

**EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN CLÍNICA DE UNA PACIENTE CON
DEPRESIÓN MAYOR DE INTENSIDAD MODERADA DESDE EL MODELO
COGNITIVO CONDUCTUAL**

ASESORA

ARA MERCEDES CERQUERA CORDOBA

ESTUDIANTE

YEFERSON JHAIR MATAJIRA CAMACHO
218339

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
SECCIONAL BUCARMANGA
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGIA CLÍNICA
2018

Agradecimientos

Agradezco a mi madre por su condicional apoyo en toda mi carrera profesional. Lo que soy ahora, es el resultado de lo que esa gran mujer quiso hacer de mí.

Agradezco a mi padre quien me brindo lo mejor de sí en cada momento y me enseñó el valor de perdonar, amar, continuar, sanar y cuidar.

Agradezco a mi tutora, maestra y amiga la Doctora Ara Mercedes Cerquera Córdoba por su incondicional apoyo, cariño y confianza

Agradezco a la Universidad Pontificia Bolivariana por abrirme las puertas de su recinto y hacerme sentir en casa y acompañado de personas tan humanas y hospitalarias

Agradezco a cada docente que me brindo sus conocimientos y lo más humano de su existencia para poder aprender, crecer y ser cada día más, la mejor versión de mí mismo

Agradezco a mis compañeros y colegas con quienes crecí de la mano en medio de reflexiones sobre el saber psicológico y con quienes lento pero sin pausa, continuamos dibujando una idea de ser humano.

Agradezco a mi Hermano Anderson Matajira Camacho por su existencia y por las constantes enseñanzas que me muestra en su inagotable lucha por ser quien desea ser.

Agradezco a Dios y al universo, que de maneras extrañas y aún difíciles de comprender para mí, han puesto oportunidades y personas maravillosas en mi camino, permitiendo así, hacer este viaje de la vida más llevadero.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	3
MARCO CONCEPTUAL	3
TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LA DEPRESIÓN	5
1. La Triada Cognitiva.....	6
2. Los Esquemas del Pensamiento.....	7
3. Errores del Procesamiento de Información	7
Eficacia de la terapia cognitivo conductual en la depresión	9
OBJETIVO PRINCIPAL.....	10
OBJETIVOS SECUNDARIOS.....	10
METODOLOGÍA.....	10
Participantes.....	11
Instrumentos implementados	11
Procedimiento.....	12
RESULTADOS	16
EVALUACIÓN PRE-TEST	16
EVALUACIÓN POS-TEST	20
DISCUSIÓN	22
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	26

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1: Resumen del trabajo terapéutico	12
Tabla 2. Rejilla de resultados depresión estado y depresión rasgo IDER	16
Tabla 3 Rejilla de resultados ansiedad estado y ansiedad rasgo.....	17
Tabla 4 Resultados instrumento estrategias de afrontamiento	18
Tabla 5 Resultados de las escalas básicas del inventario MMPI-II.....	19
Tabla 6 Resultados de las escalas de contenido del inventario MMPI- II.....	19
Tabla 7. Criterios diagnósticos del cuadro clínico. DSM- V.....	74
Tabla 8. Acontecimientos y esquemas de la paciente	78
Tabla 9. Pensamientos, creencias, emociones y comportamientos de la paciente ante el duelo de pareja.....	80
Tabla 10. Relación entre los pensamientos y creencias. Triada cognitiva	81
Tabla 11. Distorsiones cognitivas de la paciente.....	82

LISTADO DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Resultados de la Evaluación pretest- pos test. Prueba de depresión IDER... 20	20
Ilustración 1. Resultados de la Evaluación pretest- pos test. Prueba de depresión IDER... 20	20
Ilustración 2 Resultados de evaluación pretest- pos test prueba de Ansiedad IDARE 21	21
Ilustración 2 Resultados de evaluación pretest- pos test prueba de Ansiedad IDARE 21	21
Ilustración 3 Resultados pretest- pos test- instrumento de estrategias de afrontamiento 21	21
Ilustración 4 Familiograma..... 71	71

LISTADO DE ANEXOS

Anexo 1 Formato de Consentimiento informado 34	34
Anexo 2 Formato guía de entrevista clínica 36	36
Anexo 3 Formato de historia clínica..... 43	43
Anexo 4 Prueba IDER 46	46
Anexo 5 Prueba IDARE 47	47
Anexo 6 Prueba coping. Estrategias de afrontamiento..... 49	49
Anexo 7 Inventario multifásico de la personalidad MMPI-2 53	53
Anexo 8 Estudio de caso de la paciente 69	69
Anexo 9 Procedimiento de evaluación e intervención del caso sesión a sesión..... 85	85
Anexo 10 Formato de auto registro 117	117
Anexo 11 Formato de proyecto de Vida..... 118	118
Anexo 12 Evidencias del trabajo realizado en algunas sesiones 121	121

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN CLÍNICA DE UNA PACIENTE CON DEPRESIÓN MAYOR DE INTENSIDAD MODERADA DESDE EL MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL

AUTOR(ES): YEFERSON JAHIR MATAJIRA CAMACHO

PROGRAMA: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR(A): ARA MERCEDES CERQUERA CORDOBA

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 mayor de intensidad moderada, llevado a cabo en 19 sesiones. Para la evaluación del caso, se realizó una entrevista y se aplicaron las pruebas IDER, IDARE, MMPI- II y la escala de ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENDO. 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 y ansiosa. Respecto a las estrategias de afrontamiento, la paciente mejoro en la implementación de estrategias como la reevaluación positiva, la evitación cognitiva y emocional y la expresión de la ira.

PALABRAS CLAVE:

Depresión, Estrategias de Afrontamiento, Distorsiones Cognitivas, Creencias irracionales, Cognitivo Conductual.

V° B° DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: CLINICAL EVALUATION AND INTERVENTION OF A PATIENT WITH HIGHER DEPRESSION OF MODERATE INTENSITY FROM THE BEHAVIORAL COGNITIVE MODEL

AUTHOR(S): YEFERSON JAHIR MATAJIRA CAMACHO

FACULTY: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR: ARA MERCEDES CERQUERA CORDOBA

ABSTRACT

In the present case study we present the evaluation process and treatment plan designed to work with a patient with major depressive disorder of moderate intensity, carried out in 19 sessions. For the evaluation of the case, an interview was conducted and the IDER, IDARE, MMPI-II tests and the scale of AFRONTAMING STRATEGIES were applied. The model chosen for its approach was the Behavioral Cognitive model. The results indicate that the treatment plan contributed to the improvement of depressive and anxious symptoms. Regarding coping strategies, the patient improved in the implementation of strategies such as positive reassessment, cognitive and emotional avoidance and the expression of anger

KEYWORDS:

Depression, Coping Strategies, Cognitive Distortions, Irrational Beliefs.

V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo contiene información sobre el proceso de práctica llevado a cabo en la Universidad Pontificia Bolivariana seccional Bucaramanga en el departamento de Bienestar Universitario.

En el proceso de práctica, se ofreció el servicio de acompañamiento psicológico clínico a distintos consultantes que eran remitidos por el equipo de profesionales del departamento o acudían a consulta por primera vez. Para el desarrollo del mismo, se tomó como base el modelo cognitivo conductual para los procesos de evaluación e intervención. Con relación al estudio de caso, se seleccionó una paciente que en las primeras sesiones manifestaba sintomatología depresiva a causa de problemáticas en su relación afectiva y familiar.

MARCO CONCEPTUAL.

La depresión es una afección frecuente en todo el mundo que afecta a más de 300 millones de personas y se espera que esta cifra aumente para el 2030 convirtiéndose en la primera causa de morbilidad mundial (Organización Mundial de la Salud, 2012). Según la Federación Mundial de Salud Mental (FMSM, 2012), la depresión ocupa el tercer puesto en la carga global de salud mental en el mundo, y en Colombia se encuentra en el quinto lugar entre los países que más registraron trastornos del estado de ánimo.

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. Es decir, que puede abordarse desde la perspectiva de los síntomas como de los síndromes; o desde la clasificación nosológica como trastorno mental (Caballo, 2006). Para otros autores como Álvaro, Garrido y Schweiger (2010) es un trastorno de personalidad de carácter afectivo, cognitivo y comportamental, que según Wenzel, Brown y Beck (2009) se caracteriza por la presencia de pérdida del placer, sentimientos de culpa, tristeza, baja autoestima, alteraciones en el patrón del sueño y el apetito, sensación de cansancio, falta de energía etc. Cuando es leve, puede tratarse con psicoterapia, pero según Tobar, Ronald, Grajales y Sarmiento (2016) cuando es moderada o

grave puede conducir al suicidio y por ende se necesita utilizar medicamentos y otros apoyos profesionales

Dentro de la estructura del DSM 5 (American Psychological Association, APA, 2013) ha sido englobado en el grupo denominado trastornos del estado de ánimo, los cuales se caracterizan porque la persona presenta estado de ánimo decaído y un grupo de alteraciones emocionales, cognitivas, conductuales y fisiológicas relacionadas con la condición diagnóstica principal (Vásquez, Muñoz & Becoña, 2000); incluso para autores como Gotlib y Hammen, (2012) también está asociado a cierta ausencia de estados afectivos positivos, que se expresan en la pérdida de interés cognitivo y comportamental en las actividades de la vida cotidiana.

Respecto a las causas de la depresión, estudios como los de Caspi, Hariri, Holmes, Uher y Moffitt, (2010); Karg, Burmesister, Shedden y Sen, (2011) han permitido reconocer que esta afección es multicausal y en su aparición intervienen variables sociales, psicológicas, biológicas y ambientales. Según estos autores, el fenotipo intermediador (hiperactividad genética al estrés) junto con las experiencias tempranas del individuo, actúan como factores predisponentes de la depresión, ya que estos factores modulan la respuesta ante acontecimientos estresantes.

En relación a lo anterior, autores como Mejía (2011); y Sandín, (2003) refieren que el ambiente social próximo, 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. Por otro lado, también se encuentra que la historia familiar de trastornos mentales aumenta el riesgo de padecer depresión, ya sea por factores hereditarios, o por el hecho de que las personas con depresión reportan más problemas parentales debido a que su estructura familiar ofrece bajo apoyo e incumplen su rol familiar de soporte social por su condición (Heponiemi et al., (2006); Sander & MacCarthy, (2005); Vallejo, Osorno & Mazadiego, (2008).

Por otro lado, en investigaciones como las reportadas por Ibarra, Ortiz, Alvarado, Graciano y Jiménez, (2010) se ha encontrado, que experiencias estresantes como: problemáticas de salud, violencia escolar, maltrato psicológico/físico familiar, y duelos afectivos, facilitan el desarrollo de trastornos depresivos

Desde un enfoque conductual, la depresión es comprendida como la consecuencia de la falta de refuerzo o de la no contingencia entre conducta y refuerzo, mientras que en la teoría cognitiva es el resultado de pensamientos inadecuados, distorsionados que el individuo presenta y con los cuales interpreta la realidad de manera negativa (Álvaro, Garrido & Schweiger, 2010)

Con relación a los tipos de tratamiento para abordar esta afección, autores como Pérez y García (2001) refieren que los tratamientos farmacológicos por ser los primeros en establecerse, son los más utilizados. Respecto a los tratamientos psicológicos, existen tres vertientes que cuentan con suficientes estudios controlados para poder afirmar que están bien establecidos. El primero de ellos es la *terapia de la conducta* que incluye: programa de actividades agradables, entrenamiento en habilidades sociales, terapia de autocontrol, terapia de solución de problemas y terapia conductual de pareja), *la psicoterapia interpersonal de Klerman* y *la terapia cognitiva de Beck*. Estas terapias han mostrado como mínimo una eficacia similar a la de los mejores tratamientos farmacológicos. (Pérez & García, 2001)

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LA DEPRESIÓN

La Terapia Cognitiva fue desarrollada por Aarón Beck a finales de los años cincuenta (Beck, 1991). Como terapia, tiene un gran mérito de ser un tratamiento diseñado específicamente para la depresión, que ha sido probada en relación con los tratamientos establecidos en su campo, es decir, los tratamientos farmacológicos (Pérez & García, 2001). Este tipo de terapia se basa en el modelo cognitivo en el que 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 el modelo cognitivo tradicional, la depresión inicia y se mantiene por la interpretación que hace la persona de sí misma, el mundo y el futuro, proceso que Beck (1976) definió como tríada cognitiva negativa, en la cual el individuo presenta tres percepciones erróneas: una cognición negativa de sí mismo, una cognición hostil sobre su realidad y una cognición del futuro devastadora y desesperanzadora, que lo lleva a considerar que todo en la vida es malo y que no hay razón para luchar.

Ahora bien, Según Beck, Rush, Shaw y Emery (1983), para comprender la depresión es necesario tener presente 3 factores principales los cuales son: el concepto de triada cognitiva, los esquemas de los pensamientos y los errores en el procesamiento de la información.

1. La Triada Cognitiva.

Este concepto está relacionado a estilos de pensamiento donde la persona se percibe a sí misma, sus experiencias y su futuro de manera negativa (Beck et al., 1983). Según estos autores, el primer componente de esta tríada se centra en la visión negativa que tiene el paciente acerca de sí mismo. Desde este componente, el paciente se ve desgraciado, torpe, enfermo y con poca valía. Tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo, de tipo psíquico, moral, o físico y debido a este modo de ver las cosas, cree que, a causa de estos defectos, es un inútil y carece de valor (González & Hernández, 2012). El segundo componente se centra en la tendencia de la persona con depresión a interpretar sus experiencias de una manera negativa. Este tipo de pacientes consideran que la sociedad le hace demandas exageradas y/o le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos. Estas percepciones generan que intérprete sus interacciones con el entorno, en términos de derrota o frustración. Por último, el tercer componente se centra en la visión negativa acerca del futuro. Este tipo de componente hace referencia a un estilo de pensamiento del depresivo, que se caracteriza por planear proyectos, pero de manera anticipada, considera que fracasará. Cuando piensa en hacerse cargo de una determinada tarea en un futuro inmediato, inevitablemente sus expectativas son de fracaso (Beck et al., 1983).

2. Los Esquemas del Pensamiento

Este concepto hace referencia a que cada individuo tiene una forma particular de atender selectivamente a estímulos específicos los cuales combina, conceptualiza e interpreta a partir de sus propios esquemas mentales. En ese sentido, el esquema es la base para transformar los datos en cogniciones (Estévez & Calvete, 2009).

Dichos esquemas se elaboran a lo largo de la vida (Wills & Sanders, 1997) y según Beck citado por Peterson y Seligman (1985) en la depresión, sucesos estresantes estimulan la generación de estructuras o esquemas cognitivos estables negativos. Los esquemas depresivos, son creencias o supuestos básicos disfuncionales, mantenidos, que regulan la información sobre sí mismo ("esquema de sí"). Esta información de los esquemas está almacenada en la memoria de largo plazo, e incluye reglas para la autoevaluación. En este sentido, una persona con depresión puede tener una cantidad de "auto esquemas" que permanecen latentes y no están sujetos a análisis racional, hasta que son activados por eventos interconectados. Estos esquemas son los que precisamente subyacen a todas las condiciones negativas y constituyen el núcleo de la afección que hay que intervenir (Kovacs & Beck, 1978).

3. Errores del Procesamiento de Información

Esta conceptualización hace referencia a los errores en el procesamiento de la información que mantiene la persona con depresión y que al mismo tiempo soportan la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de evidencia contraria. Algunas de las diferentes distorsiones cognitivas que se presentan según Beck et al., (1983) son:

1. *Inferencia arbitraria* (relativo a la respuesta): se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria a la conclusión.

2. *Abstracción selectiva* (relativo al estímulo): consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto, ignorando otras características más de la situación, y conceptualizar toda la experiencia en base a ese fragmento.

3. *Generalización excesiva* (relativo a la respuesta): se refiere al proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a situaciones inconexas.

4. *Maximización y minimización* (relativo a la respuesta): quedan reflejadas en los errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un evento; errores de tal calibre que constituyen una distorsión.

5. *Personalización* (relativo a la respuesta): se refiere a la tendencia y facilidad del cliente para atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe una base firme para hacer tal conexión.

Como se puede observar, el modelo cognitivo ofrece una hipótesis acerca de la predisposición y la aparición de la depresión que gira entorno, a cómo las experiencias tempranas, proporcionan la base para formar conceptos negativos sobre uno mismo, el futuro y el mundo. Estos conceptos negativos (esquemas) pueden permanecer latentes y ser activados por determinadas circunstancias análogas a las experiencias inicialmente responsables de la formación de las actitudes negativas (Figuroa, 2002). Es por lo anterior, que para este autor, las metas del tratamiento deben girar en torno a: Resolución de síntomas, restablecimiento psicosocial, prevención de recaídas, prevención de recurrencias y adherencia.

Con relación a las técnicas de tratamiento desde este modelo cognitivo de la depresión, estas se dividen en dos:

Las técnicas cognitivas en las que se encuentran según Rush y Beck (2000):

- Identificación de pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas
- Diseño de experimentos
- Operacionalizar constructos negativos
- Análisis costo beneficio
- Ensayos de imaginaria

- Reestructuración cognitiva

Las técnicas conductuales las cuales pueden ser:

- Actividades programadas
- Asignación gradual de tareas
- Ensayos conductuales
- Uso de reforzamientos
- Técnicas de relajación y distracción
- Entrenamiento en habilidades específicas.
- Juego de roles

Eficacia de la terapia cognitivo conductual en la depresión

La terapia cognitivo conductual cuenta con numerosos estudios que muestran su eficacia. Uno de estos estudios iniciales intentó comparar la terapia cognitiva con la medicación imipramina (Rush, Beck, Kovacs & Hollon, 1977); Aunque ambos tratamientos redujeron significativamente la depresión, la terapia cognitiva fue superior a la farmacológica, manteniéndose esta ventaja un año después (Kovacs, Rush, Beck & Hollon, 1981). Sin embargo, en otro estudio metodológicamente más estructurado, se comprobó que la Terapia Cognitiva no era superior a la medicación (imipramina), pero sí mostró que aquella era igual de eficaz que ésta (Hollon, DeRubeis, Evans, Wiemer, Garvey, Grove & Tuason, 1992).

Otro estudio había mostrado que la Terapia Cognitiva era tan eficaz, pero no más, que la medicación de nortriptilina (Murphy, Simons, Wetzel & Lustman, 1984). En un seguimiento de un año se observó que los pacientes tratados con medicación recayeron más que los del grupo que recibieron la Terapia Cognitiva (Simons, Murphy, Levine & Wetzel, 1986).

Por otro lado en el estudio realizado por Blackburn y Moore (1997) quien trabajó con 26 sujetos con trastorno depresivo, se encontró que la terapia cognitiva fue igual de eficaz que

la medicación en la fase de tratamiento, sin diferencias igualmente en la pauta temporal de la mejoría.

Con relación al factor de recaída en estos cuadros clínicos, autores como DeRubeis, et al (1999) comprobaron en sus investigaciones, que la medicación es de gran importancia para prevenir las recaídas, pero también evidenciaron que el acompañamiento terapéutico desde el modelo cognitivo conductual junto con la medicación reducen considerablemente más este factor.

Por último, la Terapia Cognitiva también se ha mostrado eficaz en el tratamiento agudo de la distimia, incluyendo largos seguimientos (Markowitz & Weissman 1995). Asimismo, también se ha mostrado eficaz en la depresión endógena (Thase, Simons, Cahalane & McGeary, 1991; Thase, Bowler & Harden 1991).

OBJETIVO PRINCIPAL

- ✚ Diseñar un plan de intervención desde el modelo cognitivo conductual para un caso de depresión mayor de intensidad moderada.

OBJETIVOS SECUNDARIOS.

- ✚ Identificar la problemática de la paciente mediante un proceso de evaluación de entrevista y aplicación de pruebas psicológicas.
- ✚ Implementar un plan de intervención desde el enfoque cognitivo conductual para abordar las problemáticas del paciente.
- ✚ Evaluar los resultados obtenidos del proceso de intervención del caso clínico seleccionado.

METODOLOGÍA

La metodología llevada a cabo para el proceso de evaluación e intervención del estudio de caso, estuvo fundamentada bajo el modelo Cognitivo Conductual, el cual plantea una fase de evaluación inicial para la identificación de conductas problema, distorsiones cognitivas y creencias irracionales y una fase de intervención para abordar lo encontrado en el proceso de evaluación

Participantes.

El paciente seleccionado fue una mujer de 24 años, estudiante de Ingeniería Ambiental que acude a consulta de manera voluntaria refiriendo *vengo porque necesito que me ayuden a manejar mis emociones, siento que cada día pierdo más el control, todo me irrita y me entristece. Con mi familia estoy mal porque discuto con mi mamá y mi papá la mayoría del tiempo. Y con mi pareja también estamos igual, peleamos mucho y ya no soporto más* “

Para la selección del caso de monografía se plantearon tres criterios: El primero de ellos era llevar un número total de tres sesiones en la etapa de evaluación. Segundo, identificar un interés por parte de la paciente en el proceso terapéutico a través del cumplimiento de las citas y tercero, identificar efectivamente que el caso presentado requería de un acompañamiento clínico por las características de la problemática.

Instrumentos implementados

- *Consentimiento informado.* Documento que permite al usuario conocer aspectos como la confidencialidad, beneficios y compromisos que tiene el consultante al aceptar el proceso interventivo y demás aspectos contemplados en la ley 1090 de 2006, estatutos del Colegio Colombiano de Psicólogos (ver anexo 1)
- *Entrevista semiestructurada.* Se implementó una entrevista guía de la cual se tomaron algunos elementos para abordar las diferentes dimensiones de interacción del sujeto para identificar la situación problema y sus características. (ver anexo 2)
- *Historia Clínica.* Documento diseñado para la sistematización de la información relevante del caso atendido (ver anexo 3).
- *Inventario de Depresión Estado/Rasgo (IDER)*, elaborado por Spielberger, Buela-Casal, & Agudelo (2008). Su función es evaluar el componente afectivo de la depresión mediante escalas, estado y rasgo, y cuatro subescalas (eutimia-e, distimia-e, eutimia-r, distimia-r). (ver anexo 4)
- *Inventario de Ansiedad Estado/ Rasgo (IDARE)*. (Spielberger, Martínez, González, Natalicio & Díaz, 1980). Su función es evaluar la ansiedad estado y ansiedad rasgo del sujeto mediante dos escalas separadas de autoevaluación. La Escala A-Rasgo de la ansiedad consiste en 20 afirmaciones, en las que se pide al sujeto describir como

se sienten generalmente. La Escala A-Estado también consiste en 20 afirmaciones pero las instrucciones requieren que los sujetos indiquen cómo se siente en un momento dado. (ver anexo 5)

- *Escala de estrategias de afrontamiento Coping - modificada (EEC-M)* de: Londoño, Henao, Puerta, Posada, Arango & Aguirre (2006). Su objetivo es identificar las estrategias de afrontamiento que el paciente utiliza frente a situaciones estresoras (ver anexo 6)
- *MMPI-2 Inventario Multifacético de Personalidad de Minnesota* (Butcher, Grant, Graham, Tellegen & Kaemmer). Instrumento que se utiliza para la evaluación de la psicopatología en adultos en los contextos clínicos, médicos, forenses y de selección de personal. El MMPI®-2 recoge la experiencia de más de 50 años de investigación y aporta una gran riqueza de información sobre la estructura de la personalidad y sus posibles trastornos, proporcionando hasta 3 escalas de validez, 10 escalas básicas, 15 escalas de contenido, 18 escalas suplementarias y 31 subescalas. (ver anexo 7)

Procedimiento.

El proceso de acompañamiento se desarrolló en 19 sesiones, distribuidas en 6 meses, con un promedio de encuentro una vez por semana. La descripción completa y detallada del estudio de caso se encuentra en **el anexo 8** mientras que las intervenciones realizadas sesión a sesión se podrán encontrar en **el anexo 9**. A continuación se presenta de manera general el esquema de trabajo que se llevó a cabo.

Tabla 1: Resumen del trabajo terapéutico

Sesiones	OBJETIVO	Actividad realizada
S.1	Identificar aspectos relevantes en la historia de la paciente que se relacionen con las causas de la problemática actual.	-Atención-evaluación y devolución.
S.2		-Aplicación de entrevista y pruebas psicológicas
S.3		-Construcción de alianza terapéutica
	Evaluar y generar diagnóstico clínico para iniciar proceso psicoterapéutico	-Elaboración de historia clínica
	Socializar con la paciente los	

ETAPA DE EVALUACIÓN	S.4	<p>resultados obtenidos en la aplicación de las pruebas, presentar informe psicológico del diagnóstico clínico y acordar plan de trabajo psicoterapéutico</p> <p>Evaluar la actividad realizada del primer registro.</p>	<p>-Atención-evaluación y devolución.</p> <p>-Construcción de alianza terapéutica</p> <p>-Evaluación de la tarea delegada sobre registro de un pensamiento (Introducción al modelo.)</p>
	S.5	<p>Identificar las distorsiones cognitivas y creencias irracionales que presenta la paciente</p>	<p>-Técnica de autoregistro en sesión</p> <p>-Debate sobre ideas irracionales encontradas en el auto registro</p>
	S. 6 y 7	<p>Evaluar las distorsiones cognitivas identificadas por la paciente con el ejercicio delegado para la casa.</p> <p>Intervenir y Psicoeducar sobre la distorsión cognitiva “Magnificar-minimizar, abstracción selectiva y deberías”</p>	<p>-Entrenamiento conductual</p> <p>- Debate Socrático</p> <p>-Juego de roles</p> <p>- Reestructuración cognitiva</p>
FASE DE INTERVENCIÓN	S 8	<p>Psicoeducar a la paciente sobre el concepto de triada cognitiva e intervenir a partir de éste, las creencias irracionales identificadas.</p>	<p>-Argumentación enérgica para la defensa de ideas racionales irracionales</p> <p>-Silla vacía</p> <p>-Reestructuración cognitiva.</p> <p>-Psi coeducación</p>
	S.9 y 10	<p>Continuación del proceso interventivo sobre las creencias irracionales desde la triada cognitiva</p>	<p>-Argumentación enérgica para la defensa de ideas racionales e irracionales</p> <p>- Método socrático.</p> <p>-Reestructuración Cognitiva</p>
	S 11	<p>Orientar a la paciente hacia el desarrollo de metas a corto plazo</p>	<p>-Psicoeducación sobre programa de actividades diario</p>

		mediano y largo plazo con el fin de fortalecer los sentimientos de valía, autoestima, auto concepto y autoeficacia.	- Técnica: programa de actividades diario de dominio y agrado -Método socrático
	S 12	Evaluar el desarrollo de las actividades solicitadas, para identificar fortalezas y debilidades.	-Técnica: Cuestionario dominio y agrado. Desarrollo de metas a través de tareas graduales -Reestructuración cognitiva.
	S 13 y 14	Intervención en crisis para estabilizar anímicamente a la paciente	-Psi coeducación -Debate socrático -Reestructuración cognitiva
	S 15	Apoyar a la paciente en la identificación, planificación y elaboración de metas a mediano y largo plazo, Construcción de proyecto de vida.	-Psi coeducación
	S 16 Y 17	Fortalecer el uso de estrategias de afrontamiento y enfrentamiento funcionales.	-Psicoeducación “ -Técnica de relajación. Manejo de la respiración -Detección del pensamiento
		Realizar el proceso evaluativo del tratamiento realizado.	
FASE EVALUACIÓN FINAL POSTEST	S 18 y 19	Aplicar pruebas psicométricas para medir cambios presentados	-Entrevista - Aplicación de pruebas psicométricas
		Intervenir y Psicoeducar sobre prevención de recaídas	-Intervención cierre del proceso terapéutico. (Juego de roles, auto registro-debate sobre ideas irracionales
		Cierre del proceso	

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 implementaron instrumentos como: consentimiento informado, entrevista semiestructurada, inventario de ansiedad IDARE, inventario de depresión estado y rasgo IDER, instrumento de estrategias de afrontamiento, el

Inventario Multifacético de Personalidad de Minnesota MMPI-II y el formato de historia clínica. Posterior a ello, se socializó con la paciente los resultados encontrados y se trabajó en conjunto sobre el plan de intervención que comprendía los siguientes objetivos terapéuticos:

OBJETIVOS DEL PLAN DE INTERVENCIÓN

Objetivo principal

- ✚ Disminuir la sintomatología depresiva y ansiosa causada por las distorsiones cognitivas, creencias irracionales y estrategias de afrontamiento a través de técnicas cognitivo conductuales

Objetivos secundarios

- ✚ Ayudar a la paciente en la identificación y modificación de las distorsiones cognitivas y creencias irracionales que presenta y fortalecen su sintomatología.
- ✚ Psicoeducar a la paciente sobre procesos de evaluación y análisis de esquemas cognitivos y pautas de comportamiento.
- ✚ Entrenar en habilidades de afrontamiento y enfrentamiento a partir de esquemas cognitivos y conductuales funcionales.
- ✚ Aumentar el repertorio de pautas de comportamiento funcionales para la resolución de problemas.

En la segunda etapa que comprendía desde la sesión 5 a la 17 se trabajó en:

1. Psicoeducar a la paciente sobre el modelo cognitivo conductual con relación a su problemática
2. Detectar los pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y creencias irracionales.
3. Intervenir los pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y creencias irracionales.

4. Psicoeducar en el fortalecimiento de las nuevas pautas de pensamiento, estrategias de afrontamiento funcionales y prevención de recaídas.

