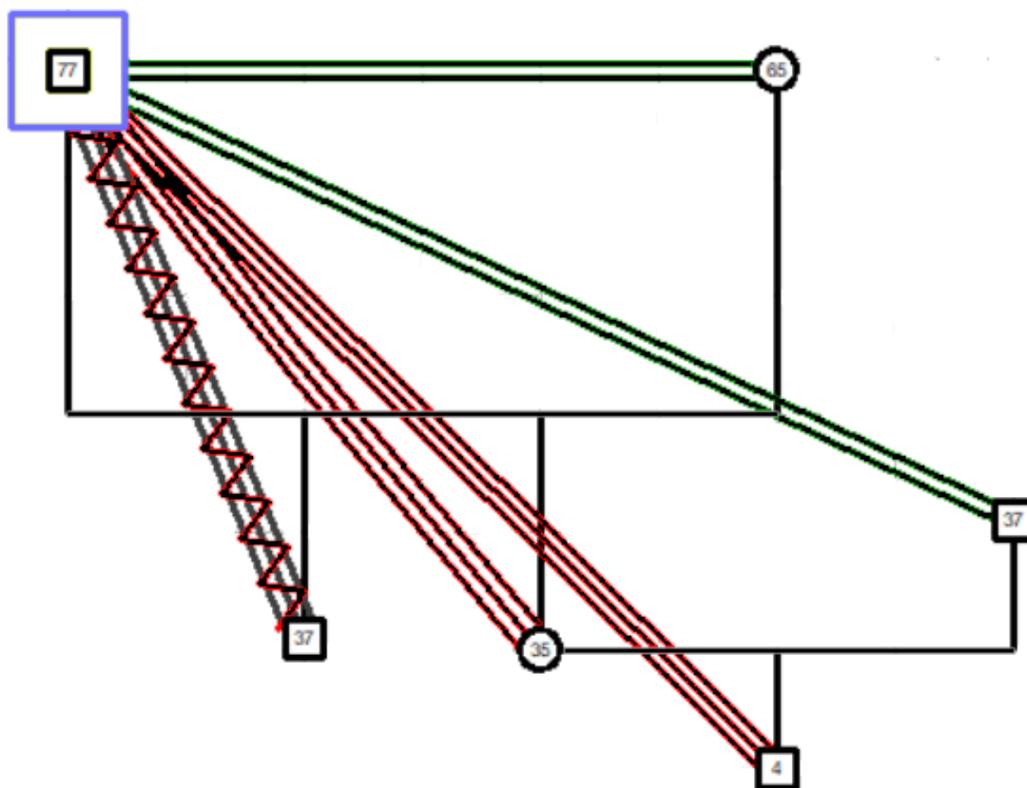


Figura 1. *Familiograma*

Tabla 1. *Descripción familiar*

Nombres y Apellidos	Parentesco	Edad	Grado de Escolaridad	Ocupación	Relación
C. S	Esposa	65 años	Primaria	Ama de casa	Cercana
J. G. N	Hijo	37 años	Universitaria	Ingeniero de petróleo	Conflictiva
A. N	Hija	35 años	Tecnóloga	Administradora	Estrecha
C. U	Yerno	37 años	Tecnólogo	Administrador	Cercana
S. T. N	Nieto	4 años	Jardín	-	Estrecha

Nota: *Las edades de los usuarios corresponden a la edad que tenían al momento de la primera atención.

El consultante (G.N.D) proviene de familia nuclear. Antes de encontrarse privado de la libertad, convivía con su esposa en Gamarra, Cesar. Tiene dos hijos, el mayor es hombre de 37 años, quien reside en Emiratos Árabes por situación de trabajo; su hija menor tiene 35 años y vive en Bogotá junto con su esposo e hijo de cuatro años.

Mantén dinámicas familiares funcionales; según lo referido, se presentaban problemáticas comunes que podían ser resueltas. La relación con su esposa es cercana, basada en la confianza y el apoyo mutuo. Por otro lado, la relación con su hijo mayor es estrecha pero conflictiva, la comunicación entre ambos es ocasional debido a la distancia; la relación con su hija es estrecha, mantienen comunicación permanente y es ella quien está a cargo de las situaciones jurídicas de su caso. Asimismo, también posee una relación estrecha con su nieto, presentando preocupaciones excesivas sobre este, y una relación cercana con el esposo de su hija.

Actualmente, su esposa convive con su hija en Bogotá pues esta no quería "dejarla sola en Gamarra". Menciona que ellas lo visitan en el penal cada 15 días, y su familia extensa lo visita todos los domingos.

Motivo de consulta.

El consultante refiere *“Yo estoy impresionado con mi condena... eso me ha llevado a una tristeza muy grande y no puedo dormir ni comer pensando en lo que está pasando”*

Descripción del motivo de consulta.

Consultante masculino de 77 años, privado de la libertad hace nueve meses, y recluido en el Establecimiento Penitenciario de Mediana Seguridad y Carcelario de Aguachica (EPMSC AGUACHICA), por presunto abuso sexual en menor de 14 años. Refiere sentirse triste “no merezco estar aquí” señala que es inocente, presenta llanto durante la mayor parte del día, y se encuentra aislado casi todo el tiempo; no duerme durante la noche pensando en su presunta inocencia y en su familia, suele dormirse aproximadamente a la 1:00 am y se levanta entre las cuatro y cinco de la mañana. Su salud física también está deteriorada, ya que dejó de pesar 93 kilos en su entrada al centro penitenciario a pesar 70 kilos en el momento, tiene problemas de próstata, le han realizado 10 intervenciones quirúrgicas en la rodilla y manos por fracturas. Finalmente comenta que es un “viejo inútil”.

Sus mayores preocupaciones se encuentran relacionadas con su entorno familiar. Refiere que su mayor miedo es que su familia lo olvide, incluso cuando sus hermanas y sobrinos lo visitan todos los domingos, y habla con su esposa e hija por teléfono; solo se alimenta cuando sus familiares le llevan comida y supervisan que lo consuma. Presenta miedo constante que a su esposa y nieto les “pase algo malo, ya que Bogotá es una ciudad peligrosa y (él) no puede estar con ellos para acompañarlos y defenderlos”. Asimismo, otros de sus pensamientos se relacionan

con la idea de que “está muy enfermo”, además de tener miedo de “no salir con vida de la cárcel”.

Problemas.

- Sintomatología asociada a la depresión.
- Preocupaciones recurrentes sobre familia.
- Pobres estrategias de afrontamiento.
- Pensamientos intrusivos sobre su estadía en el centro penitenciario.
- Dificultades en la toma de decisiones.

Descripción del problema.

Sintomatología asociada a la depresión. El consultante presenta estado de ánimo deprimido la mayor parte del tiempo, menciona que se siente triste y vacío, además de pérdida de interés por la realización de actividades, aislamiento; pérdida de peso, dificultades para dormir, agitación, fatiga, le cuesta tomar decisiones, suele tener pensamientos intrusivos e irracionales sobre su relación con la familia, baja autoestima y pensamientos de inutilidad. Se evidencia constante llanto fácil y labilidad emocional, especialmente los días posteriores al contacto con su familia.

Preocupaciones recurrentes sobre familia. Miedo constante que sus familiares (esposa y nieto) les ocurra algo, ya que él no puede estar con ellos para acompañarlos y defenderlos.

Pobres estrategias de afrontamiento. El consultante muestra poca autonomía y pobre capacidad de resolución de problemas. El consultante suele utilizar una visión poco optimista de

los problemas y la realidad en general, valiéndose en pocas circunstancias de los recursos propios para hacer frente a las dificultades.

Pensamientos intrusivos sobre su estadía en el centro penitenciario. El consultante menciona constantemente que es inocente lo que, sumado a su situación de encarcelamiento y el contexto penitenciario, han afectado notablemente su estado de ánimo y motivación.

Dificultades en la toma de decisiones. Teniendo en cuenta los pensamientos intrusivos e irracionales, el consultante suele tener dificultades para tomar decisiones incluso las que suelen considerarse cotidianas.

Evaluación sincrónica.

El consultante describe su contexto actual como un factor relevante en la activación de sus conductas disfuncionales, ya que estar inmerso en un contexto de prisionalización, rodeado de personas condenadas y citando su inocencia ante los crímenes por los cuales se le han acusado, ha contribuido a que se desencadenen una serie de reacciones emocionales y patrones de comportamiento mal adaptativos. De igual forma, la percepción de problemas relacionales con su familia ha influido en las dificultades dentro de su proceso de condena y su estado de ánimo.

Evaluación Diacrónica.

Factores de Predisposición.

Precipitantes: prisionalización, alejamiento de la familia.

Factores de Mantenimiento.

El entorno de reclusión del consultante

Factores Protectores.

Búsqueda de apoyo de profesionales de la salud.

Espiritualidad.

Dominios.***Emocional afectivo.***

Presenta constantes cambios emocionales; se evidencia tendencia al bajo estado de ánimo, labilidad emocional, preocupaciones constantes.

