

Evaluación e intervención en un caso de trastorno depresivo grave con síntomas  
melancólicos desde el modelo cognitivo conductual

Tania Marcela Prada Cedié



Escuela de Ciencias Sociales  
Facultad de Psicología  
Especialización en Psicología Clínica  
Universidad Pontificia Bolivariana  
Bucaramanga  
2020.

Evaluación e intervención en un caso de trastorno depresivo grave con síntomas  
melancólicos desde el modelo cognitivo conductual

Tania Marcela Prada Cedié

Proyecto de grado presentado como requisito para optar al título de:

Especialista en Psicología Clínica

Asesor:

Mg. Leonardo Castellanos Suárez



Escuela de Ciencias Sociales

Facultad de Psicología

Especialización en Psicología Clínica

Universidad Pontificia Bolivariana

Bucaramanga

2020

## **Agradecimientos.**

*Inicialmente agradecemos a Dios, fuente principal de sabiduría, que es la razón de ser y la fuerza que impulsa todos los trabajos que van direccionados al bienestar de nuestro prójimo*

*Gracias a mis padres por ser los principales promotores de mis sueños, gracias a ellos por cada día confiar y creer en mí y en mis expectativas, gracias a mi madre por estar dispuesta a acompañarme cada larga y agotadora noche de estudio, por su apoyo incondicional si hoy en día soy alguien profesional, se debe principalmente a ti, puesto que las lecciones más valiosas que adquirí, me las diste tú; gracias a mi padre por siempre desear y anhelar siempre lo mejor para mi vida, gracias por cada consejo y por cada una de sus palabras que me diste en vida.*

*Agradezco a mi tía por su condicional apoyo en toda mi vida lo que soy ahora, es el resultado de todas sus enseñanzas.*

*También agradezco a mi supervisor Leonardo Castellanos Suárez, por su generosidad al brindarme la oportunidad de recurrir a su capacidad y experiencia científica en un marco de confianza, fundamentales para la concreción de este trabajo*

## Tabla de contenido

Introducción.....	7
Objetivos .....	15
Metodología.....	16
Participante .....	16
Instrumentos. ....	17
Procedimiento. ....	21
Objetivos del plan de intervención .....	24
Resultados .....	26
Resultados de la intervención .....	28
Discusión.....	33
Conclusiones.....	33
Referencias .....	42
Anexos .....	47

## RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO.

**TITULO:** Evaluación e intervención en un caso de trastorno depresivo grave con síntomas melancólica desde el modelo cognitivo conductual

**AUTOR(ES):** Tania Marcela Prada Cediel

**PROGRAMA:** Esp. en Psicología Clínica

**DIRECTOR(A):** Mg. Leonardo Castellanos Suárez

### RESUMEN

En el presente estudio de caso se da a conocer el proceso de evaluación y plan de tratamiento diseñado para el trabajo con una paciente con trastorno depresivo grave con síntomas melancólicos, llevado a cabo en 12 sesiones. Para la evaluación del caso, se realizó una entrevista y se aplicaron Inventario de Depresión de Beck –II (BDI-II), Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, *Reward – Probability Index: RPI*, *Environmental Reward Observation Scale: EROS*. El modelo optado para su abordaje fue el modelo Cognitivo Conductual. Los resultados indican que el plan de tratamiento contribuyó en la mejoría de la sintomatología depresiva.

### PALABRAS CLAVE:

Depresión, terapia cognitivo conductual, activación conductual, reestructuración cognitiva.

V° B° DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

## GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

**TITLE:** Evaluation and intervention in a case of severe depressive disorder with melancholic symptoms from the cognitive behavioral model.

**AUTHOR(S):** Tania Marcela Prada Cediel

**FACULTY:** Esp. in Clinical Psychology

**DIRECTOR:** Mg. Leonardo Castellanos Suárez

### ABSTRACT

This case study shows the evaluation process and treatment plan for a patient with severe depression who presents melancholic symptoms. In order to evaluate the case, an interview was performed an Beck Depression Inventory- II (BDI-II), International Mini Neuropsychiatric Interview, Reward -Probability Index (RPI) and Environmental Reward Observation Scale (EROS) were applied. The Cognitive Behavioural model was chosen to approach this case. Results indicate the treatment contributed to improvement of symptoms of depression.

### KEYWORDS:

Depression, cognitive behavioral therapy, behavioral activation, cognitive restructuring.

V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK

## **Introducción**

El presente trabajo contiene información sobre el proceso de práctica llevado a cabo en el Instituto de Familia y Vida, institución que tiene como objetivo apoyar los procesos de formación integral de estudiantes de pre y posgrado de la Facultad de Psicología, proporcionando un espacio de práctica profesional de atención en procesos psicológicos a la población consultante del área metropolitana de Bucaramanga, respondiendo a los objetivos misionales académicos, investigativos y de proyección social de la universidad (Instituto de Proyección Social IPS, 2019).

Los servicios ofrecidos por la institución son implementados por psicólogos en formación y no tienen costo para el usuario; por esta razón, se realiza atención preferentemente a población vulnerable y personas que pertenecen a estratos socioeconómicos 1, 2 y 3. Entre las áreas de atención están: atención psicológica, evaluación psicológica y orientación vocacional (IPS, 2019).

El proceso de práctica tuvo una duración de seis meses con un receso de dos meses. En este proceso, se ofreció el servicio de acompañamiento psicológico clínico a 16 consultantes niños(as) y adultos, quienes se acercaban a la institución por diferentes problemáticas. Entre los trastornos más frecuentes se halló la depresión en adultos y adolescentes y en el caso de los niños, trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Se debe resaltar, que para el desarrollo de esta práctica y, asimismo, el estudio de caso se tomó como base el modelo cognitivo conductual para los procesos de evaluación e intervención.

Para iniciar la fundamentación teórica, se define la depresión como un trastorno mental, que actualmente se considera como un problema de salud

pública, afectando a más de 300 millones de personas en el mundo (Organización Mundial de la Salud, [OMS], 2019).

Según la Federación Mundial de Salud Mental (como se citó en Londoño y González, 2016) la depresión ocupa el tercer puesto en la carga global de salud mental en el mundo y Colombia, se encuentra en el quinto lugar entre los países que más registraron trastornos del estado de ánimo. A nivel nacional, la última Encuesta Nacional de Salud Mental halló que la prevalencia de depresión es del 10% en la población colombiana, siendo mayor en mujeres (6,5%) que en hombres (3,5%) (Ministerio de Salud, 2017).

El término depresión, responde a un amplio espectro de trastornos que presentan ciertas características que varían en sus causas, intensidad, sintomatología, cronicidad, curso y comportamiento epidemiológico (Londoño & González, 2016). “Los trastornos depresivos afectan a personas de cualquier edad, condición económica o nivel educativo o cultural, y representan un costo importante para los individuos, la familia, el sistema de salud y la comunidad en general” (Guillén, Montaña, Fernández, Gordillo, & Solanes, 2013, p, 499).

Cabe resaltar que dentro de la estructura del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) (Asociación Estadounidense de Psicología APA, 2013) para el diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor la persona debe haber presentado al menos un Episodio Depresivo Mayor, que se caracteriza por la presencia de tristeza o ánimo irritable (en el caso de los niños) o por una pérdida de placer o interés por las actividades cotidianas (también llamada anhedonia).



Otros indicadores son la pérdida o aumento significativo de peso o de apetito, insomnio o hipersomnia, agitación o retraso psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva o inapropiada, pensamientos recurrentes de muerte e intento o ideación suicida. Para el diagnóstico deben manifestarse al menos cinco de estos síntomas que deben perdurar de forma prácticamente continuada durante al menos dos semanas (Antón-Menárguez, García-Marín, y García-Benito, 2016). Como criterios de exclusión se establecen los siguientes: que no se trate de un episodio mixto, que los síntomas no estén causados por un proceso físico o por efecto del consumo de sustancias y que no se deban a una reacción de duelo normal (American Psychological Association, [APA], 2013).

Respecto a las causas de la depresión, diversos estudios han permitido reconocer que esta afección es multicausal y en su aparición intervienen variables sociales, psicológicas, biológicas y ambientales en donde el contexto social actúa como facilitador de la depresión y que eventos sociales estresantes facilitan la aparición de una respuesta desproporcionada con relación al evento, lo cual influye de manera negativa en los sentimientos de valía y en las estrategias para afrontar los acontecimientos (Caspi, Hariri, Holmes, Uher y Moffitt, 2010; Karg, Burmesister, Shedden y Sen, 2011; Mejía, 2011).

Con respecto al tratamiento, en la literatura se encuentran diferentes estudios de metaanálisis que muestran efectos positivos de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) en la depresión (Peng, Huang, Chen & Lu, 2009). La TCC es definida como un “modelo de tratamiento de diversos trastornos mentales, que trabaja ayudando al paciente a que cambie sus pensamientos, emociones,

conductas y respuestas fisiológicas disfuncionales por otras más adaptativas para combatir sus problemas o en este caso la depresión” (Puerta y Padilla, 2011, p.252).

Este modelo de intervención parte de la idea de que la depresión es la consecuencia de una combinación de déficit en las habilidades de afrontamiento, problemas con la regulación emocional y una perspectiva extremadamente negativa del mundo y de la capacidad de la propia persona para actuar adecuadamente en él (Romero, 2006).

Nezu, Maguth y Lombardo (2006) proponen que los objetivos primordiales de la TCC en la depresión son:

*Disminuir el pensamiento disfuncional:* Este objetivo se basa en el modelo cognitivo, que afirma que todo proceso depresivo presenta un esquema de pensamiento consistente en una visión negativa de sí mismo, del entorno en el que la persona está inmiscuida y del futuro (Dahab, Rivadeneira y Minici, 2002). A este esquema se le conoce como la triada cognitiva; por lo que el paciente se ve a sí mismo como incapaz e inútil (Beck, Rush, Shaw y Emery, 2005).

Asimismo, Ellis (1990) sostiene que la depresión se desarrolla debido a los pensamientos irracionales o automáticos, caracterizados por un fuerte componente moralizador y culpabilizante, que han sido adquiridos por tradición, transmitidos por el núcleo familiar, la sociedad y las instituciones (esquemas y distorsiones cognitivas).

Los esquemas mal adaptativos o también llamados negativos, son “patrones de pensamientos estables y duraderos que representan las

generalizaciones de una persona acerca de experiencias pasadas, y de esta manera juzga el presente y el futuro” ( Puerta y Padilla, 2011, p, 252).

Las distorsiones cognitivas como el catastrofismo, generalizaciones, adivinaciones, pensamiento dicotómico, desechar lo positivo, personalización (Nezu et al., 2006) sumada a la desesperanza le sugieren a la persona que todo va a salir mal, quien se frustra por el sentimiento de no poder cambiar esta situación y finalmente se resigna, lo que a su vez opera como causa suficiente de su depresión.

Para lograr este objetivo se utilizan técnicas cognitivas, entre las más usadas está la reestructuración cognitiva (RC), el diálogo socrático, de tal forma, que lleven a los consultantes a que identifiquen y cuestionen pensamientos irracionales y desadaptativos, para luego cambiarlos por otros menos rígidos y más funcionales, reduciendo el malestar emocional y, por consiguiente, cambiando conducta (Bados y Eugeni, 2010).

La RC se basa en los supuestos teóricos que el modo en el que las personas estructuran cognitivamente sus experiencias ejerce influencia fundamental en cómo se sienten y actúan y en sus reacciones fisiológicas. De esta manera, afirma que se pueden identificar las cogniciones de las personas y que asimismo es posible cambiar estas cogniciones, lo cual es empleado para lograr cambios terapéuticos (Beck et al, 2005). Es preciso mencionar, que en la RC los pensamientos son considerados como hipótesis y terapeuta y paciente trabajan juntos para recoger datos que determinen si dichas hipótesis son correctas o útiles (Bados y Eugeni, 2010).

La terapia cognitiva (TC) de Beck es quizá la forma más reconocible y popular de tratamiento psicológico para la depresión, respaldada por una gran cantidad de estudios que apoyan su eficacia, donde incluso han mencionado que en muchos casos resulta equiparable a los enfoques farmacológicos, y en algunos otros parece indicar superioridad en comparación con otras terapias psicosociales en lo que se refiere a la depresión (Nezu et al, 2006).

*Incrementar las habilidades de autocontrol:* Bajo esta concepción de la depresión se le da mayor relevancia a la capacidad de un individuo para alcanzar metas mediante tres procesos secuenciales: auto monitoreo, autoevaluación y auto refuerzo (Puerta y Padilla, 2011). El cumplimiento de las actividades propuestas por este objetivo, incluyendo la topografía del problema, es decir, cuando sucede, por qué sucede, que se debe hacer en tales casos, que piensa y como actúa el paciente, lo que le permite al consultante aumentar la autoconciencia de su problemática.