Con relación al proceso de intervención, se planteó un esquema sistemático para abordar las problemáticas. Inicialmente se identificaron los pensamientos automáticos y mediante preguntas orientadoras, la paciente logró comprender como operaban éstos en relación con su problemática. Posteriormente, se desarrolló un nivel de intervención más a fondo sobre las distorsiones cognitivas, es decir, sobre los estilos de procesamiento de información. Frente a éstos, se trabajó sobre las distorsiones magnificar- minimizar / abstracción selectiva y deberías. Finalizado lo anterior, se dio paso al trabajo sobre creencias irracionales desde la triada cognitiva y por último, se trabajó sobre la planeación y cumplimiento de metas a corto, mediano y largo plazo y fortalecimiento de estrategias de afrontamiento funcionales

En la tercera etapa que comprendió las sesiones 18 y 19, se realizó la evaluación pos test donde se aplicaron las pruebas IDER, IDARE y estrategias de afrontamiento. En la sesión número 19 se entregó los resultados a la paciente, se trabajó sobre la prevención de recaídas y se realizó cierre del proceso

RESULTADOS

A continuación se presentarán los resultados obtenidos en el estudio del caso.

EVALUACIÓN PRE-TEST

Inventario de depresión estado rasgo IDER

Tabla 2. Rejilla de resultados depresión estado y depresión rasgo IDER

ESTADO		
PD TOTAL: 36	PD EUT: 19	PD DIS: 17
PC EUTIMIA: 97		
PC DISTIMIA: 90		
PC TOTAL: 99		
RASGO		
PD TOTAL: 20	PD EUT: 10	PD DIS: 10
PC EUTIMIA: 45		

PC DISTIMIA: 75

PC TOTAL: 60

En los resultados observados se pudo identificar que la paciente presentó altas puntuaciones de eutimia estado y distimia estado. Según el manual de la prueba, altas puntuaciones en la dimensión eutimia estado se interpretan como la pérdida del interés, anhedonia o disminución de la capacidad para experimentar placer, bajo nivel de energía, pérdida del entusiasmo, disminución en el nivel de alerta mental y pobre esperanza frente al futuro, ante las situaciones específicas del entorno cuyo carácter es temporal. Por otro lado, altas puntuaciones en la dimensión distimia estado se interpretan como presencia de reacciones emocionales negativas de carácter temporal, las cuales suelen estar asociadas con eventos específicos y puntuales que generan sensación de malestar general, miedo, tristeza, ansiedad, hostilidad, disgusto y soledad. (Spielberger, Buena, & Agudelo, 2008)

Respecto a la variable rasgo, se identificaron altas puntuaciones en distimia rasgo, lo cual significa que la paciente presenta una disposición general para responder de manera negativa a las diversas situaciones de la vida, interpretando los acontecimientos de manera desfavorable y generando vulnerabilidad frente al desarrollo de reacciones depresivas y cuadros psicopatológicos del estado de ánimo; también puede verse como la actitud pesimista, intranquila y de malestar que acompaña la mayor parte del tiempo y que puede asociarse con características estables de personalidad. (Spielberger, Buena, & Agudelo, 2008)

Aunque en la dimensión de eutimia rasgo no se hayan presentado valores elevados se puede observar a partir de los resultados generalizados, que la paciente presenta un cuadro depresivo.

Inventario de ansiedad estado y ansiedad rasgo

Tabla 3 Rejilla de resultados ansiedad estado y ansiedad rasgo

Ansiedad estado positivo	Ansiedad estado negativo	Puntuación bruta	Puntuación percentil
38	38	50	<u>93</u>
Ansiedad rasgo positivo	Ansiedad rasgo negativo	Puntuación Bruta	Puntuación percentil
39	18	56	<u>95</u>

Con relación al inventario de ansiedad estado y rasgo se pudo identificar elevada sintomatología ansiosa. Respecto a la dimensión ansiedad estado, esta es conceptualizada por Spielberger, Martínez, González, Natalicio & Díaz (1980), como un estado emocional transitorio que se caracteriza por sentimientos de tensión y aprensión, mientras que la dimensión ansiedad rasgo, hace referencia a las diferencias individuales relativamente estables a la propensión de la ansiedad, es decir, hay una tendencia a percibir las situaciones como amenazantes.

Escala de estrategias de afrontamiento

Tabla 4 Resultados instrumento estrategias de afrontamiento

Estrategia de afrontamiento	Puntuación directa	Percentil
Solución de problemas (SP)	23	20
Búsqueda de apoyo social (BAS)	26	65
Espera (ESP)	31	90
Religión (REL)	23	65
Evitación emocional (EE)	15	10
Búsqueda de Apoyo Profesional (BAP)	9	45
Reacción Agresiva (RA)	25	98
Evitación Cognitiva (EC)	12	20
Reevaluación Positiva (RP)	9	4
Expresión de la Dificultad de Afrontamiento (EDA)	13	35
Negación (NEG)	7	35
Autonomía (AUT)	6	30

La paciente en esta prueba presentó altas puntuaciones en las estrategias de afrontamiento: Reacción Agresiva, con una puntuación directa (Pd) de 25 y una posición percentil (Pc) de 98; .Espera, con Pd=31 y Pc=90; Búsqueda de apoyo social, con Pd=26 y Pc=65 y Religión, con Pd=23 y Pc=65.

Por otro lado, entre las estrategias de menor uso se evidenciaron, la Reevaluación Positiva con Pd= 9 y Pc=4, Evitación Emocional Pd= 15 y Pc=10, Solución de Problemas Pd= 23 y Pc=20 y Evitación Cognitiva Pd= 12 y Pc=20.

Prueba MMPI II (Inventario multifacético de la personalidad

Tabla 5 Resultados de las escalas básicas del inventario MMPI-II

Escala	Puntaje Bruto	Puntuación T
Hipocondría	12	48
Depresión	25	51
Histeria de conversión	20	43
Desviación psicótica	21	50
Masculinidad- Feminidad	33	50
Paranoia	13	54
Psicastenia	29	56
Esquizofrenia	30	56
Hipomanía	25	65
Introversión social	29	51

Rango de normalidad: puntuaciones T: 50-65

Como se puede apreciar en la tabla anterior la paciente presentó en la mayoría de las escalas una puntuación dentro del rango de la normalidad. Respecto a la escala de Histeria de Conversión se aprecian puntuaciones por debajo del rango, lo cual puede interpretarse como preocupaciones leves acerca del cuerpo o la salud. Lo anterior concuerda con la descripción de los resultados de la escala de hipocondría en la que se determina que puntuaciones bajas se relacionan con una falta de atención frente a los temas de salud y seguridad.

Tabla 6 Resultados de las escalas de contenido del inventario MMPI- II

Escala	Puntaje Bruto	Puntuación T
Ansiedad	16	64
Miedos	11	56
Obsesividad	11	69
Depresión	16	61
Preocupaciones por la salud	14	61
Pensamiento extravagante	4	52
Hostilidad	15	73
Cinismo	17	64
Conductas antisociales	8	50
Comportamiento tipo A	14	64
Baja autoestima	6	46
<i>Malestar Social</i>	<i>4</i>	<i>50</i>
Problemas Familiares	11	59

Indicaciones negativos tratamiento	15	65
------------------------------------	----	----

Con relación a los resultados de las escalas de contenido, se logró apreciar:

- Puntuaciones altas en la escala de obsesividad, lo cual indica que se trata de sujetos con grandes dificultades para tomar decisiones y que son propensas a rumiar excesivamente sus preocupaciones y problemas.
- Puntuaciones altas en la escala de hostilidad, lo cual sugiere problemas con el control de la ira.
- Puntuaciones bajas en la escala de Autoestima, lo cual indica que son sujetos que adoptan múltiples actitudes negativas sobre si mismos que incluyen pensamientos de inutilidad y carga para los demás.

EVALUACIÓN POS-TEST

Inventario de depresión estado rasgo IDER

Ilustración 1. Resultados de la Evaluación pretest- pos test. Prueba de depresión IDER

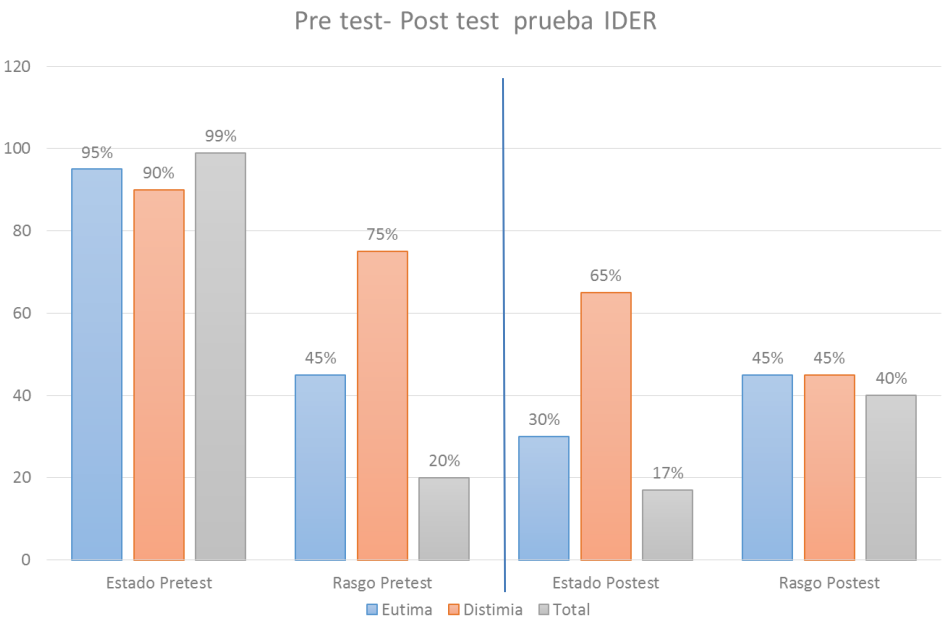


Ilustración 2. Resultados de la Evaluación pretest- pos test. Prueba de depresión IDER

En contraste con la evaluación pretest, en la evaluación pos test, la paciente obtuvo puntuaciones bajas en la variable eutimia estado (30%) y distimia estado (65%). De igual forma se evidenciaron puntuaciones bajas en la evaluación pos test en la variable distimia rasgo (45%) y eutimia rasgo (45%). Estos resultados indican según el manual de la prueba, que la paciente no presentó puntuaciones altas que indiquen presencia de depresión.

Inventario de ansiedad estado rasgo IDARE

Ilustración 3 Resultados de evaluación pretest- pos test prueba de Ansiedad IDARE

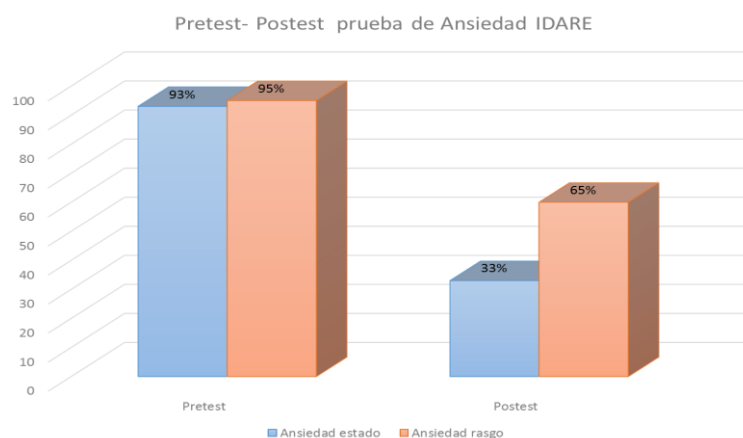


Ilustración 4 Resultados de evaluación pretest- pos test prueba de Ansiedad IDARE

Con relación a la evaluación pos test del inventario de ansiedad se logró evidenciar de igual manera, puntuaciones bajas en la variable ansiedad estado (33%) y ansiedad rasgo (65%) en comparación con la evaluación pretest.

Escala de estrategias de afrontamiento Coping - modificada (EEC-M)

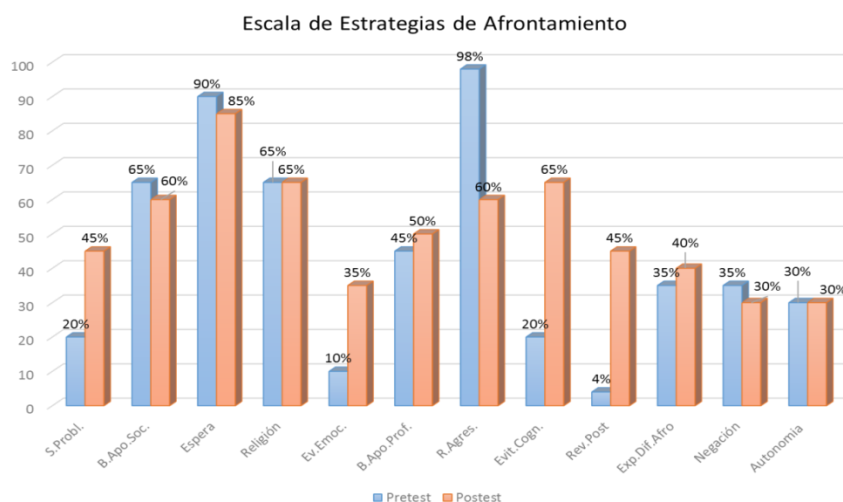


Ilustración 5 Resultados pretest- pos test- instrumento de estrategias de afrontamiento

Respecto a la evaluación pos test sobre las estrategias de afrontamiento, se evidenciaron de igual manera cambios. La paciente presentó puntuaciones bajas en la estrategia de reacción agresiva (60%), mientras que obtuvo puntuaciones altas en evitación cognitiva (65%), reevaluación positiva (45%) y evitación emocional (35%). Estas puntuaciones representan un logro frente a los objetivos planteados ya que permiten identificar:

- La paciente no implementa en mayor medida la expresión de la ira y la hostilidad como forma de afrontamiento (Reacción agresiva).
- Presenta mayor capacidad de control sobre pensamientos negativos en comparación con la evaluación pretest (Evitación cognitiva).
- Manifiesta mayor control sobre el manejo de las emociones (Evitación emocional).
- Evalúa las experiencias diarias de manera positiva y como oportunidades de aprendizaje (Reevaluación positiva)

DISCUSIÓN

En el presente estudio de caso que tenía como objetivo disminuir la sintomatología depresiva causada por las distorsiones cognitivas y creencias irracionales que presentaba la paciente, se pudo identificar a partir del proceso terapéutico llevado a cabo, la eficacia del modelo cognitivo conductual en el trabajo con pacientes con trastorno depresivo (Beck, 1979; Pérez & García, 2001).

Respecto a los resultados encontrados en la evaluación pos test de la prueba de eutimia y distimia estado-rasgo se puede observar que la paciente obtuvo puntuaciones bajas, lo cual indica ausencia de depresión. Lo anterior concuerda con las investigaciones de Markowitz y Weissman (1995) que han mostrado la eficacia del modelo en el tratamiento agudo de la distimia, y con las investigaciones de Thase, Simons, Cahalane y McGeary, (1991); Thase,

Bowler y Harden (1991) quienes han demostrado resultados eficaces del modelo, en el trabajo con pacientes con depresión endógena.

De los resultados anteriormente expuestos se puede mencionar, que la comprensión del modelo cognitivo conductual por parte de la paciente y la utilización de las diferentes técnicas implementadas, le permitieron evaluar y replantear la forma en como procesaba la información, primer elemento fundamental en el proceso terapéutico, ya que los errores en el procesamiento de la información, dan soporte a las creencias irracionales y las mantienen al reforzarse con los pensamientos automáticos y los estímulos estresores del ambiente (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1983).

Así mismo, el trabajo realizado sobre la identificación y debate de las creencias irracionales, reforzaron los logros ya alcanzados, permitiendo así una mejoría en el estado de ánimo de la paciente y confirmando de igual manera los postulados de Kovacs y Beck, (1978) quienes refieren que al desestructurar y cambiar las distorsiones cognitivas y creencias irracionales se elimina la sintomatología depresiva, ya que estas constituyen el núcleo de la afección.

Con relación a los resultados de la prueba pos test de ansiedad estado y rasgo, se observa puntuaciones inferiores en comparación a la prueba pretest, lo cual confirma la ausencia de sintomatología ansiosa al momento de la evaluación. Respecto a la variable ansiedad rasgo, la paciente obtuvo puntuaciones sobre el rango de la normalidad. Estos resultados, permiten corroborar que el trabajo realizado sobre la modificación de los esquemas de pensamiento, contribuyeron a disminuir la tendencia de la paciente a percibir las situaciones como amenazantes; a su vez, guarda relación con los postulados de Beck (1983) ya que éste explica que los pacientes tienden a manifestar cambios en su estado de ánimo y patrones de pensamiento, a partir de las cogniciones que modifica, cuando el soporte de éstas no son lo suficientemente sólidas para mantenerse.

Otro de los resultados que representa un logro en el proceso terapéutico, fue la modificación en la implementación de estrategias de afrontamiento por parte de la paciente.

En la evaluación posttest, se logra identificar que ésta, ya no implementa en mayor medida la reacción agresiva como estrategia para afrontar los problemas. A su vez, hay un aumento en la implementación de las estrategias de evitación cognitiva, reevaluación positiva y evitación emocional.

Según Lazarus y Folkman, (1984), toda estrategia de afrontamiento son recursos y esfuerzos tanto cognitivos como comportamentales orientados a resolver el problema, reducir o eliminar la respuesta emocional o modificar la evaluación inicial de la situación. En ese sentido, las técnicas implementadas como reestructuración cognitiva, debate socrático, detección del pensamiento, 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.

Por ejemplo, la técnica de reestructuración cognitiva en la que la paciente modifica sus cogniciones y elabora nuevos procesos de pensamiento; la técnica de domino de tareas graduales, en donde ésta orienta sus comportamientos hacia actividades productivas que permiten mejorar su auto concepto y autoestima; y la técnica de detección del pensamiento en la que aprendió a neutralizar los pensamientos negativos para evitar rumiar sobre ellos (Labrador, 2008), contribuyeron para que ésta tuviese mayor control sobre sus pensamientos negativos, aprendiera a reevaluar positivamente las experiencias diarias como oportunidades de aprendizaje y lograrse tener mayor control emocional (Lazarus & Folkman, 1984).

Ahora bien, respecto al curso del proceso intervención cabe resaltar que la paciente manifestó grandes cambios en su manera de percibir sus problemáticas, particularmente, aquellas asociadas al duelo afectivo, tema en el que se centró el acompañamiento. Sin embargo, durante el proceso la paciente tuvo dos recaídas entre las sesiones 12 y 14 relacionadas con esta problemática.

Frente a lo anterior, autores como Beck, Rush, Shaw y Emery, (1983) refieren que es importante tomar estos sucesos y re significarlos como experimentos para poner en práctica

los aprendizajes adquiridos; así mismo, explican que es normativo que se presenten recaídas en el proceso, ya que los pacientes pueden experimentar durante el mismo, una fuerte bajada de ánimo debido a los cambios en las cogniciones y la presencia de situaciones estresantes. Lo anterior concuerda con los postulados de Fernández (1988) quien señala que las situaciones estresantes para el individuo, funcionan como detonadores que en ocasiones reafirman el cuadro depresivo. Sin embargo, autores como caballo (2006), mencionan que para contrarrestar el efecto de las interpretaciones irracionales que elabora el paciente, es importante emplear técnicas que le permitan autoevaluarse, auto registrarse y auto reforzarse mediante actividades que impliquen el registro diario.

Por último, es importante resaltar que el malestar de la pérdida en el caso de la paciente aún se presenta levemente, lo cual se considera normativo dado a que la naturaleza de estos vínculos, en ocasiones llevan a la desestructuración del concepto de sí mismo, ya que la condición de estar en pareja determina rutinas, preferencias, elecciones, e identidades aprendidas durante la relación (Riso, 2006). Lo anterior concuerda con los postulados de Carmona (2012) quien manifiesta que una vez disuelto el vínculo, el doliente debe reorganizar dichas rutinas, gustos, e identidades. Este paso según este autor, implica un alto costo afectivo, cognitivo y comportamental.

Aunque el malestar de la pérdida aún es latente en la paciente, es importante resaltar los logros alcanzados respecto a esta temática. La desestructuración de las distorsiones cognitivas y creencias irracionales permitió que la paciente desarrollara mayor capacidad para re significar lo ocurrido de manera propositiva y realizar procesos de evaluación más racionales sobre sus capacidades y competencias, permitiéndole así sobrellevar los sentimientos negativos que trae consigo el duelo. Su autoconcepto y autoestima mejoraron considerablemente, lo cual representa un gran logro, ya que la rumiación sobre pensamientos desvalorizados sobre si misma dejaron de estar presentes. Los anteriores resultados guardan relación con los postulados de Carmona (2012). Según este autor, la reestructuración de los pensamientos que generan sufrimiento y la identificación, evaluación e intervención sobre los esquemas cognitivos con los que la paciente significa y

explica la ruptura del vínculo afectivo, permiten elaborar un proceso de duelo más funcional.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Con base a los resultados obtenidos en este estudio de caso se puede afirmar, que se logró el objetivo principal del proceso de intervención, el cual consistía en disminuir la sintomatología depresiva causada por las distorsiones cognitivas y creencias irracionales que presentaba la paciente. Así mismo, se confirmó y cumplió con la hipótesis inicial, en la que se planteaba que un buen trabajo sobre la desestructuración de las distorsiones cognitivas y las creencias irracionales, mejoraría su estado anímico y contribuiría en su bienestar psicológico ya que éstas, representaban el núcleo de la afección.

Por otro lado, se logró mejorar y entrenar a la paciente en habilidades de afrontamiento a partir de esquemas cognitivos y conductuales más funcionales, así como también reducir la sintomatología ansiosa.

El trabajo psicoeducativo y las intervenciones realizadas a partir de las técnicas implementadas, permitieron una evolución satisfactoria a lo largo de las sesiones. En cuanto a las técnicas, la reestructuración cognitiva junto con el debate socrático de las creencias irracionales y distorsiones cognitivas, le permitieron a la paciente comprender que gran parte de sus pensamientos con relación a sí misma, la realidad y el futuro carecían de argumentos válidos que los soportaran. Cabe resaltar, que, aunque la paciente en los ejercicios de registro de las ABC lograba identificar de qué manera sus pensamientos irracionales afectaba su estado anímico, en ocasiones la sola identificación y desestructuración de dichos pensamientos y esquemas no era suficiente, por lo cual, siempre será recomendable:

1. Evaluar de manera asertiva la cantidad de ejercicios de auto registros que se vayan a implementar, ya que estos pueden convertirse en ejercicios reforzadores de pensamientos y comportamientos negativos.

2. Acompañar a la paciente después del proceso de desestructuración de pensamientos y creencias irracionales, en la elaboración de pensamientos funcionales que le permitan tener soporte y operar funcionalmente sobre estos.
3. Reforzar durante todo el proceso de acompañamiento, dichos pensamientos y creencias funcionales elaboradas. Esto con el fin de que el sujeto vaya interiorizando dichas pautas de pensamiento y evite la rumiación sobre los pensamientos y creencias negativas ya abordadas.

Por otro lado, las técnicas conductuales como las de dominio de tareas graduales, ejercicios rol play en sesión, los experimentos de la paciente frente a actividades de la vida diaria donde implementaba lo aprendido, reforzaron los aprendizajes a nivel cognitivo permitiendo así un mayor impacto en los procesos de cambio. Frente a lo anterior, es necesario mencionar la importancia de las técnicas conductuales ya que estas sirven como soporte y evidencia para que el sujeto coloque a prueba lo aprendido y así mismo confirme la validez de sus pensamientos frente a diversas circunstancias.

Por último, se sugiere a la consultante continuar en un proceso de seguimiento para ir evaluando su estado anímico. También se le recomienda implementar las técnicas cognitivas conductuales aprendidas en sesión para el trabajo de pensamientos disfuncionales que puedan surgir frente situaciones adversas.

Así mismo se le recomendó, continuar afianzando lazos con los grupos de pares de la universidad y comunidad cristiana, ya que estos representan un gran soporte para la paciente.

Respecto al entorno familiar, el cual ha presentado notables mejorías en la relación con la madre y la hermana, se le recomienda continuar afianzando esos lazos. En cuanto a la problemática relacional con el padre se propone brindar acompañamiento al mismo si así lo requiere.

Referencias

- Álvaro, J., Garrido, A., & Scheweiger, I. (2010). Causas sociales de la depresión: Una revisión crítica del modelo atributivo de la depresión. *Revista internacional de sociología RIS*, 23-40.
- American Psychological Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-V*. Washington, DC: American Psychiatric Association
- Beck, A. (1991). Cognitive therapy. A 30-year retrospective. *American Psychologist*, 46, 4: 368-375.
- Beck A. (1976) *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International University Press
- Beck, A., Rush A., & Shaw, (1979) *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B., & Emery, G. (1983) *Terapia cognitiva de la depresión 11 edición*. Editorial DESCLEE DE BROUWER, S.A- BILBAO-9
- Butcher, J., Grant, W., Graham, J., Tellegen, A & Kaemmer, B (2002). *MMPI- 2 Inventario multifacético de la personalidad de minesota-2*. Editorial TEA ediciones S.A, Madrid.
- Blackburn, I. & Moore, R. (1997). Controlled acute and follow-up trial of cognitive therapy and pharmacotherapy in out-patients with recurrent depression. *British Journal of Psychiatry*, 171: 328-334.

- Caballo, V. (2006). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Trastornos de la edad adulta e informes psicológicos*. Madrid: Pirámide
- 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.
- 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
- 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.
- DeRubeis, R., Gelfand, L., Tang, T. & Simons, A. (1999). Medications versus cognitive behavior therapy for severely depressed outpatients: mega-analysis of four randomized comparisons. *American Journal of Psychiatry*, 156: 1007-1013.
- Estévez, A., & Calvete, E (2009) Mediación a través de pensamientos automáticos de la relación entre esquemas y síntomas de depresión, *Anales de Psicología*, 27-35
- Federación Mundial de Salud Mental. (2012). Depresión: Una crisis global. Día Mundial de la Salud Mental 2012. Recuperado de <http://www.wfmh.org/2012DOCS/WMHDay%20Packet%20-%20Spanish%20Translation%20.pdf>
- Figuerola, G. (2002). La terapia cognitiva en el tratamiento de la depresión mayor. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40, 46-62
- Gotlib, I. y Hammen, C. (2012). *Handbook of Depression*. Nueva York: Guilford Press.

- González, J., & Hernández, A. (2012). La desesperanza aprendida y sus predictores en jóvenes: análisis desde el modelo de Beck, *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 313-327
- 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.
- Heponiemi, T., Elovainio, M., Kivimäki, M., Pulkki, I., Puttonen, S. & Keltikangas Järvinen, L. (2006). The longitudinal effects of social support and hostility on depressive tendencies. *Social Science y Medicine*, 63(5), 1374-1382
- Hollon, S., DeRubeis, R., Evans, M., Wiemer, M., Garvey, M., Grove, W. & Tuason, V. (1992). Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. Singly and in combination. *Archives of General Psychiatry*, 49: 774-781.
- Ibarra, M., Ortiz, J., Alvarado, F., Graciano, H. & Jiménez, A. (2010). Correlatos del maltrato físico en la infancia en mujeres adultas con trastorno distímico o depresión mayor. *Salud Mental*, 33(4),317-324
- 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. *Archive General of Psychiatry*, 68 (5), 444-454.
- Kovacs M, & Beck A. (1978) Maladaptive cognitive structures in depression. *Am J Psychiatry* 135: 525-33
- Kovacs, M., Rush, A., Beck, A. & Hollon, S. (1981). Depressed outpatients treated with cognitive therapy or phramacotherapy: a oneyearm follow-up. *Archives of General Psychiatry*, 38: 33-39.

- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). Ways of Coping Scale. *Stress, Appraisal and Coping. Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 150-170.
- Labrador, F. (2008). *Técnicas de Modificación de Conducta*. Madrid: Pirámide.
- Londoño, H., Henao, G., Puerta, I., Posada, S., Arango, D. & Acevedo, C. (2006). Propiedades psicométricas y validación de la escala de estrategias de coping modificada (eec-m) en una muestra colombiana. *Universitas Psychologica*, 5(2), 327-349.
- Markowitz, J. & Weissman, M. (1995). Interpersonal psychotherapy. En E. E. Beckham & W. R. Leber, eds., *Handbook depression* (pp. 376- 390). Nueva York: Guilford.
- Murphy, G., Simons, A., Wetzel, R. & Lustman, P. (1984). Cognitive therapy and pharmacotherapy. Singly and together in the treatment of depression. *Archives of General Psychiatry*, 41: 33-41.
- Mejía, A. (2011). Estrés ambiental e impacto de los factores ambientales en la escuela. *Pampedia*, 7, 3-18. Recuperado de <http://www.uv.mx/pampedia/numeros/numero-7/Estres-ambiental-e-impacto-de-los-factores-ambientales-en-la-escuela>
- Organización Mundial de la Salud (2012). *Gender and Mental Health*. Ginebra. Recuperado de <http://www.Who.int/gender/mhenderandhealth.html>
- Pérez, M., & García, A (2001). Tratamientos Psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*, 493-515.
- Peterson, D & Seligman, M. (1985) The learned helplessness model of depression: current status of theory and research. En: Beckham EE, Leber WR, editors. *Handbook of depression: treatment, assessment and research*. Homewood: Dorsey.

Riso, W. (2006). Manual de Terapia cognitiva. Bogotá: Norma.

Rush A, & Beck A (2000). Cognitive psychotherapy. En: Sadock BJ, Sadock VA, editors. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 2 Vols. 7th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Rush, A., Beck, A., Kovacs, M. & Hollon, S. (1977). Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients. *Cognitive Therapy and Research*, 1, 17-37.

Sandín, B. (2003). El estrés: Un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3, 141-157.