Cognoscitivo verbal.

Desarrollo cognitivo y del lenguaje acorde a la edad, nivel educativo y cultural; pensamiento y lenguaje fluido y coherente.

Interacción.

Se evidencia aislamiento con personas del entorno el que se desenvuelve, lo anterior debido a su estado de ánimo. Mantiene comunicación con su familia.

Hipótesis de origen.

Estar recluso en el complejo carcelario, según el consultante, por un delito que no cometió (presunto abuso sexual en menor de 14 años), y permanecer privado de la libertad y sin la compañía de su esposa y familiares.

Hipótesis de mantenimiento.

Pensar que, al permanecer recluso, su familia se olvidará de él y lo dejarán solo; además, de estar lejos de su familia y no poder defenderla de los peligros de la ciudad. Considerarse como un “viejo que no sirve para nada”.

Diagnóstico diferencial.

Se debe establecer un diagnóstico diferencial respecto a otras patologías que tienen características comunes, para descartar la presencia de estos y confirmar la impresión diagnóstica. Uno de estos es el Trastorno Distímico, en que los síntomas son considerados crónicos ya que su duración es mayor que en la depresión, presentándose continuamente por un período mínimo de dos años; no obstante, la severidad e intensidad de los síntomas en este caso es menor, y no aplican con el curso y la evolución del problema manifiesto en el consultante.

Asimismo, se puede hablar de un trastorno de adaptación, en el que también puede aparecer la ansiedad y sintomatología asociada a la depresión. Sin embargo, se destaca que esta categoría solo se utiliza cuando no se cumplen los criterios de otros trastornos; por tanto, si una persona cumple los criterios para otro trastorno en respuesta a un factor de estrés (como ansiedad generalizada o depresión mayor), no sería aplicable el diagnóstico de trastorno por adaptación.

Impresión Diagnóstica.**296.33 (F33.2) Trastorno de depresión mayor****Según la gravedad actual:** Grave **Especificadores:** En remisión inicial

Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM V) publicado por la American Psychiatric Association (APA, 2013), los criterios que cumple el consultante son:

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer. El consultante presenta ocho criterios:

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva.

Comenta que se siente triste, solo, mantiene llanto constante desde hace aproximadamente 9 meses.

2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.

3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta y disminución del apetito casi todos los días.

Bajo apetito desde hace nueve meses, bajando aproximadamente 13kg desde entonces.

4. Insomnio casi todos los días.

Duerme desde las 1:00 am hasta las 4:00 a.m. o 5:00 a.m.

5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros).
 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días.
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días.
- B.** Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C.** El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.
- D.** El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- E.** Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Presenta comorbilidad con:

300.02 (F41.1) Trastorno de ansiedad generalizada

Igualmente, según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM V), los criterios que cumple el consultante son los siguientes:

A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de 6 meses, en relación con diversos sucesos o actividades.

Presentes desde aproximadamente 9 meses.

B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.

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

1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.

2. Facilidad para fatigarse

3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco

4. Irritabilidad

5. Tensión muscular

6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse).

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

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

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

Plan de intervención

Aplicación de técnicas cognitivo-conductuales.

Desde el modelo cognitivo conductual, es la interpretación errónea de los eventos que afectan al individuo lo que produce la depresión, y repercute a su vez en la motivación y los estados afectivos (Freeman y Oster, 2007).

Psicoeducación.

Técnica enfocada en la información, con un enfoque terapéutico, que incluye trabajar con el significado del trastorno, la identificación de los desencadenantes individuales, el manejo de los síntomas y la superación de los problemas de adherencia (Colom, 2011).

Reestructuración cognitiva.

Técnica general de las terapias cognitivas, que busca identificar y corregir patrones de pensamiento negativo (Fojan-Parga, & Calero-Elvira, 2011). Cuando las creencias son irracionales, aparecen en forma de pensamientos automáticos y ocasionan malestar emocional; por tanto, deben hacerse conscientes, por medio de auto-registros (Caballo, 2007).

Auto-registros.

Técnica de reestructuración cognitiva en la que se lleva registro de pensamientos, emociones y conductas; se busca la identificación y cuestionamiento de las creencias irracionales y pensamientos automáticos distorsionados relacionados con sus conductas problemáticas (Herrera, 2019).

Diálogo socrático.

Técnica cognitiva que busca provocar una disonancia cognitiva mediante preguntas sistemáticas que pongan en evidencia los errores lógicos en la forma de procesar la información (Partarrieu, 2011).

Role Playing

Técnica de co-creación mediada por roles que busca, mediante la espontaneidad y creatividad, la intervención en las relaciones de grupo (Riera, 2009).

Estrategias de control de la activación emocional

Aplicación de técnicas de relajación (muscular progresiva) para disminuir el nivel de activación general (Schwarz & Schwarz, 2017).

Ensayo conductual

Practicar masivamente las conductas que son objeto de intervención para valorarlas y en consecuencia reforzarlas o no inmediatamente (Caballo, 2007).

Prevención de recaídas.

Busca consolidar los logros obtenidos y prevenir posibles recaídas, mediante el resumen de los aspectos abordados en la intervención, las estrategias y habilidades adquiridas durante la terapia y la psicoeducación sobre la importancia de continuar practicando lo aprendido y el modo de actuar frente a posibles recaídas (Caballo, 2007).

Resultados

El presente apartado expone los logros y resultados tras once sesiones de intervención terapéutica que incluyeron la implementación de diversas técnicas cognitivo-conductuales.

Resultados de la evaluación clínica pre-tratamiento (PRE).

Se tomó a consideración la sintomatología referida por el consultante, así como el tiempo, la frecuencia de evolución, antecedentes y el análisis funcional; para postular una impresión diagnóstica: el 296.33 (F33.2) *Trastorno de depresión mayor*, según la gravedad actual: grave, especificadores: en remisión inicial; presenta comorbilidad con 300.02 (F41.1) *Trastorno de ansiedad generalizada*. De igual forma, se definieron las problemáticas asociadas a los trastornos como sintomatología asociada a depresión, preocupaciones recurrentes sobre familia, pobres estrategias de afrontamiento, pensamientos intrusivos sobre su estadía en el centro penitenciario, y dificultades en la toma de decisiones. Asimismo, se aplicó el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). Por otro lado, también se aplicó la Escala de Depresión de Hamilton, pero no fue tomada en cuenta debido a que el consultante refirió no entenderla; igualmente, se intentó aplicar la Escala de Estrategias de Coping (EEC), sin embargo, no se llevó a cabo ya que las instrucciones eran difíciles de comprender para el consultante, teniendo en cuenta su edad. Se destaca la construcción de una alianza terapéutica durante el proceso.

Resultados del proceso de intervención

A través de la psicoeducación y la reestructuración cognitiva, junto con el diálogo socrático y el autoregistro, el consultante logró reconocer de sus pensamientos automáticos y emociones, además de la diferencia entre ambos conceptos. Asimismo, logra identificar distorsiones cognitivas, reconociendo dichos errores en su manera de pensar. También se utilizaron técnicas como la retroalimentación y el juego de roles en el proceso de fortalecer la identificación y detención de pensamientos automáticos.

Se hizo énfasis en la reestructuración cognitiva, logrando evaluar la utilidad y validez de los pensamientos, y reconociendo la certeza con que los percibe el consultante; además, se valoró las ventajas y desventajas de estos; para finalmente introducir pensamientos e interpretaciones alternativas (respuestas adaptativas) junto con el consultante. Por otro lado, la relajación muscular progresiva se usó como estrategia de control de la activación emocional. Y a través de la retroalimentación y la prevención de recaídas, se logró considerar estrategias de afrontamiento como la búsqueda de apoyo social y profesional.

En la tabla 2, se presentan algunos ejemplos de los cambios logrados en la estructura cognoscitiva del consultante.

Tabla 2. *Cambios logrados en la estructura cognoscitiva del consultante.*

Ingreso	Egreso
Labilidad emocional, anhedonia.	Estado de ánimo mayormente controlado y con tendencia a la eutimia.
Sensación de pánico, activación emocional.	Mayor capacidad para regular las emociones que se activan ante la presencia de pensamientos intrusivos o situaciones displacenteras.

Pobres estrategias de afrontamiento.	Estrategias de afrontamiento más funcionales como la escritura terapéutica, la lectura y espiritualidad.
Preocupaciones recurrentes sobre familia.	Manifiesta estar más tranquilo frente a la seguridad de su nieto, pues “él no tenía prueba o su hija no le había comentado nada sobre que nieto estuviera en peligro, además el jardín quedaba cerca de la casa”.
Pensamientos intrusivos sobre su estadía en el centro penitenciario.	Consultante menciona tener fe de que todo va a mejorar, refiriendo: “de ahora en adelante voy a tener paciencia pues sé que los procesos jurídicos son lentos por el sistema judicial de Colombia”
Tendencia al aislamiento. Se encuentra aislado casi todo el tiempo.	Mayor asertividad en el establecimiento de relaciones con los demás, logrando realizar amigos, de los cuales también recibe apoyo emocional.