*Optimizar la capacidad de resolución de problemas:* Para el logro de este objetivo se utiliza principalmente la técnica de resolución de problemas, que se centra en la mejora de las estrategias de afrontamiento; término referente a las actividades que las personas realizan para intentar manejar situaciones estresantes (Rosa-Melchor, Ramírez, Garza-Elizondo, Riquelme-Heras, Rodríguez-Rodríguez & Duran-Gutiérrez, 2013). Basado en autor Nezu (1987; 2006) La capacidad para afrontar las situaciones estresantes se han convertido en un factor vulnerable depresogénico de gran magnitud.

*Mejorar las tasas de reforzamiento positivo y aumentar las habilidades sociales:* Desde este objetivo se propone que una razón por la que se deprime la

gente es que su vida les brinda muy pocas satisfacciones y demasiados problemas. Cuando la persona se siente depresiva, suele alejarse del mundo que la rodea y las rutinas básicas de su vida se alteran, lo cual resulta normal y comprensible. El problema es que esto puede dar lugar a mayor intensidad de los síntomas. Es decir, entre menos haga, peor se siente, y entre peor se siente menos hace (Dimidjian, Martell, Herman-Dunn, Hubley, 2018).

Otro abordaje terapéutico que ha demostrado su eficacia es la Activación Conductual (Bianchi-Salguero y Muñoz-Martínez, 2014), que se define como un proceso terapéutico focalizado a incrementar conductas que coloquen al paciente en un ambiente que proporcione contingencias reforzantes (Becerra, Reynoso, Bravo y Ordaz, 2017); para ello, utiliza técnicas que no distan mucho de las tradicionales, siendo las más frecuentes la extinción de conductas no deseadas, el modelamiento y el desvanecimiento (Barraca, 2009).

Es decir, la AC hace énfasis en el uso de estrategias que lleven a que las personas no obtengan reforzamiento por actuar de forma depresiva y que, por el contrario, se busquen y se otorguen reforzadores positivos para cada vez que se comporte de una forma sana o no depresiva, según terminología propia de la terapia (Barraca, 2010). Esta activación, se puede lograr llevando a que el consultante adopte una conducta determinada por él como agradable y que mejorará a su vez, sus situaciones vitales, proporcionando recompensas que actuarán como mayores reforzadores (Martell, Dimidjian & Herman-Dunn, 2013).

Por otro lado, desde el aspecto de las habilidades sociales, se debe tener en cuenta que, en muchos casos como resultado de una capacidad limitada para obtener refuerzos positivos del ambiente social, los pacientes se alejan de su

círculo y este abandono, como se indicó al inicio, termina por intensificar los síntomas (Puerta y Padilla, 2011). Por ello, el entrenamiento en habilidades sociales funciona de la mano con el reforzamiento positivo.

McLean (como se citó en Nezu et al, 2006). Parte del contenido que se abarca en el entrenamiento de habilidades sociales tiene que ver con la comunicación, la productividad conductual, interacción social, la asertividad, la toma de decisiones, resolución de problemas, autocontrol cognitivo), como medios para desarrollar comportamientos prosociales.

Actualmente, la terapia cognitivo conductual (TCC) es un modelo que aborda este trastorno con una mirada holística, y biopsicosocial. Se enfoca en reactivar al individuo y en procurarle las herramientas para que pueda empezar a ver su vida desde otro punto de vista (Puerta, Padilla, 2011). Se resalta que para lograr este objetivo la terapia debe ser flexible, utilizando las técnicas cognitivas o conductuales según convengan las necesidades únicas del paciente, de no ser así el proceso de aprendizaje se limita y como consecuencia se puede producir un abandono de la terapia, siendo este, un método evitativo de la misma depresión (Becerra et al., 2017).

Finalmente, para el caso clínico en mención, se seleccionó una paciente que en las primeras sesiones manifestaba sintomatología depresiva y teniendo en cuenta su problemática se decide abordar mediante un modelo mixto implementando técnicas desde el aspecto cognitivo como la reestructuración cognitiva y desde la parte conductual la activación conductual.

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

- Implementar un plan de intervención desde el modelo cognitivo conductual para usuarios del Instituto Familia y Vida.

### **Objetivos Específicos**

- Formular desde los parámetros del modelo cognitivo-conductual los problemas psicológicos de los consultantes.
- Implementar un plan de intervención terapéutico desde el modelo de activación conductual, para el abordaje de las conductas problemas de la consultante.
- Evaluar los resultados obtenidos del proceso de intervención, con base en los objetivos terapéuticos previamente establecidos.

## Metodología

### Participante

#### Motivo de consulta.

La consultante seleccionada es una mujer de 43 años, soltera, de Bucaramanga, que acude a consulta psicológica de manera voluntaria. Anteriormente llevaba un proceso de atención psicológica con un practicante de psicología por un duelo no elaborado. Para iniciar este proceso la consultante refiere: “Deseo seguir con el proceso porque necesito que me ayuden a manejar mis emociones, siento que cada día pierdo más el control, no me siento bonita y no tengo ganas de nada, siento que no valgo como persona, perdí mis sueños. Con mi familia estoy mal porque discuto con papá la mayoría del tiempo y nadie se preocupa por mí. En la casa a la única que le importaba era mi madre quien ya falleció, no tengo pareja porque los hombres me buscan solo para tener relaciones más no para una relación seria”.

#### Genograma

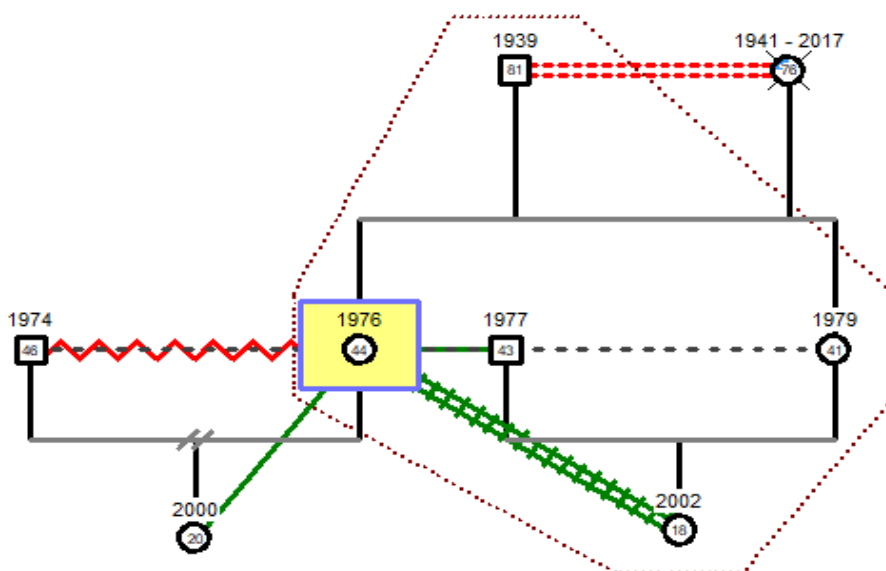




Tabla 1.  
*Descripción familiar*

Nombre y apellidos	Parentesco	Edad	Escolaridad	Ocupación	Relación
J.V	Papá	81	Primaria	Pensionado	Conflictiva
D.B	Hija	20	Universitario	Independiente	Cercana
S.V	Hermana	41	Bachiller	Empleada	Distante
J.G	Cuñado	43	Bachiller	Comerciante	Cercana
K.G	Sobrina	18	Estudiante	Bachiller	Muy cercana

I.V mujer de 44 años, soltera, de Bucaramanga. Tiene una única hermana menor de 41 años; además tiene una hija producto de una relación sentimental pasajera y conflictiva. Actualmente trabaja vendiendo revistas de catálogo y convive con su padre, hermana, cuñado y sobrina. La consultante perteneció durante su infancia a un núcleo familiar disfuncional con ausencia de figura paterna y agresión verbal por parte de su padre, además de dificultades económicas. Dentro de los antecedentes relevantes se reporta un evento depresivo ante relación sentimental significativa fallida y posterior duelo por fallecimiento de su progenitora hace dos años. Adicionalmente, el proceso de gestación y nacimiento de su hija tuvo complicaciones importantes agresiones verbales y psicológicas por parte de su expareja.

La consultante refirió en la sesión inicial que sus objetivos consistían en disminuir tanto los episodios de llanto durante el día como los pensamientos de minusvalía “dejarme de sentir tan mal conmigo misma” y de culpabilidad excesiva “siento que todo esto es culpa mía, por no ser lo suficientemente útil”, así como también en recuperar su vida “volver a ser la misma persona que era antes”. Al momento de indagar acerca de las estrategias de afrontamiento utilizadas hasta el

momento para eliminar los pensamientos y los sentimientos refirió asistir a consulta psicológica.

### *Historia de la situación*

La consultante refirió que durante su infancia vivenció episodios de violencia verbal dentro de su núcleo familiar, por parte de su padre hacia su madre lo que le generaba estados de tristeza y ansiedad. Su núcleo familiar estaba conformado por su mamá, papá y hermana. El tipo de relación que mantenía con su padre era de hostilidad, aunque niega violencia física contra ella, mientras que, con su madre, fue una relación cercana. La consultante comentó que cuando su hermana menor nació empezaron a tener problemas económicos.

A la edad de 18 años se fue de la casa. Manifiesta que alrededor de los 20 años se vinculó a trabajo en establecimientos nocturnos como mesera. La consultante inició su relación sentimental un año después, sin embargo, afirma que había presencia de agresión verbal constante. A los 24 años nace su hija y ocho años después se termina la relación con su pareja, lo que generó en la consultante estados de ansiedad y depresión, episodios de llanto agudo, ideas de minusvalía e insomnio

Seis meses después del divorcio la madre de la paciente es diagnosticada con Alzheimer convirtiéndose en la cuidadora principal durante ocho años, la paciente manifiesta que esto ocasionó en ella desespero incluso intentó quitarse la vida, pero su hija y su madre evitaron que esto ocurriera.

En el año 2017 su madre fallece y esto vuelve a desencadenar en ella sentimientos de ansiedad y depresión y generando fuertes discusiones con su hija.

En enero del 2019 decide buscar ayuda psicológica porque considera que no ha podido hacer un duelo saludable y por las constantes peleas con su hija, quienes brindaron el acompañamiento psicológico fueron los practicantes de psicología clínica del Instituto Familia y Vida. Actualmente decide seguir con el proceso porque manifiesta que necesita ayuda para manejar sus emociones, siente que cada día pierde más el control.

### *Listado de problemas*

Para el listado de problemas se establece una relación entre conductas problema, los antecedentes y los consecuentes relacionados con dichas conductas.

- Quejas verbales: la consultante afirma “hace mucho tiempo me vengo sintiendo, que no valgo nada, nunca podré ser feliz ni tener una relación estable con nadie”.
- Pensamientos automáticos negativos: “no sirvo para nada, no hago nada bien”
- Pensamiento catastrófico: “Nunca podré ser feliz con alguien”
- Rumiación: la consultante pasaba gran parte del día verbalizando pensamientos sobre inutilidad, orientados generalmente a distorsiones cognitivas y esquemas irracionales.

### *Dimensión emocional.*

- Incremento en la frecuencia e intensidad de los episodios de llanto, motivados por pensamientos de tristeza.
- Anhedonia: pérdida de interés en actividades que antiguamente generaban disfrute y eran placenteras desde aproximadamente más de 6 meses.

### *Dimensión fisiológica.*

- Alteraciones en el patrón de sueño: insomnio.

### *Dimensión social y relaciones interpersonales*

- Aislamiento social: pasa lapsos de tiempo prolongados en la cama, con escasa motivación; asimismo los círculos sociales están disminuidos por lo que corta contacto con red de apoyo de amistad.
- Descuido de presentación personal: escasa motivación en cuanto a su presentación personal y apariencia física.
- Descuido de su situación económica: desinterés en reestablecer su vida laboral, por lo que su trabajo se reduce a vender revista de catálogo.

### *Antecedentes*

- Maltrato verbal por parte de su pareja sentimental.
- Diagnóstico de depresión con proceso psiquiátrico
- Diagnóstico de Alzheimer de la madre
- Intento de suicidio fallido
- Conflictos con su hija
- Problemas en la relación con su padre

### *Consecuentes*

- Estados agudos de malestar y episodios de llanto durante la mayor parte del día.
- Estados de inactividad prolongados dentro de la casa, sin realizar actividad alguna
- Pensamientos de inutilidad, desesperanza y minusvalía constantes.

## **Instrumentos**

Historia Clínica: se utiliza formato PS-FO-081 institucional, donde se registra la información perteneciente al caso abordado, teniendo en cuenta los parámetros establecidos en la ley 1090 de 2006 (Anexo 1).

Consentimiento Informado: Consentimiento informado para mayores de edad (formato PS-FO-154) estandarizado en el IFV, el cual se diligenció en el primer encuentro terapéutico, seguidamente de informar a la consultante sobre el proceso del tratamiento a recibir, aspectos de confidencialidad, beneficios de la atención, derechos y deberes para garantizar una adecuada atención (Anexo 2).

Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (Sheehan, Janavs, Baker, Harnett, Knapp y Sheehan, 1992) traducida al español de (Fernando, Bobes, Gibert y Soto, 2005). Este instrumento es una entrevista diagnóstica estructurada de corta duración, que explora de manera estandarizada cada uno de los criterios necesarios para establecer los principales diagnósticos concernientes a la Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª edición (CIE-10) y al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV) (Anexo 3).