Sander, J. & McCarty, C. (2005). Youth depression in the family context: Familial risk factors and models of treatment. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 8, 203-219

Simons, A., Murphy, G., Levine, J., & wetzel, R. (1986). Cognitiv therapy and pharmacotherapy for depression: sustained improvement over one year. *Archives of General Psychiatry*, 43: 43-48.

Spielberger, A., Martínez, F., González, L., Natalicio, L & Díaz, R (1980). *Inventario de Ansiedad Estado/ Rasgo (IDARE)*. México: Editorial el manual moderno, S.A

Spielberger, C. D., Buela-Casal, G. & Agudelo, D. (2008). *Inventario de Depresión Estado/Rasgo (IDER)*. Madrid: TEA Ediciones

Thase, M., Simons, A., Cahalane, J., & McGeary, J. (1991). Cognitive behavior therapy of endogenous depression: Part 1: an outpatient clinical replication series. *Behavior Therapy*, 22, 457-467

Thase, M., Bowler, K. & Harden, T. (1991). Cognitive behavior therapy of endogenous depression: Part 2: Preliminary findings in 16 unmedicated inpatients. *Behavior Therapy*, 22, 469-477.

Tobar, T., Ronald, A; Grajales, F; & Sarmiento, J. (2016). Riesgo suicida según la tríada cognitiva negativa, ideación, desesperanza y depresión, *Aquichan*, 473-486

Vásquez, L., Muñoz, R. & Becoña, E. (2000). Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento anales del siglo XX. *Psicología Conductual*, 8(3), 417-449.

Vallejo Casarín, A., Osorno Murguía, R. & Mazadiego Infante, T. (2008). Estilos parentales y sintomatología depresiva en una muestra de adolescentes veracruzanos. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 3(1), 91-105

Wenzel A., Brown G., & Beck A (2009) Cognitive therapy for suicidal patients. Scientific and clinical applications. Washington, D.C.: American Psychological Association.

Wills, F. & Sanders, D. (1997). Cognitive Therapy. Transforming the image. London: Sage Publications.

ANEXOS:

Anexo 1 Formato de Consentimiento informado

Modelo de formato de consentimiento informado

Este tipo de consentimiento lo da y firma el usuario en primera persona, sin la intervención de un tercero.

Universidad Pontificia Bolivariana.

Consentimiento Informado

Datos generales

Nombre: _____	C.C _____	Edad: _____
Nacimiento: _____	Ciudad: _____	
sesEstado Civil: _____	Escolaridad: _____	
Dirección y teléfono: _____	Barrio/ Ciudad: _____	
Ocupación: _____	Empresa: _____	
Cargo: _____		
Lugar de intervención _____		Fecha _____
Solicitante(4) _____	Número del proceso(5): _____	

Certifico que recibí una explicación clara y completa del objeto del proceso de entrevista y el propósito de su realización y a su vez manifiesto que he recibido y comprendido que la información que reciba el psicólogo es de carácter confidencial y que responde a los principios de confidencialidad, sin embargo, el psicólogo en uso de sus facultades la podrá revelar si durante la evaluación o el tratamiento, el profesional detecta de manera clara que hay un evidente daño para mí o para terceros, o en caso de que instancias legales soliciten información sobre procesos jurídicos que se me tengan iniciados.

También manifiesto que se me indicó que el procedimiento a seguir en este proceso terapéutico comprende 3 fases. *La fase de evaluación* en la que inicialmente el profesional requiere de información que le permita comprender la problemática que se presenta. *La fase de intervención* en la que posteriormente a un acompañamiento mayor a dos sesiones y un diagnóstico identificado por el profesional se inicia con el proceso terapéutico. Y la fase de seguimiento que comprende la evaluación de los avances y logros alcanzados.

Al mismo tiempo doy constancia que se me comunicó que tengo derecho a conocer la impresión diagnóstica, por parte del profesional, a la luz de los manuales diagnósticos DSM o CIE 10, así como también, el tipo de tratamiento que se llevara a cabo y el posible tiempo que lleve el mismo.

También se me indicó que puedo revocar el consentimiento o dar por terminada en cualquier momento la relación entre el psicólogo y yo, cuando lo considere pertinente, sin que ello implique ningún tipo de consecuencia para mí. No obstante, manifiesto que las decisiones que tome durante y después de los encuentros enmarcados en el proceso terapéutico, son de mi total responsabilidad.

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 _____.

Firma del usuario

C.C. No

Firma del psicólogo

C.C. No.

T.P. No.

Certificado de Registro No.

GUIA ENTREVISTA CLINICA

Nombre del entrevistador _____ Fecha: _____

Datos personales

Nombres y apellidos _____
Edad _____ Estudios _____ Profesión _____ Situación laboral _____
Estado civil _____
Con quié vive _____
Dónde trabaja/estudia _____
Fecha nacimiento y Lugar _____
Dirección _____ Tel _____ E-mail _____
Estatura _____ Peso _____

Descripción de la demanda y el problema: descripción e historia

- Describame el *motivo de su consulta*:

- Describame lo mejor posible *qué le pasa* (¿qué hace, qué siente, qué piensa sobre el Problema que le ha traído aquí?):

- ¿Podría especificar la *última vez* que le ocurrió ese problema? ¿Qué, cuándo, dónde y cómo le ocurrió?:

- En general, ¿con qué *frecuencia* le ocurre ese problema?: (Si procede.) ¿Cuál es su *duración*? ¿Hasta qué punto está afectando el problema en su vida? ¿Con qué *intensidad*? ocurre, por ejemplo, en una escala de 1 a 5 (en la que 1 es muy baja intensidad y 5 muy alta)

- ¿Ocurre, especialmente, en alguna/s *situación/es*?; por favor, descríbala/s (especifique lo mejor posible las características de la situación, personas presentes, qué pasa antes o antecedentes y qué pasa después, consecuentes de ocurrir el problema):

- Cuénteme más sobre la *historia de ese problema*: ¿cuándo *empezaron* esas manifestaciones? ¿Podría describirme qué, cuándo, cómo y dónde le ocurrieron la *primera vez* que aparecieron? • ¿En qué *circunstancias*? (aclare aspectos de la situación, personas presentes, antecedentes y consecuentes).

- Desde entonces, ¿cree que esas manifestaciones se han *agravado*?

- ¿Ha *buscado ayuda* anteriormente para resolver este problema?

¿Qué hace, piensa o siente usted cuando comienza el problema y durante el mismo y después?

¿Qué hacen los demás cuando le ocurre el problema?

Condiciones familiares actuales

Me ha dicho usted que vive con _____

Quisiera saber más de su situación familiar actual.

➤ *En el caso de estar casado/a/pareja estable*

• (En su caso.) Me ha dicho que está casado/a (o vive con una pareja estable); dígame
La edad y ocupación de su pareja:

- ¿Cómo se lleva con su pareja?
- Si tiene hijos, dígame sus nombres y edades:
- ¿Qué tal se lleva con sus hijos?
- Si está divorciado/a o separado/a, ¿cuál fue la razón para la ruptura?

¿Qué otras personas viven con usted y cómo se lleva con ellas?:

- ¿Tiene alguna otra relación importante (aparte de los amigos/as) que no viva con usted?

En el caso de vivir con la familia de referencia

- Si vive con su/s padre/s, dígame qué años tiene/n y a qué se dedica/n:
- ¿Cómo se lleva con sus padres?
- Si tienes hermano/as, dígame qué edad tienen, a qué se dedican y si viven con usted:
- ¿Cómo se lleva con sus hermano/as?

- ¿Qué otras personas viven con usted y cómo se lleva con ellas?
- ¿Tiene alguna otra relación importante (aparte de los amigos/as) que no viva con usted?

➤ Repercusión del problema por el que consulta en la familia

- ¿El problema por el que consulta qué repercusiones tiene en sus relaciones familiares Actuales?
- ¿Qué hacen los miembros de su familia cuando aparece?
- ¿Qué piensan del problema?
- ¿Por qué piensan y dicen que le ocurre el problema?

Me gustaría saber más de su historia familiar

Madre:

¿Cómo podría describir las relaciones con su madre a lo largo de la vida? Valore tales Relaciones (de 1 = malas a 4 = muy buenas):

- ¿Cómo describiría a su madre?
- ¿Qué actitudes tenía su madre hacia usted?
- ¿Podría decirme qué hacía su madre para conseguir algo de usted (premios y castigos)?
- ¿Qué actividades hacía usted con su madre cuando era niño/a?

Padre

• ¿Cómo podría describir las relaciones con su padre a lo largo de la vida? Valore tales Relaciones (de 0 = malas a 4 = muy buenas):

¿Cómo describiría usted a su padre?

- ¿Cuáles eran las actitudes de su padre hacia usted?
- ¿Podría decirme qué hacía su padre para conseguir algo de usted (premios y castigos)?
- ¿Qué actividades hacía usted con su padre cuando era niño/a?

- ¿Cómo se llevaban su madre y su padre?

➤ *Hermanos/as*

- Me ha dicho que tiene..... hermano/a/s (anotar el orden, género, edad). Quisiera Saber cómo se ha llevado con su/s hermano/a/s a lo largo de su infancia y adolescencia
- ¿Tenían preferencia su padre o madre por usted o por alguno de sus hermanos/as? Sí..... No.....
- Si así es, ¿por quién y por qué?
- ¿Cuáles fueron los valores más importantes en su familia? (la religión, el trabajo, la Igualdad, la solidaridad, etc.):.....
- ¿Tuvo algunos problemas durante su infancia y/o adolescencia?

Historia de la educación y formación

(Si procede y dependiendo de la edad.) Pasemos a su educación y formación: cuáles han sido, en sus diferentes estudios, los centros de enseñanza a los que asistió, el promedio de sus calificaciones escolares medias y su nivel de satisfacción con sus compañeros/as, sus profesores/as y los estudios en general (de 0 a 4)

Historia laboral

(Si procede y dependiendo de la edad del sujeto.) Descríbame los trabajos que usted ha ido teniendo y las fechas en los que ocurrieron. Por favor, indíqueme qué aspectos de cada trabajo eran los más satisfactorios para usted (tipo de trabajo) y qué aspectos le producían más agrado o desagrado y cómo se llevaba con sus compañeros/as de trabajo y con sus jefes/as:

Historia de intereses y entretenimientos

(Si procede.) Me gustaría saber algo más de sus intereses y entretenimientos a lo largo de su vida.

- ¿Cómo describiría sus intereses y entretenimientos durante su niñez?
- ¿En la adolescencia y juventud?
- En la actualidad, ¿qué hace usted en sus ratos libres en el presente?
- ¿Cuántas horas dedica al día a esos entretenimientos?
- ¿Qué hace los fines de semana?

- Cuénteme, ¿qué hace en vacaciones?
- ¿En qué momentos o situaciones se aburre?

Relaciones interpersonales

Hemos hablado de su familia, de sus compañeros/as de colegio y de trabajo; me gustaría saber más acerca de sus relaciones sociales.

- ¿Hace amigos/as fácilmente?
- ¿Tiene muchos/as amigos/as? • ¿Cuántos (aproximadamente)?
- ¿Cuántos amigos/as íntimos/as?
- En general, ¿se siente cómodo en situaciones sociales?
- ¿Expresa sus sentimientos, opiniones y deseos fácilmente?
- ¿A cuántas personas le cuenta sus secretos más íntimos?
- Sus amigos/as y/o conocidos/as, ¿le cuentan a usted sus secretos o le piden ayuda?

Vida sexual

(Si procede y dependiendo de la edad del sujeto.) Me gustaría que habláramos de sus relaciones sexuales.

➤ *En el pasado*

- ¿Cuándo y cómo aprendió, por primera vez, algo referente al sexo?
- ¿Era el sexo un tema del que se hablara en su casa?
- ¿Cuál era la actitud de sus padres hacia el sexo?
- ¿Cómo fue y cuándo cree que tuvo conciencia del sexo?
- ¿Cuándo, cómo y (en su caso) con quién tuvo su primera experiencia sexual?
- ¿Se masturbaba/masturba?
- ¿Cuándo fue la primera vez?
- ¿Ha tenido alguna experiencia homosexual?

➤ *En la actualidad*

- (Sólo si procede.) ¿Tiene pareja estable?
- ¿Cómo se lleva usted con su pareja
- ¿Quién cree que es el miembro dominante en su pareja o relación?
- Describa alguna de las conductas de su pareja que usted encuentra particularmente agradables:
- Describa alguna de las conductas de su pareja que usted encuentra desagradables:
- ¿Qué actitud tiene usted, en la actualidad, respecto a las relaciones sexuales?
- ¿Con qué periodicidad tiene relaciones sexuales?
- ¿Son satisfactorias sus relaciones sexuales?

Historia de su salud

- ¿Qué enfermedades ha tenido usted a lo largo de su vida?
 - En la infancia:
 - En la adolescencia:
 - Durante la juventud:
 - Durante la edad adulta:
- Si ha tenido intervenciones quirúrgicas, ¿cuáles y cuándo han ocurrido?
- ¿Considera importante alguna de las enfermedades descritas? ¿Cuál/es y cómo le afectaron?
- En su caso, descríbame sus dolencias físicas presentes (tensión alta, diabetes, problemas de corazón, etc.):
- ¿Tiene problemas para dormir
- ¿Cuida usted su dieta?
- ¿Realiza una actividad física regular (ir al gimnasio, deporte, etc.)?
- ¿Consume alguna droga (bebidas, tabaco, otras drogas)?
- ¿Qué medicamentos toma y con qué frecuencia?
- ¿Cuándo fue la última vez que usted se hizo un examen físico completo?
- ¿Cuáles fueron los resultados?

Valores, creencias y sí mismo/a

(Si procede y dependiendo de la edad del sujeto.) Anteriormente le pregunté por los Valores de su familia; ahora me gustaría saber más sobre ello:

- ¿Cuáles cree usted que son sus más importantes valores?
- ¿Qué valores actuales, en nuestra sociedad, cree que son más importantes?
- ¿Qué valores cree que se están perdiendo que a usted le gustaría conservar?
- ¿Qué valores actuales cree que son más rechazables?
- ¿Se considera usted una persona religiosa?

Estamos llegando al final de esta entrevista, al menos por el momento, pero aún me gustaría saber cómo se conceptualiza usted a sí mismo/a.

- ¿Cómo se describiría a sí mismo/a?
- ¿Cuáles son sus características más positivas?
- ¿Cuáles son sus características más negativas?
- ¿Qué le gustaría a usted cambiar de sí mismo/a?
- ¿Cómo le gustaría ser?

Finalmente,

¿Qué espera usted de esta relación profesional?

Anexo 3 Formato de historia clínica

Formato de historia Clínica

Nombre	Edad:
Nacimiento	Ciudad:
Estado Civil:	Escolaridad:
Cargo:	
Lugar de intervención	
Número de sesiones	¿Ha recibido tratamiento psicológico o psiquiátrico?
¿Consume sustancias Psicoactivas?	

Motivo de consulta.

Factores desencadenantes del episodio actual.

Propósito de la intervención.

Antecedentes personales

Estructura familiar. Antecedentes y funcionalidad.

Examen mental físico y conductual

Impresión Diagnostica

Instrumentos de evaluación aplicados

Resultados de la pruebas aplicadas

Explicación diagnóstica.

Explicación diagnostica desde el modelo de intervención seleccionado

Hipótesis:

Tratamiento a seguir

Prueba IDER.

IDER Nombre _____ Profesión _____
 Sexo **V** **M** Edad _____ Fecha _____ / _____ / _____

INSTRUCCIONES

A continuación se presentan una serie de frases que la gente usa para describirse a sí misma. Por favor, lea las correspondientes a la columna de su sexo (VARONES o MUJERES) y rodee con un círculo el número que más se aproxime a cómo se siente **EN ESTE MOMENTO** y **GENERALMENTE**. No hay respuestas correctas o incorrectas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos actuales y cómo se siente en la mayoría de las ocasiones.

DEBE CONTESTAR EN LA COLUMNA DE SU SEXO.

VARONES

EN ESTE MOMENTO...	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento bien	1	2	3	4
2. Estoy apenado	1	2	3	4
3. Estoy decaído	1	2	3	4
4. Estoy animado	1	2	3	4
5. Me siento desdichado	1	2	3	4
6. Estoy hundido	1	2	3	4
7. Estoy contento	1	2	3	4
8. Estoy triste	1	2	3	4
9. Estoy entusiasmado	1	2	3	4
10. Me siento enérgico	1	2	3	4

NO SE DETENGA, CONTINÚE CONTESTANDO A LOS ELEMENTOS 11 A 20.

GENERALMENTE...	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
11. Disfruto de la vida	1	2	3	4
12. Me siento desgraciado	1	2	3	4
13. Me siento pleno	1	2	3	4
14. Me siento dichoso	1	2	3	4
15. Tengo esperanzas sobre el futuro	1	2	3	4
16. Estoy decaído	1	2	3	4
17. No tengo ganas de nada	1	2	3	4
18. Estoy hundido	1	2	3	4
19. Estoy triste	1	2	3	4
20. Me siento enérgico	1	2	3	4


MUJERES

EN ESTE MOMENTO...	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento bien	1	2	3	4
2. Estoy apenada	1	2	3	4
3. Estoy decaída	1	2	3	4
4. Estoy animada	1	2	3	4
5. Me siento desdichada	1	2	3	4
6. Estoy hundida	1	2	3	4
7. Estoy contenta	1	2	3	4
8. Estoy triste	1	2	3	4
9. Estoy entusiasmada	1	2	3	4
10. Me siento enérgica	1	2	3	4

NO SE DETENGA, CONTINÚE CONTESTANDO A LOS ELEMENTOS 11 A 20.

GENERALMENTE...	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
11. Disfruto de la vida	1	2	3	4
12. Me siento desgraciada	1	2	3	4
13. Me siento plena	1	2	3	4
14. Me siento dichosa	1	2	3	4
15. Tengo esperanzas sobre el futuro	1	2	3	4
16. Estoy decaída	1	2	3	4
17. No tengo ganas de nada	1	2	3	4
18. Estoy hundida	1	2	3	4
19. Estoy triste	1	2	3	4
20. Me siento enérgica	1	2	3	4

Prueba IDARE



28-2

IDARE

Inventario de Autoevaluación
por

C.D. Spielberger, A. Martínez-Urrutia, F. González-Reigosa, L. Natalicio y R. Díaz-Guerrero


SXE

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se *siente ahora mismo*, o sea, en *este momento*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos *ahora*.

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASANTE	MUCHO
1. Me siento calmado(a)	1	2	3	4
2. Me siento seguro(a)	1	2	3	4
3. Estoy tenso(a)	1	2	3	4
4. Estoy contrariado(a)	1	2	3	4
5. Estoy a gusto	1	2	3	4
6. Me siento alterado(a)	1	2	3	4
7. Estoy preocupado(a) actualmente por algún posible contratiempo	1	2	3	4
8. Me siento descansado(a)	1	2	3	4
9. Me siento ansioso(a)	1	2	3	4
10. Me siento cómodo(a)	1	2	3	4
11. Me siento con confianza en mí mismo(a)	1	2	3	4
12. Me siento nervioso(a)	1	2	3	4
13. Me siento agitado(a)	1	2	3	4
14. Me siento "a punto de explotar"	1	2	3	4
15. Me siento reposado(a)	1	2	3	4
16. Me siento satisfecho(a)	1	2	3	4
17. Estoy preocupado(a)	1	2	3	4
18. Me siento muy agitado(a) y aturdido(a)	1	2	3	4
19. Me siento alegre	1	2	3	4
20. Me siento bien	1	2	3	4

D.R. © 1980 por
EDITORIAL EL MANUAL MODERNO, S.A. DE C.V.
Miembro de la Cámara Nacional
de la Industria Editorial Mexicana. Reg. núm. 39



4 489000 028027

Nota: Este Inventario está impreso en verde y negro. **NO LO ACEPTE SI ES DE UN SOLO COLOR.** 0515

Inventario de Autoevaluación

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente *generalmente*.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien	①	②	③	④
22. Me canso rápidamente	①	②	③	④
23. Siento ganas de llorar	①	②	③	④
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	①	②	③	④
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	①	②	③	④
26. Me siento descansado(a)	①	②	③	④
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	①	②	③	④
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder su- perarlas	①	②	③	④
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	①	②	③	④
30. Soy feliz	①	②	③	④
31. Tomo las cosas muy a pecho	①	②	③	④
32. Me falta confianza en mí mismo(a)	①	②	③	④
33. Me siento seguro(a)	①	②	③	④
34. Procuero evitar enfrentarme a las crisis y dificultades	①	②	③	④
35. Me siento melancólico(a)	①	②	③	④
36. Me siento satisfecho(a)	①	②	③	④
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	①	②	③	④
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	①	②	③	④
39. Soy una persona estable	①	②	③	④
40. Cuando pienso en mis preocupaciones actuales me pongo tenso(a) y alterado(a)	①	②	③	④

EDITORIAL
EL MANUAL MODERNO, S.A. DE C.V.
Av. Sonora núm. 206, Col. Hipódromo, Deleg. Cuauhtémoc
06100 México, D.F.

Nota: Este *Inventario* está impreso en verde y negro. **NO LO ACEPTE SI ES DE UN SOLO COLOR.**

Anexo 6 Prueba coping. Estrategias de afrontamiento

Prueba COPING: Estrategias de Afrontamiento.

A continuación se plantean diferentes formas que emplean las personas para afrontar los problemas o situaciones estresantes que se le presentan en la vida. Las formas de afrontamiento aquí descritas no son ni buenas ni malas, ni mejores o peores. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras, dependiendo de la situación problema. Trate de recordar las diferentes situaciones o problemas más estresantes vividos durante los últimos años, y responda señalando con una X en la columna que le señala la flecha (↓), el número que mejor indique que tan habitual ha sido esta forma de comportamiento ante las situaciones estresantes.

N		NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1	Trato de comportarme como si nada hubiera pasado	1	2	3	4	5	6
2	Me alejo del problema temporalmente (tomando unas vacaciones, descansando, etc.)	1	2	3	4	5	6
3	Procuro no pensar en el problema	1	2	3	4	5	6
4	Descargo mi mal humor con los demás	1	2	3	4	5	6
5	Intento ver los aspectos positivos del problema	1	2	3	4	5	6
6	Le cuento a familiares o amigos cómo me siento	1	2	3	4	5	6
7	Procuro conocer mejor el problema con la ayuda de un profesional	1	2	3	4	5	6
8	Asisto a la iglesia	1	2	3	4	5	6
9	Espero que la solución llegue sola	1	2	3	4	5	6
10	Trato de solucionar el problema siguiendo unos pasos concretos bien pensados	1	2	3	4	5	6
11	Procuro guardar para mí los sentimientos	1	2	3	4	5	6
12	Me comporto de forma hostil con los demás	1	2	3	4	5	6
13	Intento sacar algo positivo del problema	1	2	3	4	5	6
14	Pido consejo u orientación a algún pariente o amigo para poder afrontar mejor el problema	1	2	3	4	5	6
15	Busco ayuda profesional para que me guíen y orienten	1	2	3	4	5	6

16	Tengo fe en que puede ocurrir algún milagro	1	2	3	4	5	6
17	Espero el momento oportuno para resolver el problema	1	2	3	4	5	6
18	Pienso que con el paso del tiempo el problema se soluciona	1	2	3	4	5	6
19	Establezco un plan de actuación y procuro llevarlo a cabo	1	2	3	4	5	6
20	Procuro que los otros no se den cuenta de lo que siento	1	2	3	4	5	6
21	Evado las conversaciones o temas que tienen que ver con el problema	1	2	3	4	5	6
22	Expreso mi rabia sin calcular las consecuencias	1	2	3	4	5	6
23	Pido a parientes o amigos que me ayuden a pensar acerca del problema	1	2	3	4	5	6
24	Procuro hablar con personas responsables para encontrar una solución al problema	1	2	3	4	5	6
25	Tengo fe en que Dios remedie la situación	1	2	3	4	5	6
26	Pienso que hay un momento oportuno para analizar la situación	1	2	3	4	5	6
27	No hago nada porque el tiempo todo lo dice	1	2	3	4	5	6
28	Hago frente al problema poniendo en marcha varias soluciones	1	2	3	4	5	6
29	Dejo que las cosas sigan su curso	1	2	3	4	5	6
30	Trato de ocultar mi malestar	1	2	3	4	5	6
31	Salgo al cine, a dar una vuelta, etc., para olvidarme del problema	1	2	3	4	5	6
32	Evito pensar en el problema	1	2	3	4	5	6
33	Me dejo llevar por mi mal humor	1	2	3	4	5	6
34	Hablo con amigos o familiares para que me animen o tranquilicen cuando me encuentro mal	1	2	3	4	5	6
35	Busco la ayuda de algún profesional para reducir mi ansiedad o malestar	1	2	3	4	5	6

36	Rezo	1	2	3	4	5	6
37	Hasta que no tenga claridad frente a la situación, no puedo darle la mejor solución a los problemas	1	2	3	4	5	6
38	Pienso que lo mejor es esperar a ver qué puede pasar	1	2	3	4	5	6
39	Pienso detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al Problema	1	2	3	4	5	6
40	Me resigno y dejo que las cosas pasen	1	2	3	4	5	6
41	Inhibo mis propias emociones	1	2	3	4	5	6
42	Busco actividades que me distraigan	1	2	3	4	5	6
43	Niego que tengo problemas	1	2	3	4	5	6
44	Me salgo de casillas	1	2	3	4	5	6
45	Por más que quiera no soy capaz de expresar abiertamente lo que siento	1	2	3	4	5	6
46	A pesar de la magnitud de la situación tiendo a sacar algo positivo	1	2	3	4	5	6
47	Pido a algún amigo o familiar que me indiquen cuál sería el mejor camino a seguir	1	2	3	4	5	6
48	Pido ayuda a algún médico o psicólogo para aliviar mi tensión	1	2	3	4	5	6
49	Acudo a la iglesia para poner velas o rezar	1	2	3	4	5	6
50	Considero que las cosas por sí solas se solucionan	1	2	3	4	5	6
51	Analizo lo positivo y negativo de las diferentes alternativas	1	2	3	4	5	6
52	Me es difícil relajarme	1	2	3	4	5	6
53	Hago todo lo posible para ocultar mis sentimientos a los otros	1	2	3	4	5	6
54	Me ocupo de muchas actividades para no pensar en el problema	1	2	3	4	5	6
55	Así lo quiera, no soy capaz de llorar	1	2	3	4	5	6
56	Tengo muy presente el dicho “al mal tiempo buena cara”	1	2	3	4	5	6
57	Procuro que algún familiar o amigo me escuche cuando	1	2	3	4	5	6

	necesito manifestar mis sentimientos						
58	Intento conseguir más información sobre el problema acudiendo a profesionales	1	2	3	4	5	6
59	Dejo todo en manos de Dios	1	2	3	4	5	6
60	Espero que las cosas se vayan dando	1	2	3	4	5	6
61	Me es difícil pensar en posibles soluciones a mis problemas	1	2	3	4	5	6
62	Trato de evitar mis emociones	1	2	3	4	5	6
63	Dejo a un lado los problemas y pienso en otras cosas	1	2	3	4	5	6
64	Trato de identificar las ventajas del problema	1	2	3	4	5	6
65	Considero que mis problemas los puedo solucionar sin la ayuda de los demás	1	2	3	4	5	6
66	Pienso que no necesito la ayuda de nadie y menos de un profesional	1	2	3	4	5	6
67	Busco tranquilizarme a través de la oración	1	2	3	4	5	6
68	Frente a un problema, espero conocer bien la situación antes de actuar	1	2	3	4	5	6
69	Dejo que pase el tiempo	1	2	3	4	5	6

Anexo 7 Inventario multifásico de la personalidad MMPI-2

Prueba MMPI II



- 1 Me gustan las revistas de mecánica.
- 2 Tengo buen apetito.
- 3 Casi siempre me levanto por las mañanas descansado y como nuevo.
- 4 Creo que me gustaría el trabajo de bibliotecario.
- 5 El ruido me despierta fácilmente.
- 6 Mi padre es un buen hombre o (si ya ha fallecido) mi padre fue un buen hombre.
- 7 Me gusta leer artículos sobre crímenes en los periódicos.
- 8 Normalmente tengo bastante calientes los pies y las manos.
- 9 En mi vida diaria hay muchas cosas que me resultan interesantes.
- 10 Actualmente tengo tanta capacidad de trabajo como antes.
- 11 La mayor parte del tiempo me parece tener un nudo en la garganta.
- 12 Mi vida sexual es satisfactoria.
- 13 La gente debería intentar comprender sus sueños y guiarse por ellos o tomarlos como aviso.
- 14 Me divierten las historias de detectives y de misterio.
- 15 Trabajo bajo una tensión muy grande.
- 16 De vez en cuando pienso cosas demasiado malas para hablar de ellas.
- 17 Estoy seguro de que la vida es dura para mí.
- 18 Sufro ataques de náuseas y vómitos.
- 19 Cuando acepto un nuevo empleo me gusta que se me indique, confidencialmente, a quién debo halagar.
- 20 Muy rara vez sufro de estreñimiento.
- 21 A veces he deseado muchísimo abandonar el hogar.
- 22 Nadie parece comprenderme.
- 23 A veces me dan ataques de risa y llanto que no puedo controlar.
- 24 A veces estoy poseído por espíritus diabólicos.
- 25 Me gustaría ser cantante.
- 26 Cuando estoy en dificultades o problemas creo que lo mejor es callarme.
- 27 Cuando alguien me hace una mala jugada siento deseos de devolvérsela, si me es posible; y esto, por cuestión de principios.
- 28 Me molesta el estómago varias veces a la semana.
- 29 A veces siento ganas de maldecir.
- 30 A menudo tengo pesadillas por las noches.
- 31 Me cuesta bastante concentrarme en una tarea o trabajo.
- 32 He tenido experiencias muy peculiares y extrañas.
- 33 Rara vez me preocupo por mi salud.
- 34 Nunca he tenido dificultades a causa de mi comportamiento sexual.
- 35 En algunas ocasiones, cuando era joven, robé algunas cosas.
- 36 Casi siempre tengo tos.
- 37 A veces siento deseos de destrozar las cosas.
- 38 He tenido periodos de días, semanas o meses, en los que no podía preocuparme por las cosas porque no tenía ánimos para nada.
- 39 Mi sueño es irregular e intranquilo.
- 40 La mayor parte del tiempo parece dolerme la cabeza por todas partes.
- 41 No digo siempre la verdad.
- 42 Si los demás no la hubieran tomado conmigo habría tenido más éxito.
- 43 Mis razonamientos son ahora mejores que nunca.
- 44 Una vez a la semana o más a menudo siento calor por todo el cuerpo sin causa aparente.