Resultados de la evaluación clínica pos-tratamiento (POS).

Durante el proceso de intervención, se analizaron constantemente las modificaciones de conductas y creencias del consultante. Fue posible analizar la presencia de labilidad emocional, tendencia al aislamiento, anhedonia, sensación de pánico y otros; así como interpretaciones negativas y sesgadas propias frente a la realidad. Asimismo, después de que se da inicio al proceso terapéutico, las conductas del consultante se van modificando al implementar técnicas como reestructuración cognitiva y fortaleciendo a través de la retroalimentación y el role playing, lo cual también puede ser confirmado por los auto registros y la observación, obteniendo una mejor funcionalidad de sus estrategias de afrontamiento; por otro lado, la aplicación de la técnica de relajación muscular progresiva permitió el control emocional de sus sentimientos de pánico y preocupaciones intensas y recurrentes. Después de aplicar el proceso de intervención, se realiza

una evaluación clínica en la que se observa una disminución de los síntomas relacionados a la depresión y ansiedad. Se percibe al consultante con un estado de ánimo mayormente controlado y con tendencia a la eutimia, presenta mayor capacidad para regular las emociones que se activan ante la presencia de pensamientos intrusivos o situaciones displacenteras, implementando estrategias de afrontamiento más funcionales como la escritura terapéutica, la lectura y espiritualidad. Muestra mayor asertividad en el establecimiento de relaciones con los demás, logrando realizar amigos, de los cuales también recibe apoyo emocional. Se muestra en calma, con capacidad para controlar sus pensamientos y realizar actividades de autocuidado.

Resultados de la evaluación psicométrica.

Para corroborar la hipótesis diagnóstica se aplica el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). A continuación, se describen los resultados obtenidos en la evaluación PRE y POST:

Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

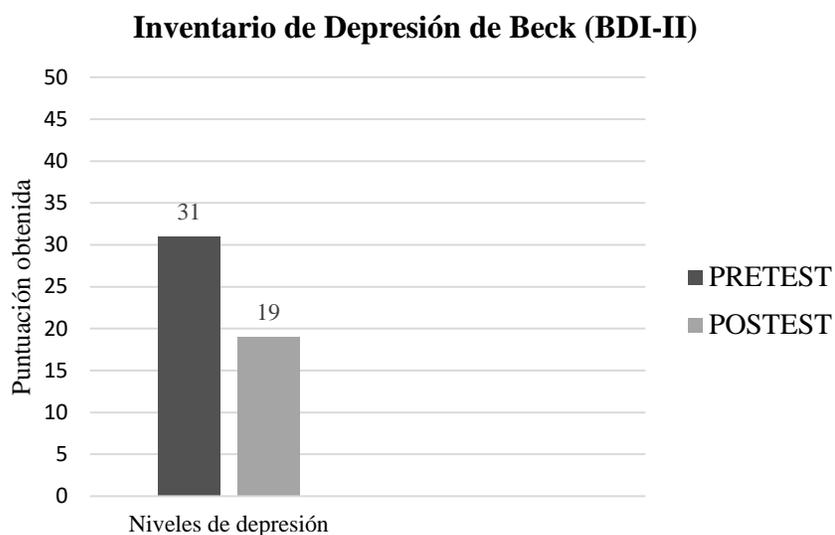


Figura 2. Resultados pre y post tratamiento del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II).

Según la Figura 3, el pre test arrojó una puntuación de 31, lo que indica un nivel de depresión severo; sin embargo, el proceso de intervención logró modificaciones según lo evidenciado por los resultados del post test, con una puntuación de 19, es decir, depresión leve.

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).



Figura 3. Resultados pre y post tratamiento del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).

Tal como lo muestra la figura 4, el pre test encontró una puntuación de 48, que corresponde a un nivel de ansiedad muy severo; después de la intervención, el inventario arrojó una puntuación de 17, describiendo un nivel de ansiedad moderado. Es decir, ocurrieron modificaciones después del proceso terapéutico.

Discusión

De acuerdo con el proceso psicoterapéutico que se llevó a cabo con el beneficiario se puede afirmar que se dio cumplimiento a los objetivos expuestos inicialmente, los cuales se basaban en implementar una serie de sesiones basadas en el enfoque cognitivo-conductual, el cual refleja gran eficacia para el abordaje de patologías relacionadas al estado de ánimo como la depresión y la ansiedad. Esto se realiza por medio de la interrelación de los pensamientos, las acciones y los sentimientos (Rosello y Bernal, 2007).

A partir de lo anterior, se abordaron diferentes áreas como el área emocional, en la cual se hizo énfasis en la psicoeducación sobre los pensamientos automáticos y la importancia de la diferenciación entre los pensamientos de las emociones y la influencia de estas en diferentes conductas, teniendo en cuenta que según Álvarez y Marín (2011) estos procesos tienen gran influencia en el estado de ánimo de los pacientes diagnosticados con patologías relacionadas a la depresión y ansiedad. Además de esto, es de gran importancia esta identificación puesto que aporta herramientas para el trabajo autónomo del paciente sobre su sintomatología, puesto que aporta a la conciencia de su situación actual tal y como evidencian Ernst (2000) quien menciona que los trastornos afectivos y del ánimo incapacitan para disfrutar de las cosas de las que antes disfrutaba por lo que generar conciencia de la situación facilitará su introspección y posibles cambios.

Teniendo en cuenta la eficacia de este enfoque de intervención se aplicaron técnicas cognitivas, que es de gran importancia en la actualidad para el abordaje de trastornos del estado del ánimo (Yapko, 2006), de acuerdo con esto se aplicaron técnicas relacionadas a este enfoque

debido a que permiten presentar información de cómo los pensamientos influyen sobre el estado de ánimo y hacer consciente al usuario de sus problemáticas actuales psicoeducando sobre su sintomatología y por medio de la reestructuración cognitiva cambiando los esquemas mentales que están generando un malestar clínicamente significativo. Es así como durante las primeras sesiones se establecieron horarios, estructura y propósitos de las sesiones siguientes además de tratar temas relacionados a las reglas durante los encuentros y la confidencialidad de esta, esto último es de gran importancia debido a que aportará calidad en la relación terapéutica que se establezca.

En el transcurso de las sesiones se abordaron los diferentes tipos de pensamientos que según la literatura los individuos con sintomatología depresiva y ansiosa suelen presentar, es así cómo se identificaron algunos como reales y que en estos casos pueden ser modificados (Rosello y Bernal, 2007), por medio de la aplicación de una serie de técnicas posibilitando aumentar los pensamientos positivos y reducir así las sintomatologías no deseadas, además de facilitar la modificación de la conducta (Rosello y Bernal, 2007). Igualmente, se emplearon otras técnicas de tipo más discursivo que según Cassaretto (2009) indagan sobre la función de los pensamientos automáticos. Por último, se comprobó, tal y como menciona la literatura que el método inductivo facilita la conducción del paciente hacia a la identificación de diferentes problemáticas que este ya ha normalizado e interiorizado, por lo que al emplearlo se promueve la guía para reconocer sus pensamientos, evaluarlos, buscar los posibles errores del sistema informacional y sustituirlos por pensamientos más adaptativos (Álvarez y Marín, 2011). Además del entrenamiento en estrategias de afrontamiento, en las que en la actualidad se hace gran énfasis pues Cassaretto (2009) menciona que son un conjunto de habilidades de adaptación y en muchas ocasiones pueden determinar la salud mental en los individuos.

Es necesario resaltar que el contexto carcelario influye en gran medida para el abordaje de trastornos psicológicos, según un metaanálisis realizado por Botero-Ceballos et al. En el año 2019 identificaron que un 37% de los estudios incluidos en el análisis, evaluaron el nivel de depresión de los reclusos antes y después de su periodo de reclusión, varios autores (Lombeyda y Santiago, 2015) han encontrado una relación entre las enfermedades mentales y el contexto carcelario, especialmente en la depresión y en de situaciones intención suicida. Es allí donde establecen asociaciones directas entre dicho contexto y la salud mental de los reclusos, como la relación entre el tiempo de reclusión y edad con el aumento en el riesgo de desarrollar depresión y ansiedad en la población privada de su libertad. Es así, como se evidencia la importancia del abordaje terapéutico en dichos contextos debido a la prevalencia de patologías en los reclusos, por lo que se hace imperante que los centros penitenciarios diseñen y apliquen protocolos encaminados al mejoramiento de la calidad de vida por medio de la atención en salud mental. Teniendo esto en cuenta es necesarios que se incluya una revisión inicial de cada individuo al ingresar al centro carcelario con el fin hacer un diagnóstico de su salud mental e iniciar el tratamiento inmediatamente o continuarlo en caso de presentar la enfermedad antes de su ingreso (Botero-Ceballos et al., 2019) este proceso facilita el abordaje de las patologías por medio del trabajo interdisciplinar y conjunto que complemente su manejo con otras actividades psicoterapéuticas y realizando el seguimiento continuo para evitar posibles consecuencias mayores.