Inventario de Depresión de Beck –II (BDI-II): Instrumento de evaluación más utilizado para detectar y evaluar la gravedad de la depresión, compuesto por 21 ítems en donde se evalúa dos dimensiones, la cognitivo – afectivo y la somática, su aplicación requiere de un tiempo entre cinco a 10 minutos, en donde el evaluado debe seleccionar la afirmación más característica a su condición actual para cada ítem (Beck, 1961).

Autor: Aarón T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown.

Autor de la adaptación española: Jesús Sanz y Carmelo Vázquez, en colaboración con el Departamento de I+D de Pearson Clinical and Talent Assessment España: Frédérique Vallar, Elena de la Guía y Ana Hernández. (Anexo 4).

*Reward – probability index: RPI*: escala compuesta por 20 ítems que permiten medir el acceso a la recompensa proveniente del ambiente, por medio de dos factores, la probabilidad de recompensa y el de supresores ambientales, lo que permite la comprensión de la etiología de la depresión y su correlación con las conductas manifiestas en el sujeto (Carvalho, Gawrysiak, Hellmuth, McNulty, Magidson, Lejuez y Hopko, 2011).

Autores: Carvalho et al., 2011. Traducción al español de Barraca y Pérez – Álvarez, 2015 (Anexo 5).

*Environmental Reward Observation Scale: EROS*: escala compuesta por 10 afirmaciones que se orientan a medir la percepción o noción de refuerzo medioambiental, es decir el grado de recompensa que aporta el entorno, así como el incremento de la conducta y el afecto positivo que surge como consecuencia de vivir experiencias reforzantes del entorno (Valderrama, Bianchi y Villalba, 2016)

Autores: Armento y Hopko, 2007. Adaptación al español de Barraca y Pérez – Álvarez, 2010) (Anexo 6).

### **Procedimiento.**

El proceso de acompañamiento se desarrolló en 12 sesiones, distribuidas en tres meses, con un promedio de encuentro una vez por semana. Las intervenciones realizadas sesión a sesión se podrán encontrar en el anexo 7. A

continuación se presenta de manera general el esquema de trabajo que se llevó a cabo.

Tabla 2:  
*Resumen del trabajo terapéutico*

<b>Sesiones</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>Actividad realizada</b>
ETAPA DE EVALUACIÓN	Realizar el encuadre y la retroalimentación del proceso terapéutico, identificando aspectos relevantes en la historia de la paciente que se relacionen con las causas de la problemática actual.	Elaboración de historia clínica.
Sesiones 1-4	Determinar las conductas problemas que generan mayor malestar en la vida de la consultante	Construcción de alianza terapéutica.
	Identificar las causas de la problemática actual a partir de los aspectos relevantes de la historia de vida de la paciente.	Realizar entrevista semiestructurada con el fin de indagar sobre las causas, consecuencias, curso, intensidad y duración de la problemática.
	Evaluar y verificar la hipótesis del diagnóstico clínico trastorno depresivo con síntomas melancólicos en la consultante.	Implementación de Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, el Inventario de Depresión de Beck, Escala <i>Reward – Probability Index</i> : RPI y Environmental <i>Reward Observation Scale</i> : EROS.
ETAPA DE INTERVENCIÓN	Socializar el plan de trabajo a desarrollar a partir del diagnóstico de la consultante e iniciar con la intervención por medio de activación conductual.	Socialización de los resultados obtenidos en las pruebas a la paciente.
Sesión 5		Psicoeducación del modelo, explicar claramente el modelo terapéutico desde el que se va a trabajar.
Sesión 6	Identificar las distorsiones cognitivas y creencias irracionales que presenta la paciente.	Debate basado en el método de diálogo socrático con el fin de lograr identificar las distorsiones cognitivas/creencias irracionales que contribuyen al mantenimiento del comportamiento depresivo de la consultante.
Sesión 7	Flexibilizar el esquema mal adaptivo que presenta la consultante por medio del debate de las creencias irracionales.	Reestructuración Cognitiva debate sobre creencias irracionales y los esquemas mal adaptativos que presenta la paciente.
Sesión 8	Orientar en la realización de rutinas y metas de mediano y largo plazo en la consultante.	Registro y activación conductual.
Sesión 9	Entrenar a la consultante para la resolución de conflictos de manera asertiva con su padre y demás familiares	Juego de Roles.
ETAPA DE EVALUACIÓN	Realizar evaluación post test para identificar cambios presentados en	Modelo de resolución de conflictos.
		Aplicación de la entrevista psiquiátrica internacional, el inventario de depresión de

FINAL POSTEST Sesión 10	relación con el tratamiento.	beck, Escala Reward – Probability Index: RPI y Environmental Reward Observation Scale: EROS.
Sesión 11-12	Socializar los resultados encontrados para identificar aspectos relevantes del proceso de tratamiento. Intervenir y Psico educar sobre prevención de recaídas. Realizar cierre del proceso psicoterapéutico.	Intervención, cierre del proceso terapéutico. (Juego de roles, auto registro- debate sobre ideas irracionales

---

En la primera etapa que abarcó las cuatro primeras sesiones con duración de 60 minutos cada una, se llevó a cabo el proceso evaluativo, en la cual se aplicaron o administraron instrumentos como: consentimiento informado, Historia Clínica, Mini entrevista Neuropsiquiatría Internacional (Ver anexo 1) (Sheehan, Janavs, Baker, Harnett, Knapp y Sheehan, 1992), Inventario de Depresión de Beck –II (BDI-II), Reward – probability index: RPI, Environmental Reward Observation Scale: EROS.

En la segunda etapa que comprendía desde la sesión 5 a la 9, con relación al proceso de intervención, se planteó un esquema sistemático para abordar las problemáticas. Inicialmente se socializaron los resultados obtenidos en las pruebas aplicadas, para dar paso a una psicoeducación del modelo explicar claramente el modelo terapéutico desde el que se va a trabajar. Posteriormente, se dio paso al trabajo sobre creencias irracionales y los esquemas mal adaptativos que presentaba la paciente por medio de técnicas como: método de dialogo socrático, reestructuración cognitiva. Por último, se trabajó sobre la planeación y cumplimiento de metas a corto, mediano y largo plazo y entrenamiento para la resolución de conflictos de manera asertiva con su padre y demás familiares.

En la tercera etapa que comprendió las sesiones 10 y 12, se realizó la evaluación pos-test donde se implementaron las pruebas aplicadas inicialmente.



## **Objetivos del plan de intervención**

### **Objetivo principal**

- Disminuir la sintomatología depresiva de la consultante con diagnóstico de depresión mayor con síntomas melancólicos.

### **Objetivos secundarios**

- Evaluar la hipótesis del diagnóstico clínico trastorno depresivo con síntomas melancólicos en la consultante.
- Identificar las distorsiones cognitivas y creencias irracionales que presenta la paciente por medio del diálogo socrático.
- Flexibilizar esquemas mal adaptivos que presenta la consultante por medio de reestructuración Cognitiva.
- Entrenar a la consultante para la resolución de conflictos de manera asertiva por medio del modelo de resolución de conflictos.

## **Resultados**

### **Formulación del caso**

Los individuos que son vulnerables a la depresión tienen representaciones de memoria o estilos de pensamiento que los conducen a apreciar su entorno de manera sistemáticamente negativa, de igual manera si estos sesgos entran en contacto con algún evento vital estresante, conducirán a la persona a introducirse en un ciclo de pensamientos automáticos negativos sobre el yo, el mundo y le futuro (Kircanski, Joormann & Gotlib, 2012).

Según Huerta, et al. (2016) podría afirmarse que la paciente ha pasado por una serie de eventos estresores desde muy temprana edad, que han marcado su vida, en el que involucran un núcleo familiar disfuncional.

Por esta razón la paciente al pasar por las constantes agresiones verbales por parte de su padre y seguido a esto de su expareja y la posterior separación de esta relación ha ocasionado en la consultante múltiples eventos displacenteros que repercuten en su estado emocional, facilitando la aparición de pensamientos de soledad. La terapia cognitivo conductual se basa en la interpretación de los hechos influye sobre las emociones y el comportamiento de la persona. En otras palabras, los sentimientos y las conductas dependen de la manera en que los sujetos interpretan las situaciones (Chávez, Benítez, & Ontiveros, 2014; González, Valdez & González, 2011).

Según la terapia de activación conductual, una conducta adaptativa consta de un comportamiento en el cual, se incrementa la probabilidad de entrar reforzadores ambientales reforzantes, enfocadas en alcanzar un bienestar emocional (Bianchi-Salgueiro & Muñoz-Martínez, 2015). La paciente pierde

contacto con reforzadores del ambiente; es importante mencionar que los contextos y conductas que la consultante abandonó tenían una significancia para ella como lo era su trabajo, espacios con sus redes de apoyo de amistad y apariencia personal, produciendo así un bloqueo contextual que repercute en su estabilidad y desarrollo emocional.

Impresión diagnóstica.

Mediante la evaluación clínica realizada en las sesiones se concluyó el siguiente diagnóstico: 296.33 (F33.2) Trastorno de depresión mayor: episodio grave recurrente con características melancólicas.

Según la sintomatología de la consultante y utilizando el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales quinta edición (2014), se logró constatar el cumplimiento de los siguientes criterios diagnósticos en la consultante:

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días según información subjetiva.
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. Insomnio casi todos los días.
4. Sentimientos de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada casi todos los días.
5. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
6. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia u otra afección médica.

7. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un diagnóstico del espectro de la esquizofrenia.
8. Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco.

El cumplimiento de los anteriores criterios diagnósticos son suficientes para dictaminar un trastorno de depresión mayor (American Psychiatric Association, 2014)

Ahora bien, para diagnosticar las características melancólicas se cumplieron los siguientes criterios:

1. Pérdida de placer por todas o casi todas las actividades.
2. Falta de reactividad a estímulos generalmente placenteros.
3. Desaliento profundo.
4. Culpa excesiva o inapropiada.
5. La depresión acostumbra a ser peor en la mañana.

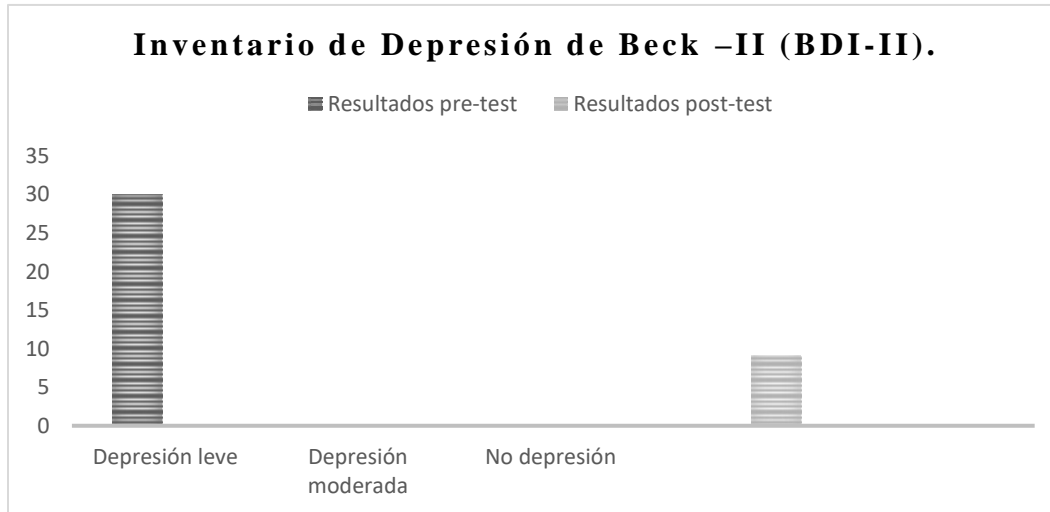
El cumplimiento de los anteriores criterios diagnósticos son suficientes para dictaminar en un trastorno depresivo, la presencia de características melancólicas (American Psychiatric Association, 2014).

### **Resultados de la intervención**

Como resultado general de la intervención, la consultante logró realizar conductas como salir de la casa, realizar rutinas cortas de ejercicio, asistir a reuniones que la pusieran en contacto con reforzadores del ambiente, además entendió el origen de sus esquemas mentales, los factores mantenedores de estos y las consecuencias negativas de sus ideas irracionales de culpabilidad y las repercusiones que tenían en el desarrollo de su vida.