- 45 Tengo tan buena salud física como la mayor parte de mis amigos.
- 46 Prefiero hacerme el desentendido con amigos de colegio o personas conocidas que no veo desde hace tiempo, a menos que ellos me hablen primero.
- 47 Casi nunca me ha dolido el pecho o el corazón.
- 48 En muchas ocasiones me gustaría sentarme y soñar despierto antes que hacer cualquier cosa.
- 49 Soy una persona muy sociable.
- 50 Con frecuencia he tenido que recibir órdenes de personas que sabían menos que yo.
- 51 Diariamente no leo todos los artículos editoriales del periódico.
- 52 No he llevado un tipo de vida adecuado y normal.
- 53 Con frecuencia me parece sentir ardores, punzadas, hormigueo o quedarse «dormidas» algunas partes de mi cuerpo.
- 54 A mi familia no le gusta el trabajo que he elegido (o el trabajo que pienso elegir para mi futuro).
- 55 A veces insisto tanto en una cosa que los demás pierden la paciencia conmigo.
- 56 Me gustaría ser tan feliz como parecen ser los demás.
- 57 Muy raras veces siento dolor en la nuca.
- 58 Pienso que una gran mayoría de la gente exagera sus desgracias para lograr la simpatía y ayuda de los demás.
- 59 Tengo molestias en la boca del estómago casi a diario.
- 60 Cuando estoy con gente me molesta oír cosas muy extrañas.
- 61 Soy una persona importante.
- 62 A menudo he deseado ser mujer, (o si Vd. es mujer) nunca me ha pesado ser mujer.
- 63 Mis sentimientos no son heridos fácilmente.
- 64 Me gusta leer novelas de amor.
- 65 La mayor parte del tiempo me siento triste.
- 66 Sería mejor si se anulasen casi todas las leyes.
- 67 Me gusta la poesía.
- 68 A veces hago rabiar (jugando) a los animales.
- 69 Creo que me gustaría trabajar de guardabosques.
- 70 En una discusión o debate me dejo vencer fácilmente.
- 71 En la actualidad me es difícil no perder la esperanza de llegar a ser alguien.
- 72 A veces mi alma abandona mi cuerpo.
- 73 Sin duda alguna no tengo confianza en mí mismo.
- 74 Me gustaría ser florista.
- 75 Normalmente siento que la vida vale la pena vivirla.
- 76 Cuesta mucho trabajo convencer a la mayoría de la gente de la verdad.
- 77 De vez en cuando dejo para mañana lo que debiera hacer hoy.
- 78 Le agrado a la mayor parte de la gente que me conoce.
- 79 No me importa que se diviertan a costa mía.
- 80 Me gustaría ser enfermero.
- 81 Creo que la mayoría de la gente mentiría con tal de conseguir lo que quiere.
- 82 Hago muchas cosas de las que luego me arrepiento. (Me arrepiento más frecuentemente que otras personas de las cosas que hago).
- 83 Tengo muy pocos disgustos con los miembros de mi familia.
- 84 Cuando era joven me echaron de clase una o más veces por mi mal comportamiento.
- 85 A veces siento fuertes deseos de hacer algo dañino o escandaloso.

- 86 Me gusta asistir a reuniones o fiestas animadas y alegres.
- 87 Me he enfrentado a problemas con tantas opciones de solución que me ha sido imposible llegar a una decisión.
- 88 Creo que la mujer debe tener tanta libertad sexual como el hombre.
- 89 Los conflictos más graves que tengo son conmigo mismo.
- 90 Quiero a mi padre, (o si ya ha fallecido) quise a mi padre.
- 91 Nunca o rara vez tengo espasmos o calambres musculares.
- 92 Parece que no me importa mucho lo que me pueda suceder.
- 93 A veces, cuando no me encuentro bien, estoy de mal humor.
- 94 Muchas veces siento haber hecho algo malo o erróneo.
- 95 Casi siempre soy feliz.
- 96 Veo a mi alrededor cosas, animales o personas que otros no ven.
- 97 La mayor parte del tiempo mi cabeza o mi nariz parecen estar congestionadas.
- 98 Hay algunas personas tan mandonas que me dan ganas de hacer lo contrario de lo que me piden, aunque sepa que tienen razón.
- 99 Alguien me la tiene dedicada.
- 100 Nunca he hecho algo peligroso sólo por la emoción de hacerlo.
- 101 A menudo siento como si tuviera una venda puesta fuertemente alrededor de mi cabeza.
- 102 Algunas veces me disgusto.
- 103 Me divierte más el juego o una partida cuando apuesto.
- 104 La mayoría de la gente es honrada por temor a ser descubierta.
- 105 En el colegio, algunas veces, fui enviado al director a causa de mi mal comportamiento.
- 106 Mi manera de hablar es como siempre (ni más rápida, ni más lenta, ni balbuceante, ni ronca).
- 107 Mis modales en la mesa no son tan correctos en mi casa como cuando salgo a comer afuera.
- 108 Cualquier persona que sea capaz y esté dispuesta a trabajar duro, tiene muchas probabilidades de obtener éxito.
- 109 Me parece que soy tan listo y capaz como la mayor parte de los que me rodean.
- 110 La mayoría de la gente utilizaría medios algo injustos para no perder un beneficio o ventaja.
- 111 Tengo muchos problemas con el estómago.
- 112 Me gustan los dramas.
- 113 Sé quién es el responsable de la mayoría de mis problemas.
- 114 A veces me siento tan atraído por las cosas personales de otro (como zapatos, guantes, etc.) que desearía cogérselos o robarlos, aunque no me sean útiles.
- 115 Cuando veo sangre no me da miedo ni me pongo malo.
- 116 Frecuentemente no puedo comprender por qué he estado tan irritable y malhumorado.
- 117 Nunca he vomitado o escupido sangre.
- 118 No me preocupa contraer enfermedades.
- 119 Me gusta coger flores o cultivar plantas en casa.
- 120 Frecuentemente encuentro necesario defender lo que es justo.
- 121 Nunca me he entregado a prácticas sexuales fuera de lo común.
- 122 A veces mis pensamientos han ido más rápido que mis propias palabras.
- 123 Si pudiera entrar en un espectáculo sin pagar y estuviera seguro de no ser visto, probablemente lo haría.
- 124 Generalmente me pregunto qué razón oculta puede tener otra persona cuando me hace un favor.

NO SE DETENGA, CONTÍNE EN LA PÁGINA SIGUIENTE.

- 125 Creo que mi vida hogareña es tan agradable como la de la mayoría de la gente que conozco.
- 126 Creo en la obligación o exigencia de la ley.
- 127 Las críticas y las reprensiones me hieren profundamente.
- 128 Me gusta cocinar.
- 129 La mayor parte de mi conducta está controlada por el comportamiento de los que me rodean.
- 130 Ciertamente a veces siento que soy un inútil.
- 131 Cuando era un muchacho pertenecía a una pandilla que intentaba mantenerse unida ante cualquier adversidad.
- 132 Creo que existe otra vida después de ésta.
- 133 Me gustaría ser militar.
- 134 A veces siento deseos de agarrarme a puñetazos con alguien.
- 135 Frecuentemente pierdo o desaprovecho oportunidades por no decidirme a tiempo.
- 136 Me molesta que la gente me pida consejo o que me interrumpa cuando estoy trabajando en algo importante.
- 137 Solía llevar un diario personal.
- 138 Creo que están tramando algo contra mí.
- 139 En un juego o partida me gusta más ganar que perder.
- 140 Casi todas las noches me duermo sin ideas o pensamientos preocupantes.
- 141 Durante los últimos años he gozado casi siempre de buena salud.
- 142 Nunca he sufrido un ataque o convulsiones.
- 143 Ahora no estoy ganando ni perdiendo peso.
- 144 Creo que me están persiguiendo.
- 145 Creo que frecuentemente he sido castigado sin motivo alguno.
- 146 Lloro con facilidad.
- 147 Actualmente no comprendo lo que leo con la misma facilidad de antes.
- 148 Nunca en mi vida me he sentido mejor que ahora.
- 149 A veces siento adolorida la parte superior de la cabeza.
- 150 Algunas veces siento deseos de hacer daño, a mí mismo o a alguien.
- 151 Me molesta que alguien se haya burlado tan hábilmente de mí que yo haya tenido que reconocer que lo logré.
- 152 No me canso fácilmente.
- 153 Me gusta conocer a gente importante porque esto me hace sentir importante.
- 154 Siento miedo cuando miro hacia abajo desde un lugar alto.
- 155 No me preocuparía si algún familiar mío tuviera problemas con la ley.
- 156 Sólo me encuentro feliz cuando ando errante o viajo de un lado para otro.
- 157 No me preocupa lo que los demás piensen de mí.
- 158 Me siento incómodo cuando tengo que hacer una payasada en una fiesta, incluso aunque otros la estén haciendo.
- 159 Nunca me he desmayado.
- 160 Me gustaba ir al colegio.
- 161 Frecuentemente tengo que esforzarme para no demostrar que soy tímido.
- 162 Alguien ha estado intentando envenenarme.
- 163 Las serpientes no me dan mucho miedo.
- 164 Nunca o rara vez tengo mareos.
- 165 Mi memoria parece estar en buenas condiciones.
- 166 Me preocupan los temas sexuales.
- 167 Me es difícil entablar una conversación cuando conozco a alguien por primera vez.

NO SE DETENGA, CONTINÚE EN LA PÁGINA SIGUIENTE.

- 163 He tenido épocas durante las cuales he realizado actividades que luego no recordaba haberlas hecho.
- 169 Cuando estoy aburrido me gusta provocar algo excitante o divertido.
- 170 Tengo miedo de volverme loco.
- 171 Estoy en contra de dar dinero a los mendigos.
- 172 Frecuentemente noto que tiemblan mis manos cuando intento hacer algo.
- 173 Puedo leer mucho tiempo sin que se me cansen los ojos.
- 174 Me gusta leer y estudiar acerca de las cosas en las que estoy trabajando.
- 175 Siento debilidad general la mayor parte del tiempo.
- 176 Me duele la cabeza muy pocas veces.
- 177 Mis manos no se han vuelto torpes ni he perdido habilidad.
- 178 A veces, cuando me encuentro en una situación incómoda, empiezo a sudar tanto que me llega a molestar muchísimo.
- 179 No he tenido dificultades para mantener el equilibrio al caminar.
- 180 Algo no marcha bien en mi cabeza.
- 181 No tengo accesos de alergia o asma.
- 182 He tenido ataques en los que perdía el control de mis movimientos o de la palabra, pero sabía lo que pasaba a mi alrededor.
- 183 No me agradan todas las personas que conozco.
- 184 Muy pocas veces sueño despierto.
- 185 Me gustaría no ser tan tímido.
- 186 No me da miedo manejar dinero.
- 187 Si fuera periodista me gustaría mucho escribir sobre teatro.
- 188 Disfruto con muy diferentes clases de juegos y diversiones.
- 189 Me gusta coquetear.
- 190 Mi familia me trata más como a un niño que como a un adulto.
- 191 Me gustaría ser periodista.
- 192 Mi madre es una buena mujer, (o si ya ha fallecido) mi madre fue una buena mujer.
- 193 Cuando camino evito cuidadosamente pisar las rayas o grietas de la acera.
- 194 Nunca he tenido erupciones en la piel que me hayan preocupado.
- 195 En comparación con otros hogares, en mi familia hay poco compañerismo y cariño.
- 196 Frecuentemente me encuentro preocupado por algo.
- 197 Creo que me gustaría el trabajo de contratista de obras.
- 198 A menudo oigo voces sin saber de dónde vienen.
- 199 Me gusta la ciencia.
- 200 No me cuesta pedir ayuda a mis amigos, incluso aunque no pueda devolverles el favor.
- 201 Me gusta mucho cazar.
- 202 A menudo mis padres han puesto dificultad al tipo de gente con el que me juntaba.
- 203 A veces chismorreo un poco.
- 204 Aparentemente oigo tan bien como la mayoría de la gente.
- 205 Alguno de mis familiares tiene costumbres que me molestan y me irritan muchísimo.
- 206 A veces me siento capaz de tomar decisiones con extraordinaria facilidad.
- 207 Me gustaría pertenecer a varios clubes o asociaciones.
- 208 Rara vez noto los latidos de mi corazón y pocas veces se me corta la respiración.
- 209 Me gusta hablar sobre temas sexuales.
- 210 Me gusta visitar lugares donde nunca he estado.

NO SE DETENGA, CONTÍNE EN LA PÁGINA SIGUIENTE.

- 211 Me han sugerido un programa de vida basado en el deber y desde entonces lo he seguido cuidadosamente.
- 212 A veces he estorbado a alguien que trataba de hacer algo, no porque eso importara mucho, sino por cuestión de principios.
- 213 Me disgusto fácilmente, pero se me pasa pronto.
- 214 He sido bastante libre e independiente de la disciplina familiar.
- 215 Me preocupo mucho por las cosas.
- 216 Alguien ha estado intentando robarme.
- 217 Casi todos mis familiares simpatizan conmigo.
- 218 Tengo períodos de tanta intranquilidad que no puedo estar sentado mucho tiempo en una silla.
- 219 He sufrido desengaños amorosos.
- 220 Nunca me preocupo por mi apariencia física.
- 221 Frecuentemente sueño sobre cosas que es mejor mantenerlas en secreto.
- 222 A los niños se les debería enseñar lo principal acerca de la vida sexual.
- 223 Creo que no soy más nervioso que la mayoría de la gente.
- 224 Tengo pocos o ningún dolor.
- 225 Mi manera de hacer las cosas tiende a ser mal interpretada por los demás.
- 226 Algunas veces, sin razón alguna, o incluso cuando las cosas me salen mal, me siento animadamente feliz, como «flotando entre nubes».
- 227 No culpo a nadie por tratar de apoderarse de todo lo que pueda en este mundo.
- 228 Hay personas que están intentando apoderarse de mis pensamientos e ideas.
- 229 He tenido momentos de tanta turbación que interrumpí mis actividades, y no sabía qué estaba ocurriendo a mi alrededor.
- 230 Puedo mostrarme amistoso con la gente, que hace cosas que yo considero incorrectas.
- 231 Me gusta estar en un grupo en el que se gastan bromas unos a otros.
- 232 En las elecciones, algunas veces voto a candidatos que conozco muy poco.
- 233 Me cuesta empezar a hacer cualquier cosa.
- 234 Creo que estoy condenado.
- 235 En el colegio me costaba aprender.
- 236 Si fuera artista me gustaría dibujar flores.
- 237 No me preocupa tener mejor apariencia física.
- 238 Sudó muy fácilmente, incluso en días fríos.
- 239 Soy una persona plenamente segura de mí misma.
- 240 A veces no he podido evitar el robar algo o llevarme algo de una tienda.
- 241 Es más seguro no confiar en nadie.
- 242 Me pongo muy agitado una vez por semana o con más frecuencia.
- 243 Cuando estoy con un grupo de gente, tengo dificultades para pensar en temas adecuados de conversación.
- 244 Cuando me siento abatido, algo emocionante me saca casi siempre de este estado.
- 245 Cuando salgo de casa no me preocupa si la puerta y las ventanas quedan bien cerradas.
- 246 Creo que mis pecados son imperdonables.
- 247 Se me adormecen una o más partes de mi piel.
- 248 No culpo a aquella persona que se aprovecha de otra que se expone a ello.
- 249 Mi vista es ahora tan buena como lo ha sido durante años.

NO SE DETENGA, CONTINÚE EN LA PÁGINA SIGUIENTE.

- 250 A veces me ha divertido tanto el ingenio de un pícaro que he deseado que tuviera éxito.
- 251 A menudo me ha dado la sensación de que gente extraña me estaba mirando con ojos críticos.
- 252 Para mí todo tiene el mismo sabor o gusto.
- 253 Todos los días tomo una cantidad excesivamente grande de agua.
- 254 La mayor parte de la gente hace amigos porque es probable que le sean útiles.
- 255 Casi nunca noto que me zumben o me silben los oídos.
- 256 De vez en cuando siento odio hacia familiares que normalmente quiero.
- 257 Si fuera periodista me gustaría mucho hacer reportajes sobre deportes.
- 258 Puedo dormir de día, pero no por la noche.
- 259 Estoy seguro de que la gente habla de mí.
- 260 De vez en cuando me divierten las bromas o chistes sucios.
- 261 Comparado con mis amigos, tengo muy pocos miedos.
- 262 Si en un grupo me pidieran que comenzara una discusión o diera mi opinión acerca de algo que conozco bien, no sentiría ninguna vergüenza.
- 263 Siento siempre aversión por la justicia cuando un criminal sale libre gracias a la habilidad de un abogado astuto.
- 264 He abusado de bebidas alcohólicas.
- 265 Por lo general no le hablo a la gente mientras no me hablan primero.
- 266 Nunca he tenido problemas con la ley.
- 267 Tengo épocas en las que me siento más animado que de costumbre sin que exista una razón especial.
- 268 Me gustaría no ser perturbado por pensamientos sexuales.
- 269 Si varias personas se encuentran inculpadas, lo mejor que pueden hacer es ponerse de acuerdo en lo que van a decir y no cambiarlo después.
- 270 Personalmente no me molesta ver sufrir a los animales.
- 271 Creo que mi sensibilidad es más intensa que la de la mayoría de la gente.
- 272 En ningún momento de mi vida me ha gustado jugar con las muñecas.
- 273 A menudo la vida me resulta difícil.
- 274 Soy tan susceptible respecto a algunos temas que ni siquiera puedo hablar de ellos.
- 275 En el colegio me costaba mucho hablar delante de los demás.
- 276 Quiero a mi madre, (o si ya ha fallecido) quise a mi madre.
- 277 Incluso cuando estoy con gente, me siento solo la mayor parte del tiempo.
- 278 Tengo toda la comprensión que debiera recibir.
- 279 Me niego a participar en algunos juegos porque no soy hábil en ellos.
- 280 Me parece que hago amigos tan fácilmente como los demás.
- 281 No me gusta tener gente a mi alrededor.
- 282 Me han dicho que camino cuando estoy dormido.
- 283 Quien provoca la tentación dejando una cosa valiosa sin protegerla es tan culpable del robo como el mismo ladrón.
- 284 Pienso que casi todo el mundo mentiría para evitarse problemas.
- 285 Soy más sensible que la mayoría de la gente.
- 286 A la mayor parte de la gente le molesta ayudar a los demás, aunque no lo diga.
- 287 Muchos de mis sueños se relacionan con temas sexuales.
- 288 Mis padres y familiares encuentran más defectos en mí de los que debieran.

ESTADÍSTICAS NO SE DETENGA, CONTINÚE EN LA PÁGINA SIGUIENTE.

- 289 Me siento avergonzado con facilidad.
- 290 Me preocupan el dinero y los negocios.
- 291 Nunca he estado enamorado.
- 292 Algunos de mis familiares han hecho ciertas cosas que me han asustado.
- 293 Casi nunca sueño.
- 294 Frecuentemente me salen manchas rojas en el cuello.
- 295 Nunca he tenido parálisis ni sufrido una debilidad desacomunada en alguno de mis músculos.
- 296 Algunas veces pierdo o me cambia la voz aunque no esté resfriado.
- 297 Mi padre o mi madre me obligaron frecuentemente a obedecer, incluso cuando yo pensaba que no tenían razón.
- 298 A veces percibo olores muy raros.
- 299 No puedo concentrarme en una sola cosa.
- 300 Tengo motivos para sentirme celoso de uno o más miembros de mi familia.
- 301 La mayor parte del tiempo me siento preocupado por algo o alguien.
- 302 Pierdo fácilmente la paciencia con la gente.
- 303 Muchísimas veces me gustaría estar muerto.
- 304 Algunas veces me siento tan inquieto que me cuesta dormirme por las noches.
- 305 Sin duda he tenido que preocuparme por más cosas de las que me correspondían.
- 306 Nadie se preocupa mucho por lo que le suceda a otro.
- 307 A veces oigo tan bien que me llega a molestar.
- 308 Olvido en seguida lo que me dicen.
- 309 Normalmente tengo que detenerme a pensar antes de actuar, incluso en asuntos sin importancia.
- 310 A menudo cruzo la calle para evitar encontrarme con alguna persona.
- 311 Con frecuencia siento como si las cosas no fueran reales.
- 312 La única parte interesante de los diarios son las caricaturas de la sección cómica.
- 313 Tengo la costumbre de contar objetos sin importancia, como las bombillas de un anuncio luminoso o cosas similares.
- 314 No tengo enemigos que deseen realmente hacerme daño.
- 315 Tiendo a ponerme en guardia con aquellos que se muestran algo más amables de lo que yo esperaba.
- 316 Tengo pensamientos extraños y raros.
- 317 Me pongo nervioso e inquieto cuando tengo que hacer un viaje corto.
- 318 Normalmente espero tener éxito en las cosas que hago.
- 319 Oigo cosas extrañas cuando estoy solo.
- 320 He tenido miedo de cosas o personas que sabía no podían hacerme daño.
- 321 No me da miedo entrar solo en un salón donde hay gente reunida hablando.
- 322 Me da miedo utilizar cuchillos u objetos muy afilados o puntiagudos.
- 323 Algunas veces disfruto hiriendo a personas que amo.
- 324 Fácilmente puedo atemorizar a la gente, y a veces lo hago por diversión.
- 325 Es más difícil para mí concentrarme de lo que parece ser para otras personas.
- 326 En varias ocasiones he dejado de hacer algo porque he dudado de mi habilidad.
- 327 Se me ocurren palabras feas, a veces horribles, y no puedo deshacerme de ellas.
- 328 Algunas veces me ronda por la cabeza un pensamiento sin importancia y me molesta durante días.
- 329 Casi todos los días ocurre algo que me asusta.
- 330 A veces estoy lleno de energía.
- 331 Tiendo a tomarme las cosas demasiado en serio.

NO SE DETENGA, CONTINÚE EN LA PÁGINA SIGUIENTE.

- 832 A veces he disfrutado al ser herido por una persona querida.
- 833 La gente dice cosas ofensivas y vulgares de mí.
- 834 Me siento incómodo en lugares cerrados.
- 835 En general no soy tímido.
- 836 Alguien controla mi mente.
- 837 En las reuniones sociales o fiestas es más probable que me sienta solo o con una persona antes que reunirme con un grupo.
- 838 La gente me decepciona con mucha frecuencia.
- 839 A veces he sentido que las dificultades me abrumaban hasta tal punto que no podía superarlas.
- 840 Me gusta mucho ir al baile.
- 841 En ocasiones mi mente parece funcionar más lentamente que de costumbre.
- 842 Cuando viajo, a menudo hablo con personas que no conozco.
- 843 Me gustan los niños.
- 844 Me gusta apostar cuando se trata de poco dinero.
- 845 Si me dieran la oportunidad, podría hacer algunas cosas que beneficiarían mucho a la humanidad.
- 846 Con frecuencia me he encontrado con personas supuestamente expertas, que no resultaron ser mejores que yo.
- 847 Me siento un fracasado cuando me hablan del éxito de alguien a quien conozco bien.
- 848 Con frecuencia pienso: «Me gustaría volver a ser niño».
- 849 Nunca soy tan feliz como cuando estoy solo.
- 850 Si me dieran la oportunidad podría ser un buen líder.
- 851 Me siento incómodo cuando escucho anécdotas groseras.

- 852 Normalmente la gente pide más respeto para sus propios derechos que el que está dispuesto a conceder a los demás.
- 853 Me gustan las reuniones sociales por el simple hecho de estar con gente.
- 854 Intento recordar anécdotas interesantes para contárselas a otros.
- 855 Una o más veces en mi vida he sentido que alguien, hipnotizándome, me obligaba a hacer algo.
- 856 Me cuesta bastante interrumpir, aunque sea por poco tiempo, una tarea que ya he iniciado.
- 857 Normalmente no participo en los chismes y habladurías del grupo a que pertenezco.
- 858 Con frecuencia he encontrado personas envidiosas de mis buenas ideas, simplemente porque a ellas no se les habían ocurrido antes.
- 859 Me gusta la animación de una multitud.
- 860 No me importa conocer personas extrañas.
- 861 Alguien ha tratado de influir en mi mente.
- 862 Recuerdo haber fingido estar enfermo para evitar algo.
- 863 Mis preocupaciones parece que desaparecen cuando estoy con un grupo de amigos.
- 864 Cuando las cosas van mal, fácilmente tiendo a darme por vencido.
- 865 Me gusta que la gente conozca mi punto de vista sobre las cosas.
- 866 He tenido épocas en las que me sentía tan animado que me parecía que, durante días, no necesitaría dormir.
- 867 Siempre que puedo, evito encontrarme entre mucha gente.
- 868 Me acobardo ante las dificultades o crisis.
- 869 Me inclino a dejar de hacer algo que deseo cuando los demás piensan que no vale la pena realizarlo.

NO SE DETENGA, CONTINÚE EN LA PÁGINA SIGUIENTE.

- 370 Me gustan las fiestas y reuniones sociales.
- 371 A menudo he deseado pertenecer al sexo opuesto.
- 372 No me enfado fácilmente.
- 373 Nunca hablo de las cosas malas que he hecho.
- 374 La mayoría de la gente utilizaría medios algo injustos para salir adelante en la vida.
- 375 Me pongo nervioso cuando la gente me hace preguntas personales.
- 376 Siento que no puedo planificar mi propio futuro.
- 377 No estoy satisfecho con mi manera de ser.
- 378 Me disgusta cuando mis amigos o familiares me aconsejan sobre cómo vivir mi vida.
- 379 Me pegaron mucho cuando era niño.
- 380 Me siento incómodo cuando la gente me halaga.
- 381 No me agrada oír a la gente dar opiniones sobre la vida.
- 382 Frecuentemente discrepo profundamente de personas muy próximas a mí.
- 383 Cuando las cosas se ponen realmente mal, sé que puedo contar con la ayuda de mi familia.
- 384 Cuando era pequeño me gustaba jugar a los papás.
- 385 El fuego no me da miedo.
- 386 A veces me he alejado de alguna persona porque temía hacer o decir algo de lo que luego tendría que lamentarme.
- 387 Solamente cuando bebo puedo expresar mis verdaderos sentimientos.
- 388 Muy rara vez tengo momentos de abatimiento.
- 389 Frecuentemente me dicen que tengo mal genio.
- 390 Quisiera poder olvidarme de cosas que he dicho y que quizás hayan herido los sentimientos de otras personas.
- 391 Me siento incapaz de contarle a alguien todas mis cosas.
- 392 Una de las cosas que más temo son los relámpagos.
- 393 Me gusta tener a los demás intrigados acerca de lo que voy a hacer.
- 394 Frecuentemente en mis proyectos he encontrado tantas dificultades, que he tenido que abandonarlos.
- 395 Me da miedo estar solo en la oscuridad.
- 396 A veces me he sentido muy mal por no haber sido comprendido cuando trataba de evitar que alguien cometiera un error.
- 397 Los temporales de viento muy fuerte me atemorizan.
- 398 Frecuentemente pido consejos a los demás.
- 399 El futuro es demasiado incierto como para que una persona haga planes importantes.
- 400 Con frecuencia, incluso cuando todo me va bien, siento que nada me importa.
- 401 No le temo al agua.
- 402 A menudo tengo que «consultar con la almohada» antes de tomar una decisión.
- 403 Frecuentemente la gente ha malinterpretado mis intenciones cuando trataba de corregirles o ayudarles.
- 404 No tengo dificultades al tragar.
- 405 Normalmente soy una persona tranquila y no me altero fácilmente.
- 406 Me gustaría mucho vencer a un pillo con sus mismas armas.
- 407 Merezco un severo castigo por mis pecados.
- 408 Me afectan tanto los engaños que luego no puedo alejarlos de mi pensamiento.
- 409 Me molesta que alguien me observe cuando trabajo, aunque sepa que puedo hacerlo bien.

NO SE DETENGA, CONTINÚE EN LA PÁGINA SIGUIENTE.