La efectividad de las técnicas del enfoque cognitivo conductual utilizadas en el presente caso, hacen alusión a los que se asocia con el tratamiento en donde están incluidas algunas teorías sustentadas como la terapia cognitiva de Beck, tanto para sintomatología depresiva y ansiosa, que junto con el entrenamiento de estrategias de identificación de pensamientos automáticos

pueden explicar la realidad de los contenidos y esquemas de pensamiento (Fernández, 2005).

Este autor también menciona que muchas veces el ser humano no reacciona a la realidad exterior sino a la realidad subjetiva mediada por los procesos cognitivos, esto se evidenció en este caso.

Por lo que se puede afirmar que los trastornos son una interpretación errónea de la realidad y las conductas expresadas son reflejos de estas representaciones. Es así como se refleja que el TCC posibilita ayudar a conectar los pensamientos, sentimientos y conductas de forma funcional.

Asimismo, se reconoce la importancia del tratamiento farmacológico como complemento en la terapia psicológica de estos trastornos, depresión y ansiedad, debido a que contribuyen en gran medida a la recuperación del consultante y a la minimización de recaídas, las cuales en este tipo de situaciones suelen ser de gran riesgo para su evolución (Baldwin y Polkinghorn, 2005). Es así como se puede afirmar que para llevar a cabo un tratamiento exitoso con casos de estas patologías es necesario recurrir tanto a la orientación psicológica como a la administración de medicamentos acordes a la situación de los pacientes.

Finalmente, se evidencia la importancia del abordaje de este caso por medio de la aplicación del modelo cognitivo de Beck, por lo que refleja que esta postura es apropiada y presenta altos niveles de eficacia para la explicación, abordaje e intervención de la depresión en contextos carcelarios. La realización del proceso terapéutico bajo el enfoque cognitivo-conductual posibilitó observar que los resultados obtenidos al final de la terapia son coherentes y tienen relación con los objetivos planteados inicialmente junto con el paciente, además de estar asociados a estudios e investigaciones que se han realizado sobre el abordaje de esta patología, que a diferencia de otros modelos explicativos que carecen de evidencia empírica que los valide, este sí posibilita realizar comparaciones de los hallazgos (Vázquez, Muñoz y Becoña, 2002).

Conclusiones

La aplicación de la terapia cognitivo conductual posibilita resultados positivos en la disminución de sintomatología asociada a la depresión y así mismo de diferentes conductas de las personas que poseen este tipo de síntomas considerando siempre el contexto en el que se ubique el paciente. En este caso en particular permitió cumplir con los objetivos terapéuticos diseñados al iniciar el proceso, para lograr esto se realizó una evaluación clínica y psicométrica que facilitaron la identificación del diagnóstico de acuerdo con la sintomatología presentada por el usuario. Teniendo esto en cuenta se diseñó un plan de intervención desde el enfoque cognitivo conductual, que de acuerdo con la evaluación pos tratamiento fue efectivo para la satisfacción del consultante.

En el caso de los objetivos terapéuticos se cumplieron debido a que se aplicaron satisfactoriamente diferentes técnicas desde la terapia cognitiva de Beck y el respectivo entrenamiento en estrategias de afrontamiento, de esta forma el usuario logró asumir un rol más activo en la toma de decisiones y reestructurar pensamientos intrusivos acerca de su familia. Además, se evidencia que posterior a este proceso se valoró positivamente la búsqueda de apoyo social y profesional lo que disminuyó de forma importante sintomatología depresiva.

Estas interpretaciones de la realidad externa generan pensamientos intrusivos que influyen en la conducta del individuo, por lo que dependen de procesos y cognitivos, que en ocasiones son espontáneos pero erróneos, a pesar de esto, dichos productos son susceptibles de verificación y contrastación, y pueden llegar a ser moldeables. Por lo que son estos elementos los que el

terapeuta debe tener en cuenta para facilitar la apertura al cambio y reconocimiento de diferentes pensamientos irracionales.

A su vez, se evidenció que las técnicas de reestructuración cognitiva, diálogo socrático, regulación emocional y control de impulsos fueron procesos de gran importancia en el proceso terapéutico aplicado, debido a que aportaron a que el usuario manejara de forma más apropiada sus esquemas mentales que activan emociones y conductas disfuncionales frente a la emoción y situación percibida. Lo anterior, junto a estrategias de afrontamiento ayudó a reducir la sintomatología depresiva y ansiosa, además de posibilitar reacciones más funcionales ante el mundo externo.

Por lo anterior, se puede inferir que las diferentes intervenciones y actividades realizadas al interior del contexto de terapia son de gran importancia, por lo que deben diseñarse, adaptarse y moldearse según las necesidades del paciente teniendo en cuenta que esto se da de forma individual. Igualmente, este malestar emocional se da en muchos casos por la interpretación errónea de los individuos sobre los hechos y lo que estos generan emocionalmente en ellos, por lo que no es el hecho en sí sino todo el proceso cognitivo ligado a este. Es así, como aportar herramientas que permitan identificar emociones y aportar un sentido a las mismas es de gran importancia para la depresión.

En el caso del perfil criminal se evidencia que el consultante no cuenta con antecedentes judiciales y asegura considerarse inocente frente al crimen del cual se le acusa, asimismo se reconoce que según lo evidenciado en su historia familiar, social y laboral fueron adaptativos y sanos en el sujeto. Esto difiere en lo expuesto por Maldonado, quien afirma que usualmente los sujetos señalados por cargos de violencia sexual poseen características de relaciones negativas con su entorno, sin embargo, reitera que no siempre esta condición se cumple debido a que

existen perfiles en donde los agresores son delincuentes criminaloides, los cuales determinadas circunstancias los llevan a delinquir, ya sea el contexto o motivaciones personales.

Los tópicos de salud mental al interior de centros penitenciarios se encuentran mediado en gran parte por las condiciones económicas y sociales de los reclusos, debido a que la eficacia de un tratamiento a otro puede verse influido claramente por el contexto familiar, de salud e incluso las razones por la cuales inicialmente se encuentra recluido. En este caso en particular el consultante posee buenas redes de apoyo por lo que el proceso terapéutico se vio influido positivamente por esto. Por lo que se puede concluir que el TCC es eficaz para aumentar las estrategias de afrontamiento, conductas adaptativas y disminuirá las creencias irracionales, características tanto de la depresión como ansiedad.

Asimismo, se reconoce que el modelo de salud mental en instituciones de reclusión penitenciaria presenta múltiples dificultades debido a que no cuentan con una estructura organizada que facilite llevar a cabo sesiones de seguimiento y valoraciones de forma constante. Sumado a lo anterior se evidencia que en muchas ocasiones los diagnósticos en salud mental son realizados de forma tardía teniendo en cuenta que estas instituciones no desarrollan procesos de entrevistas y no cuentan con los profesionales para llevarlos a cabo. De esta forma, se reconoce la importancia de realizar la gestión para solicitar apoyo médico dentro del caso, además de la valoración por psiquiatría que evidencia disminución de la sintomatología.

Finalmente se identificó en este caso que no es posible aplicar ciertas pruebas de acuerdo con algunas características de los individuos que pueden dificultar o sesgar la recolección de información como la edad, nivel de escolaridad, entre otros.

Recomendaciones

Se recomienda continuar con seguimientos mensuales, pues se considera que los consultantes con sintomatología depresiva son propensos a recaídas, a pesar de tener una efectividad a corto plazo desde el enfoque cognitivo conductual. De igual forma, es importante que el consultante prosiga con la práctica de las conductas funcionales aprendidas, fortaleciendo redes de apoyo y su espiritualidad, así como recomendando que acuda a atención psicológica cuando considere que necesite ayuda en afrontar sus situaciones problemáticas.

Por otro lado, al ser la salud mental un tópico de interés en el área de salud pública, se recomienda tener convenios de investigación con las universidades y entes territoriales con un enfoque de acción comunitaria y social en las cárceles, con el fin de que tengan en cuenta las percepciones de las personas privadas de la libertad y así poder intervenir a tiempo a quienes lo requieran, aplicando mejoras y diseñando planes de intervención más apropiados que permitan aportar a su bienestar físico, social y mental.

Asimismo, se identificaron las siguientes necesidades al tratar temáticas de salud mental en centros penitenciarios:

Posibilitar el trabajo conjunto con el personal del centro penitenciario teniendo en cuenta que son finalmente quienes se encuentran en mayor contacto con la población carcelaria.

Con el fin de prevenir el desarrollo de enfermedades mentales al interior de espacios carcelarios es necesario incluir actividades lúdicas y de sano esparcimiento, en las cuales los individuos se sientan motivados y competitivos a nivel cultural, deportivo, artístico, académico, que permitan mejorar su adaptación y su calidad de vida.