A continuación, se presentarán los resultados obtenidos del análisis comparativo de las fases pre y pos-intervención. en el estudio del caso

*Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).*



*Figura 1.* Resultados pre y post intervención del inventario de Depresión de Beck- II (BDI-II)

Teniendo en cuenta que el objetivo del presente inventario es evaluar la gravedad de la depresión, se utilizó este instrumento en el proceso de evaluación, para lo cual se realizaron dos aplicaciones distribuidas en la fase I (pre test) en la sesión cuatro en donde los resultados obtenidos reportaron puntuación directa de 30 puntos, lo que permitió inferir según la categoría de calificación que la consultante puntúo para intensidad/ severidad del constructo evaluado en Depresión grave, encontrando así que presentan mayor afectación a nivel somático, lo que evidencia, que en el momento hay dificultades asociadas a la conciliación del sueño, preocupaciones somáticas, pérdida de peso o apetito; posteriormente al finalizar el proceso de intervención (post test) sesión diez, los resultados arrojaron una puntuación directa de 9 puntos que en la clasificación la intensidad/severidad establece No depresión, lo que permite evidenciar la

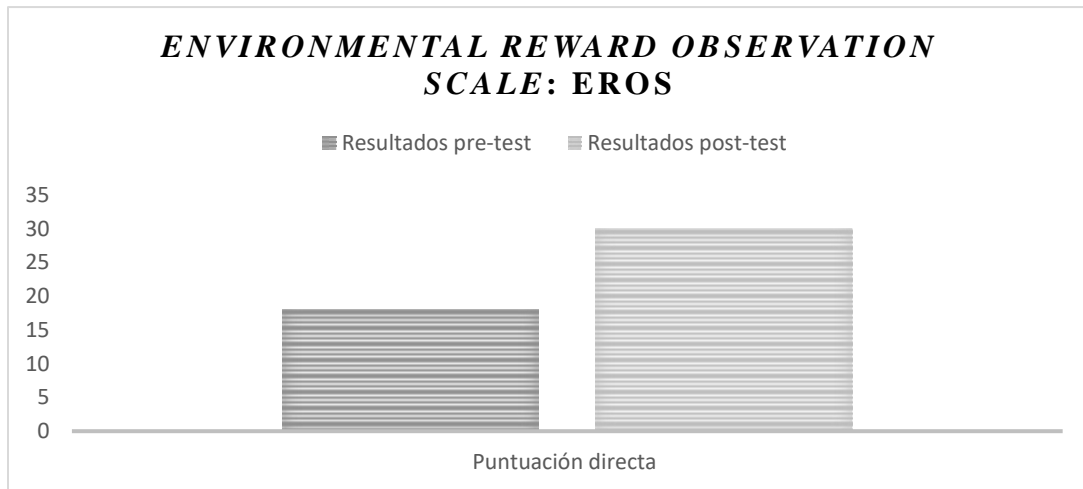
disminución de signos de depresión en la consultante finalizado el proceso terapéutico.

*Mini International Neuropsychiatric Interview. (Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional)*

Con respecto a los resultados obtenidos a partir de la aplicación de la *Mini International Neuropsychiatric Interview*; inicialmente se obtuvo como resultado un diagnóstico de trastorno de depresión mayor con síntomas melancólicos. En la aplicación inicial se evidenció un estado de ánimo triste durante un periodo de dos semanas, además de pérdida de interés en actividades que anteriormente generaban placer, asimismo, dificultad para dormir casi todas las noches, sensación de falta energía durante el día, así como también presencia de sentimientos de culpa e inutilidad, pensamientos autolesivos y de suicidio.

Después de la intervención. Se llevó a cabo nuevamente la aplicación de la *Mini International Neuropsychiatric Interview*, dando como resultado una puntuación que no se relacionaba con un trastorno depresivo mayor o cualquier episodio depresivo; debido a que su estado de ánimo durante las últimas dos semanas estuvo estable, sin la presencia de episodios de llanto; la consultante afirmaba percibir mayor energía para afrontar la cotidianidad; además retoma las acciones placenteras que anteriormente había bloqueado. Adicionalmente, desaparecieron los pensamientos de inutilidad, autolesivos y suicidas.

## *Environmental Reward Observation Scale: EROS*

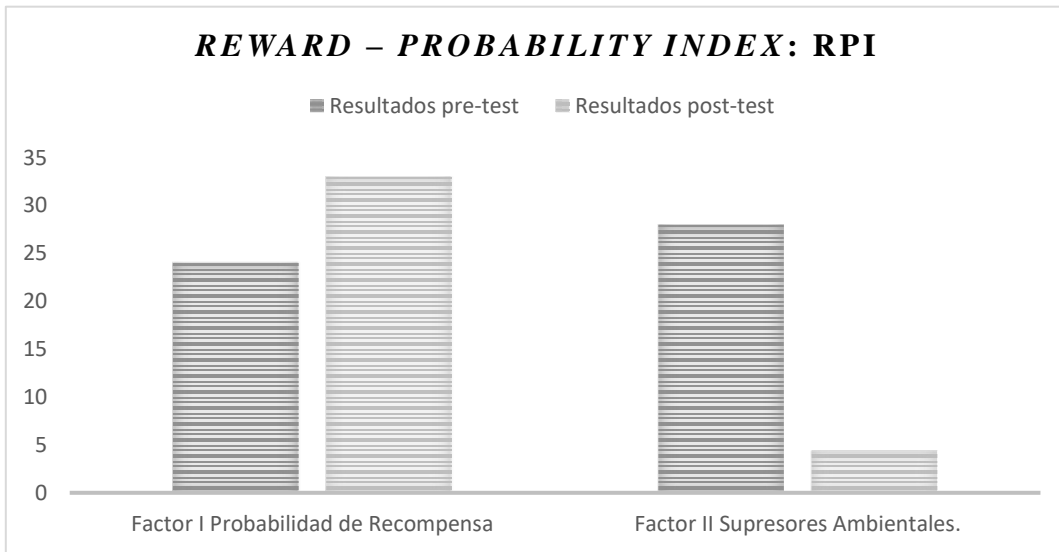


*Figura 2.* Resultados pre y post intervención Environmental Reward Observation Scale: EROS

Los resultados de la fase de evaluación pretest con relación a la presente escala arrojaron una puntuación de 18 puntos, lo que permitió interpretar que la cantidad de reforzadores positivos que la consultante recibía del ambiente eran reducidos, por lo cual el grado de recompensa era bajo, lo que conllevaba a la disminución de la conducta y por ende la ausencia de estados anímicos positivos.

Posteriormente, en los resultados de la evaluación post test se evidenció un aumento significativo de 30 puntos, lo que permitió confirmar el aumento en la cantidad de reforzadores positivos provenientes del ambiente, dado a que el grado de recompensa fue alto, se incrementó la conducta y facilitó la presencia de estados anímicos positivos, manifiestos por la disminución de estados depresivos. Los resultados del proceso de intervención permitieron evidenciar que la consultante logra retomar de manera gradual sus actividades gratificantes, disminuyendo la intensidad y frecuencia de los episodios depresivos.

*Reward – probability index: RPI*



*Figura 3.* Resultados pre y post intervención Reward – probability index: RPI.

Los resultados de la fase de evaluación pre-test para la presente escala permite interpretar que en factor I la paciente se encuentra por debajo de la media, lo que indica que la probabilidad que la paciente tiene de acceder a recompensas del ambiente es baja, lo que impide las posibilidades de acceder a estímulos reforzadores. Por otra parte, respecto al factor II los datos obtenidos en esta escala se ubican en promedio.

Finalmente, a partir de lo obtenido en la evaluación post test, los resultados se clasifican como normativos indicando que la probabilidad que la evaluada tiene de acceder a recompensas del ambiente es promedio, es decir cuenta con potenciales recompensas provenientes del ambiente, lo que facilita las posibilidades de acceder a estímulos reforzadores.



## Discusión

La depresión es una problemática de salud pública que cada vez afecta a más personas en el mundo, pues ocupa el tercer puesto a nivel mundial en la carga global de salud mental, y Colombia es el quinto país que más registra trastornos del estado de ánimo, reflejado en la última Encuesta Nacional de Salud Mental, en la que se encontró que el 10% de la población general sufre de depresión, cifra bastante alarmante (Federación Mundial de Salud Mental (FMSM, 2012; Ministerio de Salud y protección social, 2015).

Asimismo, debe tenerse en cuenta que la depresión es una enfermedad de aparición silenciosa, pues a menudo no es percibida por la persona que la padece, ni por el núcleo que la rodea, o en ocasiones es erróneamente catalogada como una debilidad de carácter o una incapacidad para enfrentar la vida, puesto que al abarcar diferentes áreas claves en la vida de una persona, se hace cada vez más difícil de llevar y de afrontar, por lo cual, buscar una ayuda terapéutica adecuada, se hace vital importancia como técnica de autocuidado (Ferrei, Peña, Gómez y Pérez, 2009).

En el caso de I.V se evidencia una historia clara de sus síntomas depresivos, los cuales surgen intensamente a los 32 años tras su divorcio cuando intenta suicidarse, razón por la cual en ese momento recibe atención psiquiátrica por un diagnóstico de depresión. Posteriormente, a los 42 años cuando muere su madre de quien era cuidadora, de nuevo aparece la sintomatología, que para la situación de duelo reciente podría reflejarse como normal. Finalmente, hace 6 meses se acentuaron los síntomas razón por la cual acude a apoyo terapéutico.

Lo anterior puede indicar, que los síntomas depresivos, en gran parte de la vida de I.V pudieron estar presentes pero encubiertos bajo sentimientos de pérdida asociados a sus dos principales duelos.

En cuanto a la manifestación de la depresión, a nivel conductual se exterioriza con llanto y desmotivación; en la esfera cognitiva afecta la concentración, la memoria, aparecen pensamientos asociados a valoraciones negativas, creencias irracionales; a nivel emocional se manifiesta por sentimientos de tristeza, desesperanza, culpabilidad y pensamientos de minusvalía; finalmente, en el componente somático se presentan alteraciones del ciclo del sueño, del apetito y del peso, cansancio, malestar físico, disminución del deseo sexual, entre otras (Vázquez, Otero, Blanco y Torres, 2015).

Con relación al caso, según la evaluación realizada se pudo reconocer que los principales síntomas de afectación en I.V fueron de tipo emocional y cognitivo, entre estos, el estado deprimido la mayor parte del día, sentimientos de inutilidad, acompañados de síntomas melancólicos tales como intensificación de los síntomas al iniciar el día, culpa excesiva, alteraciones en el sistema de placer y recompensa y desde el aspecto somático, desaliento profundo e hiporexia.

Igualmente, es relevante comprender que es una enfermedad en la que intervienen variables sociales, psicológicas, biológicas y ambientales, pues estas protegen o facilitan la presencia de conductas y sensaciones asociadas a la depresión, afectando su funcionalidad en la vida cotidiana como cualquier enfermedad física no tratada (Caspi, Hariri, Holmes, Uher y Moffitt, 2010; Karg, Burmesister, Shedden y Sen, 2011; Mejía, 2011).

I.V por su parte cuenta con una historia familiar de violencia (maltratos en la infancia, violencia verbal por parte de su exesposo, conflictos con su hija y su padre), fue cuidadora de su madre quien sufrió de Alzheimer, lo que representó en su momento una elevada carga emocional y de estrés; y habitualmente, se encuentra aislada socialmente. Como factores protectores, se resalta que fue ella quien busco ayuda, tiene estudios tecnológicos, pertenece a un grupo religioso y físicamente, aunque presenta baja de peso debido a la hiporexia, se encuentra muy saludable.

La importancia de estos aspectos relacionados radica en que el atender oportunamente la problemática individual del consultante, conlleva a aumentar los índices de éxito en la mitigación de los síntomas y provee una mejor calidad de vida a quien la padece. No obstante, antes de iniciar tratamiento se deben descartar otras condiciones asociadas a la sintomatología (Bohórquez, García, Rodríguez, Arenas, Castro, de la Hoz Bradford & Sánchez, 2012).

Es por esto por lo que se hace práctico identificar la terapia más idónea para el tratamiento, lo cual dependerá de la experticia del psicólogo y de la actitud particular del consultante.

Por ello, para cumplir con el objetivo principal de este estudio de caso, el cual consistió en disminuir la sintomatología depresiva en el consultante se utilizó un método mixto, demostrando gracias a los resultados obtenidos a partir del proceso terapéutico, la eficacia del modelo cognitivo conductual en el trabajo con pacientes con trastorno depresivo, lo que es coherente con múltiples estudios que corroboran estos hallazgos (Peng, Huang, Chen y Lu, 2009).

Dentro de los resultados más destacados en el proceso con I.V se destacan principalmente la reducción de los síntomas depresivos, la mejoría en la relación con su hija, el poder reconocer y reforzar nuevas habilidades para el enfrentamiento de situaciones nuevas y estresantes (prevención en recaídas), que permitieron a su vez, cambiar su estilo de afrontamiento evitativo. También aumentó los repertorios de auto refuerzos positivos, al igual que, la interacción social.

Ahora bien, respecto al curso del proceso de intervención cabe resaltar que la paciente manifestó grandes cambios en la manera de percibir sus problemáticas, particularmente, aquellas asociadas al duelo afectivo.

Sus principales logros en este aspecto fueron: desarrollar mayor capacidad para re significar lo ocurrido de manera propositiva, asimismo, realizar procesos de evaluación más racionales sobre sus capacidades y competencias, mejorías considerables en cuanto a su autoconcepto y autoestima, lo cual fue significativo, ya que los pensamientos desvalorizados sobre sí misma dejaron de estar presentes.