- 410 A menudo me molesta tanto que alguien trate de «colarse» delante de mí en una fila, que no puedo dejar de llamarle la atención.
- 411 A veces pienso que no valgo para nada.
- 412 Cuando era un muchacho frecuentemente faltaba a clase sin motivo.
- 413 Uno o varios de mis familiares son muy nerviosos.
- 414 A veces he tenido que ser rudo con personas groseras o inoportunas.
- 415 Me preocupo mucho por posibles desgracias.
- 416 Tengo opiniones políticas muy definidas.
- 417 Me gustaría ser piloto de competiciones automovilísticas.
- 418 Es correcto bordear los límites de la ley con tal de no violarla claramente.
- 419 Me desagradan tanto algunas personas que me alegro interiormente cuando pagan las consecuencias por algo que han hecho.
- 420 Me pone nervioso tener que esperar.
- 421 Tiendo a dejar algo que deseo hacer cuando los demás piensan que no es la manera correcta de hacerlo.
- 422 Cuando era joven me apasionaba todo lo emocionante.
- 423 Con frecuencia me esfuerzo por triunfar sobre alguien que se enfrenta a mí.
- 424 Me molesta que la gente me mire en la calle, en el autobús, en las tiendas, etc.
- 425 El hombre que más se ocupó de mí cuando era niño (mi padre, mi padrastro, etc.) fue muy rígido conmigo.
- 426 Me gustaba «jugar golosa» (empujar una piedra plana en el suelo a la «pata coja») y saltar a la cuerda (a la «comba»).
- 427 Nunca he tenido visiones.
- 428 Varias veces he cambiado de modo de pensar con respecto a mi trabajo.
- 429 Nunca tomo drogas o pastillas para dormir, a no ser por orden del médico.
- 430 Frecuentemente me lamento por tener mal genio o ser tan gruñón.
- 431 En el colegio, mis calificaciones en conducta fueron generalmente malas.
- 432 Me fascina el fuego.
- 433 Cuando estoy en una situación difícil sólo digo aquella parte de la verdad que probablemente no me va a perjudicar.
- 434 Si me hallara en dificultades junto con varios amigos que fueran tan culpables como yo, preferiría echarme toda la culpa antes que descubrirlos.
- 435 A menudo tengo miedo de la oscuridad.
- 436 Cuando un hombre está con una mujer, generalmente está pensando cosas relacionadas con el sexo.
- 437 Generalmente les «hablo claro» a las personas que estoy intentando corregir o mejorar.
- 438 Me aterroriza la idea de un terremoto.
- 439 Rápidamente me convencen por completo de una buena idea.
- 440 Generalmente hago las cosas por mí mismo, en vez de buscar alguien que me diga cómo hacerlas.
- 441 Temo encontrarme en un lugar pequeño o cerrado.
- 442 Debo admitir que a veces he estado demasiado preocupado por algo sin importancia.
- 443 No trato de disimular la pobre opinión o lástima que me merece una persona hasta tal punto que ésta desconozca mi modo de sentir.
- 444 Soy una persona con mucha tensión.
- 445 Frecuentemente he trabajado bajo órdenes de personas que parecen haber arreglado las cosas de tal modo, que ellas son las que reciben el reconocimiento de una buena labor y, en cambio, son capaces de atribuir los errores a sus subordinados.

NO SE DETENGA, CONTINÚE EN LA PÁGINA SIGUIENTE.

- 446 A veces me es difícil defender mis derechos, por ser yo mismo tan reservado.
- 447 La suciedad me espanta o me disgusta.
- 448 Vivo una vida de ensueños, acerca de la cual no digo nada a nadie.
- 449 Algunos de mis familiares tienen muy mal genio.
- 450 No puedo hacer ninguna cosa bien.
- 451 A menudo me he sentido culpable porque he fingido mayor pesar del que realmente sentía.
- 452 Como norma defiendo firmemente mis propias opiniones.
- 453 No temo a las arañas.
- 454 No tengo ninguna esperanza en mi porvenir.
- 455 Mis familiares y parientes más cercanos se llevan bastante bien.
- 456 Me gustaría vestir ropa cara.
- 457 La gente puede hacerme cambiar de opinión muy fácilmente, incluso en materias en las que creía tener un criterio firme.
- 458 Ciertos animales me ponen nervioso.
- 459 Puedo soportar el dolor tanto como los demás.
- 460 Varias veces he sido el último en darme por vencido al tratar de hacer algo.
- 461 Me pone de mal humor que la gente me apure.
- 462 No tengo miedo a los ratones.
- 463 Varias veces a la semana siento como si fuera a suceder algo espantoso.
- 464 Me siento cansado una buena parte del tiempo.
- 465 Me gusta reparar las cerraduras de las puertas.
- 466 Algunas veces estoy seguro de que los demás pueden saber lo que estoy pensando.
- 467 Me gusta leer temas científicos.
- 468 Me da miedo estar solo en los lugares amplios y abiertos.
- 469 A veces siento que estoy al borde de una crisis nerviosa.
- 470 Un gran número de personas es culpable de mala conducta sexual.
- 471 A menudo he sentido miedo durante la noche.
- 472 Me molesta mucho olvidar dónde pongo las cosas.
- 473 La persona hacia quien sentía más afecto y admiración cuando era niño fue una mujer (madre, hermana, tía u otra mujer).
- 474 Me gustan más las historias de aventuras que las románticas.
- 475 A menudo me siento confundido y olvido lo que quiero decir.
- 476 Soy muy torpe y poco hábil.
- 477 Realmente me gustan los deportes bruscos (como el rugby o el fútbol).
- 478 Odio a toda mi familia.
- 479 Algunas personas piensan que es difícil llegar a conocerme.
- 480 Paso solo la mayor parte de mi tiempo libre.
- 481 Cuando alguien hace algo que me molesta, se lo hago saber.
- 482 Frecuentemente me cuesta decidir qué debo hacer.
- 483 La gente no me encuentra atractivo.
- 484 La gente no se muestra muy amable conmigo.
- 485 A menudo siento que no soy tan bueno como otras personas.
- 486 Soy muy terco (tozudo, insistente).
- 487 He disfrutado tomando drogas.
- 488 La enfermedad mental es un signo de debilidad.

NO SE DETENGA, CONTINÚE EN LA PÁGINA SIGUIENTE.

- 499 Tengo problemas con las drogas o con el alcohol.
- 500 Los fantasmas o los espíritus pueden influir sobre la gente para bien o para mal.
- 501 Me siento incapaz cuando tengo que tomar una decisión importante.
- 502 Procupo siempre ser amable aún cuando otros se muestren molestos o críticos.
- 503 Cuando tengo algún problema me alivia hablarlo con alguien.
- 504 Los objetivos más importantes de mi vida están a mi alcance.
- 505 Creo que la gente debiera guardarse sus problemas personales para sí misma.
- 506 En estos días no estoy sintiendo mucha presión o estrés.
- 507 Me molesta mucho pensar en hacer cambios en mi vida.
- 508 Mis mayores problemas se deben al comportamiento de alguien cercano a mí.
- 509 Detesto ir al médico, aunque esté enfermo.
- 510 Aunque no estoy contento con mi vida, ya no puedo hacer nada para cambiarla.
- 511 A menudo es más provechoso hablar de los problemas y las preocupaciones con alguien, que tomar calmantes y medicamentos.
- 512 Tengo algunos hábitos que me hacen daño realmente.
- 513 Cuando hay que resolver problemas, habitualmente dejo que otros se hagan cargo de ellos.
- 514 Reconozco que tengo algunos defectos que no seré capaz de cambiar.
- 515 Estoy tan harto de lo que tengo que hacer diariamente que me dan ganas de abandonarlo todo.
- 516 Recientemente he pensado en matarme.
- 517 Frecuentemente me irrito mucho cuando la gente interrumpe mi trabajo.
- 518 A menudo siento que puedo leer la mente de los demás.
- 519 Me pone nervioso el tener que tomar decisiones importantes.
- 520 Me dicen que como demasiado rápido.
- 521 Una vez por semana, o con más frecuencia, me suelo emborrachar o drogar.
- 522 He sufrido una pérdida importante en mi vida que no voy a poder superar.
- 523 A veces me disgusto y me altero tanto que no sé lo que me pasa.
- 524 Cuando alguien me pide que haga algo, me cuesta decir que no.
- 525 Nunca me siento más feliz que cuando estoy solo.
- 526 Mi vida está vacía y no tiene sentido.
- 527 Tengo dificultades para seguir en el trabajo.
- 528 He cometido bastantes errores graves en mi vida.
- 529 Me disgusto conmigo mismo cuando cedo ante la gente.
- 530 Últimamente he estado pensando mucho en suicidarme.
- 531 Me gusta tomar decisiones y darle trabajo a los demás.
- 532 Aunque me falte la familia, sé que siempre habrá alguien que cuide de mí.
- 533 Me molesta mucho tener que hacer colas en los cines, restaurantes o espectáculos deportivos.
- 534 Nadie lo sabe, pero he intentado suicidarme.
- 535 Todo está sucediendo demasiado rápidamente a mi alrededor.
- 536 Sé que soy una carga para los demás.
- 537 Después de un mal día, generalmente necesito tomar un poco de alcohol para relajarme.
- 538 Muchos de los problemas que estoy teniendo se deben a la mala suerte.

NO SE DETENGA, CONTINÚE EN LA PÁGINA SIGUIENTE.

- 529 A veces me parece que no puedo dejar de hablar.
- 530 En ocasiones me hago daño o me hiero deliberadamente sin saber por qué.
- 531 Trabajo muchas horas, aunque mi trabajo no lo requiera.
- 532 Habitualmente me siento mejor después de llorar bastante.
- 533 Olvido dónde dejo las cosas.
- 534 Si pudiera comenzar mi vida de nuevo, no la cambiaría mucho.
- 535 Me irrito mucho cuando la gente de la cual dependo para un trabajo no hace el suyo a tiempo.
- 536 Si me altero, estoy seguro de que me va a doler la cabeza.
- 537 Me gusta negociar en situaciones difíciles.
- 538 La mayoría de los maridos son infieles a sus esposas de vez en cuando.
- 539 Últimamente he perdido el interés en resolver mis propios problemas.
- 540 Estando bajo los efectos del alcohol me he enfurecido y he destrozado muebles o vajilla.
- 541 Trabajo mejor cuando tengo un plazo fijo que cumplir.
- 542 Me he disgustado tanto con alguien que he estado a punto de explotar.
- 543 A veces me asaltan pensamientos terribles sobre mi familia.
- 544 La gente me dice que tengo problemas con el alcohol, pero no estoy de acuerdo.
- 545 Siempre tengo muy poco tiempo para hacer las cosas.
- 546 Últimamente mis pensamientos giran, cada vez más, en torno a la muerte y la vida en el más allá.
- 547 A menudo guardo y conservo cosas que probablemente nunca usaré.
- 548 A veces me he enfadado tanto con alguien que he llegado a herirlo.
- 549 Últimamente siento que me están evaluando en todo lo que hago.
- 550 En la actualidad tengo muy poca relación con mis parientes.
- 551 En ocasiones me parece oír mis propios pensamientos.
- 552 Cuando estoy triste, visitar a mis amigos logra siempre sacarme de ese estado.
- 553 Mucho de lo que me está pasando ahora parece haberme sucedido antes.
- 554 Cuando las cosas se me ponen difíciles me dan ganas de dejarlo todo.
- 555 No puedo entrar solo en una habitación oscura, incluso en mi propio hogar.
- 556 Me preocupa bastante el dinero.
- 557 El varón debiera ser el jefe de la familia.
- 558 El único lugar donde me siento relajado es en mi propia casa.
- 559 La gente con quien trabajo no comprende mis problemas.
- 560 Estoy satisfecho con la cantidad de dinero que gano.
- 561 Normalmente me encuentro con suficiente energía para realizar mi trabajo.
- 562 Me cuesta aceptar halagos.
- 563 En la mayoría de los matrimonios uno o ambos cónyuges son infelices.
- 564 Casi nunca pierdo el control de mí mismo.
- 565 Últimamente tengo que hacer un gran esfuerzo para recordar lo que la gente me dice.
- 566 Cuando estoy triste o abatido, generalmente es mi trabajo el que sale perjudicado.
- 567 La mayoría de las parejas casadas no se demuestran mucho afecto.

FIN DE LA PRUEBA.

**SI HA TERMINADO ANTES DEL
TIEMPO CONCEDIDO, COMPRUEBE QUE
HA CONTESTADO A TODAS LAS CUESTIONES.**



Nombre y apellidos		
Edad	Sexo	Estado civil
Profesión		
Titulación académica		
Centro		
Fecha		

Al contestar, compruebe que el número de la frase es igual en cuadernillo y hoja	121	V	F	171	V	F	221	V	F	271	V	F	321	V	F	371	V	F	421	V	F	471	V	F	521	V	F						
	122	V	F	172	V	F	222	V	F	272	V	F	322	V	F	372	V	F	422	V	F	472	V	F	522	V	F						
	123	V	F	173	V	F	223	V	F	273	V	F	323	V	F	373	V	F	423	V	F	473	V	F	523	V	F						
	124	V	F	174	V	F	224	V	F	274	V	F	324	V	F	374	V	F	424	V	F	474	V	F	524	V	F						
	125	V	F	175	V	F	225	V	F	275	V	F	325	V	F	375	V	F	425	V	F	475	V	F	525	V	F						
	126	V	F	176	V	F	226	V	F	276	V	F	326	V	F	376	V	F	426	V	F	476	V	F	526	V	F						
	127	V	F	177	V	F	227	V	F	277	V	F	327	V	F	377	V	F	427	V	F	477	V	F	527	V	F						
	128	V	F	178	V	F	228	V	F	278	V	F	328	V	F	378	V	F	428	V	F	478	V	F	528	V	F						
	129	V	F	179	V	F	229	V	F	279	V	F	329	V	F	379	V	F	429	V	F	479	V	F	529	V	F						
	130	V	F	180	V	F	230	V	F	280	V	F	330	V	F	380	V	F	430	V	F	480	V	F	530	V	F						
	1	V	F	81	V	F	131	V	F	181	V	F	231	V	F	281	V	F	331	V	F	381	V	F	431	V	F	481	V	F	531	V	F
	2	V	F	82	V	F	132	V	F	182	V	F	232	V	F	282	V	F	332	V	F	382	V	F	432	V	F	482	V	F	532	V	F
	3	V	F	83	V	F	133	V	F	183	V	F	233	V	F	283	V	F	333	V	F	383	V	F	433	V	F	483	V	F	533	V	F
4	V	F	84	V	F	134	V	F	184	V	F	234	V	F	284	V	F	334	V	F	384	V	F	434	V	F	484	V	F	534	V	F	
5	V	F	85	V	F	135	V	F	185	V	F	235	V	F	285	V	F	335	V	F	385	V	F	435	V	F	485	V	F	535	V	F	
6	V	F	86	V	F	136	V	F	186	V	F	236	V	F	286	V	F	336	V	F	386	V	F	436	V	F	486	V	F	536	V	F	
7	V	F	87	V	F	137	V	F	187	V	F	237	V	F	287	V	F	337	V	F	387	V	F	437	V	F	487	V	F	537	V	F	
8	V	F	88	V	F	138	V	F	188	V	F	238	V	F	288	V	F	338	V	F	388	V	F	438	V	F	488	V	F	538	V	F	
9	V	F	89	V	F	139	V	F	189	V	F	239	V	F	289	V	F	339	V	F	389	V	F	439	V	F	489	V	F	539	V	F	
10	V	F	90	V	F	140	V	F	190	V	F	240	V	F	290	V	F	340	V	F	390	V	F	440	V	F	490	V	F	540	V	F	
11	V	F	91	V	F	141	V	F	191	V	F	241	V	F	291	V	F	341	V	F	391	V	F	441	V	F	491	V	F	541	V	F	
12	V	F	92	V	F	142	V	F	192	V	F	242	V	F	292	V	F	342	V	F	392	V	F	442	V	F	492	V	F	542	V	F	
13	V	F	93	V	F	143	V	F	193	V	F	243	V	F	293	V	F	343	V	F	393	V	F	443	V	F	493	V	F	543	V	F	
14	V	F	94	V	F	144	V	F	194	V	F	244	V	F	294	V	F	344	V	F	394	V	F	444	V	F	494	V	F	544	V	F	
15	V	F	95	V	F	145	V	F	195	V	F	245	V	F	295	V	F	345	V	F	395	V	F	445	V	F	495	V	F	545	V	F	
16	V	F	96	V	F	146	V	F	196	V	F	246	V	F	296	V	F	346	V	F	396	V	F	446	V	F	496	V	F	546	V	F	
17	V	F	97	V	F	147	V	F	197	V	F	247	V	F	297	V	F	347	V	F	397	V	F	447	V	F	497	V	F	547	V	F	
18	V	F	98	V	F	148	V	F	198	V	F	248	V	F	298	V	F	348	V	F	398	V	F	448	V	F	498	V	F	548	V	F	
19	V	F	99	V	F	149	V	F	199	V	F	249	V	F	299	V	F	349	V	F	399	V	F	449	V	F	499	V	F	549	V	F	
20	V	F	100	V	F	150	V	F	200	V	F	250	V	F	300	V	F	350	V	F	400	V	F	450	V	F	500	V	F	550	V	F	
21	V	F	101	V	F	151	V	F	201	V	F	251	V	F	301	V	F	351	V	F	401	V	F	451	V	F	501	V	F	551	V	F	
22	V	F	102	V	F	152	V	F	202	V	F	252	V	F	302	V	F	352	V	F	402	V	F	452	V	F	502	V	F	552	V	F	
23	V	F	103	V	F	153	V	F	203	V	F	253	V	F	303	V	F	353	V	F	403	V	F	453	V	F	503	V	F	553	V	F	
24	V	F	104	V	F	154	V	F	204	V	F	254	V	F	304	V	F	354	V	F	404	V	F	454	V	F	504	V	F	554	V	F	
25	V	F	105	V	F	155	V	F	205	V	F	255	V	F	305	V	F	355	V	F	405	V	F	455	V	F	505	V	F	555	V	F	
26	V	F	106	V	F	156	V	F	206	V	F	256	V	F	306	V	F	356	V	F	406	V	F	456	V	F	506	V	F	556	V	F	
27	V	F	107	V	F	157	V	F	207	V	F	257	V	F	307	V	F	357	V	F	407	V	F	457	V	F	507	V	F	557	V	F	
28	V	F	108	V	F	158	V	F	208	V	F	258	V	F	308	V	F	358	V	F	408	V	F	458	V	F	508	V	F	558	V	F	
29	V	F	109	V	F	159	V	F	209	V	F	259	V	F	309	V	F	359	V	F	409	V	F	459	V	F	509	V	F	559	V	F	
30	V	F	110	V	F	160	V	F	210	V	F	260	V	F	310	V	F	360	V	F	410	V	F	460	V	F	510	V	F	560	V	F	
31	V	F	111	V	F	161	V	F	211	V	F	261	V	F	311	V	F	361	V	F	411	V	F	461	V	F	511	V	F	561	V	F	
32	V	F	112	V	F	162	V	F	212	V	F	262	V	F	312	V	F	362	V	F	412	V	F	462	V	F	512	V	F	562	V	F	
33	V	F	113	V	F	163	V	F	213	V	F	263	V	F	313	V	F	363	V	F	413	V	F	463	V	F	513	V	F	563	V	F	
34	V	F	114	V	F	164	V	F	214	V	F	264	V	F	314	V	F	364	V	F	414	V	F	464	V	F	514	V	F	564	V	F	
35	V	F	115	V	F	165	V	F	215	V	F	265	V	F	315	V	F	365	V	F	415	V	F	465	V	F	515	V	F	565	V	F	
36	V	F	116	V	F	166	V	F	216	V	F	266	V	F	316	V	F	366	V	F	416	V	F	466	V	F	516	V	F	566	V	F	
37	V	F	117	V	F	167	V	F	217	V	F	267	V	F	317	V	F	367	V	F	417	V	F	467	V	F	517	V	F	567	V	F	
38	V	F	118	V	F	168	V	F	218	V	F	268	V	F	318	V	F	368	V	F	418	V	F	468	V	F	518	V	F	568	V	F	

Al contestar, compruebe que el número de la frase es igual en cuadernillo y hoja

Autores: J. N. Butcher, W. Grant Dahlstrom, J. R. Graham, A. Tellegen y B. Kaemmer.
 Adaptación española: Alejandro Avila-Espada y Fernando Jimenez-Gomez (1992, 1998).
 Copyright © 1998 by TEA Ediciones, S.A.U. - Edita: TEA Ediciones, S.A.U. - Prohibida la reproducción total o parcial. Printed in Spain. Impreso en España.
 reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE.

ESTUDIO DE CASO

Historia Clínica del paciente

Nombre L.C	Edad: 24
Nacimiento 19 febrero de 1993	Ciudad: Bucaramanga
Estado Civil: Soltera	Escolaridad: Universitaria
Cargo: Estudiante	
Lugar de intervención Departamento Bienestar Universitario UPB	
	¿Ha recibido tratamiento psicológico o psiquiátrico? No
¿Consume sustancias Psicoactivas? No	

Motivo de consulta.

Paciente que acude a consulta psicológica de manera voluntaria y por primera vez. Refiere: *vengo porque necesito que me ayuden a manejar mis emociones, siento que cada día pierdo más el control, todo me irrita y me entristece. Con mi familia estoy mal porque discuto con mi mamá y mi papá la mayoría del tiempo. Y con mi pareja también estamos igual, peleamos mucho y ya no soporto mas*

Factores desencadenantes del episodio actual.

- Diagnostico psiquiátrico de la madre y problemas de salud.
- Discusiones de pareja que terminan en la finalización del vinculo
- Conflictos familiares con las figuras paternas.

Propósito de la intervención.

Realizar entrevista inicial para identificar a profundidad las características de la problemática actual del paciente.

Antecedentes personales

L.C nace el 19 de febrero de 1993 por parto natural sin ninguna complicación. Peso y tamaño acorde al tiempo gestacional de la madre. Con relación a la infancia de la paciente, se logra identificar que en los primeros años (0 a 3), predominó una marcada pauta relacional de desapego de la madre hacia la paciente, debido a un fuerte temor asociado a

ideas de muerte y daño que se instauraron en los esquemas de pensamiento de ésta por la pérdida de su primer hijo, el cual fallece en el octavo mes de embarazo. Respecto a la niñez tardía y pre adolescencia, no se evidencian eventos significativos para la paciente.

Con relación a la etapa de la adolescencia, la paciente refiere *“Esta etapa de los 16 a los 19 fue muy dura para mí, porque estuve estudiando en la UIS y tuve que retirarme por problemas personales. A mi familia la tenían amenazada de muerte por negocios ilegales de unos primos y mi madre estuvo por varios meses hospitalizada por apendicitis... Fue una etapa donde estuve muy alterada, ansiosa y lloraba todos los días. Vivía muy deprimida porque mi sueño en la UIS se había frustrado y mi familia estaba pasando por situaciones difíciles”*.

Respecto a las relaciones sociales con sus pares en las diferentes esferas de interacción, son calificadas por la paciente como agradables. A lo anterior refiere *“la comunidad religiosa donde participo me permitió construir muchos lazos de amistad y ha sido mi refugio”*, no obstante la paciente refiere, que debido a los acontecimientos en su hogar y las problemáticas con su pareja, ha venido sintiendo un marcado desinterés por compartir con sus amigos puesto que siente que todos la irritan e incomodan. Actualmente L.C cursa octavo semestre de Ingeniería Ambiental con algunas complicaciones académicas relacionadas a la pérdida de interés producto de las problemáticas en el hogar y con su pareja.

Recientemente L.C finalizó su relación de pareja de 5 años con un miembro de la comunidad cristiana; relación que describe como controladora, e inestable, debido a sus comportamientos psicorregidos. Al indagar sobre esta problemática, se logra identificar que la paciente mantenía una relación disfuncional con su pareja, marcada por pautas de discusión constante frente a temas de intimidad y delirios celotípicos por parte de ésta. A lo anterior refiere *“desde hace 6 meses veníamos discutiendo, porque él no me dedicaba tiempo y yo siempre pensaba que estaba con alguien más y por eso le revisaba sus correos y celular, para saber si me engañaba. Además creo que los problemas de mi casa y mi constante mal genio, también generaron que todo se desgastara, porque siempre estábamos peleando y yo como siempre mostrándome débil”*.

Respecto a la finalización de la relación y el trascurso corto que lleva la paciente en duelo, refiere sentirse demasiado deprimida y ansiosa. Algunas de las verbalizaciones de la paciente frente a este hecho fueron: *todo el tiempo estoy pensando en él, en que hace. Pienso que quizás, si me lastimo, el vendrá a buscarme, me prestara atención y se dará cuenta de cómo sufro. Él no tenía por qué abandonarme, porque yo nunca lo hubiese hecho. ¿Porque no aguantó como yo lo hice?, No debía haberse ido. Él no me ama, quien ama soporta todo como Dios manda. Si él me dejó es porque tiene otra persona. Mi vida ya no vale nada, porque todo giraba en torno a él, todos mis sueños. Yo ya no sé quién soy, yo para él no significo nada. Estoy cansada de llorar todos los días, no paro de hacerlo.*

Estructura familiar. Antecedentes y funcionalidad.

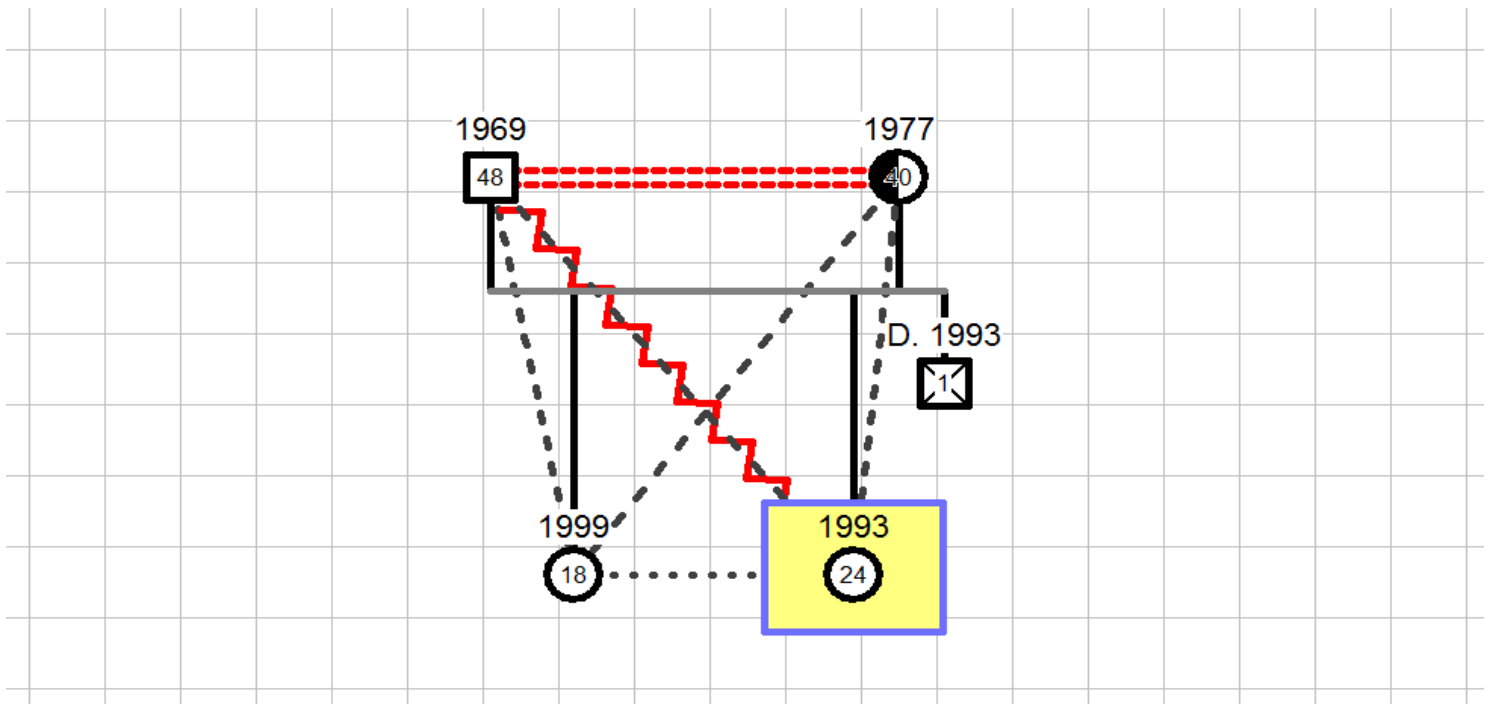


Ilustración 6 Familiograma

L. C pertenece a una familia nuclear en la que convive con sus padres y hermana. Respecto a la funcionalidad familiar se puede identificar que ésta, se caracteriza por ser conflictiva. Al indagar sobre la relación con su madre se puede evidenciar que es distante y en ocasiones se presentan episodios de violencia física y psicológica. Con el padre existe una relación conflictiva caracterizada por episodios constantes de discusión. A lo anterior la

paciente refiere ” *no soporto a mi papá, lo veo y me genera malestar, no me gusta que me mire ni me hable, no soporto su presencia, es atosigante y controlador*”. En relación con su hermana, la paciente refiere que por lo general, no comparten demasiado y en ocasiones el trato es hostil.

Respecto a la historia familiar, se puede identificar que la madre de la paciente, es una mujer de 40 años de edad, que inicia su vida sexual a muy temprana edad. A los 16 años contrae matrimonio con su pareja (padre de la paciente) y en el mismo año pierde a su primer hijo a los 8 meses de gestación. La madre de la paciente presenta un nivel de escolaridad tecnológico. Se desempeñó como docente de instituciones públicas durante toda su vida y actualmente es ama de casa. Recientemente fue diagnosticada psiquiátricamente con trastorno de pánico, depresión y trastorno obsesivo compulsivo, por lo cual, se encuentra bajo medicación.