Referencias

- Álvarez Z., & Marín C. (2011). Depresión e ideación suicida en estudiantes de la fesi: un estudio piloto. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(4). Recuperado de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/28911>
- Álvaro, J., Garrido, A., & Schweiger, I. (2010). Causas sociales de la depresión. Una revisión crítica del modelo atributivo de la depresión. *Revista Internacional de Sociología*, 68(2), 333- 348.
- American Psychiatric Association APA. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM V* (5ª ed). Bogotá: Panamericana.
- Amezaga, P., & Saiz, M. (2015). Tipos psicológicos y trastornos depresivos. *Ciencias Psicológicas*, (9), 141-152.
- Anaya, M., & Sepúlveda, M. (2015). *Deterioro cognitivo, depresión y calidad de vida en los adultos mayores reclusos en los establecimientos penitenciarios de Bucaramanga y Girón* (Tesis de pregrado). Universidad Pontificia Bolivariana, Bucaramanga, Santander, Colombia. Recuperado de https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/2105/digital_24723.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Arroyo, J. M. (2006). Los problemas de salud mental en las prisiones, vistos desde la atención primaria. *Norte de Salud Mental*, (25), 35-43.

- Baldwin, D., & Polkinghorn, C. (2005) Evidence-based pharmacotherapy of Generalized Anxiety Disorder. *The International Journal of Neuropsychopharmacology*, 8(2), 293-302.
- Beekman, A., De Beurs, E., Van Balkom, A., Deeg, D., Van Dyck, R. & Van Tilburg, W. (2002). Anxiety and depression in later life: co-occurrence and communality of risk factors. *American Journal Psychiatry*, 157, 89-95.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Oxford, England: International Universities Press.
- Beck, A.T. (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Harper and Row.
- Beck, A.T. (1979). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Boston: Meridian.
- Beck, A.T. (1983). *Terapia cognitiva de depresión*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety. Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Benavides, M., & Beitia, P. (2012). Enfermedad mental en reclusos de la Penitenciaría Nacional de Palmira: enfoque desde la atención primaria. *Ciencia & Salud*, 1(1), 51-7.
- Botero-Ceballos LE, Arboleda-Amortegui G, Gómez-Fernández A, García-Cardona M, Agudelo-Suárez A. (2019). Depresión en personas reclusas en centros penitenciarios:

- revisión narrativa. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Cauca*, 21(1), 23-33.
- Caballo, V. (2007). *Manual para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de los Trastornos Psicológicos*. Madrid: Siglo XXI.
- Camargo, A., Guarín, M. M. & Santos, L. P. (2016). *Programa de psicoeducación para la prevención de la depresión en el adulto mayor* (Tesis de pregrado). Universidad Católica de Colombia, Bogotá, D.C., Colombia
- Cantillo, J. (2019). *Evaluación e intervención psicológica, a partir del modelo cognitivo conductual a paciente con trastorno de estrés postraumático* (Tesis de especialización). Universidad Pontificia Bolivariana, Bucaramanga, Santander, Colombia
- Caro, I. (1997). *Manual de psicoterapia cognitiva*. España: Paidós.
- Cassaretto, M. (2009). *Relación entre las cinco grandes dimensiones de la personalidad y el afrontamiento en pre-estudiantes universitarios de Lima Metropolitana*. Tesis de maestría no publicada. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Castro, S., & Gómez, C., Gil, F., Uribe, M., Miranda, C., de la Espriella, M., Arenas, Á., y Pinto, D. (2013). Factores de riesgo para ideación suicida en pacientes con trastorno depresivo en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42(1), 27-35.
- Colom, F. (2011). *Psicoeducación, el litio de las psicoterapias Algunas consideraciones sobre su eficacia y su implementación en la práctica diaria**. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40, 147S–165S. doi:10.1016/s0034-7450(14)60200-6

- Cuyay, A., Niño, N., Díaz, D. & Ramírez, L (2017). Trastorno mental en el contexto carcelario y penitenciario. *Revista carta comunitaria*, 25(143), 77-88. Fundación universitaria Juan Corpas.
- De la Fuente, L., Sánchez, M., García, L., González, L., Velasco, A., Sáiz, P., García, M. y Bobes, J. (2019). Estadificación clínica en los trastornos mentales graves: trastorno bipolar, depresión y esquizofrenia. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 12(2), 106-115.
- DiMatteo, M., Lepper, H., & Croghan, T. (2000). Depression Is a Risk Factor for Noncompliance With Medical Treatment. Meta-analysis of the Effects of Anxiety and Depression on Patient Adherence. 2101-2107
- Echeverri, J. (2010). La prisionalización, sus efectos psicológicos y su evaluación. *Pensando Psicología*, 6(11), 157-166. Recuperado de <http://revistas.ucc.edu.co/index.php/pe/article/view/375>
- Ernst, E. (2000). Prevalence of use of complementary/alternative medicine: a systematic review / E. Ernst. *Bulletin of the World Health Organization: the International Journal of Public Health* 2000, 78(2), 252-257. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/57007>
- Fernández-Abascal E.G. y Palmero F. (1999). Emociones y salud. En F. Palmero y E. G. Fernández Abascal. (Coord.), *Emociones y Salud* (5 -18). Barcelona: Ariel.

- Freeman, A., & Oster, C. (2007). Terapia cognitiva de la depresión. V, Caballo. (Ed.) *Manual para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de los Trastornos Psicológicos* (pp. 543-574). Madrid: Siglo XXI.
- Fried, E. y Nesse, R. (2014). The impact of individual depressive symptoms on impairment of psychosocial functioning. *PloS one*, 9(2), e90311.
- Fojan-Parga, M., & Calero-Elvira, A. (2011). Guía para el uso de la reestructuración cognitiva como un procedimiento de moldeamiento. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 19(3), 659-682
- Gómez, C. & Rodríguez, N. (1997). Factores de riesgo asociados al síndrome depresivo en la población colombiana. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 26(1), 23-35.
- Gómez, C., Tamayo, N., Bohórquez, A., Rondón, M., Medina, M., Rengifo, H. y Bautista, 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(1), 58-67.
- Hamilton, M. (1967). Development of a rating scale for primary depressive illness. *Br J Soc Clin Psychol*, (6), 278-296.
- Hernández, C., García, A., Leal, E., Peralta, V., y Durán, J. (2014). Factores ambientales relacionados a trastornos depresivos. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 52(5), 574-579.
- Herrera, G. (2019). *Plan de intervención psicológica desde el enfoque cognitivo-conductual para la depresión* (Tesis de especialización). Universidad Técnica de Machala, Ecuador.

- Hurtado, D., & Ossa, Y. (2019). *Relación entre prisionalización, ansiedad, depresión y estrategias de afrontamiento en internas del ERON - Sogamoso* (Tesis de maestría). Universidad Santo Tomas, Bogota, D.C., Colombia. Recuperado de <https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/18997/2019dianahurtado.pdf?sequence=7&isAllowed=y>
- Larios, J., Laborde, C., Sánchez, M., Gaviria, G., & Lastre, G. (2017). Characterization of the psychosocial risk factors that affect Major depressive disorder in adolescents. *Ciencia E Innovación En Salud*. doi: 10.17081/innosa.4.2.2813
- Lazarus RS y Folkman S (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lombeyda A., & Sontigo F. (2015). *Factores de riesgo para depresión y ansiedad de internos privados de su libertad del centro de rehabilitación social Guaranda* (Tesis de maestría). Quito: USFQ.
- Maldonado, W. (2011). Consideraciones acerca del concepto de perfil criminal. *Duazary*, 8(1), 115-119. doi: 10.21676/2389783X.1680
- Melphi, C. A., Chawla, A., Croghan, T., Hanna, M., & Kennedy, S. (1998). The Effects of Adherence to Antidepressants: Treatment Guidelines on Relapse and Recurrence of Depression. *Arch Gen Psychiatry*, 55, 1128-1132
- Minici, A., Rivadeneira., & C. Dahab, J. (2001) ¿Que es la Terapia Cognitivo Conductual? *Revista de Terapia Cognitivo Conductual*. Recuperado de: <http://cetecic.com.ar/revista/que-es-la-terapia-cognitivo-conductual/>.

Ministerio de Salud. (2017). Guía metodológica para el observatorio nacional de salud mental.

Recuperado de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/guia-ross-salud-mental.pdf>

Miranda, A., Pruvost, M., González, F., Rimoldi, M., Viale, M., y Cáceres, M. (2015). Perfiles neuropsicológicos: Enfermedad de Alzheimer y Parkinson, Deterioro cognitivo leve, Trastorno depresivo mayor y Envejecimiento. *Cuadernos de Neuropsicología / Panamerican Journal of Neuropsychology*, 9(2), 30-48.

Mojica, C., Sáenz, D., & Rey-Anacona, C. (2009). Riesgo suicida, desesperanza y depresión en internos de un establecimiento carcelario colombiano. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(4), 681-692.