Estos resultados mantienen coherencia con los postulados de Carmona (2012) quien manifiesta que la reestructuración de los pensamientos que generan sufrimiento y la identificación, evaluación e intervención de los esquemas cognitivos con los que la paciente significa y explica la ruptura del vínculo afectivo, permiten elaborar un proceso de duelo más funcional.

Se estima que parte del éxito en el cumplimiento de lo propuesto, se relaciona con la combinación de técnicas cognitivas y técnicas conductuales, pues la integración de ambos paradigmas conduce a una mayor eficiencia terapéutica

(López, Ferro y Valero, 2010), tesis basada en los hallazgos de varios estudios, los cuales muestran evidencia de que en conjunto son significativamente eficaces para intervenir trastornos del estado de ánimo, como era el caso de I.V, quien tras el proceso de evaluación se identificó la presencia un trastorno depresivo grave con síntomas melancólicos.

En cuanto a las técnicas implementadas, tales como la reestructuración cognitiva, el debate socrático, técnicas de dominio y agrado en tareas graduales y juego de roles (Labrador, 2008) sirvieron para que la paciente reevaluara las estrategias implementadas y elaborara otras más funcionales.

Específicamente la reestructuración cognitiva funcionó idóneamente para que I.V modificara sus cogniciones y elaborara nuevos procesos de pensamiento; la técnica de dominio de tareas graduales, sirvió para orientar sus comportamientos hacia actividades productivas que le permitieran mejorar su auto concepto y autoestima.

Estos resultados guardan relación con los obtenidos en el estudio de Rosique y Sanz (2013), donde el análisis y la modificación de pensamientos, representó la disminución del diálogo negativo y autoculpabilizador de una paciente que al igual a la del presente estudio de caso, poseía un largo historial de sintomatología resistente.

Asimismo, fue evidente que, tras el proceso terapéutico, la formación de nuevos esquemas permitió la disminución de los síntomas, pues la intervención abordó desde los pensamientos más asequibles hasta las creencias fundamentales de la persona, logrando un cambio completo de la forma como I.V interpreta la realidad (Riso, 2006).

Otra terapia para destacar por su contribución al logro de los objetivos fueron los principios de la Terapia de Activación Conductual (AC), la cual, si bien es de tercera generación, se implementó en conjunto con técnicas de tipo cognitivas previamente expuestas para el abordaje de la sintomatología depresiva. Su uso en este estudio de caso deja ver lo planteado por Gaynor y Scott (como se citó en García y Aguayo, 2015) en cuanto a la alta flexibilidad y efectividad de las terapias de tercera generación en la intervención de sintomatologías depresivas y ansiosas incluso después del seguimiento de meses.

La AC se utilizó con el fin de aumentar la tasa de reforzamiento positivo que permitió a su vez, extinguir repertorios de evitación, inactividad y distanciamiento propios de la depresión. Específicamente I.V logró reconocer los comportamientos y actividades que le generan refuerzos naturales e interrumpieran el círculo depresivo, tal como lo indican Gamero, Oñate y Vucinovich (2011), quienes hablan de a terapia en mención.

Igualmente, con la paciente se trabajó asignación gradual de actividades, que consistía en tener salidas semanalmente y modificación de la evitación, pues I.V recurrentemente evitaba asistir a reuniones familiares y sociales. Estas situaciones fueron motivadas para que I.V las vivenciara y al final generaron refuerzos positivos en ella; pasando de un déficit conductual a estar más “activa” realizando y retomando actividades generadoras de reforzamiento positivo, tales como el iniciar curso de inglés, el retomar manualidades, la elaboración de recetas culinarias y actividad física.

Finalmente, con relación a la intervención y sus resultados, hay que tener presente la influencia de otras variables externas, como la visita de la hija de I.V,

quien aportó al apoyo social percibido y, asimismo, su visita fue una situación en la que la consultante se mantuvo ocupada varias horas a la semana, se relacionó con otras personas y realizó actividades diferentes a las de la rutina diaria.

## **Conclusiones**

En los trastornos depresivos, existen diversos factores sociales, personales, laborales, afectivos y familiares que juegan un papel importante tanto en la aparición de síntomas como en su mantenimiento, por lo tanto, para el psicólogo clínico resulta de vital importancia tener en cuenta la totalidad de las posibles variables que afecten tanto negativa como positivamente el desarrollo y disminución de sintomatología, para así, logra brindar una atención idónea y profesional.

Es una problemática que se debe atender desde la aparición de los primeros síntomas y psicoeducar para entender que no es algo que se presenta por una única razón, sino que se presenta por una afectación en varias áreas de la vida del ser humano que potencializan la aparición de la misma, acompañado de predisposiciones personales o familiares.

En este sentido, debido a la constante demanda de atención psicológica, son más los casos nuevos y complejos que surgen para su análisis e intervención, por ello el papel del psicólogo clínico debe ser trascendental con respecto a investigación, formación académica, seguimiento de normatividad ética, tener en cuenta sus limitaciones y ser lo más profesional posible como lo dictamina la ley 1090 de 2006.

La Terapia de Activación Conductual ha demostrado su eficacia en el tratamiento de la depresión y en el mantenimiento de conductas adaptativas, por abarcar todas las áreas en las que se desenvuelve una persona y entrenar específicamente en lo que el paciente refiere.



Podría afirmarse que la AC está siendo cada vez más utilizada por los terapeutas, debido a su eficacia, que ha sido demostrada en estudios comparativos de casos de personas con depresión, en los que se ha observado que los pacientes intervenidos con AC muestran mejoría con mayor rapidez que aquellos tratados con terapia cognitivo conductual tradicional.

Se hace indispensable ser muy atento a los comportamientos y referenciaciones de los pacientes que acuden a consulta, pues estos son claves para generar hipótesis de diagnósticos, que se corroboran más adelante con la aplicación de instrumentos psicométricos y entrevistas semiestructuradas. Además, el saber elegir la terapia adecuada para el caso y personalidad del paciente es crucial para aumentar las probabilidades de éxito de la terapia y mantenimiento de la conducta adaptativa en el paciente.

## Referencias

- American psychiatric association (APA). (2013). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5. Barcelona: Masson.
- Antón-Menárguez, V., García-Marín, P., y García-Benito, J. (2016). Intervención cognitivo-conductual en un caso de depresión en una adolescente tardía. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 3(1), 45-52.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (2005). Terapia cognitiva de la depresión. Bilbao: desclée de Brower.
- Bados, A., & Garcia, E. (2010). La técnica de la reestructuración cognitiva. Barcelona: Universitat de Barcelona.
- Barraca, J. (2009). La activación conductual (AC) y la terapia de activación conductual para la depresión (TACD). Dos protocolos de tratamiento desde el modelo de la activación conductual. *Edupsykhé*, 8(1), 23-50.
- Barraca, J. (2010). Aplicación de la activación conductual en un paciente con sintomatología depresiva. *Clínica y Salud*, 21(2), 183-197.
- Becerra, A., Reynoso, L., Bravo, M. & Ordaz, M. (2017), activación conductual para el control de la depresión en pacientes oncológicos: una revisión. *Psicooncología*, 14(2), 203-216.
- Bianchi-Salgueiro, J. & Muñoz-Martínez, A. (2014). Activación conductual: revisión histórica, conceptual y empírica. *Psychologia Avances de la Disciplina*, 8(2), 83-89.
- Bohórquez, A., García, J., Rodríguez, M., Arenas, Á., Castro, S., de la Hoz Bradford, A & Sánchez, R. (2012). Guía de atención integral para la detección temprana y diagnóstico del episodio depresivo y trastorno

depresivo recurrente en adultos. Atención integral de los adultos con diagnóstico de episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente Parte II: Aspectos generales del tratamiento, manejo de la fase aguda, continuación y mantenimiento del paciente con diagnóstico de depresión. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 41(4), 740-773.

Carmona, C. (2012) Intervención al duelo por ruptura de pareja desde la terapia cognitivo conductual a partir del análisis de cuatro casos. *Polisemia*, 35-46

Caspi, A., Hariri, A., Holmes, A., Uher, R. & Moffitt, T. (2010). Genetic sensitivity to the environment: the case of the serotonin transporter gene and its implications for studying complex diseases and traits. *American Journal of Psychiatry*, 167, 509- 527.

Chávez, E., Benitez. E., & Ontiveros, M (2014) La terapia cognitivo conductual en el tratamiento de la depresión del trastorno bipolar tipo I. *Salud Mental*, 111-117.

Dahab, J., Rivadeneira, C., & Minici, A. (2002). La Depresión desde la Perspectiva Cognitivo Conductual. *Revista de Terapia Cognitivo Conductual*, 2(3), 1-5.

Dimidjian, S., Martell, C., Herman-Dunn, R., Hubble, S. (2018) Activación conductual para la depresión. En Barlow, D. (Ed.), *Manual clínico de trastornos psicológicos, tratamiento paso a paso* (pp. 353-393). Ciudad de Mexico, Mexico: Manual moderno

Ellis, A. & Grieger, R. (1990). Manual de terapia racional-emotiva. Bilbao: Editorial Desclee de Brouwer S.A.

Federación Mundial de Salud Mental. (2012). *Depresión: Una crisis global. Día Mundial de la Salud Mental 2012*.

- Ferrej, R., Peña, A., Gómez, N., & Pérez, K. (2009). Esquemas maladaptativos tempranos en pacientes diagnosticados con cáncer atendidos en tres centros oncológicos de la ciudad de Santa Marta (Colombia): Early maladaptive schemas in patients diagnosed with cancer, assisted in three oncological centres from the city of Santa Marta (Colombia). *Psicología desde el Caribe* 24, 180-204.
- Gamero, R. R., Oñate, S. P., & Vucinovich, N. (2011). Terapia de activación conductual para la depresión: aplicación a un paciente con esquizofrenia paranoide. *Análisis y Modificación de conducta*, 37(155-156).
- García, R., & Aguayo, L. (2015). Avances en la Psicoterapia Analítica Funcional. *Avances en psicología latinoamericana*, 33(1), 15-30.
- González, S., Valdez, J. & González, N. (2011). Depresión. En J. Moral, J. L. ValdezMedina, N., I. González, A. López-Fuentes. *Psicología y salud*. México: CUMEX.
- Guillén, E., Montaña, M., Fernández, I., Gordillo, M., & Solanes, T. (2013). ¿Depresión o evolución?: revisión histórica y fenomenológica del concepto aplicado a la infancia y adolescencia. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 499-506.
- Huerta, R., Ramírez, N., Ramos, J., Murillo, L., Falcón, C., Misare, M., & Sánchez, J. (2016). Esquemas cognitivos disfuncionales y dependencia emocional en mujeres con y sin violencia en la relación de pareja de la ciudad de Lima. *Revista de investigación en psicología*, 19(2), 145-162.
- Instituto de Proyección Social (2019). Documento IPS y manual de prácticas formativas

- Karg, K., Burmesister, M., Shedden, K., & Sen, S. (2011). The serotonin transporter promoter variant (5-HTTLPR), stress, and depression meta-analysis revisited: evidence of genetic moderation. *Archives General of Psychiatry*, 68 (5), 444-454.
- Kircanski, K., Joormann, J., & Gotlib, I. H. (2012). Cognitive aspects of depression. *Wiley Interdisciplinary Reviews. Cognitive Science*, 3(3), 301–313.
- Labrador, F. (2008). *Técnicas de Modificación de Conducta*. Madrid: Pirámide.
- López, M., Ferro, R. y Valero, L. (2010). Intervención en un trastorno depresión mediante la Psicoterapia Analítica Funcional. *Psicothema*, 22(1), 92-98
- Londoño Pérez, C., & González Rodríguez, M. (2016). Prevalencia de depresión y factores asociados en hombres. *Acta Colombiana de Psicología*, 19 (2), 315-329.
- Martell, C. R., Dimidjian, S., & Herman-Dunn, R. (2013). *Activación conductual para la depresión: Una guía clínica*. Desclée de Brouwer.
- Mejía, A. (2011). Estrés ambiental e impacto de los factores ambientales en la escuela. *Pampedia*, 7, 3-18.
- Ministerio de Salud. (2017). *Boletín de Salud Mental Depresión Subdirección de Enfermedad No Transmisibles*. Bogotá: Colombia.
- Nezu A, Maguth C, Lombardo E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos Cognitivo Conductuales. Un enfoque basado en problemas*. 1a. ed. Colombia: Editorial el Manual Moderno.
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Depresión: Datos y cifras*. Ginebra: Suiza. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/depression>.