Al indagar sobre la causa del diagnóstico, se logra identificar que éste se presenta ante una crisis de pánico que ocurre a mediados de noviembre del 2016 en la que al parecer, por una discusión con su esposo, la madre manifestó ataques repentinos de ira, pérdida del control de los esfínteres y comportamientos auto lesivos. Dicho evento es calificado por la paciente como traumatizante, debido al estado en el que se encontraba su madre, ya que fue internada en San camilo por un periodo de 15 días. A lo anterior la paciente refiere “*de ahí para adelante empecé a sentir que podía perder el control como ella. Empecé a llorar con facilidad, me volví psicorigida, obsesiva, ansiosa, depresiva, impulsiva etc. Todo lo quería tener bajo control y cuando esto no ocurría, me desesperaba, lloraba, gritaba. Me empecé a enfermar fácilmente y a somatizar todo. También después de ese evento, mi mamá se volvió toda hostil conmigo. Pasan semanas y no me dirige la palabra no me determina, es como si yo no existiera para ninguno de la casa y eso me hace sentir muy mal. A veces quisiera desaparecerme. En mi casa todo el tiempo pienso en cómo están las cosas de mal, en que quizás algún día me dará un ataque de pánico como mi mamá y pueda hacerme daño o hacerle daño a alguien más.*”

Respecto a la figura paterna, es un sujeto de 48 años de edad, con nivel de escolaridad secundaria sin terminar que actualmente trabaja en construcción. Con relación a su hermana se identifica que ésta, se encuentra en la etapa de la adolescencia, cursando décimo grado. Dentro de sus características, la paciente refiere que su hermana siempre ha presentado complicaciones médicas asociados a cuadros asmáticos. A lo anterior la paciente refiere *“la enfermedad de mi hermana generó que toda su atención fuera para ella y a mí me aislaran.*

Examen mental físico y conductual

Paciente que llega a consulta por voluntad propia, dispuesta, cooperativa y orientada auto psíquico y alopsíquicamente. Vestimenta acorde a sexo, edad y contexto. Presenta un lenguaje adecuado coherente y fluido, con una marcada verborrea hacia su duelo afectivo. No se evidencian alteraciones perceptuales, ni de pensamiento, así como tampoco síntomas psicóticos. Responde a estímulos visuales, auditivos y táctiles de manera normal. Memoria sin alteración e inteligencia promedio. Presenta un curso del pensamiento normal, organizado y focalizado en los aspectos negativos de sus experiencias próximas con ideas de minusvalía, culpa, pesimismo, indefensión, miedo al futuro, miedo de sí misma, e ideas obsesivas que giran en torno a las problemáticas de su duelo afectivo y familiares. Se evidencia afecto melancólico depresivo, decaimiento anímico, anhedonia, abulia, irritabilidad, ansiedad y pérdida del interés por la mayoría de actividades, desde hace aproximadamente 5 meses, con una intensidad moderada, frecuente la mayor parte de los días y con un nivel de afectación calificado por el paciente como alto. Como signos visibles de la problemática de la paciente se evidencia: llanto constante, pérdida apetito, alteración del sueño, debilidad física, gastritis y dolor de cabeza.

En las tres sesiones elaboradas del proceso de evaluación, la paciente mantiene un estado anímico depresivo y manifiesta llanto constante y se denota inestable y ansiosa.

Impresión Diagnóstica

- Trastorno depresivo mayor grave con (de) intensidad moderada con sintomatología ansiosa (F33.2)
- Características de personalidad Obsesiva

Explicación diagnóstica.

La paciente presenta un estado anímico deprimido y ansioso persistente que cumple con los criterios diagnósticos del DSM- 5 para el trastorno Depresivo mayor grave de intensidad moderada. Los eventos gatillo de esta afección son:

- la crisis de pánico de la madre y su internamiento en el hospital psiquiátrico, hecho que cambia la dinámica relacional entre madre e hija generando un ambiente hostil de violencia física y psicológica.
- Los problemas relacionales con su pareja que venían siendo constantes y se intensificaron con las problemáticas del evento anterior
- La finalización de la relación afectiva, hecho que ocurre durante el proceso de evaluación en terapia

Para establecer el diagnóstico de este trastorno, el DSM- 5 indica que:

“Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer. **Nota:** No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.”

Tabla 7. Criterios diagnósticos del cuadro clínico. DSM- V

Criterios Diagnósticos.	Valoración
1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días. (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas	Cumple

2 Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos Los días	Cumple
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.	Cumple Parcialmente
4. Insomnio o hipersomnias casi todos los días.	Cumple
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).	No cumple
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.	Cumple
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autor reproché o culpa por estar enfermo)	Cumple
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación)	Cumple

por parte de otras personas).

9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo. Cumple parcialmente. La paciente presenta ideas de muerte.

“Para especificar el diagnóstico con ansiedad se deben de cumplir los siguientes criterios:

1. Se siente nervioso o tenso. (Cumple)
2. Se siente inhabitualmente inquieto.
3. Dificultad para concentrarse debido a las preocupaciones. (Cumple)
4. Miedo a que pueda suceder algo terrible. (Cumple)
5. El individuo siente que podría perder el control de sí mismo. (Cumple)

Especificar la gravedad actual:

Leve: Dos síntomas.

Moderado: Tres síntomas.

Moderado-grave: Cuatro o cinco síntomas.

Grave: Cuatro o cinco síntomas y con agitación motora.”

Por otro lado, es necesario analizar que la paciente ha pasado por una serie de eventos estresores que han marcado su vida. Gran parte de ellos como por ejemplo, las problemáticas de persecución familiar, el retiro del programa académico en la anterior universidad, los conflictos familiares con el padre y la madre, ocurrieron en la edad de los 16 a 20 años, etapa del ciclo vital en la que se configura con mayor fuerza las características de personalidad y la construcción de identidad (Bordignon, 2005). Así pues, una hipótesis frente a la problemática de L.C, se puede relacionar a que estos eventos vividos en esta etapa de la vida, contribuyeron en la construcción de características de personalidad en las que L.C presenta un patrón de pensamiento y comportamiento constante para responder de manera negativa, desesperanzadora, melancólica y hostil a

eventos estresores percibidos como una amenaza para su integridad física psicológica y emocional.

Lo anterior guarda una relación con los resultados obtenidos en la prueba de estrategias de afrontamiento, prueba que evalúa la manera en como las personas tienden por lo general a afrontar los problemas o situaciones estresantes que se le presentan en la vida. (Londoño, Henao, Puerta, Posada, Arango & Aguirre, 2006) Según los resultados, la paciente:

- Presenta una marcada tendencia afrontar los problemas de manera Hostil- agresiva.
- Se le dificulta identificar y mantener una actitud positiva frente a los problemas, lo cual los lleva a interpretarlos de manera desfavorable y sobre dimensionada (Reevaluación positiva)
- Presenta dificultades para neutralizar los pensamientos valorados como negativos o perturbadores, es decir, mantiene un patrón constante en el que divaga sobre estos fortaleciendo así el problema. (Evitación negativa)
- Presenta dificultades para controlar y evitar las emociones valoradas como negativas, lo cual la lleva a percibirse y referirse a sí misma como “ muy emocional”

En otras palabras: las problemáticas presentadas en el hogar, el duelo afectivo, la constante hostilidad de L.C hacia sí misma, la obsesión por pensar la mayor parte del tiempo en las situaciones negativas por las que atraviesa y su dificultad para autorregular sus emociones, ha contribuido en el desarrollo del cuadro diagnóstico que presenta.

Explicación diagnóstica desde el modelo cognitivo conductual.

Según Beck, Rush y Shaw (1979) los sujetos deprimidos se perciben como defectuosos, desvalorizados e indeseables; en otras palabras, como víctimas de las diferentes situaciones que les tocaba vivir a causa de distorsiones negativas contra su sí mismo. Beck sugiere que

en la depresión, sucesos estresantes a lo largo de las etapas vitales, estimulan la generación de estructuras o "esquemas cognitivos negativos sólidos y estables que regulan información sobre sí mismo ("esquema de sí"), así como también las emociones y acciones.

Según este autor, los esquemas son patrones cognitivos estables que representan la base con la cual realizamos interpretaciones, localizamos, codificamos, diferenciamos y atribuimos significaciones a los datos de la realidad. En el caso de L.C, se puede identificar, que ésta presenta aparentemente esquemas cognitivos de carácter negativo con los cuales lee la realidad, en particular, aquella que por sus características puede representar una amenaza para su ser. Este tipo de esquema que presenta, se fortalece con sus contenidos, es decir con las creencias, que vienen a ser los mapas internos con los que da sentido al mundo. A continuación se presentan algunos de los acontecimientos a lo largo de la vida de la paciente que generaron y fortalecieron el contenido de sus esquemas

Tabla 8. Acontecimientos y esquemas de la paciente

Acontecimientos generadores de esquemas	Contenido de esquemas. Creencias	Pensamientos/ emociones
1) Experiencias tempranas de rechazo y falta de vínculo afectivo por parte de la madre en la etapa posnatal. (0 a 4 años de edad)	<ul style="list-style-type: none"> • No soy alguien importante para las personas. • El mundo es muy hostil e inseguro 	<p>Inseguridad, miedo, desconfianza, paranoia, ansiedad.</p> <p>Tristeza, desesperanza.</p>
2) Percepción de aislamiento de la estructura familiar relacionado a problemáticas medicas de la hermana.	<ul style="list-style-type: none"> • La gente va herirme • El mundo es muy triste, a mi todo me sale mal 	<p>Desconfianza, miedo, tristeza, inseguridad, baja autoestima, ansiedad</p>
3) Internamiento médico de la madre a causa de afección física. (Adolescencia)	<ul style="list-style-type: none"> • No soy lo suficientemente fuerte para ser feliz y alcanzar mis sueños, soy frágil y estúpida. 	<p>Desesperanza,</p>

4) Abandono de la carrera universitaria anterior por problemas familiares y económicos(Adolescencia)	<ul style="list-style-type: none"> • Haga lo que haga siempre pasaran cosas malas 	tristeza, inseguridad sobre sí misma, desesperanza.
5) Persecución y amenazas de muerte a la estructura familiar por problemas económicos y actividades laborales ilícitas de algunos de sus miembros. (Adolescencia)	<ul style="list-style-type: none"> • Tarde o temprano perderé el control como mi madre, porque yo soy como ella. 	Indefensión aprendida, tristeza
6) Episodio de pánico e internamiento psiquiátrico de la madre (Evento reciente. Noviembre 2016)		

Este tipo de creencias o contenidos en su esquema mental sobre sí misma, la realidad y el futuro, constituyen un gran factor que predispone y explica por qué, la paciente puede presentar su cuadro de depresión mayor con ansiedad en la actualidad. Aunque los eventos generadores y reforzadores de estas creencias ocurrieron gran parte en la adolescencia, según Beck, quedan almacenados en la memoria a largo plazo bajo proposiciones generales, juicios y supuestos distorsionados que permanecen latentes y se activan posteriormente frente a otros eventos estresores. En el caso de L.C éstos, nuevamente se activan con la ruptura de la relación afectiva, evento que para la paciente es representado como el mayor suceso generador de su depresión y ansiedad junto con las problemáticas con su madre, las cuales empieza a mejorar con la finalización de la relación. Este hecho generó que se orientara el acompañamiento profesional entorno a las distorsiones y creencias irracionales que estaban manifestándose a través de la finalización de la relación. A continuación se presenta en la tabla los pensamientos, emociones y comportamientos manifestados en la paciente ante el duelo de pareja.

Tabla 9. Pensamientos, creencias, emociones y comportamientos de la paciente ante el duelo de pareja

Acontecimientos generadores de las creencias	Pensamientos	Emociones	Comportamiento
FINALIZACIÓN DE LA RELACIÓN AMOROSA	Nunca me amaron, quien ama no abandona.		Llorar todos los días.
		Tristeza	Quedarme encerrada en el cuarto.
	Mi vida ya no vale nada, no significo nada. No soy nada sin él.	Enojo Desesperanza Ansiedad. Ira Irritabilidad	Aislarme de amistades y no compartir con ellos.
	Es por mi culpa que me dejaron, por ser tan débil, estúpida y sentimental		Comportamiento biológico/ fisiológico: Pérdida del apetito, gastritis, taquicardia.
	Soy tan poca cosa que no lucharon por mí		Pensar constantemente en lo que paso.
	No soy buena pareja para nadie.		Hablar solo de ese tema una y otra vez
	Nunca podre ser feliz ni llenar a alguien mas		Discutir con mi hermana y mi papá
	Me voy a quedar por siempre sola. Nadie más se fijara en mí porque no tengo nada que ofrecer.		
	A mí siempre me pasa lo peor yo soy la única que sufro.		
	Si me lastimó me buscara Él no tiene porque a verse cansado de mí, yo nunca lo hice. Soy un bulto de sal. Mientras estuvo conmigo no consiguió nada. Fue irse y le va mejor		

Como se puede identificar en la tabla anterior, el acontecimiento de la ruptura de la relación representó un potente activador de las creencias de la paciente sobre sí misma, la realidad y el futuro. Según Beck, Rush, Shaw, y Emery, (1983) estos pensamientos que presenta la paciente, son pensamientos automáticos los cuales son fugaces y conscientes y pueden entenderse como la expresión o manifestación clínica de las creencias de ésta. Desde la teoría de la depresión de Beck también se puede afirmar que las conceptualizaciones que L.C realiza acerca de esta situación, se ajustan a los esquemas inadecuados predominantes,

lo cual genera que estos se refuercen, mantengan y expliquen su cuadro diagnóstico. A continuación se presenta la relación entre los pensamientos y creencias que presenta de fondo la paciente.

Tabla 10. Relación entre los pensamientos y creencias. Triada cognitiva

TRIADA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN DE BECK PENSAMIENTOS	CREENCIAS
Sobre si misma: La paciente se percibe así misma como un sujeto sin valor, débil, poco interesante, culpable, no amado y utiliza otros calificativos denigrantes como “Estúpida”.	<p>“No soy alguien importante para las personas”</p> <p>“No soy lo suficientemente fuerte para ser feliz y alcanzar mis sueños, soy frágil y estúpida.”</p> <p>“No soy alguien que merezca amor”</p> <p>“No soy buena pareja para nadie.”</p>
Sobre la realidad: predomina una relación con el medio en términos de tristeza, ira, ansiedad, culpa, irritabilidad, injusticia, derrota, frustración. Tiende a sentir que no puede enfrentar las exigencias del medio y todo esfuerzo por salir de su estado o interactuar en otras esferas se convierte en un problema mayor donde se reafirma así misma que no podrá salir de esta situación	<p>El mundo es muy hostil e inseguro</p> <p>Haga lo que haga siempre pasaran cosas malas</p> <p>Mi vida ya no vale nada, no significo nada. No soy nada sin él.</p> <p>El mundo es muy triste, a mi todo me sale mal</p>
Sobre el futuro: Percibe su futuro desalentador, carente de significado y desesperanzador, anulándose como persona al manifestar que su vida solo tenía sentido si estaba con su pareja	<p>Tarde o temprano perderé el control como mi madre, porque yo soy como ella</p> <p>Nunca podre ser feliz ni llenar a alguien mas</p> <p>Me voy a quedar por siempre sola. Nadie más se fijara en mí porque no tengo nada que ofrecer.</p>

Otro punto importante de explicación y análisis complementario sobre la problemática de la paciente desde este modelo, tiene que ver con el procesamiento de la información el cual representa el tercer elemento específico para explicar el sustrato psicológico de la depresión (Beck, 1963-1964-1967 citados en Beck, Rush, Shaw, & Emery, (1983). Desde los postulados de Beck se puede identificar que los errores sistemáticos que se dan en el pensamiento depresivo de la paciente, mantienen la creencia en la validez de sus conceptos

negativos, incluso a pesar de la posibilidad de tener existencia de evidencia contraria. Algunos de los errores en el procesamiento de la información más significativos que la paciente presenta son:

Tabla 11. Distorsiones cognitivas de la paciente

ERRORES PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN (Distorsiones Cognitivas)	PACIENTE
Abstracción Selectiva	La paciente se centra solo en ciertos detalles negativos de los acontecimientos ignorando otras características. Por ejemplo, en el caso de duelo de pareja, solo centra su atención en los aspectos negativos de la relación y sobre sí misma.
Magnificación y Minimización	En conjunto con el error anterior, la paciente tiende a sobre dimensionar los aspectos negativos otorgándoles un valor sobre dimensionado, mientras que los aspectos positivos sobre sí misma la realidad y el futuro los reduce a una mínima expresión.
Deberías	La paciente presenta un discurso en el que prevalecen unas reglas rígidas y exigentes sobre como tienen que suceder las cosas. Por ejemplo, frente al duelo de pareja manifiesta una serie de “Deberías” en los que considera que es una obligación a pesar del suceso, sentirse bien y al no poder lograrlo la frustra y recae.
Sobre generalización	La paciente a partir de la ruptura de la relación de pareja, sobre generaliza y sobre dimensiona, que si esta pareja no la amo, nadie más lo hará nunca en la vida y siempre le irá mal

Desde este punto, estos errores en el procesamiento de la información o distorsiones cognitivas influyen considerablemente en su estado de ánimo ya que retroalimentan sus creencias.

Hipótesis: el trastorno de depresión junto con la sintomatología ansiosa de la paciente, se debe a las creencias irracionales elaboradas, mantenidas y reforzadas por los eventos vitales pasados y próximos a los que estuvo expuesta. Los pensamientos negativos que elabora la paciente, sus distorsiones cognitivas y estrategias de afrontamiento que implementa, funcionan como reforzadores que fortalecen su problemática y forjan una construcción del

“sí mismo” vulnerable, ansiosa y depresiva. Si se trabaja sobre las distorsiones cognitivas que refuerzan las creencias y sobre las creencias puntualmente, habrá una mejoría en su estado anímico, mayor bienestar psicológico y mejoraran las estrategias de afrontamiento frente a sucesos problema.

Tratamiento a seguir

Se propone seguir un tratamiento cognitivo conductual desde la terapia para la depresión de Beck, Rush y Shaw (1983) ya que este presenta varias estrategias de trabajo. Dentro de los objetivos que se pretenden alcanzar en la implementación de este tratamiento se encuentran:

OBJETIVOS DEL PLAN DE INTERVENCIÓN

Objetivo principal

- ✚ Disminuir la sintomatología depresiva y ansiosa causada por las distorsiones cognitivas, creencias irracionales y estrategias de afrontamiento a través de técnicas cognitivo conductuales

Objetivos secundarios

- ✚ Ayudar a la paciente en la identificación y modificación de las distorsiones cognitivas y creencias irracionales que presenta y fortalecen su sintomatología
- ✚ Psicoeducar a la paciente sobre procesos de evaluación y análisis de esquemas cognitivos y pautas de comportamiento
- ✚ Entrenar en habilidades de afrontamiento y enfrentamiento a partir de esquemas cognitivos y conductuales funcionales.
- ✚ Aumentar el repertorio de pautas de comportamiento funcionales para la resolución de problemas

Para dar cumplimiento a los objetivos mencionados se propuso realizar un trabajo sobre la identificación, confrontación y cambio de las distorsiones cognitivas que presentaba la paciente, así como también en el entrenamiento de pautas de pensamiento y comportamiento más funcionales. Para ello se utilizaran técnicas cognitivo conductuales: tales como “descubrimiento de los pensamientos y emociones, juegos de roles, técnicas de desplazamiento, método socrático para la confrontación de ideas irracionales, detección del pensamiento, dramatización racional emotiva, reestructuración cognitiva etc.

Anexo 9 Procedimiento de evaluación e intervención del caso sesión a sesión.

Procedimiento de evaluación e intervención sesión por sesión.

<p>Sesiones: 1 a la 3</p>	<p>Técnica utiliza Entrevista, aplicación de prueba y método socrático</p>
<p>OBJETIVO TERAPÉUTICO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar aspectos relevantes en la historia de la paciente que se relacionen con las causas de la problemática actual. • Evaluar y generar diagnóstico clínico para iniciar proceso psicoterapéutico 	
<p>ACTIVIDADES DESARROLLADAS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se realizó una entrevista semiestructurada que tenía como objetivo indagar sobre la problemática de la paciente entorno a las causas, consecuencias, curso, intensidad y duración, de la misma. 2. Construcción de historia clínica. 3. Aplicación de consentimiento informado 4. Aplicación de pruebas psicológicas: IDER (depresión estado y depresión rasgo), IDARE (ansiedad estado y ansiedad rasgo.), Escala de estrategias de afrontamiento COPING y MMPI II 	
<p>RESULTADOS</p> <p>En el proceso de entrevista y evaluación de la problemática se pudo identificar inicialmente, que la paciente se encuentra orientada en tiempo y espacio. Presenta un lenguaje adecuado y coherente. No se evidencian alteraciones perceptuales, ni de pensamiento, así como tampoco síntomas psicóticos. Memoria sin alteración e inteligencia promedio. Presenta un curso del pensamiento normal, organizado, con ideas de minusvalía, sobrevaloración, así como también pensamientos pesimistas y de muerte. Se evidencia afecto melancólico depresivo, decaimiento anímico, abulia, irritabilidad, ansiedad, y pérdida del interés desde hace aproximadamente 6 meses, con una intensidad diaria, frecuente la mayor parte del día y con un nivel de afectación moderado. Adicional a lo anterior, la paciente manifiesta signos tales como: llanto constante, perdida apetito, alteración del sueño, debilidad física, gastritis y cefalea</p> <p>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, e ideas obsesivas que giran en torno a las problemáticas de su familia y su duelo afectivo.</p> <p>Con relación a las pruebas psicométricas aplicadas se logra identificar, que la paciente presentaba altas puntuaciones en la prueba IDER al igual que en la prueba IDARE, lo cual indica presencia de</p>	

depresión y ansiedad. Respecto a la prueba de estrategias de afrontamiento, se identifican altas puntuaciones en reacción agresiva, apoyo social y religión, mientras que las estrategias con puntuaciones bajas eran la reevaluación positiva, evitación emocional y evitación cognitiva. Por último, en la prueba de MMPI-II se logró identificar puntuaciones bajas en : hipocondría, histeria de conversión, baja autoestima, y malestar social, mientras que las puntuaciones altas se manifestaban en las escalas de contenido de obsesividad y hostilidad

OBSERVACIONES

En el desarrollo de estas sesiones se profundizó sobre las variables, sociales, familiares, personales y afectivas del individuo así como también se aplicaron instrumentos psicométricos con el fin de generar el diagnóstico clínico.

En el proceso de evaluación se realizaron intervenciones necesarias para que la paciente pudiese comprender en parte, la problemática que presenta, la manera en como la refuerza y que acciones son necesarias empezar a realizar para que el tratamiento psicoterapéutico contribuya en la mejoría de su estado de ánimo.

Algunas de las devoluciones que se realizaron en sesión estuvieron relacionadas con el estilo de pensamiento y comportamiento con el que la paciente está afrontando el duelo de su relación afectiva y las problemáticas de la estructura familiar.

Como tareas para el hogar se le solicitó que elaborara una rejilla donde debía registrar un evento reciente que le haya generado malestar y plasmara los pensamientos, emociones y acciones que tuvo frente a éste (Introducción al modelo cognitivo conductual).

Nota: Respecto a la relación hostil que presentaba con la madre, se le sugirió a la paciente que utilizara otra estrategia de enfrentamiento distinta a la evasión, es decir, se le solicitó que sacara un espacio para conversar con ella sobre las situaciones que están ocurriendo

En la tercera sesión se socializa con la paciente esta actividad, a lo cual refiere que le fue muy bien y manifiesta " *después de que mi mamá supo que termine mi relación se acercado a mí, conversamos, somos de nuevo amigas* "se sugiere a la paciente con base a lo anterior, seguir fortaleciendo el vínculo con su madre. La paciente solicita que el proceso terapéutico se oriente para apoyarla sobre el duelo de su relación afectiva

Sesión: 4	Técnica utiliza Entrevista Psicoeducación
------------------	--

OBJETIVO TERAPÉUTICO:

- Socializar con la paciente los resultados obtenidos en la aplicación de las pruebas, presentar

informe psicológico del diagnóstico clínico y acordar plan de trabajo psicoterapéutico

- Evaluar la actividad realizada del primer registro.

ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

1. Se socializaron los resultados de las pruebas con la paciente.
2. Se abordó la actividad realizada en casa del auto registro. Se le pidió que narrara lo ocurrido y que observara los pensamientos, emociones y acciones que desencadenó el evento, para posteriormente relacionarlo con la actividad de socialización y psicoeducación del modelo
3. La última actividad de psicoeducación del modelo estuvo compuesta de tres fases
 - En la primera de ellas se le presentó una imagen a la paciente y se le solicitó que describiera que observaba en la imagen. Frente a esta actividad, se guía al paciente para que identifique, que las características que ésta le da al dibujo, están relacionadas con su manera subjetiva de verlo y que para ello utiliza unos esquemas de pensamiento propios y una forma particular de procesar la información
 - En la segunda actividad se le presentó otra imagen (figura de un árbol) que simbolizaba en el proceso psicoeducativo el modelo. En esta actividad, se le indicó a la paciente de manera metafórica, que las raíces significan las creencias, las ramas los conductos por los cuales llega la información y las hojas son los pensamientos automáticos.
 - Como última actividad se utilizó una situación particular de la paciente para reforzar la comprensión del modelo de tratamiento y al final se realizó un cierre para evaluar la actividad y los conocimientos adquiridos.

RESULTADOS

Respecto a la socialización de los resultados se pudo evidenciar que la paciente tuvo una postura comprensible frente a estos, lo cual permitió identificar que hay aceptación de la problemática.

Con relación a la actividad realizada en casa, se evidenció compromiso. La paciente empieza a identificar una relación entre sus pensamientos y sus estados emocionales actuales.

Con respecto a la actividad de psicoeducación del modelo:

- En la primera actividad la paciente significó la figura con las características emocionales de ella, que están relacionadas con las problemáticas actuales. En sesión volvió a presentar afecto melancólico por el ejercicio, para lo cual se utilizó un ejercicio cognitivo conductual denominado “ memoria fría” en la que se le solicitó a la paciente describir las

características en trazos de la imagen , paisaje, colores, para que así pudiese volver a mantenerse en su equilibrio emocional.

Con respecto a la segunda imagen presentada, la paciente logró identificar claramente cómo opera el modelo de tratamiento a seguir. Refirió haber comprendido que sus problemas no radicaban en las situaciones vividas sino en la interpretación que realiza a los hechos y que estas interpretaciones a veces son erradas.

Como ejemplo de trabajo, se tomó una discusión con la hermana en la que ésta, intentó alentarla sobre la finalización de la relación para que saliera adelante, pero la paciente leyó ese gesto como una forma de burla. La paciente en sesión comprende, que la manera en como percibió a su hermana generó el mal entendido.

OBSERVACIONES

La socialización de los resultados creo un escenario de compromiso frente al trabajo terapéutico.

La actividad de psicoeducación le permitió a la paciente identificar, que las situaciones problema por las que está pasando se refuerzan negativamente por la manera en cómo interpreta y evalúa la realidad.

La comprensión de la paciente sobre el modelo permitió que en el cierre de la actividad, se pudiese socializar sobre la manera en cómo operan los pensamientos automáticos y las creencias a la hora de interpretar la realidad. También le permitió entender la manera en cómo, situaciones problemáticas y estresoras anteriores han reforzado esas pautas de pensamiento y creencias.

Al finalizar la sesión se le solicitó a la paciente, que a partir de ahora, realizará auto registros en la casa para que identifique los pensamientos automáticos que elabora. Para ello se le facilito el formato de trabajo para auto registros (anexo 10) y se le explico, que la intención de la realización de estos nos permitiría identificar la manera en como procesa la información y las creencias de fondo que presenta.

Sesión 5	Técnica utiliza - Técnica de auto registró en sesión Debate sobre ideas irracionales encontradas en el auto registro
OBJETIVO TERAPÉUTICO: Identificar las distorsiones cognitivas y creencias irracionales que presenta la paciente.	
ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Con el trabajo realizado en casa sobre el auto registro, se trabajó en sesión algunas ideas irracionales identificadas. Para ello, se le solicitó a la paciente que escogiese una situación para hacer un ejercicio	

en sesión, con el objetivo de que lograra identificar con mayor claridad, como el curso y proceso del pensamiento de esa situación, desencadenó la problemática que vivencio. Y segundo, que reforzara su aprendizaje sobre esta técnica para el trabajo en casa. Para este ejercicio se tomó el evento de una salida al cine.

El desarrollo de esta actividad generó que ésta expresara una serie de pensamientos sobre la finalización de la relación que permitieron identificar las distorsiones cognitivas y las creencias irracionales que presenta

RESULTADOS

La paciente logró identificar con el ejercicio la manera en como procesa la información. Refiere:” desde que Salí de la casa ya me estaba predisponiendo a que no podía entrar al cine (P) porque me sentiría triste y ansiosa (E) Y lloraría al recordar, que ahí estaba con mi ex pareja, (A) y así fue como paso, todos mis pensamientos eran relacionados a recuerdos tristes y por eso no pude entrar a ver la película.

En el ejercicio, comprendió que es ella quien concede de significado la interacción con la realidad y que los pensamientos elaborados generaron el resultado de ese evento.

Otro de los resultados significativos de esta actividad fue lograr identificar algunas distorsiones cognitivas.

La primera de ellas es una excesiva conducta por magnificar los pensamientos negativos y minimizar los que ella considera agradables o positivos. Esta pauta de comportamiento se expresa de la siguiente manera:

- Cuando se le solicita que refiera los aprendizajes obtenidos de lo trabajado en sesión, menciona lo aprendido brevemente e inmediatamente divaga en aspectos negativos.
- Cuando se le solicita que refiera en que ocasiones ha estado tranquila y estable en otras situaciones, la narración de este suceso es corto y automáticamente empieza a divagar sobre aspectos negativos, que no tiene nada que ver con la conversación en curso. Lo anterior se evidenció de la misma manera frente a la salida al cine.