Montorio, I., Nuevo, R., Losada, A. & Márquez, M. (2001). Prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en una muestra de personas mayores residentes en la comunidad. *Mapfre Medicina*, 12(1), 19-25.

Muro de Araujo, A. & Paino, S. (2008). Apoyo social y ansiedad: realidad de una muestra de madres presas. En F. J. Rodríguez, C. Bringas, F. Fariña & R. Arce (Eds.). *Psicología jurídica: entorno judicial y delincuencia* (pp. 335-342).

Ordóñez, L. S. & Ruiz, J. I. (Dir.) (2008). Suicidio en prisión. En Rodríguez, L. S. & Ruiz, J. I. (Dir.). *Estado del arte en Psicología: Aportes desde la Psicología Jurídica y Clínica al contexto penitenciario* (pp. 74-95)

- Organización Mundial de la Salud. (1985). The World Health Report 2001. Mental health: new understanding, new hope
- Organización Mundial de la Salud. (2019). Trastornos mentales. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Partarrieu, A. (2011). Diálogo socrático en psicoterapia cognitiva. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en *Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Pérez, N. (2009). *Tratamiento de los trastornos de la ansiedad: diseño y evaluación de una intervención grupal basada en la inteligencia emocional* (tesis de posgrado). Universidad Remón Llull, Barcelona, España.
- Ramos, J. (1986). Validación de la versión castellana de la escala de Hamilton para la depresión. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr*, (14), 324-334.
- Ramos, J., y Silva, C. (2016). Construcción y validación de una escala para evaluar los subtipos del Trastorno Depresivo Mayor. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 21(1), 89-95.
- Remes, O., Brayne, C., Linde, R. & Lafortune, L. (2016). A systematic review of reviews on the prevalence of anxiety disorders in adult populations. *Brain and Behavior*, 6(7), e00497, doi: 10.1002/brb3.497
- Restrepo, M., Sánchez, E., Vélez, M., Marín, J., Martínez, L., y Gallego, D. (2017). Trastorno depresivo mayor: una mirada genética. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 13(2), 279-294.

- Riera, J. R. (2009). *Influencia del Roll Playing*. Alicante España: Universidad de Alicante
- Rodríguez, A. (2009) Psicoterapia cognitiva. Principios básicos y generales, depresión, trastornos de ansiedad. VI jornada de psicoterapia avanzada (28 y 29 de agosto) Universidad del Norte, Maestría en Psicología, Profundización Clínica y Especialización Clínica.
- Rosello, J., & Bernal, G. (2007). *Manual de tratamiento para la terapia cognitiva-conductual de la depresión*. Universidad de Puerto Rico, Río Piedras. Recuperado de http://ipsi.uprrp.edu/pdf/manuales_tara/individual_participante_esp.pdf
- Ruiz, J. (2007). Síntomas psicológicos, clima emocional, cultura y factores psicosociales en el medio penitenciario. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39(3), 547-561.
- Ruiz, M., Díaz, M., & Villalobos, A. (2012). *Manual Técnica de Intervención Cognitivas Conductuales*. Bilbao: Editorial Desclée De Brouwer S.A.
- Salvo, L., Ramírez, J. y Castro, A. (2019). Factores de riesgo para intento de suicidio en personas con trastorno depresivo en atención secundaria. *Revista de Medicina de Chile*, 147, 181-189.
- Salvo, L., Saldivia, S., Parra, C., Rodríguez, R., Cifuentes, M., Acevedo, P., Díaz, M., Ormazabal, M., Guerra, I., Navarrete, N., Bravo, V. y Castro, A. (2017). Predictores de remisión del trastorno depresivo mayor en tratamiento en el nivel secundario de atención. *Revista médica de Chile*, 145(12), 1514-1524. doi: 10.4067/S003498872017000300007.

- Salvo, L., Saldivia, S., Parra, C., Rodríguez, R., Cifuentes, M., Acevedo, P., Díaz, M., Ormazabal, M., Guerra, I., Navarrete, N., Bravo, V. y Castro, A. (2017). Clinical features of major depressive disorders treated in secondary health care facilities in Chile. *Revista médica de Chile*, 145(3), 335-343. doi: 10.4067/S003498872017000300007.
- Sarmiento, J. E., Barrios, J. J., & Jiménez, W. A. (2015). Los efectos de Prisionalización y su relación con el Trastorno Adaptativo. *Enfoques*, 1(2), 54-82. doi: 10.24267/23898798.166
- Schwarz, A., & Schwarz, A. (2017). Relajación muscular progresiva de Jacobson. Editorial Hispano Europea
- Slavich, G., e Irwin, M. (2014). From stress to inflammation and major depressive disorder: A social signal transduction theory of depression. *Psychological Bulletin*, 140(3), 774-815.
- Vázquez, F., Muñoz, F., & Becoña, E. (2002). Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamientos a finales del siglo XX. *Psicología conductual*, 8(3), 417-449.
- Vicente, B., Rojas, R., Saldivia, S., Pérez, C., Melipillán, R., Hormazábal, N. y Pihan, R. (2016). Determinantes biopsicosociales de depresión en pacientes atendidos en Centros de Atención Primaria de Concepción, Chile. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 54(2), 102-112.
- Villanueva, R. (2013). Neurobiology of major depressive disorder. *Neural Plast.* doi: 10.1155/2013/873278
- Yapko, M. (Ed.). (2006). *Hypnosis and Treating Depression*. New York: Routledge (Taylor & Francis Group). Reviewed by Rubin Battino, M.S., Yellow Springs, OH

Anexos

Anexo A. Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Datos Generales		
Nombre:	C.C.	Edad:
Fecha de nacimiento:	Ciudad:	
Estado civil:	Escolaridad:	
Dirección:	Ciudad:	
Ocupación:	Fecha:	

Certifico que he recibido y comprendido que la información que reciba el psicólogo es de carácter confidencial y que la podrá revelar si durante la evaluación o el tratamiento el psicólogo detecta de manera clara que hay un evidente daño para mí o para terceros y que los datos recogidos serán utilizados para fines terapéuticos. En ningún caso se hará pública la información suministrada, siempre garantizando la plena confidencialidad de los datos y el riguroso cumplimiento del secreto profesional en el uso y manejo de la información y material obtenido.

Se me indicó que el procedimiento a seguir es una intervención psicológica basada bajo el modelo cognitivo-conductual, además se realizaran entrevista, sesiones y aplicación de prueba psicológicas.

También se me indicó que yo puedo revocar el consentimiento o dar por terminada en cualquier momento la relación entre el psicólogo y yo, cuando lo considere pertinente, sin que ello implique ningún tipo de consecuencia para mí.

Firma del consultante
C.C. No.

Firma del psicólogo
C.C. No.
T.P. No.

Anexo B. Historia clínica psicológica

Fecha de Valoración	Día /	Mes /
---------------------	-------	-------

DATOS DEL CONSULTANTE			
Nombres y Apellidos	Edad	Género	Documento de Identidad
Lugar y Fecha de nacimiento	Dirección de Residencia		
Ocupación	Escolaridad	Estado civil	

DATOS DE CONSULTA
Motivo de Consulta

Examen Mental y Observaciones Generales del consultante

ASPECTOS RELACIONADOS AL MOTIVO DE CONSULTA

Historial de la Situación

RECOMENDACIONES

Nombre y Apellidos del Psicólogo (a)

T.P. _____

Anexo C. Escala de Depresión de Hamilton

1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)	<p>0. Ausente</p> <p>1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado</p> <p>2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente</p> <p>3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz, y la tendencia al llanto</p> <p>4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea</p>
2. Sensación de culpabilidad	<p>0. Ausente</p> <p>1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente</p> <p>2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones</p> <p>3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad</p> <p>4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras</p>
3. Suicidio	<p>0. Ausente</p> <p>1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida</p> <p>2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir</p> <p>3. Ideas de suicidio o amenazas</p> <p>4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se califica 4)</p>
4. Insomnio precoz	<p>0. Ausente</p> <p>1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora</p> <p>2. Dificultades para dormirse cada noche</p>
5. Insomnio medio	<p>0. Ausente</p> <p>1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche</p> <p>2. Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se califica 2 (excepto si está justificada: orinar, tomar o dar medicación, etc.)</p>
6. Insomnio tardío	<p>0. Ausente</p> <p>1. Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero vuelve a dormirse</p> <p>2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama</p>
7. Trabajo y actividades	<p>0. Ausente</p> <p>1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones</p> <p>2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones, o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación</p> <p>3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso</p>