- Peng, X. D., Huang, C. Q., Chen, L. J. y Lu, Z. C. (2009). Cognitive behavioural therapy and reminiscence techniques for the treatment of depression in the elderly: A systematic review. *The Journal of International Medical Research*, 37, 975-982.
- Puerta, J. y Padilla, D. (2011). Terapia cognitiva-conductual (TCC) Como tratamiento para la depresión: Una revisión del estado del arte. *Duazary*, 8(2),251-257
- Riso, W. (2006). *Terapia Cognitiva: Fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. Bogotá. Colombia: Editorial Norma S.A
- Rosa-Melchor, D., Ramírez-Aranda, J., Garza-Elizondo, T., Riquelme-Heras, H., & Duran- Gutiérrez, R. (2013). Eficacia de la terapia de resolución de problemas en pacientes con síntomas físicos medicamente no aplicados. *Atención Familiar*, 20(1), 12-15.
- Romero, G. (2006). Tratamiento cognitivo-conductual de un caso de depresión en la tercera edad. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan*, 7, 65-75.
- Rosique, M & Sanz, T. (2013). Tratamiento cognitivo-conductual en depresión mayor, distimia e ideación autolítica persistente. *Análisis y Modificación de Conducta* 39(159-160), 17-23.
- Vázquez, F., Otero, P., Blanco, V., & Torres, Á. (2015). *Terapia de solución de problemas para la Depresión*. Madrid: Alianza editorial S.A.

## Anexos

### Historia clínica (Anexo 1)

2. DATOS DE CONTACTO					
Nombre y Apellidos	Parentesco	Edad	Estado Civil		
Dirección Residencia	No. Teléfono Residencia		No. Teléfono Celular		
3. SITUACIÓN ACTUAL DEL USUARIO					
3.1 Motivo de Consulta					
3.2 Historial de la situación					
3.3 Intentos previos para solucionarlo					
3.4 Percepción de la situación desde el consultante					
3.5 Redes de apoyo del / la consultante					
4. ASPECTOS FAMILIARES					
4.1 Familiograma					
Nombres y Apellidos	Parentesco	Edad	Ocupación	Escolaridad	Relación del consultante con esta persona

**5. ÁREA PERSONAL****6. ÁREA SOCIAL, RELACIONAL Y DE PAREJA****7. ÁREA LABORAL / OCUPACIONAL**

Empresa	Cargo	Tiempo de vinculación	Relaciones interpersonales en el ámbito laboral

**9. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES****10. CONDUCTAS DE RIESGO**

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

**11. OBSERVACIÓN GENERAL DEL USUARIO (Examen mental)****13. PLAN DE TRATAMIENTO****14. SEGUIMIENTO TERAPÉUTICO**

Fecha	Hora	Seguimiento



## Consentimiento informado (Anexo 2)

### Consentimiento Informado

Yo \_\_\_\_\_, certifico que he recibido y comprendido que la información que obtengan el psicólogo en formación y el psicólogo asesor, es de carácter confidencial y que la podrán revelar si durante la evaluación o el tratamiento, se detecta de manera clara que hay un evidente daño para mí o para terceros; con el fin de que se puedan tomar las medidas preventivas o correctivas según sea el caso. También sé que la información que suministro en el proceso de consulta podrá ser utilizada para procesos académicos o investigativos; siempre y cuando se resguarde mi identidad. Se me indicó que el procedimiento a seguir es en primera instancia un periodo de evaluación en la que se incluirán la entrevista, la aplicación de pruebas psicológicas y otras formas de evaluación que se consideren pertinentes para valorar mi estado psicológico actual. Posteriormente recibiré un diagnóstico sobre las problemáticas o condiciones psicológicas en las que me encuentro, y se me dará información sobre las opciones de intervención por parte del psicólogo en formación y otros profesionales; como también sobre el tiempo probable de tratamiento. También se me indicó yo puedo revocar el consentimiento o dar por terminada en cualquier momento la relación entre el psicólogo en formación y yo, cuando lo considere pertinente, sin que ello implique ningún tipo de consecuencia para mí. Comprendo que el psicólogo en formación y el psicólogo asesor se comprometen a utilizar sus conocimientos y competencias en pro de mi bienestar y evitando de esta manera causarme un daño físico o moral. Sé que en los casos en que pudiera experimentar efectos negativos, como consecuencia de la evaluación o intervención, recibiré información que me permitirá tomar la decisión que a mi criterio me parezca más conveniente.

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

- Quando la problemática expuesta no corresponda a su campo de conocimiento o competencia.
- Quando en mi calidad de consultante rehúse la intervención del psicólogo en formación.
- Por enfermedad o imposibilidad física del psicólogo en formación para prestar el servicio.
- 

Una vez leído y comprendido el procedimiento que se seguirá, se firma el presente consentimiento el día \_\_\_\_ del mes \_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_, en la ciudad de \_\_\_\_\_

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

**Nota:** El presente consentimiento informado, está basado en lo propuesto en el documento validación lista de chequeo para la elaboración del consentimiento informado en el ejercicio profesional de la psicología en Colombia, publicado en 2015 por el Colegio Colombiano de Psicólogos y que tiene como investigadores principales al psicólogo Gerardo Augusto Hernández Medina, abogado Magíster en Derecho Penal y Criminología y la Psicóloga Maritza Sánchez Ramírez, especialista en Educación Médica y Magíster en Psicología.

## MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI (Anexo 3)

### 1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

1

## MINI

### MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW

Versión en Español 5.0.0  
DSM-IV

EE.UU.: D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K. Harnett-Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan  
University of South Florida, Tampa

FRANCIA: Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L. I. Bonora, J. P. Lépine  
Hôpital de la Salpêtrière, Paris

#### Versión en español:

L. Ferrando, J. Bobes, J. Gilbert  
Instituto IAP - Madrid - España

M. Soto, C. Soto  
University of South Florida, Tampa  
Asesores de traducción: L. Franco-Alfonso, L. Franco

© Copyright 1992, 1994, 1998, 1999 Sheehan DV & Lecrubier Y.

Todos los derechos están reservados. Ninguna parte de este documento puede ser reproducida o transmitida en forma alguna, ni por cualquier medio electrónico o mecánico, incluyendo fotocopia y sistemas informáticos, sin previa autorización escrita de los autores. Investigadores y clínicos que trabajen en instituciones públicas o lugares no lucrativos (incluyendo universidades, hospitales no lucrativos e instituciones gubernamentales) pueden hacer copias del MINI para su uso personal.

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

## A. Episodio depresivo mayor

(= IDENTIFICA: IR A LAS CASILLAS DRACMÓNICAS, RESPONDER CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

A1	¿En las últimas 2 semanas, se ha sentido deprimido o decaído la mayor parte del día, casi todos los días?	NO	SI	1
A2	¿En las últimas 2 semanas, ha perdido el interés en la mayoría de las cosas o ha disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradaban?	NO	SI	2
	¿CODIFICÓ SÍ EN A1 O EN A2?	NO	SI	

A3	<b>En las últimas 2 semanas, cuando se sentía deprimido o sin interés en las cosas:</b>			
a	¿Disminuyó o aumentó su apetito casi todos los días? ¿Perdió o ganó peso sin intentarlo (p. ej., variaciones en el último mes de $\pm 5\%$ de su peso corporal) o $\pm 8$ libras o $\pm 3,5$ kg, para una persona de 160 libras/70 kg)? CODIFIQUE SÍ, O CONTINÚE SÍ EN ALGUNA	NO	SI	3
b	¿Tenía dificultad para dormir casi todas las noches (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche, se despertaba temprano en la mañana o dormía excesivamente)?	NO	SI	4
c	¿Casi todos los días, hablaba o se movía usual más lento de lo usual, o estaba inquieto o tenía dificultades para permanecer tranquilo?	NO	SI	5
d	¿Casi todos los días, se sentía la mayor parte del tiempo fatigado o sin energía?	NO	SI	6
e	¿Casi todos los días, se sentía culpable o inútil?	NO	SI	7
f	¿Casi todos los días, tenía dificultad para concentrarse o tomar decisiones?	NO	SI	8
g	¿En varias ocasiones, deseó hacerse daño, se sintió suicida, o deseó estar muerto?	NO	SI	9

¿CODIFICÓ SÍ EN 5 O MÁS RESPUESTAS (A1-A3)?

NO	SI
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL	

SI EL PACIENTE CODIFICA POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL, CONTINÚE CON A4, DE LO CONTRARIO CONTINÚE CON EL MÓDULO B.

A4	a	¿En el transcurso de su vida, tuvo otros períodos de dos o más semanas, en los que se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas y que tuvo la mayoría de los problemas de los que acabamos de hablar?	NO	SI	10
	b	¿Ha tenido alguna vez un período de por lo menos dos meses, sin depresión o sin la falta de interés en la mayoría de las cosas y ocurrió este período entre dos episodios depresivos?	NO	SI	11

NO	SI
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR RECIDIVANTE	

### Episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos (opcional)

(⇒ SIGNIFICA IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, BODEAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

SI EL PACIENTE CODIFICA POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL (A3 = SÍ), EXPLORAR LO SIGUIENTE:

A5	a	¿CODIFICÓ SÍ EN A2?	NO	SÍ	
	b	¿Durante el período más grave del episodio depresivo actual, perdió la capacidad de emocionarse a las cosas que previamente le daban placer o le animaban?  Si NO: ¿Cuando algo bueno le sucede, no logra hacerle sentirse mejor aunque sea temporalmente?  ¿CODIFICÓ SÍ EN A5a O A5b?	NO	SÍ	12
A6		Durante las últimas 2 semanas, cuando se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas:			
	a	¿Se sentía deprimido de una manera diferente al tipo de sentimiento que ha experimentado cuando alguien cercano a usted se ha muerto?	NO	SÍ	13
	b	¿Casi todos los días, por lo regular se sentía peor en las mañanas?	NO	SÍ	14
	c	¿Casi todos los días, se despertaba por lo menos dos horas antes de su hora habitual, y tenía dificultades para volver a dormirse?	NO	SÍ	15
	d	¿CODIFICÓ SÍ EN A3c (ENLENTECIMIENTO O AGITACIÓN PSICOMOTORA)?	NO	SÍ	
	e	¿CODIFICÓ SÍ EN A3a (ANOREXIA O PÉRDIDA DE PESO)?	NO	SÍ	
	f	¿Se sentía excesivamente culpable o era su sentimiento de culpa desproporcionado con la realidad de la situación?	NO	SÍ	16
		¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE A6?			

NO	SÍ
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR CON SÍNTOMAS MELANCOLÍCOS ACTUAL	

## B. Trastorno distímico

(⇒ SIGNIFICA IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, BORRAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

SI LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE ACTUALMENTE CUMPLEN CON LOS CRITERIOS DE UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR, NO EXPLORE ESTE MÓDULO

B1	¿En los últimos 2 años, se ha sentido triste, desanimado o deprimido la mayor parte del tiempo?	NO	SÍ	17
B2	¿Durante este tiempo, ha habido algún período de 2 meses o más, en el que se haya sentido bien?	NO	SÍ	18
B3	Durante este período en el que se sintió deprimido la mayor parte del tiempo:			
a	¿Cambió su apetito notablemente?	NO	SÍ	19
b	¿Tuvo dificultad para dormir o dormió en exceso?	NO	SÍ	20
c	¿Se sintió cansado o sin energía?	NO	SÍ	21
d	¿Perdió la confianza en sí mismo?	NO	SÍ	22
e	¿Tuvo dificultades para concentrarse o para tomar decisiones?	NO	SÍ	23
f	¿Tuvo sentimientos de desesperanza?	NO	SÍ	24
	¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE B3?	NO	SÍ	
B4	¿Estos síntomas de depresión, le causaron gran angustia o han interferido con su función en el trabajo, socialmente o de otra manera importante?	NO	SÍ	25

¿CODIFICÓ SÍ EN B4?

NO	SÍ
TRASTORNO DISTÍMICO ACTUAL	

### C. Riesgo de suicidio

Durante este último mes:				Puntos
C1	¿Ha pensado que estaría mejor muerto, o ha deseado estar muerto?	NO	SI	1
C2	¿Ha querido hacerse daño?	NO	SI	2
C3	¿Ha pensado en el suicidio?	NO	SI	4
C4	¿Ha planeado cómo suicidarse?	NO	SI	10
C5	¿Ha intentado suicidarse?	NO	SI	10
A lo largo de su vida:				
C6	¿Alguna vez ha intentado suicidarse?	NO	SI	4

¿CODIFICÓ SI EN POR LO MENOS 1 RESPUESTA?