La segunda distorsión cognitiva que se logró identificar es el pensamiento de “obligación o debería” En este tipo de pensamientos, la paciente trata de motivarse para alcanzar algunos logros con “deberías” y “no deberías”. La consecuencia emocional de no poder lograr lo que se propone, es la culpa, la cual afecta considerablemente su estado anímico. Este pensamiento en ella, se evidencia en todas las sesiones *“tengo que curarme, debo dejarlo ir, Debo estar mejor, no debe de dolerme nada etc.*

Durante el desarrollo de la sesión se le dio a conocer como esta distorsión influye en su estado de ánimo con respecto al evento. Se acompañó a la paciente para que identificara, cómo durante actividad de la salida a cine ella se obligó a sí misma a estar ahí, desconociendo la cantidad de tiempo invertido para programarse que la pasaría muy mal si salía de su casa.

Cuando se trabajó en sesión la manera en como ese tipo de distorsión se presentaba, logró tranquilizarse y comprendió que sus deberías la frustran, porque son retos para demostrarle a los demás que está bien y que además de ellos son ilógicos, en el sentido de que se reta a algo pero con anterioridad se programa para fracasar.

La tercera distorsión es la abstracción selectiva. La paciente solo centra su atención en los aspectos negativos de las situaciones, mientras que los positivos no los reconoce.

Respecto a los pensamientos expresados sobre la finalización de la relación, se acompañó sobre este tema, indagando y profundizando sobre su contenido. El resultado de este acompañamiento, fue identificar las creencias de fondo. Algunas de ellas fueron:

“No soy alguien importante para las personas”

“No soy lo suficientemente fuerte para ser feliz y alcanzar mis sueños, soy frágil y estúpida.”

“No soy alguien que merezca amor”

“No soy buena pareja para nadie.”

“Mi vida ya no vale nada, no significo nada. No soy nada sin él.”

“El mundo es muy triste, a mi todo me sale mal”

“Nunca podre ser feliz ni llenar a alguien más”

“Me voy a quedar por siempre sola. Nadie más se fijara en mí porque no tengo nada que ofrecer.”

OBSERVACIONES

Estos ejercicios implementados contribuyeron para que la paciente mejorara la técnica de auto registro y capacidad de afrontamiento y enfrentamiento lógico frente a pensamientos disfuncionales. A su vez, permitieron que identificara la importancia del papel que representan sus creencias sobre sí misma la realidad y el futuro, como también el tipo de distorsiones que utiliza para procesar la información

Para reforzar el trabajo realizado en sesión sobre las distorsiones cognitivas, se le solicitó una tarea para la casa que consistía en que describiera en que momentos las distorsiones: magnificar/minimizar, abstracción selectiva y deberías se presentaban en otras esferas de interacción. Para ello se

implementó el documento de auto registro

Sesiones: 6 y 7	Técnica utiliza Entrenamiento conductual - Debate Socrático -Juego de roles - Reestructuración cognitiva
OBJETIVO TERAPÉUTICO: <ul style="list-style-type: none">• Evaluar las distorsiones cognitivas identificadas por la paciente con el ejercicio delegado para la casa.• Intervenir y Psicoeducar sobre la distorsión cognitiva “Magnificar- minimizar, abstracción selectiva y deberías”•	
ACTIVIDADES DESARROLLADAS: <p>Se evaluó el ejercicio delegado en casa sobre la identificación de las distorsiones cognitivas en otras esferas de interacción. En el ejercicio, la paciente refirió identificarse mucho con las distorsiones “magnificar- minimizar” “abstracción selectiva” y “ Deberías” a partir de lo anterior se propuso el desarrollo de las siguientes actividades</p> <p>ACTIVIDAD 1 Se escoge en sesión abordar la distorsión cognitiva de magnificar y minimizar. Para su intervención se realizó lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Se propuso una técnica de entrenamiento conductual en la que se le solicitó a ésta que durante el desarrollo de la intervención solo tendrá 10 minutos para divagar sobre aspectos negativos y tan pronto finalizara ese tiempo, se centraría en otros aspectos propios del encuentro terapéutico. Lo anterior se planteó como estrategia para lograr mayor autocontrol minimizando el tiempo en la rumiación sobre pensamientos negativos <p>ACTIVIDAD 2: Terminado el ejercicio se le solicitó, que escogiese un evento próximo en el que ella considerara que se podía identificar la distorsión de magnificación y minimización junto con la distorsión abstracción selectiva, puesto que guardan relación.</p> <p>Al identificarlo, se trabajó inicialmente sobre el formato de registro de pensamiento, emoción, conducta, para que la paciente reconociera como operaba en función de ésta, las características de sus interpretaciones, el tiempo que invertía sobre los pensamientos negativos y las emociones.</p> <p>ACTIVIDAD 3 Posterior a ello, se dio paso al debate sobre la validez de las interpretaciones que</p>	

realizaba. Se debatió los argumentos que utiliza para justificar esa lectura de la realidad y sobre los aspectos positivos y negativos de invertir tanto tiempo en pensamientos hostiles que no mejoraban su estado anímico.

Cuando se terminó el proceso de debate, la paciente identifico que la mayoría de sus argumentos que sostenían la distorsión no tenían validez. Para reforzar este trabajo, se utilizó como técnica un juego de roles donde ésta realizaba el papel de la parte racional en el debate y el terapeuta la parte emocional. El objetivo de dicha actividad era que la paciente lograra entrenarse sobre la construcción de argumentos racionales para debatir los irracionales y así desarrollar más autocontrol

RESULTADOS

Con relación a la actividad 1 se logró evidenciar dificultades para la actividad inicial de entrenamiento conductual. A lo anterior la paciente refiere “me es difícil para mí hacer esto, porque estoy acostumbrada a lastimarme con pensamientos y comportamientos, pero entiendo que es necesario hacerlo, porque yo invierto mucho tiempo a las cosas negativas y por eso estoy mal.” “A lo positivo no le invierto tiempo y cuando lo hago, automáticamente lo transformo en negativo”.

El ejercicio como técnica, le permitió aprender más sobre la manera en cómo esta pauta de comportamiento relacionada con esa distorsión, afecta considerablemente su estado de ánimo. Durante la sesión se presentaron momentos donde intentaba volver a repetir conductualmente la distorsión sin embargo, se le hacía énfasis sobre el acuerdo al que se había llegado y la importancia de no seguir reforzando esa pauta.

Con relación a la actividad 2 y 3 se eligió como evento un pensamiento constante que presento durante la semana el cual era “Cuando estoy bien no soy yo, eso es una mentira, yo soy solo tristeza y llanto”.

En el ejercicio de registro del ABC la paciente logró identificar cuando elabora esos tipos de pensamientos. A lo anterior refiere “me doy cuenta que cuando estoy bien con mis amigos me digo a mi misma que no tengo porque sentirme bien y eso es lo que ha generado que dañe las cosas buenas que me ocurren, como si todo girara entorno a lo que me paso”

También menciono darse cuenta de la manera en como decide divagar sobre los pensamientos negativos una y otra vez y como esto la afecta. A lo anterior refiere “no importa que explicaciones le dé a lo ocurrido, ninguna me servirá y por el contrario, mientras siga en eso una y otra vez lastimándome no podré estar mejor. Otras verbalización de la paciente frente a la actividad 2 y 3 fueron:

- El ejercicio de registrar el ABC me permite dejar de pensar en automático y darme cuenta la calidad de mis interpretaciones y cómo éstas influyen en cómo me siento.
- No es verdad que sea solo tristeza, porque las emociones son transitorias y dependen de las interpretaciones que realizo y de los sucesos. También fui feliz y puedo volver hacerlo, puedo

volver a estar bien.

- Me doy cuenta de cómo refuerzo mi condición cuando constantemente me albergó en la tristeza y pienso obsesivamente en lo que pasa. Es absurdo, porque por más que divago en ello no siento bienestar, mientras que si me dedico a otras cosas sí. Esto confirma que si sigo implementando esta estrategia no voy a mejorar.
- Comprendí como magnifico lo negativo al darle más importancia a las conclusiones que tienen que ver con mi estado anímico. Como estoy triste, solo veo esa porción de la realidad y le doy más significado del que tiene, dejando a un lado otros aspectos que si los reviso bien, pesan más que las conclusiones erradas que saco
- El ejercicio de juego de roles me sirvió mucho porque puedo notar como se me dificulta desarrollar pensamientos más racionales frente a mis comportamientos, pero también me sirve para darme cuenta que si puedo, solo que es difícil porque estoy pasando por una situación complicada y que en la medida en que avance, lograre aprender más. Sé que soy muy emocional y me falta pensar mejor las cosas y esto me ayudó mucho
- Con esta actividad me sentí muy bien porque la interpretación construida en sesión “Mis estados de ánimo dependen en gran medida de las interpretaciones y acciones que realizo para afrontar la situación”, es verdad y lo siento así. Muchas veces he estado feliz otras también triste y eso es una muestra de que no toda la vida estaré mal por lo que paso

OBSERVACIONES

La paciente a este punto del proceso logra identificar la manera en como la afecta desarrollar pensamientos y comportamientos desde la distorsión cognitiva “Magnificar- Minimizar/ abstracción selectiva”. Denota un estado ánimo colaborativo y entusiasta por aprender más de sí misma. En el cierre de la actividad se le solicitó seguir trabajando en el entrenamiento conductual de invertir poco tiempo para divagar sobre lo negativo. También se le solicitó que implementara este ejercicio en casa.

Como estrategia para contrarrestar el reforzamiento a la distorsión abstracción selectiva, se acordó, implementar el documento de auotregistro para que identificará cuando se daba de nuevo la distorsión y al mismo tiempo planteara, un pensamiento alternativo más funcional.

Se sugirió para la siguiente sesión empezar a realizar un trabajo sobre las creencias irracionales.

Sesión 8	Técnica utiliza -Argumentación enérgica para la defensa de ideas racionales irracionales -Silla vacía
-----------------	--

	<p style="text-align: center;">-Reestructuración cognitiva. -Psi coeducación</p>
<p>OBJETIVO TERAPÉUTICO:</p> <p>Psicoeducar a la paciente sobre el concepto de triada cognitiva e intervenir a partir de éste, las creencias irracionales identificadas.</p>	
<p>ACTIVIDADES DESARROLLADAS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se orientó a la paciente sobre el concepto de triada cognitiva. 2. Posterior a lo anterior, se le entregó un documento en el que se le solicitó que a cada elemento de la triada, elaborara un pensamiento irracional con algunos argumentos que considerara, sustentaban dicho pensamiento. Por ejemplo, un pensamiento irracional sobre sí misma con tres argumentos que lo sustenten. Así con los otros dos elementos de la triada. Luego se le solicitó que elaborara un pensamiento racional por cada elemento de la triada y que construyera 3 argumentos sólidos para sustentar ese pensamiento elaborado 3. Para trabajar sobre esa tarea en sesión, se realizó un ejercicio vivencial en el que se le indico lo siguiente: “Te harás en esta silla y te dirigirás hacia la otra silla, asumiendo que allí estas tú también. Desde la silla, dirás el pensamiento irracional con los argumentos contruidos que tengas para creer en ese pensamiento. Tan pronto termines, pasas a la siguiente silla y los contras argumentas de manera enérgica, hasta finalizar con un argumento racional solido con el que te desees quedar.” <p>Al finalizar se realizó cierre sobre los aprendizajes obtenidos</p>	
<p>RESULTADOS</p> <p>La paciente en la actividad de psi coeducación sobre el concepto de la triada cognitiva en la depresión, manifiesta que comprendió bien su significado. En esta actividad, mantuvo una posición de curiosidad constante y parecía estar muy interesada.</p> <p>Con relación a la actividad de la elaboración de pensamientos irracionales- racionales y argumentos que los validaran, presentó un afecto cálido y sonríe al comprender que manifiesta una facilidad para elaborar los pensamientos negativos pero se le dificulta construir pensamientos racionales argumentados.</p> <p>En el desarrollo de esta actividad describió tres pensamientos irracionales que a juicio terapéutico operan a manera de creencia irracional sobre sí misma y sobre el futuro. Estos son: 1. No soy una buena pareja para nadie 2. No voy a poder llenar a nadie. 3. Me voy a quedar por siempre sola. Se trabajó con la primera creencia haciendo énfasis a las evidencias que presentaba para soportar esa idea. Para su abordaje se utilizó inicialmente el ejercicio de silla vacía y posteriormente se utilizó la técnica de reestructuración cognitiva. Los resultados fueron los siguientes:</p>	

Actividad de silla vacía: la paciente fácilmente elabora el pensamiento de no ser buena pareja para nadie. A la hora de plantear los argumentos a favor sobre ellos refiere solo tener uno el cual es “la relación se acabó, eso es evidencia de que no soy buena pareja”. Cuando se le solicitó elaborar un pensamiento racional y unos argumentos frente a esta creencia, la paciente no lograba realizarlos. En este caso, se aplicó la técnica de reestructuración cognitiva para ayudarle. Posterior a ello, se le solicitó que tan pronto finalizara la técnica, realizaría la actividad de la silla vacía con las argumentaciones construidas.

Técnica Reestructuración cognitiva: identificando la creencia irracional “no soy buena pareja para nadie” se evaluó el grado de esta creencia, se abordó el significado que tenía sobre ser buena pareja y mala pareja. A partir de ello, se empezó a debatir sobre dichos significados y producto de este debate, se elaboraron pensamientos alternativos más objetivos. El resultado de este proceso fue el siguiente:

PENSAMIENTO RACIONAL.

Verbalizaciones de la paciente: “Si he sido una buena pareja, solo que las relaciones se han acabado por problemáticas de ambos y eso no es evidencia de que sea mala. Además, solo he construido dos relaciones afectivas y no puedo asumir con ello que soy lo peor.”

ARGUMENTOS QUE SOPORTAN EL PENSAMIENTO RACIONAL

- *Verbalizaciones de la paciente:* “Estuve en una relación de 5 años, eso es una gran evidencia que soporta que soy buena pareja. Si tan mala soy, no hubiese durado ni 15 días.”
- *Verbalizaciones de la paciente:* “El hecho de que una relación se termine no tiene nada que ver con que sea una mala pareja y que lo vaya hacer para siempre y con todos. Las relaciones afectivas se acaban por muchas razones: discusiones, proyectos diferentes etc. No es solo por mí. En una relación de a dos, ambos tienen que ver con lo que ocurre.”
- *Verbalizaciones de la paciente:* “He sido una buena pareja con mis dos relaciones construidas, eso como evidencia, demuestra que mi pensamiento irracional no tiene validades. Ahora, no puedo generalizar que en mi corta experiencia amorosa vaya siempre hacer una pésima pareja, porque las demás personas que pueda conocer, son diferentes a mí y a mis ex parejas”
- *Verbalizaciones de la paciente:* “Las otras personas también se equivocan y en sus equivocaciones pueden acabar la relación -y yo- estoy en el derecho también de darme mi lugar. Además, se puede volver a coincidir. Mientras allá vida hay oportunidades. Yo decido en que deposito mi tiempo.”

Se le solicito a la paciente para el cierre de la actividad, que realizara el ejercicio de la silla vacía iniciando con el pensamiento irracional para posteriormente finalizar con el racional y los argumentos construidos. El objetivo de esta actividad era reforzar los pensamientos racionales elaborados.

Al finalizar la sesión, la paciente termino satisfecha y entusiasta. Refiere sentirse mejor porque la actividad le permitió comprender que se estaba culpabilizando de todo sin justa razón.

OBSERVACIONES

Se sugirió en la próxima sesión, abordar las otras creencias irracionales identificadas en el ejercicio, para continuar restando valor a los contenidos de los esquemas que fortalecen su sintomatología depresiva

Sesiones: 9 y 10	Técnica utiliza
	-Argumentación enérgica para la defensa de ideas racionales e irracionales -Reestructuración Cognitiva

OBJETIVO TERAPÉUTICO:

Continuación del proceso interventivo sobre las creencias irracionales desde la triada cognitiva

ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

1. Se socializo con la paciente los acontecimientos de la semana y se evaluó su estado actual.
2. Posterior al punto anterior se dio paso al debate de las demás creencias irracionales identificadas en la sesión anterior.
3. Cierre del encuentro y tareas para el hogar

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 que espera el momento para vernos a mi hermana y a mí fracasar en la vida y eso me hace perder el control”. Frente a este suceso, se trabaja sobre alternativas para no involucrarse en discusiones con su padre, ya que estas circunstancias influyen en su estado de ánimo. La paciente frente a ello reconoce que en varias ocasiones ella es la que mantiene las discusiones y comprende que es mejor dejar de estar provocando estos escenarios. Frente a lo anterior, se realizó un pequeño ejercicio en el que en una hoja ésta, listaba la manera en como contribuía en esas discusiones.

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 manera de resumen el ejercicio realizado 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: Ok, vamos por partes. ¿A lo largo de la vida has logrado llenar como dices a alguien así?

P: si

T: ¿a cuantas y a que personas en particular?

P: pues a mi madre, a mi hermana, a mis amigas, y a mis ex pareja pude llenarlas, solo que estos últimos se fueron. Digamos que a 20 personas incluyendo a los jóvenes y niños de la iglesia

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 mis ex que yo llenaba se fueron?... 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 las problemáticas en cuanto a diferencias que tenían entre ustedes?

P: mmmm

Pensándolo bien, en realidad alguien no se quedaría conmigo por 5 años si no se sintiera que de alguna manera lo lleno, y si, realmente fueron por las discusiones entre ambos, el por su parte y yo por la mía.

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

P: Que no es del todo mi culpa que se haya acabado la relación, 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

El anterior ejercicio se implementó de igual forma para la creencia irracional “ me voy a quedar

sola, a lo cual la paciente en el ejercicio logró identificar, que de igual manera no tenía evidencias para dicha creencia y que en realidad podía conocer a alguien más, ya que sus redes de apoyo y de interacción son amplias y que la única manera para quedarse sola toda su vida es aislándose de sus grupos sociales

Los resultados de este trabajo se presentan a continuación. Las siguientes afirmaciones y argumentos fueron elaborados por la paciente:

1. PENSAMIENTO IRRACIONAL

No voy a poder llenar a nadie.

PENSAMIENTO RACIONAL.

“Soy importante, no soy tan poca cosa como me creo y puedo llegar a hacer feliz a alguien y a mí misma.”

ARGUMENTOS QUE SOPORTAN EL PENSAMIENTO RACIONAL

“Poder llenar a alguien implica que esa persona sea feliz en algún grado gracias a que comparto conmigo. En ese sentido, he podido llenar a muchas personas, casi 22. Entre ellas, mi familia, mis amigos, los compañeros de mi iglesia y mis ex parejas.”

“El hecho de que mis relaciones hayan terminado no implica que no sea capaz de llenar a alguien o a ellos, porque la razón de que se finalizara no era por eso, sino por las problemáticas que teníamos y porque había metas que apuntaban a otros horizontes.”

“Si he logrado llenar a tantos y no tengo evidencias de que a nadie haya podido llenar, no puedo seguir creyendo en esa idea irracional, porque tengo suficiente evidencia que demuestra mis habilidades, capacidades y lo valiosa que soy.”

“No soy perfecta y nadie lo es.”

“No estoy para llenar a nadie ni nadie está para llenarme a mí. Todos somos seres llenos, completos, que nos unimos a otros para compartir lo maravilloso que somos. Si nos unimos a otros para llenarlos, solo los estamos convirtiendo en personas dependientes y si nos unimos para que otros nos llenen, ocurre igual.”

1. PENSAMIENTO IRRACIONAL

“Me voy a quedar sola”

PENSAMIENTO RACIONAL

Existe mucha gente en el mundo, falta mucha gente para conocer, no es verdad que me vaya a quedar sola.

ARGUMENTOS QUE SOPORTAN EL PENSAMIENTO RACIONAL

“A diferencia de muchas personas, yo tengo un grupo amplio de red social en el cual puedo interactuar. A mayor número de personas con las cuales interactuar, mayor probabilidad de conocer y disfrutar con alguien y coincidir, por eso pensar que me voy a quedar sola es irracional.”

“Nunca he estado sola, siempre he tenido grupos de amigos y amigas con quien interactuar. Colegio, Universidad, Grupo religioso etc.”

“Si reviso detenidamente, desde los 15 años he estado de alguna manera en relaciones afectivas, nunca he estado sola, razón más para darme cuenta que es un pensamiento irracional. Adicional a ello, si analizo bien, puedo darme cuenta que la razón por la que tanto me afecta estar sola, no es por la finalización de la relación, sino más bien porque en mi estructura familiar está arraigado iniciar relaciones afectivas a temprana edad y existe una concepción, de que si se inician, es para toda la vida. Estoy replicando el patrón familiar (el eco) y si reviso bien, mi mamá y mi abuela no querían eso, querían haber vivido más la vida. Para todo hay tiempo no hay afán. Si he estado todo el tiempo acompañada, no hay evidencia que el resto de mi vida vaya a estar en soledad.

Nota: Las anteriores verbalizaciones que genera la paciente se dan por las conversaciones entretejidas en las sesiones abordadas ya que en conjunto se utilizaron algunas metáforas para elaborar sentido a las experiencias vividas y a la situación en particular. La metáfora sobre los ecos le permitió a la paciente desarrollar valía, fuerza y entusiasmo para empezar un proceso de construcción personal

OBSERVACIONES

La paciente en esta parte del proceso se logra evidenciar más estable y tranquila. Los ejercicios de auto registro, y el debate sobre las distorsiones de magnificar y abstracción selectiva le han ayudado en la mejoría de su estado anímico. Elabora con mayor facilidad pensamientos alternativos frente a acontecimientos estresores, sin embargo aún presenta en ocasiones en sesiones, afecto melancólico. La hipótesis frente a ello, es que es un estado anímico normativo producto del duelo, sin embargo, la paciente refuerza esta condición a través de conductas en las que busca conocer que está realizando su ex pareja.

Aunque actualmente ha presentado una mejoría sobre los pensamientos y creencias irracionales en relación a no pensar obsesivamente sobre la problemática del duelo, es necesario en esta parte del proceso, implementar otra estrategia de tipo conductual- cognitivo en la que se reoriente el comportamiento de ésta hacia la consecución de metas o cumplimiento de actividades que le permitan ocupar el tiempo libre en otras actividades que no estén relacionadas a la búsqueda de información que afecte su estado de ánimo.

Nota: Con relación a la problemática relacional con el padre, se acordó la posibilidad de tener una sesión con el padre y la madre, sin embargo no ha sido posible por las ocupaciones laborales de ambos.

Sesión 11	Técnica utiliza -psicoeducación Técnica: Cuestionario dominio y agrado. Desarrollo de metas a través de tareas graduales
<p>OBJETIVO TERAPÉUTICO: Orientar a la paciente hacia el desarrollo de metas a corto plazo mediano y largo plazo con el fin de fortalecer los sentimientos de valía, autoestima, auto concepto y autoeficacia.</p>	

ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

1. Se conversó con la paciente sobre los sucesos acontecidos durante la semana para evaluar su estado anímico.
2. Se socializó y capacitó sobre la técnica de cuestionario de dominio y agrado y su objetivo. Se conversó con la paciente sobre la intención de orientar el acompañamiento hacia el cumplimiento de logros para trabajar la autoestima, el auto concepto y la autoeficacia.

En el proceso de psicoeducación sobre la técnica se trabajó sobre:

- El reforzamiento que se realiza a las distorsiones trabajadas cuando se continúa conductualmente, realizando acciones que afectan el estado anímico
- La importancia de la construcción de metas en las diferentes esferas: social, personal, académica y familiar
- El efecto reforzador positivo que trae consigo el cumplimiento de metas tanto a nivel de autoestima, auto concepto y autoeficacia

3. Cierre

RESULTADOS

La paciente manifiesta que durante la semana estuvo más estable y tranquila. Refirió estar implementando ejercicios aprendidos en sesión cuando se encontraba en situaciones que la afectan anímicamente. Menciona” *Intento analizar cómo proceso la información y logré darme cuenta como me afectó el doble cuando llego a conclusiones exageradas o irracionales. Sin embargo, en cierto grado me afectó más cuando me pongo a averiguar que está haciendo él o que deja de hacer.*”

Frente a lo expuesto, se ha logrado identificar a lo largo del proceso de acompañamiento, que aún le cuesta orientar su atención a otras actividades que no sean estar pendiente de las conductas de su expareja y aunque en sesiones se ha trabajado sobre el impacto negativo que ejerce este tipo de acciones en su estado anímico, a la paciente aun le cuesta trabajo dejar estas conductas.

Como ejercicio para reorientar su foco atencional y para reforzar sus sentimientos de valía, autoestima, autoeficacia y auto concepto, se le solicitó, que a partir de ahora iba diseñar un programa de actividades diario para cumplir. A continuación se ilustra un apartado de cómo se orientó a la paciente a este nuevo ejercicio.

T: Hemos alcanzado logros interesantes con respecto a tratar de direccionar la atención al proceso terapéutico, sin embargo, puedo notar que aun continuas, buscando información para saber qué hace tu ex pareja y también, lastimándote en ocasiones con algunos pensamientos negativos que

desarrollas en tu tiempo libre.

P: Si, aun lo hago, pero ya no como antes, aunque sé que me lastima. Igual, yo trato y trato de no pensar pero a veces me gana.

T: quizás entonces estás de acuerdo conmigo en que, cuando realizas ese tipo de comportamientos, los pensamientos y emociones negativas se reactivan y vuelve y te afectan?

P: Si, yo soy la que lo busco.

T: Vale. Te propongo entonces un experimento. Vamos a diseñar un programa de actividades semanal para determinar si el desarrollo de estos, te puede ayudar a ocupar tu mente y mejorar tu estado anímico. Vas a planear un diario vivir con metas coherentes para cumplir, como por ejemplo “de 8am a 9m realizare el desayuno”. Si reorientas toda tu atención hacia al cumplimiento de tus metas diarias, quizás te darás cuenta al finalizar el día, que no tuviste tiempo para lastimarte con lo mismo y que definitivamente eres competente en lo que te propones.

P: mmmmm. Suena bien. Puedo intentarlo. Es más, esta semana viajo 4 días a Cartagena, allí podría utilizar mi tiempo para planear varias cosas y cumplirlas.

T: Perfecto. Vas a dejar de luchar por 4 días sobre lo mismo que has venido luchando estos meses. Vamos a utilizar ese viaje solo para cumplir metas coherentes a diario. Vas entonces, hacer el programa de actividades con horarios por 4 días y cuando vuelvas a sesión revisamos todo lo que alcanzaste

P: si, así va hacer.

T: Perfecto.

OBSERVACIONES

La paciente es consciente de las acciones que afectan su estado de ánimo y esto le permite con mayor facilidad, apostar a conductas diferentes que le permitan sentirse mejor. En sesión se denota estable. Se propuso para el próximo encuentro evaluar la técnica de cuestionario de dominio y agrado.

Sesión 12	Técnica utiliza Técnica: Cuestionario dominio y agrado. Desarrollo de metas a través de tareas graduales -Reestructuración cognitiva
OBJETIVO TERAPÉUTICO: Evaluar el desarrollo de las actividades solicitadas a la paciente para identificar fortalezas y	

debilidades.

ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

- Se inició la intervención permitiéndole a la paciente relatar las experiencias del viaje. Posterior a ello, se evaluó en el relato las estrategias funcionales que utilizó la paciente durante el evento y se evaluó la tarea encomendada en la sesión anterior sobre la elaboración de actividades diarias con propósitos.

RESULTADOS

La paciente socializó inicialmente una eventualidad relacionada con su ex pareja. Relata que al llegar de su viaje se enteró que él había iniciado una relación amorosa con alguien más, lo cual la tenía muy afectada y decaída. Se trabajó en la sesión lo ocurrido permitiendo que verbalizara sus sentimientos. Posterior a ello se le invitó a reevaluar propositivamente la situación. A continuación se presenta el diálogo llevado a cabo.

T: Comprendo y estoy contigo en este momento. Sé que para ti es un evento que te genera sufrimiento pero considero que es lo mejor que te puede estar pasando para salir adelante con tu duelo.

P: ¿Porque lo mejor, yo no veo que tiene de bueno esto que ocurre?

T: Déjame te lo explico. En anteriores sesiones habíamos llegado a la conclusión, de que la razón por la cual no te olvidabas de lleno o dejabas ir a tu ex pareja, era porque no querías del todo hacerlo, porque guardabas una ilusión de volver al construir el vínculo. Recuerdo que inclusive referiste, que tú eras capaz de volver hacer la misma mujer autónoma que eras antes de haber iniciado esa relación, pero que la razón por la que no lo hacías, era porque así lo olvidarías y si él volvía, tú ya no querrías estar con él. ¿Lo recuerdas?

P: Si, inclusive dije que era algo estúpido, porque yo sabía que me hacía sufrir.

T: Bien, pues considero que el hecho de que tu expareja haya realizado esa acción, te beneficia porque te invita ya a dar el paso que era muy necesario hacer. ¿Sabes a qué paso me refiero?

P: Creo que sí. El de aceptar que la relación definitivamente se acaba

T: Exactamente. El duelo trae unas etapas. Antes de este acontecimiento, tú te negabas y guardabas alguna esperanza de que todo cambiara y en ese estado sufrías. Ahora acabas de finalizar esa etapa y entras a la de la aceptación. Cada día logras avances en tu proceso L.C

P: Pero me siento mal, sigo sintiéndome triste.

T: Lo que sientes es inherente al proceso. Pero quiero que mires esta situación como un avance, que aunque trae consigo esos sentimientos, ya no estas como iniciaste.

P: Si, es cierto ya puedo observar las cosas de manera más objetiva, esta no creo que sea la excepción

T: Muy bien. ¿Qué tal te parece, si por ahora vemos esta situación como un gran paso del duelo en el que acabas de salir de la etapa de la negación para entrar a la de la aceptación aunque haya tristeza de vez en cuando? ¿Qué tal si vemos esta situación como algo necesario para continuar, como algo que te ayuda a reorientar tu atención a ti misma y proponerte logros importantes?