	<p>en la productividad</p> <p>4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad</p>
8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida)	<p>0. Palabra y pensamiento normales</p> <p>1. Ligero retraso en el diálogo</p> <p>2. Evidente retraso en el diálogo</p> <p>3. Diálogo difícil</p> <p>4. Torpeza absoluta</p>
9. Agitación	<p>0. Ninguna</p> <p>1. «Juega» con sus manos, cabellos, etc.</p> <p>2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.</p>
10. Ansiedad psíquica	<p>0. No hay dificultad</p> <p>1. Tensión subjetiva e irritabilidad</p> <p>2. Preocupación por pequeñas cosas</p> <p>3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla</p> <p>4. Terrores expresados sin preguntarle</p>
11. Ansiedad somática	<p>0. Ausente</p> <p>1. Ligera</p> <p>2. Moderada</p> <p>3. Grave</p> <p>4. Incapacitante</p> <p>Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones • Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias • Respiratorios: hiperventilación, suspiros • Frecuencia urinaria • Sudoración
12. Síntomas somáticos gastrointestinales	<p>0. Ninguno</p> <p>1. Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen</p> <p>2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales</p>
13. Síntomas somáticos generales	<p>0. Ninguno</p> <p>1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad</p> <p>2. Cualquier síntoma bien definido se califica 2</p>
14. Síntomas genitales	<p>0. Ausente</p> <p>1. Débil</p> <p>2. Grave</p> <p>3. Incapacitante</p> <p>Síntomas como</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de la libido • Trastornos menstruales
15. Hipocondría	<ol style="list-style-type: none"> 0. No la hay 1. Preocupado de sí mismo (corporalmente) 2. Preocupado por su salud 3. Se lamenta constantemente, solicita ayudas, etc. 4. Ideas delirantes hipocondríacas
16. Pérdida de peso (completar A o B)	<p>A. Según manifestaciones del paciente (primera evaluación)</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. No hay pérdida de peso 1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual 2. Pérdida de peso definida (según el enfermo) <p>B. Según pesaje hecho por el psiquiatra (evaluaciones siguientes)</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana 1. Pérdida de peso de más de 500 g en una semana 2. Pérdida de peso de más de 1 kg en una semana (por término medio)
17. <i>Insight</i> (conciencia de enfermedad)	<ol style="list-style-type: none"> 0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo 1. Se da cuenta de su enfermedad, pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc. 2. Niega que esté enfermo

Anexo D. Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

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 gusto 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 mí 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.
- 1ª. 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.
- 3ª. 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.
- 1ª. 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.
- 3ª . 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. hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía.

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.

Anexo E. 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				
2	Acalorado				
3	Con temblor en las piernas				
4	Incapaz de relajarse				
5	Con temor a que ocurra lo peor				
6	Mareado, o que se le va la cabeza.				
7	Con latidos del corazón fuertes y acelerados				
8	Inestable				
9	Atemorizado o asustado				
10	Nervioso				
11	Con sensación de bloqueo				
12	Con temblores en las manos				
13	Inquieto, inseguro				
14	Con miedo a perder el control				
15	Con sensación de ahogo				
16	Con temor a morir				
17	Con miedo.				
18	Con problemas digestivos				
19	Con desvanecimientos				
20	Con rubor facial				
21	Con sudores, fríos o calientes				

Anexo G. Desarrollo del Proceso Terapéutico por sesión

Consultante	Motivo de consulta	Número de sesión	Objetivo terapéutico	Técnica utilizada	Actividades desarrolladas en la sesión	Resultados	Observaciones
G. N. D Edad: 77 años Desempleado (actual) Ocupación: conductor	Consultante “Yo estoy impresionado con mi condena... eso me ha llevado a una tristeza muy grande y no puedo dormir ni comer pensando en lo que está pasando”	1	Identificar alteraciones cognitivas, emocionales y conductuales en el consultante. Permitir la verbalización y expresión de sentimientos y emociones relacionadas con la problemática Establecer rapport con el consultante.	Entrevista Clínica Observación	Se indaga sobre motivo de consulta, antecedentes, alteraciones cognitivas, emocionales y conductuales; además de datos importantes del consultante. Se diligencia consentimiento informado e historia clínica. Se da inicio al establecimiento del rapport.	Consultante que se encuentra recluido en el Instituto Penitenciario desde hace nueve meses. Síntomas: Llanto fácil Fatiga Sensación de debilidad Dolor en el pecho Insomnio a causa de la rumiación de pensamientos, duerme desde las 1:00 am hasta las 4:00 a.m. o 5:00 a.m.; lo que le genera cansancio durante el día. Bajo apetito desde hace nueve meses (tiempo en el que ha estado recluido en el centro carcelario), bajando aproximadamente 13kg desde entonces. Lo anterior no ha sido motivo de consulta por médico general. En su historial clínico presenta 10 intervenciones	Orientado en las tres esferas. Responde de forma coherente a los interrogantes. Mantiene fluidez verbal, su lenguaje es acorde a la edad cronológica y hace referencia a capacidad cognitiva para su edad, se muestra colaborativo. Compromiso por parte del consultante en el trabajo a realizar en las sesiones venideras. Muestra interés por el proceso terapéutico

						quirúrgicas en manos y rodilla por diferentes fracturas.	
		2	Identificar los síntomas verbalizados por el consultante	Aplicación de la Escala de Depresión de Hamilton	Se finaliza el diligenciamiento de la historia clínica Se hace la respectiva remisión a psiquiatría. Se realiza la aplicación del Inventario de depresión (Hamilton), explicando la importancia de la aplicación de la prueba dentro del proceso de evaluación.	Se realiza la aplicación de la Escala de Depresión de Hamilton, encontrando una puntuación de 31, lo que indica una depresión severa.	El consultante relata que se siente fatigado para continuar con las siguientes pruebas, por lo tanto, no se aplican los demás inventarios. Además, comenta que el cuestionario era “un poco complicado de entender”.
		3	Evaluar síntomas en pro de corroborar DX y comorbilidad.	Aplicación de Inventario de Depresión de Beck e Inventario de Ansiedad de Beck	Se destaca que la aplicación del Inventario de Depresión de Beck se realizó ya que el consultante comenta que poco comprendió la anterior escala (Hamilton), aunque se le despejaron dudas en cada una de las preguntas; por ese motivo, se recurre al cuestionario de Beck para mayor comprensión del consultante y la obtención de una puntuación confiable.	Frente a los resultados del Inventario de depresión de Beck, se encontró una puntuación de 31, es decir, depresión severa; por otro lado, se obtuvo una puntuación de 48 en el Inventario de Ansiedad de Beck, lo que indica ansiedad muy severa.	Se muestra orientado en tiempo y espacio.
		4	Favorecer estrategias de control de la activación emocional	Psicoeducación. Técnica de relajación muscular	Se realiza retroalimentación de las sesiones anteriores. Se hace la devolución de	A través de la técnica de relajación progresiva se logró que el consultante disminuyera significativamente su	Se realiza devolución de resultados de escalas. Se iniciará

			<p>mediante la relajación.</p> <p>Psicoeducar sobre pensamientos automáticos y emociones asociadas a estos.</p>	<p>progresiva</p> <p>Retroalimentación.</p>	<p>las pruebas aplicadas y se resuelven dudas.</p> <p>Se aplica la técnica de relajación muscular progresiva para disminuir en el consultante los niveles de ansiedad.</p> <p>Se lleva a cabo psicoeducación sobre pensamientos automáticos y emociones, además de la diferencia entre ambos conceptos; para mejor comprensión del consultante se hace uso de la metáfora.</p> <p>Se entrega una lista de emociones para que el consultante pueda hacer la diferenciación con los pensamientos automáticos.</p>	<p>activación emocional.</p> <p>Mediante la psicoeducación, se explica al consultante que los pensamientos automáticos involuntarios son los que aparecen repentinamente dentro de nosotros, como un diálogo interno y se relacionan con nuestras emociones (tristeza, desesperación, rabia), produciendo rumiación de pensamientos.</p> <p>Se realiza un ejemplo para mayor comprensión, se pregunta al consultante: <i>¿Qué está pasando por su mente?</i>, el consultante refiere “no soy feliz” emoción: tristeza.</p> <p>Por último, se utiliza la metáfora de la luz para explicar cómo estos pensamientos automáticos se repiten muchas veces y tiene gran influencia sobre las emociones causando rumiación cognitiva. La metáfora de la luz implica preguntar ¿qué ocurre cuando se va la luz?, y reconocer que</p>	<p>reestructuración cognitiva durante la próxima sesión.</p>
--	--	--	---	---	---	---	--

						incluso al saber que la luz no va a encenderse, apretamos el interruptor; esta situación es similar a la forma en que funcionan los pensamientos automáticos.	
		5	Identificar pensamientos automáticos y emociones asociadas a la problemática actual.	Reestructuración cognitiva (Dialogo socrático) Retroalimentación. Auto registro	Se realiza retro alimentación de la sesión anterior con el fin de conocer si la psico-educación fue de fácil comprensión. Se identifica junto con el consultante los pensamientos automáticos y las emociones inmersas en ellos, logrando que este aprendiera como identificarlos y ser consciente de estos. Se asigna el auto registro como tarea y se explica en que consiste, con el objetivo de que el consultante logre realizar por sí solo la detección de los pensamientos y las emociones.	Algunos de los pensamientos y emociones trabajadas fueron: 1. Pensamiento: “a mis hijos les puede pasar algo”. Emoción: desesperación. 2. Pensamiento: “le puede pasar algo a mi nieto porque en las noticias pasan los peligros de Bogotá” Emoción: desesperación.	Comenta que desde que ha estado verbalizando sus emociones se siente un poco mejor y manifiesta su deseo de mejorar. Se recomienda hacer ejercicio físico -con la autorización del médico de la cárcel-.
		6	Evaluar la frecuencia e intensidad de los pensamientos automáticos.	Reestructuración cognitiva Diálogo socrático Auto registro	Se realiza retroalimentación de la sesión anterior. Se revisan los auto registros elaborados por el consultante.	Se encuentran los siguientes pensamientos automáticos como los más frecuentes: 1. Pensamiento: “a mis hijos les puede pasar algo”	El consultante desarrolla las tareas según las indicaciones dadas. Después de un mes en proceso terapéutico, el