SI SÍ, SUME EL NÚMERO TOTAL DE PUNTOS DE LAS RESPUESTAS (C1-C6).  
BODEAR CON UN CÍRCULO «SÍ» Y ESPECIFICAR EL NIVEL DE RIESGO DE SUICIDIO

NO	SI
<b>RIESGO DE SUICIDIO</b>	
1-5 puntos	Bajo <input type="checkbox"/>
6-9 puntos	Moderado <input type="checkbox"/>
≥ 10 puntos	Alto <input type="checkbox"/>



## Inventario de Depresión de Beck (BDI-2) (Anexo 4)

### 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 más 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.

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

**21. Pérdida de Interés en el Sexo**

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:

---

Reward – probability index: RPI (anexo 5)

*Reward-Probability Index: RPI* (Carvalho et al., 2011. Traducción al español de Barraca y Pérez-Álvarez, 2015)

Teniendo en mente los últimos meses, por favor responda las siguientes preguntas usando esta escala:

1 = Muy en desacuerdo

2 = En desacuerdo

3 = De acuerdo

4 = Muy de acuerdo

- \_\_\_ 1. Tengo muchos intereses que me dan placer.
- \_\_\_ 2. Aprovecho las oportunidades que me surgen.
- \_\_\_ 3. Mis comportamientos tienen a menudo consecuencias negativas.
- \_\_\_ 4. Hago amigos fácilmente.
- \_\_\_ 5. Hay muchas actividades que me parecen satisfactorias.
- \_\_\_ 6. Me considero una persona con muchas habilidades.
- \_\_\_ 7. Suceden cosas que me hacen sentir impotente o incompetente.
- \_\_\_ 8. Tengo un intensa sensación de logro.
- \_\_\_ 9. Ha habido cambios en mi vida que me han hecho difícil poder disfrutar.
- \_\_\_ 10. Es fácil encontrar maneras de pasar un buen rato.
- \_\_\_ 11. Tengo las habilidades para obtener placer en mi vida.
- \_\_\_ 12. Tengo pocos recursos económicos, lo cual limita lo que puedo hacer.
- \_\_\_ 13. He sufrido muchas experiencias desagradables.
- \_\_\_ 14. Parece que las cosas malas siempre me sucedan a mí.
- \_\_\_ 15. Tengo buenas habilidades sociales.
- \_\_\_ 16. A menudo otras personas me hacen daño.
- \_\_\_ 17. La gente me ha tratado con maldad o agresividad.
- \_\_\_ 18. En los puestos de trabajo que he tenido me he sentido muy capaz.
- \_\_\_ 19. Me gustaría encontrar un lugar para vivir que proporcionase mayor satisfacción vital
- \_\_\_ 20. Tengo muchas oportunidades para relacionarme con la gente.

## Environmental Reward Observation Scale: EROS (anexo 6)

*Environmental Reward Observation Scale: EROS* (Armento y Hopko, 2007.  
Adaptación al español de Barraca y Pérez-Alvarez, 2010).

Valore en qué grado son aplicables a usted las siguientes diez frases. Tenga en cuenta la escala que está sobre las frases para elegir su respuesta.

	Totalmente en desacuerdo	2	3	Totalmente de acuerdo
1. Muchas actividades de mi vida son agradables.....	1	2	3	4
2. Últimamente, me he dado cuenta de que las cosas que vivo me hacen infeliz .....	1	2	3	4
3. En general, estoy muy satisfecho con la forma en que empleo mi tiempo .....	1	2	3	4
4. Me resulta fácil encontrar con qué disfrutar en la vida .....	1	2	3	4
5. Otras personas parecen tener vidas más plenas .....	1	2	3	4
6. Ya no me resultan gratificantes actividades que antes me agradaban.....	1	2	3	4
7. Desearía encontrar más aficiones que me divirtiesen.....	1	2	3	4
8. Estoy satisfecho con mis logros .....	1	2	3	4
9. Mi vida es aburrida .....	1	2	3	4
10. Las actividades en que tomo parte normalmente salen bien .....	1	2	3	4

## Plan de tratamiento (anexo 7)

**SESIONES:** 1 a la 3

**TÉCNICA UTILIZADA:** Entrevista

**OBJETIVO TERAPÉUTICO:**

*Objetivo General:* (Trabajado en las primeras sesiones)

- Ψ Analizar las dificultades conductuales, emocionales y cognitivas presentadas por la consultante a partir de su motivo de consulta

*Objetivos específicos:*

A continuación, se presentan tres objetivos específicos los cuales fueron trabajados en el transcurso de las tres primeras sesiones

- Ψ Realizar el encuadre y la retroalimentación del proceso terapéutico en la consultante
- Ψ Determinar las conductas problemas que generan mayor malestar en la vida de la consultante
- Ψ Identificar las causas de la problemática actual a partir de los aspectos relevantes de la historia de vida de la paciente
- Ψ Generar una hipótesis preliminar respecto a la sintomatología de la consultante.

**ACTIVIDADES DESARROLLADAS:**

- Ψ Se realizó una entrevista semiestructurada que tenía como objetivo indagar sobre las causas, consecuencias, curso, intensidad y duración de la problemática para posteriormente teniendo en cuenta los criterios del DSM V, realizar un check list para generar un posible diagnóstico clínico para ser evaluado en posteriores sesiones e iniciar un proceso psicoterapéutico

**RESULTADOS**

Posterior a la explicación del encuadre sobre la manera en que funciona la terapia, principios éticos y de confidencialidad del proceso y establecer el inicio del rapport entre consultante y terapeuta, se procede a realizar una entrevista semiestructurada donde la consultante manifiesta como motivo de consulta “quiero mejorar mi autoestima”. En el proceso de entrevista de la problemática se pudo identificar inicialmente, que la consultante femenina de 43 años de edad se encuentra orientada en tiempo y espacio, presenta un lenguaje adecuado y coherente. No se evidencian alteraciones de pensamiento memoria o de sensopercepción. Presenta un curso del pensamiento normal, organizado, con ideas de minusvalía, desvalorización y autocrítica y reproche. Se evidencia afecto melancólico depresivo, anhedonia, irritabilidad, ansiedad y pérdida del interés por la mayoría de las actividades, los cuales se intensifican desde hace aproximadamente 6 meses, presente la mayor parte de los días, manifiesta en episodios de llanto constante, pérdida apetito, alteración del sueño, debilidad física y constantes gripas. En las tres sesiones elaboradas mantiene estado anímico depresivo, manifiesta constantemente llanto y se denota inestable y ansiosa. El contenido de su pensamiento está relacionado con ideas recurrentes de miedo al futuro, miedo de sí misma, además se identifica aislamiento social en torno a su grupo de amigos y familiares.

Por otra parte en el desarrollo de la entrevista se identificaron aspectos relevantes relacionados a la vida de la paciente como por ejemplo que el desarrollo de su infancia se dio bajo una familia disfuncional y violenta, estableció una relación de pareja basada en conflictos y discusiones por lo cual decidió separarse, tiene una hija de 19 años con la cual lleva una relación distante y conflictiva, además su madre sufrió de alzhéimer y ella fue su cuidadora por varios años, hasta su fallecimiento hace dos años, en general cada uno de estos eventos en la vida de la consultante ha facilitado la incorporación de sentimientos de inseguridad minusvalía y culpabilidad, ideas de desvalorización y desprecio hacia sí misma y con la vida, además de una historia de aprendizaje sobre conductas de aislamiento social, rechazo a su

entorno y autocríticas. Los aspectos mencionados y ya descritos que experimenta la paciente se relacionan con los criterios de un trastorno depresivo con síntomas melancólicos postulados desde el DSM V

**SESIONES:** 4

**Técnica utilizada:** Implementación de pruebas psicométricas.

**OBJETIVO TERAPÉUTICO:**

- Ψ Evaluar y verificar la hipótesis del diagnóstico clínico trastorno depresivo con síntomas melancólicos en la consultante

**ACTIVIDADES DESARROLLADAS:**

- Ψ Aplicación de la entrevista psiquiátrica internacional, el inventario de depresión de beck, Escala Reward – Probability Index: RPI y Environmental Reward Observation Scale: EROS.

**RESULTADOS**

Durante el proceso de aplicación del inventario de depresión de beck y de la mini entrevista, inicialmente se observó a la paciente consciente, orientada alopsíquica y autopsíquicamente en estado de alerta, estableció contacto visual intermitente receptiva, y con una actitud colaborativa, a nivel emocional presenta sentimientos de tristeza, minusvalía y llanto fácil, también expresó una posición corporal decaída y afligida, junto a un tono de voz bajo. La consultante comprende y acata indicaciones para el desarrollo de escala, además durante el proceso no se generan preguntas relevantes, da respuesta a cada una de las afirmaciones y se nota atenta y pensativa ante las respuestas a los ítems. Al realizar el análisis de los resultados de la prueba esta obtuvo un puntaje global de 30, al finalizar el proceso de aplicación de escala no se presentan novedades. Por lo que respecta al desarrollo de la mini entrevista arrojó un resultado de una paciente depresiva mayor con sintomatología melancólica. En general el proceso de evaluación permite corroborar que la consultante presenta el insomnio, anhedonia, abulia, hiporexia lo cual ha desencadenado pérdida de peso, sentimientos de culpa, minusvalía, desesperación y conductas de aislamiento social, llanto constante, discusiones constantes también distorsiones cognitivas asociadas a la catastrofización y sobre generalización y personalización, baja percepción sobre su autoeficacia, y autoestima, inseguridad evidenciando en la consultante un trastorno depresivo con síntomas melancólicos.

**SESIONES:** 5

**TÉCNICA UTILIZADA:** Psicoeducación

**OBJETIVO TERAPÉUTICO:**

- Ψ Socializar el plan de trabajo a desarrollar a partir del diagnóstico de la consultante e iniciar con la intervención por medio de activación conductual.

**ACTIVIDADES DESARROLLADAS:**

- Ψ Socialización de los resultados obtenidos en las pruebas a la paciente
- Ψ Psicoeducación del modelo explicar claramente el modelo terapéutico desde el que se va a trabajar

**RESULTADOS**

En un primer momento se realiza socialización de los resultados obtenidos en el inventario de depresión de Beck y la mini entrevista, dando indicaciones y explicando a la consultante en qué consiste su diagnóstico y a partir de esto la paciente empieza a identificar una relación entre sus pensamientos y sus estados emocionales actuales. Con respecto a la actividad de psicoeducación se le indica a la paciente que es la condición que padece la depresión, se le describen sus causas y consecuencias, al igual que se le indica el paso a seguir con relación a las técnicas de tratamiento a implementar como ensayo y activación conductual con el fin de retomar su comportamiento funcional y adaptativo para incrementar la energía, motivación y reestructuración cognitiva para flexibilizar y cambiar sus



pensamientos, para esta explicación a nivel de pensamiento se utilizaron metáforas sencillas y comprensibles para la consultante, por otra parte se indicó que la intervención está basada en una terapia mixta, desde el enfoque cognitivo conductual, además de proponer tareas basadas en autoregistro, a cada una de estas explicaciones la consultante se prestó receptiva, atenta e interesada expresó inquietudes en relación a la dinámica de las actividades y tareas dejadas para la casa. Posteriormente se indica a la consultante sobre el inicio de la activación conductual, para ello se le solicita registrar las actividades concretas a nivel social, autocuidado y a nivel de educación a lo cual respondió social (Salir y ver tiendas de ropa, comer un helado, hacer una llamada a un amigo, llamar a mi hija y tejer), autocuidado (Salir y caminar por el barrio cinco minutos, recoger y barrer mi cuarto, organizar la ropa de mi closet, lavarme y plancharme el cabello) dominar otro idioma (aprender hacer oraciones en inglés, ver películas en inglés, hacer un curso de inglés), al jerarquizar las actividades por nivel de dificultad, consideró que la actividad más fácil para retomar y realizar consistía en organizar su cuarto y salir a caminar en el barrio cinco minutos por lo cual se le solicitó a la consultante comenzar con la actividad de arreglar su cama y salir a caminar para gradualmente ir agregando más actividades y mejorar su productividad en las labores y su quehacer.

#### **SESIÓN 6**

**TÉCNICA UTILIZADA:** Método de diálogo socrático

#### **OBJETIVO TERAPÉUTICO:**

Ψ Identificar las distorsiones cognitivas y creencias irracionales que presenta la paciente.

#### **ACTIVIDADES DESARROLLADAS:**

La actividad consiste en llevar a cabo el desarrollo de un debate basado en el método de dialogo socrático con el fin de lograr identificar las distorsiones cognitivas/creencias irracionales que contribuyen al mantenimiento del comportamiento depresivo de la consultante, esto se realizó inicialmente por la verbalización de una serie de pensamientos por parte de la paciente sobre sus relaciones no duraderas, lo cual dio inicio en la terapia para la generación de preguntas por parte del psicólogo basados en el método ya mencionado

#### **RESULTADOS**

Al indagar sobre las relaciones afectivas a nivel de pareja en la vida de la consultante, esta desencadenó una serie de verbalizaciones que manifiestan sus pensamientos automáticos y negativa percepción de su capacidad para establecer, perdurar y ser funcional en relaciones con alguna pareja, a continuación se demuestran algunas expresiones y afirmaciones de la consultante:

“No soy alguien importante para las personas”

“No soy lo suficientemente fuerte para ser feliz.”

“No soy alguien que merezca amor”

“No soy buena pareja para nadie.”

“Mi vida ya no vale nada, no significo nada.”

“Nunca podre ser feliz ni llenar a alguien más”

“Me voy a quedar por siempre.”

Al momento de profundizar sobre el contenido de los pensamientos automáticos, se logra detectar creencias irracionales basadas en la “inutilidad de una mujer sin un hombre” “ser incapaz de alcanzar cualquier logro” y “la vida solo tiene sentido si se tiene a otros”. En general la implementación de este tipo de técnica permitió que la consultante detectara sus propias distorsiones cognitivas/creencias irracionales identificando la manera negativa en que se da el procesamiento de la información de su entorno, lo cual genera un fortaleciendo en sus creencias negativas hacia sí misma afectando su estado de ánimo y comportamiento.

#### **SESIONES: 7**

#### **TÉCNICA UTILIZADA**

Ψ Ensayo conductual

Ψ Reestructuración Cognitiva debate sobre creencias irracionales y los esquemas mal adaptativos que presenta la paciente

**OBJETIVO TERAPÉUTICO:**

Ψ Flexibilizar el esquema mal adaptivo que presenta la consultante por medio del debate de las creencias irracionales.

**ACTIVIDADES DESARROLLADAS:**

Se socializo con la paciente los acontecimientos de la semana y se evaluó su estado actual. Para posteriormente realizar el debate de las demás creencias irracionales identificadas en la sesión anterior.

**RESULTADOS:**

La paciente al inicio de sesión refirió haber presentado una recaída en su estado anímico durante la semana por unas problemáticas con su padre. A lo anterior mencionaba “mi padre todo el tiempo se la pasa diciendo cosas que me molestan y eso me hace perder el control”. Frente a este suceso, se trabaja sobre alternativas para la solución asertiva de conflictos, ya que estas circunstancias influyen en su estado de ánimo. La paciente frente a ello reconoce que se siente culpable de contribuir a que se amplíen las discusiones en su entorno familiar, por lo cual se le solicitó que describiera en una hoja la manera en cómo contribuía en esas discusiones, sin embargo, a través de la aplicación de estrategias como ensayo de la comunicación asertiva se logró disposición por parte de la clienta para manejar dichos episódicos.

Finalizado lo anterior se dio inicio al trabajo terapéutico de las creencias irracionales “no voy a poder llenar a nadie” “me voy a quedar siempre sola”. Durante el ejercicio de cuestionamiento sobre la validez de estas ideas irracionales, la paciente identifico que estaba magnificando su visión negativa frente a la realidad y sobre generalizando. Además de ello, reconoció que no tenía argumentos ni evidencias que confirmaran la validez de sus pensamientos, mientras que a la hora de desarrollar argumentos racionales frente a estos, logró manifestar varios, lo cual la hizo sentirse más tranquila. A continuación se presenta a un ejemplo de uno de los ejercicios realizados en sesión.

T: vamos a iniciar con el pensamiento “no voy a poder llenar a nadie” ¿para ti que significa poder llenar a alguien?

P: que se sienta feliz y bien a mi lado, que yo pueda ayudarlo y que solo busque en mi lo que quiere y no en otras personas

T: bueno, vamos por partes. ¿A lo largo de la vida has logrado llenar como dices a alguien así?

P: si

T: ¿A qué personas en particular?

P: pues a mi hija, a mi madre, a mi hermana.

T: Bien, es decir que entonces tenemos suficiente evidencia de que si puedes llenar a los demás.

P: pensándolo así, si, ¿ha habido muchas personas que he llenado, pero entonces porque todas mis parejas se van?... Por eso creo que no puedo llenar a nadie.

T: ¿Realmente tus ex parejas se fueron porque tú no las llenabas o fue más bien por otras circunstancias ajenas a ti?

P: mmmm. Pensándolo bien, en realidad fueron por las discusiones entre ambos...

T: De que te das cuenta con eso acabas de mencionar.

P: Que no es del todo mi culpa que se hayan acabado las relaciones, que si puedo y he llenado a muchas personas y que la realidad, es que mis relaciones no se acabaron porque no sea buena pareja (pensamiento automático de la sesión anterior) y no pueda llenar a nadie sino por otras circunstancias. Me siento mejor... Menos culpable y más optimista conmigo misma”

**SESIÓN 8**

**TÉCNICA UTILIZADA:** Registro y activación conductual

**OBJETIVO TERAPÉUTICO:**

Ψ Orientar en la realización de rutinas y metas de mediano y largo plazo en la consultante

**ACTIVIDADES DESARROLLADAS:**

Se trabajó el tema organización de labores en el quehacer cotidiano y proyección de metas para el próximo año. Para ello se realizó lo siguiente: Se llevó un diálogo sobre la importancia de tener múltiples proyectos en las diferentes esferas de interacción del ser humano. Se conversó sobre el sentido propio de la vida para cada persona y en conjunto con la paciente, se fueron identificando algunos proyectos que para ella tenían sentido en este momento y a largo plazo. Después se le solicitó que en una rejilla plasmara lo siguiente: ¿cómo quiero que me recuerden los demás? ¿Cómo quiero verme a mí misma en un futuro?, metas del proyecto de vida, acciones estratégicas para lograrlo y tiempo pronosticado. Finalizado el ejercicio se socializó el documento elaborado.

**RESULTADOS**

La paciente llega a consulta sonriente, actitud activa y tono de voz alto, durante la sesión manifestó en varias ocasiones que estuvo realizando los ejercicios aprendidos en sesión, estos son, construcción de propósitos y elaboración de argumentos más racionales, también manifestó que el fin de semana realizó una nueva actividad de interacción social asistiendo a un matrimonio en compañía de un amigo, lo cual le generó sentimientos de agrado tranquilidad y seguridad, también logró establecer relaciones de diálogos durante el evento.

Con relación al dialogo y la actividad del diligenciamiento del formato sobre la organización de rutinas y proyectos, se logró identificar varias situaciones que desea alcanzar tales como: aprender inglés, al extranjero para perfeccionar su inglés y visitar a su hija, montar su propio negocio, seguir creciendo personalmente, construir nuevos hábitos de salud. Por o que se le solicitó darle un orden coherente a los proyectos que consideraba podría alcanzar en el transcurso de este año y cuales para el otro. Al responder a las preguntas iniciales del formato, se puede identificar una percepción sobre sí misma y el futuro más propositiva motivada y entusiasta con metas claras. En el transcurso del desarrollo de la actividad la paciente refiere " Es mejor tener escrito las metas que se tienen en la vida. yo quiero que en estos años que me quedan y que Dios me regalara, sea feliz alcanzando las metas que propuse y otras más que aparecerán en el camino", demostrando optimismo y voluntad para la continuación de la realización de proyectos. Se le asigna a la consultante como actividad en casa, hacer averiguaciones sobre cursos para aprender inglés.

**SESIÓN: 9****TÉCNICA UTILIZA**

Ψ Juego de Roles.

Ψ Modelo de resolución de conflictos

**OBJETIVO TERAPÉUTICO:**

Ψ Entrenar a la consultante para la resolución de conflictos de manera asertiva con su padre y demás familiares

**ACTIVIDADES DESARROLLADAS:**

Para el desarrollo de la sesión se llevará a cabo la realización de juegos de roles donde la idea es preguntarle a la consultante cuales son los principales motivos que la llevan a discutir con su padre, posteriormente se recreará una discusión donde la terapeuta llevará a cabo el rol de hija (consultante) y la consultante el rol de su padre, esto con el fin de que ella comprenda los fundamentos y la posición del padre en las discusiones, después se intercambiaran los roles la consultante cumplirá su rol de hija en las discusiones y la terapeuta será el padre, a medida que se lleve a cabo el acontecimiento entre ambos se entrenará en pautas para el manejo de la ira por medio de la estrategia para la expresión asertiva de la emoción del enojo basado en el modelo de resolución de conflictos, este modelo consiste en realizar una serie de preguntas a la consultante esto será realizado a medida que se desarrolle el juego de roles (1. Identifique el problema que está causando el conflicto 2. Identifique los



sentimientos asociados con el conflicto 3. Identifique el impacto del problema que está causando el conflicto 4. Decida si resolverá el conflicto 5. Trate de alcanzar una resolución al conflicto ¿Cómo le gustaría que se resolviera el problema? ¿Es necesario llegar a un compromiso?). finalmente se dará una retroalimentación de cómo se sintió la consultante y se le solicitará de tarea ensayar dicha técnica ante un conflicto que se pueda generar en la vida cotidiana, para ello se le facilitará un folleto con las preguntas trabajadas en sesión y con pautas informativas sobre la ira.

### **RESULTADOS**

En el desarrollo del juego de roles la paciente logró identificar el problema que está causando el conflicto identificando esos sentimientos que experimenta en esos momentos, también logró identificar el impacto que causan dichas discusiones en su vida, la paciente manifiesta que desea solucionar los problemas y la manera con ella los ha venido solucionando manifestando que en ocasiones es la mantenedora de dichas discusiones manifestado que si quiere buscar una solución para dichos finalmente en la retroalimentación de cómo se sintió la consultante manifiesta tranquilidad pues manifestó ensayará dicha técnica ante un conflicto que se pueda generar en la vida cotidiana.

### **SESIONES: 10**

**Técnica utilizada:** Aplicación de pruebas psicométricas

### **OBJETIVO TERAPÉUTICO:**

- Ψ Realizar evaluación pos test para identificar cambios presentados en relación con el tratamiento.

### **ACTIVIDADES DESARROLLADAS:**

- Ψ Aplicación de la entrevista psiquiátrica internacional, el inventario de depresión de beck, Escala Reward – Probability Index: RPI y Environmental Reward Observation Scale: EROS.

### **RESULTADOS**

Durante el proceso de aplicación del inventario de depresión de beck y de la mini entrevista, inicialmente se observó a la paciente consciente, orientada alopsíquica y autopsíquicamente en estado de alerta, estableció contacto visual constante y con una actitud colaborativa, a nivel emocional se evidencia aparentemente tranquila, con una posición corporal adecuada, junto a un tono de voz alto. La consultante comprende y acata indicaciones para el desarrollo de las pruebas, además durante el proceso no se generan preguntas relevantes, da respuesta a cada una de las afirmaciones y se nota atenta y pensativa ante las respuestas a los ítems.

### **SESIÓN: 11-12**

### **TÉCNICA UTILIZA:**

- Ψ Intervención cierre del proceso terapéutico.
- Ψ Juego de roles
- Ψ -auto registro- debate sobre ideas irracionales

### **OBJETIVO TERAPÉUTICO:**

- Ψ Socializar los resultados encontrados para identificar aspectos relevantes del proceso de tratamiento.
- Ψ Intervenir y Psicoeducar sobre prevención de recaídas.
- Ψ Realizar cierre del proceso psicoterapéutico.

### **ACTIVIDADES DESARROLLADAS:**

Para el desarrollo de la sesión se llevará a cabo la socialización de los resultados obtenidos en la evaluación pos test. Posterior a esto se trabajó sobre la finalización de la terapia. Respecto a este tema se abordó sus preocupaciones, el tema de las recaídas y los aprendizajes obtenidos en el proceso de tratamiento.

### **RESULTADOS:**

Se socializaron los resultados encontrados en las pruebas aplicadas. Se le comunico, que según los resultados obtenidos se podía identificar una mejoría significativa, ya que las puntuaciones en las pruebas de depresión eran considerablemente inferiores a la evaluación inicial. Respecto a la escala Environmental Reward Observation Scale: EROS Los resultados obtenidos permiten confirmar que la cantidad reforzadores positivos que la usuaria recibe del ambiente son reducidos, por lo cual el grado de recompensa es bajo, lo que disminuye la conducta y la presencia de estados anímicos positivos. Así mismo los resultados de la escala Reward – Probability index: RPI permiten confirmar que la usuaria se encuentra en nivel por debajo del promedio según grupo clínico para los dos factores evaluados, lo que señala que la evaluada no cuenta con la probabilidad de adquirir recompensas del ambiente.

Estos resultados generaron un efecto positivo en la paciente, se denotaba alegre, tranquila y muy entusiasta con el proceso llevado a cabo, pero sin embargo con algunos temores relativamente normales sobre la finalización del tratamiento.

Posteriormente se trabaja sobre los temas relacionados a la finalización de la terapia. En el cierre de sesión se le reafirmó a la paciente sus capacidades y competencias. Se reforzó su compromiso y los cambios obtenidos y se le planteó la posibilidad de tener encuentros de seguimiento para saber cómo estaba.

Formato de auto registro conductual para la casa (Anexo 8)

	lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado	domingo
5:00-7:00							
8:00							
9:00							
10:00							
11:00							
12:00							
1:00 pm							
2:00							
3:00							
4:00							
5:00							
6:00							
7:00							
8:00							
9:00							
10:00							

Registro diario de actividades con valoración del disfrute y la importancia (Anexo 9)

<b>Día:</b>	<b>Actividad</b>	<b>Agrado (1-10)</b>	<b>Importancia (1-10)</b>
<b>6:00</b>			
<b>7:00</b>			
<b>8:00</b>			
<b>9:00</b>			
<b>10:00</b>			
<b>11:00</b>			
<b>12:00</b>			
<b>13:00</b>			
<b>14:00</b>			
<b>15:00</b>			
<b>16:00</b>			
<b>17:00</b>			
<b>18:00</b>			
<b>19:00</b>			
<b>20:00</b>			
<b>21:00</b>			
<b>22:00</b>			
<b>23:00</b>			
<b>00:00</b>			
<b>1:00 - 5:00</b>			

### Formato de proyecto de Vida (10)

¿Cómo me veo en un futuro?	¿Cómo deseo que la gente me recuerde y me vea?	Mis metas en mi proyecto de vida	Acciones estratégicas: Lo que voy a hacer para lograrlo	Tiempo pronosticado para lograr mis metas en mi proyecto de vida.