			Reestructurar los pensamientos distorsionados.		<p>Se evalúa con el consultante la frecuencia e intensidad de los pensamientos automáticos con el fin de focalizar que pensamientos son más frecuentes y más intensos.</p> <p>Igualmente, se llevó a cabo una serie de preguntas para evaluar la utilidad y validez de los pensamientos, y conocer que tan ciertos los percibe el consultante; además, se realizó una valoración entre las ventajas y desventajas de estos.</p>	<p>Emoción: desesperación</p> <p>2. Pensamiento: “le puede pasar algo a mi nieto, porque en las noticias pasan los peligros de Bogotá” Emoción: desesperación.</p> <p>3. Pensamiento: “me siento solo” Emoción: tristeza</p> <p>4. Pensamiento: “estoy enfermo ya soy un viejo” Emoción: tristeza</p> <p>5. Pensamiento: “mi familia corre peligro si no estoy cerca de ellos” Emoción: desesperación, tristeza.</p> <p>Para evaluar la frecuencia e intensidad de los pensamientos se realizaron las siguientes preguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Me podría explicar la frecuencia de este tipo de pensamiento? <p>El consultante responde que todos los días tiene</p>	<p>consultante fue atendido por psiquiatría, siendo diagnosticado con Depresión leve, y medicado con fluoxetina y clonazepam.</p>
--	--	--	--	--	---	--	---

						<p>los pensamientos, más explícitamente en la tarde y la noche.</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuánto crees en este pensamiento en términos de porcentaje del 1 al 100%? <p>Consultante menciona que cree en todos los pensamientos del 90% al 100%.</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué tan fuerte es la emoción? <p>Consultante refiere que del 90% al 100%</p> <p>Algunas de las preguntas utilizadas para evaluar la validez de los pensamientos fueron:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué pruebas tiene para demostrar que el pensamiento es verdadero? • ¿Qué pruebas tiene para mostrar que eso es falso? • ¿Existe algún pensamiento o explicación diferente a esta situación? 	
		7	Reestructurar los pensamientos que generan malestar.	Técnica de Role - Playing	Se entrega al consultante una lista con las distorsiones cognitivas y	Un ejemplo del ejercicio anterior fue: T: “no sirvo para	El consultante se desempeña favorablemente durante

			Modificar las conductas que resultan de las interpretaciones efectuadas.		ejemplos para que su identificación. Se lleva a cabo diálogo y juego de roles en el que el consultante evaluó los pensamientos automáticos de la terapeuta, con el fin de retroalimentar lo visto en las sesiones anteriores.	manejar carro”. C: ¿por qué dice eso doctora? Usted necesita un buen maestro. T: la verdad le tengo mucho miedo a que me pase algo malo a mí o a otras personas. P: tiene que confiar en usted misma y relajarse. Si quiere le enseño, yo maneje por muchos años carro.	el juego de roles.
		8	Identificar pensamientos e interpretaciones alternativas.	Reestructuración cognitiva Auto registro	Se trabajan pensamientos e interpretaciones alternativas (respuestas adaptativas) junto con el consultante. Se entrega auto registro con columna adicional de interpretaciones alternativas.	Se realizó un ejemplo, tomando uno de sus pensamientos y buscando la alternativa de este: 1. Pensamiento: “mi familia corre peligro si no estoy cerca de ellos” Interpretación alternativa: <i>Mi familia son personas adultas que saben cuidar de ellos mismos.</i> Se continúa trabajando sobre respuestas alternativas, algunas de aquellos trabajados fueron: 1. Pensamiento: “a mis hijos les puede pasar algo” Interpretación	El consultante se muestra motivado.

						<p>alternativa: <i>A pesar de que mis hijos estén lejos, puedo comunicarme con ellos y así saber cómo están.</i></p> <p>2. Pensamiento: “le puede pasar algo a mi nieto, porque en las noticias pasan los peligros de Bogotá” Interpretación alternativa: <i>Mi nieto está a salvo bajo el cuidado de sus papas en Bogotá, y mantendremos la comunicación para saber cómo está.</i></p> <p>3. Pensamiento: “me siento solo” Interpretación alternativa: <i>No estoy solo, tengo familia que se preocupan por mí, incluso aunque estén lejos.</i></p> <p>4. Pensamiento: “estoy enfermo ya soy un viejo” Interpretación alternativa: <i>Soy una persona mayor que tiene algunos problemas de salud relacionados a esto, es el ciclo de la vida.</i></p>	
--	--	--	--	--	--	--	--

		9	Comprobar la aplicación del auto registro. Favorecer el control emocional.	Auto registro Técnica de relajación	Se revisa con el paciente el auto registro para verificar el acierto en dicha tarea. Se realiza una retroalimentación sobre la continuidad del autoregistro. Finalmente, se aplica una técnica de relajación.	El auto registro fue entendido; igualmente, se retroalimenta sobre la continuidad del auto registro.	Consultante en calma.
		10	Identificar la sintomatología modificada mediante instrumentos de medición después de las técnicas aplicadas.	Post test Inventario de Depresión de Beck Inventario de Ansiedad de Beck	Se realizó la aplicación de la prueba pos-test mediante el Inventario de Depresión de Beck e Inventario de Ansiedad de Beck	Los resultados arrojaron un nivel de depresión leve (19) y ansiedad moderada (17), evidenciándose la disminución de los síntomas. El consultante manifiesta sentirse mejor con las técnicas de relajación y la realización de los ejercicios matutinos. Se refuerzan los pensamientos alternativos.	El consultante se muestra tranquilo.
		11	Favorecer herramientas personales que permitan afrontar posibles recaídas.	Cierre de caso	Se realiza cierre del proceso, psicoeducando al consultante sobre posibles recaídas y cómo afrontarlas. Se realiza un resumen de lo visto en cada sesión, los logros obtenidos y la identificación de aspectos que aún se mantienen.	Se recomienda al paciente que, en caso de presentar recaídas, acuda por apoyo psicológico y ponga en práctica las técnicas utilizadas. El consultante refiere tener un mejor estado de ánimo emocional, al igual que presentar una mejora en su salud física, subiendo 3 kilos durante el proceso de tratamiento; asimismo, menciona que realizar	El consultante se muestra con tendencia a la eutimia e interesado en conocer cómo afrontar posibles recaídas.

						actividades físicas como trotar y caminar logró mejorar su calidad de vida. Se concluye que el consultante mostró una adherencia al tratamiento tanto en el proceso psicológico como a la medicación, mejorando sus ciclos de sueño.	
--	--	--	--	--	--	--	--

Anexo H. Resumen del tratamiento implementado según etapa y número de sesión

Etapa	No. de sesión	Procedimientos realizados
Primera etapa: Evaluación	1-2-3	<ul style="list-style-type: none"> • Recepción de caso. • Consentimiento informado. • Entrevista con consultante. • Indagación de historia clínica. • Aplicación de los instrumentos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Escala de Depresión de Hamilton ▪ Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) ▪ Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)
	4	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis funcional. • Devolución de resultados. • Psicoeducación. • Técnica de relajación muscular progresiva.
Segunda y Tercera etapa: Intervención y cierre	5-6	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia Cognitiva de Beck: Reestructuración Cognitiva. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Técnica Diálogo socrático. ▪ Pensamientos automáticos ▪ Auto registros: en sesión y tarea.
	7	<ul style="list-style-type: none"> • Reestructuración cognitiva. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Distorsiones cognitivas. • Juego de roles
	8-9	<ul style="list-style-type: none"> • Reestructuración cognitiva. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pensamientos alternativos ▪ Auto registro. ▪ Retroalimentación. • Técnica de relajación
	10	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de los instrumentos: • Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) • Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) • Devolución de resultados. • Reforzamiento de pensamientos alternativos.
	11	<ul style="list-style-type: none"> • Prevención de recaídas. • Generación de compromisos. • Retroalimentación y cierre.