P: Si, me parece bien. La verdad pensándolo mejor, yo creo que si él no hubiese hecho eso, yo seguiría buscando como saber de él. Ya por lo menos, después de lo que paso, lo elimine de toda red de comunicación y no me interesa saber de él. Voy a dedicarme a mí misma y ya no voy a seguir lastimándome con ese asunto.

Luego de abordar el acontecimiento, anterior se dio paso para trabajar sobre las eventualidades del viaje y la actividad delegada en la sesión anterior.

Respecto a esta actividad la paciente refirió haber disfrutado mucho el viaje. Menciona: *“Nunca había estado tan feliz, disfrute mucho y la actividad de los propósitos diarios, me sirvió porque estuve todo el tiempo ocupada alcanzando logros y no tuve tiempo para estar mal.*

En sesión se le pidió que refiriera, que logros había alcanzado y los calificara de 1 a 5 donde 1 era escaso **dominio** 5 dominio total de la actividad. También se le solicitó, que en la misma escala anterior evaluara de 1 a 5 si fue **agradable** o no realizarlo. Algunos de los propósitos alcanzados

fueron:

- No pensar en el recorrido del viaje en nada de mi ex (D: 3 A:3)
- Lograr interactuar con otros hombres sin sentirme mal (D: 5 A:4)
- Ser asertiva con las personas (D: 5 A: 4)
- Dedicarme a mí y a mis amigos (D: 5 A: 5)
- No me doliera tanto cuando me pregunten por el (D:4 A: 2)
- Arreglarme bien bonita para mí (D 5 A: 5)
- Entrar al mar (D: 5 A: 5)
- Acordarme de él (D5 A 0)
- Salir a solas con un muchacho (D5 A3)

Finalizada la verbalización de los hechos y logros alcanzados, se felicita y refuerza por ello. A continuación ilustra un apartado de la conversación realizada

T: Quiero felicitarte porque lograste cumplir con tus metas del viaje y porque aprovechaste el viaje para estar bien contigo misma. Me gustaría saber ¿de qué te diste cuenta al realizar todas esas actividades y ver que las lograste?

P: mmmmm me di cuenta de que puedo estar bien si me lo propongo. También que puedo alcanzar pequeñas metas si quiero.

T: ¿de qué te sirvió estar orientada hacia el cumplimiento de propósitos a diario?

P: Me sentí muy bien, como con fuerzas y creía más en mí y en que puedo salir adelante. También me sirvió para no pensar en nada que tuviese que ver con lo que me lastima

T: ¿Se podría decir que esta actividad puede servirte como herramienta para mejorar tu estado de ánimo?

P: yo creo que si porque al estar todo el tiempo dedicada a cumplir metas, no tengo tiempo para lastimarme con pensamiento y ponerme a buscar cómo esta él.

T: Muy bien, te felicito por lo que acabas de decir. Quisiera que me dijeras ¿de que te das cuenta cuando dices que no tienes tiempo para lastimarte con tus pensamientos y comportamientos orientados hacia ese tema?

P: que yo soy la que decido si me lastimo o no, que yo soy la que saco tiempo para eso y me quedo ahí lastimándome, que eso es mi responsabilidad y de nadie más. También me doy cuenta que así como puedo dedicarme a lastimarme, también puedo dedicarme hacer cosas que me hagan feliz, es cuestión de decisión.

OBSERVACIONES

La paciente termino la sesión más estable y tranquila. Denota un estado anímico alegre y optimista frente a su proceso. Se logró evidenciar que va desarrollando con mayor facilidad una comprensión racional frente a los eventos estresores. Así mismo, logró darse cuenta, que cuando deja de luchar con el tema de la finalización de la relación y acepta lo ocurrido, mejora su estado anímico poco a poco. también comprendió que cuando ocupa su mente en metas a diario y las cumple, no tiene tiempo para lastimarse y mejora su autoestima y valía personal

Se recomendó continuar con estos ejercicios y empezar a elaborar proyectos de vida a mediano y largo plazo para contrarrestar en mayor medida la creencia irracional de que ella no es nada sin su pareja.

<p>Sesiones: 13 y 14</p>	<p>Técnica utiliza -Psi coeducación -Debate socrático -Reestructuración cognitiva</p>
<p>OBJETIVO TERAPÉUTICO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apoyar a la paciente en la identificación, planificación y elaboración de metas a mediano y largo plazo. <p>NOTA: Aplazado. Intervención en crisis para estabilizar anímicamente a la paciente</p>	
<p>ACTIVIDADES DESARROLLADAS:</p> <p>Inicialmente se propuso trabajar sobre la planificación del proyecto de vida, pero la paciente de nuevo llega a consulta manifestando sentirse desaminada y decaída producto de una noticia que recibió relacionada con su ex pareja. A lo anterior refiere “ <i>Me entere que mi ex pareja se va a casar muy</i></p>	

pronto con la persona con la que comparto y esto me dio muy duro, estoy muy decaída y triste”

Debido al impacto que para la paciente representa este evento, se decidió utilizar el espacio terapéutico para poner en práctica los recursos aprendidos durante todo el proceso de acompañamiento. En ese sentido se utilizó ese acontecimiento para:

- Identificar y debatir las ideas disfuncionales construidas de la paciente.
- Fortalecer la capacidad de construcción de ideas racionales más funcionales para interpretar la realidad.
- Confrontar las conductas problema para el afrontamiento del evento.
- Ayudar a la paciente a re significar el evento para magnificar lo positivo y minimizar lo significativo

RESULTADOS

Se trabajó sobre un pensamiento elegido por ella el cual era “Yo valgo muy poca cosa y no merezco nada.”

Se debatió ese pensamiento en sesión de la siguiente manera:

- Se le pidió que realizara el formato de auto registro de situación, pensamiento, emoción y conducta para que identificara como interpreto el suceso. En ese ejercicio refiere que cuando se enteró de ello pensó: soy poca cosa, no merezco nada, soy horrible. Y se sintió desgraciada, triste, humillada.
- Posterior a ello, se inició el proceso de discusión sobre el pensamiento identificado.

T: Dices que vales poca cosa. Me gustaría que me dijeras que significa eso.

P: Pues que no soy nada, que no valgo lo suficiente en esta vida, que no valí para él y no valgo nada.

T: Me quieres decir entonces. ¿que la única manera de sentir que vales como ser humano en todas tus

dimensiones sociales, afectivas, laborales, académicas y familiares las determina este suceso y particularmente él? Es decir ¿él es quien decide si tú vales como ser humano?

P: No se...

T: Dices que vales muy poco. ¿Quién determina el valor de lo que somos, los demás o uno mismo?

P: Uno mismo.

T: Bien. Entonces ¿porque le otorgas el poder a tu ex pareja de determinar cuánto vales como persona?

P: No me había fijado en ello... y si es verdad. Pensándolo bien desde que estuve en relación con él, yo me sentía que valía mucho porque estaba con él, mi autoestima era alta, era como si él me diera valor y ahora que terminamos siento que no valgo nada.

T: Es decir, que mientras estabas en la relación amorosa tu valías como persona pero ahora que ya no estas, no vales?

P: Si, de alguna manera. Es ilógico, lo sé...

T: Asumiendo que fuese cierto, que el valor de lo que somos lo determinan los demás, me gustaría que me dijese ¿qué personas crees que consideran que tú vales mucho en este momento de tu vida?

P: Mi familia, mis amigos de la universidad, Dios, los niños que evangelizo, mis amigos de la comunidad religiosa

T: ¿Antes de que conocieras a tu expareja para quien valías mucho como ser humano?

P: para mi familia, para las personas de la iglesia también, para mis amigos del colegio y de la otra universidad, también para mis parejas amorosas de esos momentos

T: ¿Antes de conocer a tu expareja, recuerdas algún momento en donde tú hayas sentido que valías mucho y eras importante?

P: Si, varias personas del grupo de la iglesia me lo hacían saber. Inclusive una ex pareja anterior me dijo una vez que yo era muy valiosa e importante para muchas personas.

T: Entonces se podría decir que vales como persona y eres muy importante. Lo que pasa es que debido al impacto de lo que ha significado esta noticia y el duelo como tal, tú has venido filtrando solo la información que confirma tus creencias irracionales que ya hemos venido trabajando. Esta por ejemplo en particular es” Yo no valgo nada, mi vida no vale nada”. Como tu venias creyendo esto sin contra argumentarlo, hoy aparece frente a esta situación y te ha hecho creer que solo el valor de lo que eres lo conseguías estando con tu ex pareja ¿Te parece que eso es lógico y definitivamente válido creer esto?

P: No es lógico. Definitivamente si valgo como persona, si valgo para mí.

T: ¿Tienes alguna evidencia fuera de la interpretación que realizaste de que no vales solo porque él piensa casarse?

P: ... No tengo evidencias, solo se me vino a la cabeza, pero es verdad yo si valgo mucho y el hecho de que la relación allá terminado no significa que allá pasado porque yo no valga. Y además, él no determina mi valor. Si tengo muchas evidencias de que valgo para los demás, antes de él y ahora.

T: ¿Entonces podríamos decir que ese pensamiento en este momento carece de validez y que no es verdad?

P: Si

T: ¿qué pensamiento funcional podrías construir diferente?

P: El valor de persona lo determino yo y muchas otras personas más. El hecho de que él haga lo que hace, no significa que yo no valga, él no determina cuanto valgo yo.

Finalizada esta intervención sobre la situación y la creencia debatida, la paciente se siente mejor y tranquila. Posterior a ello, se orientó sobre el proceso terapéutico, refiriéndole, que aunque en eventos estresores se presenten pensamientos automáticos disfuncionales como los que desarrolló, no significa que haya retroceso.

Se le explico, que ella se encuentra en un proceso en el que está reaprendiendo y que lograr cambios tan grandes requiere de trabajo constante y tiempo. Se refirió que era necesario seguir reforzando la manera funcional de interpretar los sucesos y que en la medida en que ella practique constantemente, ejercicios para evaluar la validez de sus pensamientos, va a generar pautas de afrontamiento y enfrentamiento mejores.

Para finalizar, se le solicitó en sesión que elaborara un documento en el que registrara 10 razones por las que la finalización de la relación es lo mejor que pudo ocurrir, teniendo presente todo lo que hasta al momento ha logrado ver de sí misma y su anterior relación

En el ejercicio la paciente refiere *“Es lo mejor que pudo haber pasado, haber terminado, porque me imagino como sería si me hubiese casado con él y veo mucho sufrimiento, e inestabilidad... Hubiese sido muy duro. Él no es el hombre que deseo para mi vida. Me merezco algo mejor, porque valgo mucho.”*

El resultado de esta atención en crisis, permitió que ésta desarrollara mayor autoestima y credibilidad en sí misma y en el proceso que lleva.

OBSERVACIONES

Es necesario evaluar en la próxima sesión el efecto de las dos intervenciones realizadas para identificar el estado anímico de la paciente y la manera en como ha venido afrontando su diario vivir.

Se recomienda continuar con el registro de tareas diarias de dominio y agrado para reforzar los sentimientos de valía y a su vez orientar sus conductas hacia actividades de logro.

Sesión 15	Técnica utiliza -Psi coeducación
<p>OBJETIVO TERAPÉUTICO: Apoyar a la paciente en la identificación, planificación y elaboración de metas a mediano y largo plazo, Construcción de proyecto de vida.</p>	
<p>ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se trabajó el tema de proyecto de vida. Para ello se realizó lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se llevó un dialogo 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. Para el desarrollo de este dialogo, se utilizaron algunas metáforas de cuentos para guiar el proceso. Estas se pueden encontrar en el anexo 11 del formato de proyecto de vida • Posterior a ello 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 (ver formato en el anexo 10) <p>Finalizado el ejercicio se socializó el documento elaborado.</p>	
<p>RESULTADOS La paciente llega a consulta con ánimo alegre y manifestó en varias ocasiones que estuvo realizando los ejercicios aprendidos en sesión, estos son, construcción de propósitos y elaboración de argumentos más racionales. Respecto al acontecimiento anterior de recaída, refirió que en el transcurso de la semana no se sintió afectada por ello.</p> <p>Con relación al dialogo y la actividad del diligenciamiento del formato del proyecto de vida se logró identificar varios proyectos que desea alcanzar tales como: graduarse, estudiar en el extranjero, trabajar en una empresa ejerciendo su profesión, ser líder de la comunidad religiosa en la que participa, seguir creciendo personalmente, construir nuevos hábitos de salud. Al responder a las preguntas iniciales del formato, se puede identificar una percepción sobre sí misma y el futuro más propositiva, con metas claras y motivación para su logro.</p> <p>Frente a la actividad la paciente refiere” <i>Es mejor tener escrito las metas que se tienen en la vida. Como en el cuento del abuelo que decía que no se tenían los años vividos sino los que nos quedan...</i></p>	

Yo quiero que en esos que me quedan y que Dios me regalara, sea feliz alcanzando las metas que propuse y otras más que aparecerán en el camino”

OBSERVACIONES

Finalizada la sesión se le planteo que se desarrollaran otras 4 sesiones más para trabajar sobre el fortalecimiento de estrategias de afrontamiento, el cual es un objetivo del proceso terapéutico. Se le comunica que se trabajaran 2 sesiones para este tema y las otras 2 para realizar la evaluación posttest y cierre del proceso

Sesiones: 16 y 17	Técnica utiliza Psicoeducación “ Técnica de relajación. Manejo de la respiración Detección del pensamiento
--------------------------	--

OBJETIVO TERAPÉUTICO:

Fortalecer el uso de estrategias de afrontamiento y enfrentamiento funcionales.

ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

1. Se llevó un dialogo sobre los acontecimientos vivenciados en el transcurso de la semana antes de venir a las sesiones programadas.

2. Se realizó un proceso de psicoeducación sobre técnicas de relajación particularmente el manejo de la respiración y la detección del pensamiento. El objetivo de enseñar esta técnica fue, proveer a la paciente de recursos para afrontar situaciones estresoras y reforzar el aprendizaje sobre el control y manejo de las emociones. El desarrollo de esta actividad fue la siguiente:
 - Psicoeducación sobre el efecto de la respiración
 - Aplicación de la técnica.
 - Aclaraciones e inquietudes.

3. Psicoeducación sobre la técnica de detección del pensamiento, y aplicación en sesión

Cierre de sesión.

RESULTADOS

En relación a la actividad 1, la paciente refiere que ha estado tranquila y dedicada a los trabajos y actividades de la universidad. Menciona haber iniciado un grupo de formación dentro de la institución religiosa en la que participa como líder. *“He estado ampliando mi círculo de amigos, salgo más con amistades de la universidad, estoy en el gimnasio con mi mamá y dedicada al estudio. Estoy estable.”*

A continuación se ilustra el proceso llevado a cabo a manera de resumen para la psicoeducación de

las dos técnicas.

T: En estas dos sesiones vamos a trabajar sobre dos técnicas que considero, te van ayudar en el manejo y control de las emociones. La primera de ellas es una técnica de relajación y la segunda se denomina, detección del pensamiento. Si quieres, iniciamos por la técnica de relajación.

P: Si, me gusta.

T: la técnica de respiración es una técnica que permite que las personas aprendan a relajarse y esto ocurre, porque cuando sabemos respirar de manera profunda nos tranquilizamos ya que el oxígeno llega en mayor medida al cerebro. Al respirar de manera acelerada frente a situaciones de angustia, ira o estrés ocurre todo lo contrario, nos tensionamos y al no llegar suficiente oxígeno al cerebro, podemos empezar a hiperventilar lo cual puede provocar mareo, la sensación de ahogo, la visión borrosa, el aumento del latido cardiaco, el calor, hormigueo, agotamiento, etc.

P: Entiendo.

T: En otras culturas la respiración representa un acto maravilloso, por ejemplo, para la cultura oriental, respirar significa llenarse de vida y exhalar es liberarse. En este sentido, respirar es tan valioso, porque es lo primero que hacemos al nacer y lo último al morir. Iniciemos: lo primero que vas hacer es lo siguiente (instrucciones)

- Toma aire lentamente y profundamente por la nariz mientras contamos hasta tres intentando llenar todos los pulmones y observando como el abdomen sale hacia fuera.
- Realiza una pequeña pausa de pocos segundos.
- Suelta el aire por la boca mientras contamos hasta tres lentamente. En este proceso notarás como el abdomen se mete hacia dentro.
- Repite el ejercicio en varias ocasiones hasta que percibas sentirte tranquila. Recuerda que la respiración es capaz de hablarle a cualquier emoción.

La paciente realiza el ejercicio en sesión en varias ocasiones para aprender la técnica. Posterior al aprendizaje se socializó sobre cómo utilizar la técnica ante situaciones en donde percibiera que se siente angustiada o crea que pueda perder el control. Como un punto adicional a la técnica se le solicitó, que cada vez que la realice, preste atención exclusivamente a su respiración para que de esta manera, el foco atencional hacia los pensamientos intrusivos negativos, pierdan fuerza.

TECNICA DETECCIÓN DEL PENSAMIENTO. (resumen de intervención)

T: La técnica de detección del pensamiento es una técnica de autocontrol para evitar pensamientos rumiativos, es decir, pensamientos indeseados. Dos características importantes de este tipo de pensamientos es que son improductivos (es decir, no llevan a tomar acciones para resolver lo que preocupa) y no se adaptan a la realidad.

T: (instrucciones) como ya se hemos identificado a lo largo del proceso aquellos pensamientos que repites constantemente y te generan malestar, cada vez que estos aparezcan de nuevo, tú puedes decir: BASTA y buscas automáticamente otra actividad o pensamiento alternativo.

Como la paciente a lo largo del proceso ha documentado los pensamientos irracionales y los pensamientos racionales para combatirlos, se le indico que cada vez que los pensamientos irracionales aparezcan, es importante no prestarles atención y que es mejor ir a los racionales.

Parfraseo del terapeuta: “si constantemente vamos hacia los pensamientos y creencias racionales construidas en sesión, desarrollaras nuevas pautas de pensamiento y procesamiento de la información. Por otro lado, si no prestas atención a los pensamientos irracionales cuando aparezcan, estos, irán perdiendo valor

Al final de las sesiones realizadas la paciente refiere que comprendió bien el manejo de las técnicas y que cree que le servirán mucho para trabajar sobre el manejo de sus emociones.

Sesiones: 18-19	Técnica utiliza -Aplicación de pruebas psicométricas -Intervención cierre del proceso terapéutico. -juego de roles -auto registro- debate sobre ideas irracionales
OBJETIVO TERAPÉUTICO: <ul style="list-style-type: none">• Realizar evaluación pos test para identificar cambios presentados en relación con el tratamiento.• Socializar los resultados encontrados para identificar aspectos relevantes del proceso de tratamiento• Intervenir y Psicoeducar sobre prevención de recaídas• Realizar cierre del proceso psicoterapéutico.	
ACTIVIDADES DESARROLLADAS: <ol style="list-style-type: none">1. Se realizó la aplicación de las pruebas IDER, IDARE y estrategias de afrontamiento	

2. Posterior a la aplicación se trabajó sobre el tema de 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

Se socializan los resultados obtenidos en la evaluación pos test

RESULTADOS

Respecto a la actividad 1 se aplicaron los instrumentos de evaluación y se le explicó a la paciente su intencionalidad. Posteriormente se trabaja sobre los temas relacionados a la finalización de la terapia.

Con relación a este tema se logró identificar que la paciente presenta algunas preocupaciones sobre sí misma, es decir, dudaba que pudiera mantener la mejoría finalizado el tratamiento. Para trabajar sobre este tema se le solicitó que realizara una lista con sus pensamientos respecto a ello y que con lo aprendido en el proceso elaborara pensamientos alternativos para su manejo. Algunos de los pensamientos fueron los siguientes:

- No creo que sea capaz de ser disciplinada cuando ya no esté en tratamiento.

PENSAMIENTO RACIONAL:

“No tengo evidencia sobre esto. Esto son simplemente pensamientos y no hechos.

- Si me vuelvo a deprimir no sé si logre afrontarlo bien.

PENSAMIENTO RACIONAL: “He tenido un gran progreso y creo que si aplico lo aprendido sabré manejar esta situación cuando aparezca.

“sé que estoy mejor pero no estoy curada.

Frente a este pensamiento se conversó, de que efectivamente no se está mentalmente sano por completo pero que, debido a la realidad humana y las circunstancias que a diario vivimos, nadie lo está.

Se le manifiesto que es importante recordar los objetivos terapéuticos y que uno de ellos era enseñarle modos más efectivos para resolver sus problemas y que de una u otra manera, las problemáticas que se puedan presentar pueden ser resignificadas como escenarios de entrenamiento para potencializar los aprendizajes.

Respecto al tema de las recaídas se Psicoeduco sobre este tema, haciendo referencia que es natural que esto pueda llegar a ocurrir pero que lo más importante es tomar estas situaciones como una

oportunidad para utilizar lo aprendido y fortalecer las nuevas habilidades. Como actividad para trabajar este tema se realizó lo siguiente:

1. Se implementó un juego de roles en el que se le explico a la paciente lo siguiente: “vamos a entrenar un poco las habilidades que has desarrollado. En este momento yo hare el papel del preguntón pesimista y tú vas a tratar de responder a mis dudas con argumentos racionales. A continuación se expone un apartado a manera de resumen de lo trabajado sobre esta actividad en sesión

T: veo que te sientes muy bien ahora, pero ¿qué pasaría si empiezas luego sentirte mal y pienses que estas deprimida y las técnicas no sirvan?

P: Yo sé que servían porque ya antes había estado deprimida y con lo que aprendí y aplique en ese momento supere ese episodio

T: Pero supongamos que en este caso ninguna técnica funciona

P: suponer seria predisponerme a que eso ocurra, además no hay evidencias cuando supones. Solo se puede saber cuándo este en esa situación y mi decisión ahora es creer que si se puede.

T: ¿De qué te das cuenta con eso que acabamos de hacer?

P: que parece que si soy voy hacer capaz de estar bien.

En la siguiente sesión 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 y ansiedad eran considerablemente inferiores a la evaluación inicial.

Respecto a la prueba de estrategias de afrontamiento se le comunico, que había de igual manera resultados positivos, ya que las estrategias de reevaluación positiva, evitación cognitiva y evitación emocional presentaban mayores puntuaciones mientras que la estrategia de reacción agresiva presentaba puntuaciones inferiores.

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.

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

OBSERVACIONES

Anexo 10 Formato de auto registro

Fecha	Situación	Pensamiento/s automático/s	Emoción/es	Conducta
	<i>Describe:</i> 1. Lo que ha pasado. 2. Lo que estaba haciendo, pensando o imaginando	1. <i>Escriba</i> qué pensamientos ha tenido 2. <i>Valore</i> cuánto ha creído en cada uno de ellos (0-100%)	1. <i>Especifique</i> qué ha sentido (tristeza, ansiedad, rabia, etc.) 2. <i>Valore</i> la intensidad de cada emoción (0-100)	<i>Especifique:</i> 1. Lo que hace

Fecha	Situación	Pensamiento/s automático/s	Emoción/es	Respuesta racional	Resultado
	<i>Describe:</i> 1. Lo que ha pasado. 2. Lo que estaba haciendo, pensando o imaginando	1. <i>Escriba</i> qué pensamientos ha tenido 2. <i>Valore</i> cuánto ha creído en cada uno de ellos (0-100%)	1. <i>Especifique</i> qué ha sentido (tristeza, ansiedad, rabia, etc.) 2. <i>Valore</i> la intensidad de cada emoción (0-100)	1. <i>Escriba</i> pensamientos alternativos racionales a los pensamientos automáticos 2. <i>Valore</i> cuánto cree en cada uno de ellos (0-100%) 3. <i>Identifique</i> los errores cognitivos	1. <i>Valore</i> cuánto cree ahora en sus pensamientos automáticos (0-100) 2. <i>Especifique y valore</i> las emoción/es que siente ahora (0-100)

Anexo 11 Formato de proyecto de Vida

¿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 hacer para lograrlo	Tiempo pronosticado para lograr mis metas en mi proyecto de vida.

Cuento 1

El árbol que no sabía quién era

Había una vez un jardín muy hermoso en el que crecían todo tipo de árboles maravillosos. Algunos daban enormes naranjas llenas de delicioso jugo; otros riquísimas peras que parecían azucaradas de tan dulces que eran. También había árboles repletos de dorados melocotones que hacían las delicias de todo aquel que se llevaba uno a la boca. Era un jardín excepcional y los frutales se sentían muy felices. No sólo eran árboles sanos, robustos y bellos, sino que además, producían las mejores frutas que nadie podía imaginar.

Sólo uno de esos árboles se sentía muy desdichado porque, aunque sus ramas eran grandes y muy verdes, no daba ningún tipo de fruto. El pobre siempre se quejaba de su mala suerte.

– Amigos, todos vosotros estáis cargaditos de frutas estupendas, pero yo no. Es injusto y ya no sé qué hacer.

El árbol estaba muy deprimido y todos los días repetía la misma canción. Los demás le apreciaban mucho e intentaban que recuperara la alegría con palabras de ánimo. El manzano, por ejemplo, solía hacer hincapié en que lo importante era centrarse en el problema.

– A ver, compañero, si no te concentras, nunca lo conseguirás. Relaja tu mente e intenta dar manzanas ¡A mí me resulta muy sencillo!

Pero el árbol, por mucho que se quedaba en silencio y trataba de imaginar verdes manzanas naciendo de sus ramas, no lo conseguía. Otro que a menudo le consolaba era el mandarino, quien además insistía en que probara a dar mandarinas.

– A lo mejor te resulta más fácil con las mandarinas ¡Mira cuántas tengo yo! Son más pequeñas que las manzanas y pesan menos... ¡Venga, haz un esfuerzo a ver si lo logras!

Nada de nada; el árbol era incapaz y se sentía fatal por ser diferente y poco productivo.

Una mañana un búho le escuchó llorar amargamente y se posó sobre él. Viendo que sus lágrimas eran tan abundantes que parecían gotas de lluvia, pensó que algo realmente grave le pasaba. Con mucho respeto, le habló:

– Perdona que te moleste... Mira, yo no sé mucho acerca de los problemas que tenéis los árboles pero aquí me tienes por si quieres contarme qué te pasa. Soy un animal muy observador y quizá pueda ayudarte. El árbol suspiró y confesó al ave cuál era su dolor.

– Gracias por interesarte por mí, amigo. Como puedes comprobar en este jardín hay cientos de árboles, todos bonitos y llenos de frutas increíbles excepto yo... ¿Acaso no me ves? Todos mis amigos insisten en que intente dar manzanas, peras o mandarinas, pero no puedo ¡Me siento frustrado y enfadado conmigo mismo por no ser capaz de crear ni una simple aceituna!

El búho, que era muy sabio comprendió el motivo de su pena y le dijo con firmeza:

– ¿Quieres saber mi opinión sincera? ¡El problema es que no te conoces a ti mismo! Te pasas el día haciendo lo que los demás quieren que hagas y en cambio no escuchas tu propia voz interior.

El árbol puso cara de extrañeza.

– ¿Mi voz interior? ¿Qué quieres decir con eso?

– ¡Sí, tu voz interior! Tú la tienes, todos la tenemos, pero debemos aprender a escucharla. Ella te dirá quién eres tú y cuál es tu función dentro de este planeta. Espero que medites sobre ello porque ahí está la respuesta.

El búho le guiñó un ojo y sin decir ni una palabra más alzó el vuelo y se perdió en la lejanía. El árbol se quedó meditando y decidió seguir el consejo del inteligente búho. Aspiró profundamente varias veces para liberarse de los pensamientos negativos e intentó concentrarse en su propia voz interior. Cuando consiguió desconectar su mente de todo lo que le rodeaba, escuchó al fin una vocecilla dentro de él que le susurró:

– Cada uno de nosotros somos lo que somos ¿Cómo pretendes dar peras si no eres un peral? Tampoco podrás nunca dar manzanas, pues no eres un manzano, ni mandarinas porque no eres un mandarino. Tú eres un roble y como roble que eres estás en el mundo para cumplir una misión distinta pero muy importante: acoger a las aves entre tus enormes ramas y dar sombra a los seres vivos en los días de calor ¡Ah, y eso no es todo! Tu belleza contribuye a alegrar el paisaje y eres una de las especies más admiradas por los científicos y botánicos ¿No crees que es suficiente?

En ese momento y después de muchos meses, el árbol triste se alegró. La emoción recorrió su tronco porque al fin comprendió quién era y que tenía una preciosa y esencial labor que cumplir dentro de la naturaleza.

Jamás volvió a sentirse peor que los demás y logró ser muy feliz el resto de su larga vida.

Moraleja: Cada uno de nosotros tenemos unas capacidades diferentes que nos distinguen de los demás. Trata de conocerte a ti mismo y de sentarte orgulloso de lo que eres en vez tratar de ser lo que los demás quieren que seas.

Cuento 2

¿Cuántos años tienes?

Cuentan que en tiempos de la antigüedad había un sabio que con su sabiduría irritaba al rey del lugar. Entonces el rey fue a conocerlo. Cuando lo vio, lo primero que le preguntó fue: "¿Cuántos años tienes?" (Por aquello de que la sabiduría tiene que ver con la edad).

A lo que el sabio respondió: "No sé".

Esto puso al rey fuera de sí porque interpretó que el sabio estaba riéndose de él. Entonces gritó: "¡Cómo que no sabes cuántos años tienes! ¿Te estás burlando de mí?".

A lo que el sabio respondió serenamente: "No, señor. Los años que tengo son para mí los que me falta vivir y no los que he vivido, los que he vivido ya no los tengo, por lo tanto, no sé cuántos años tengo."

Anexo 12 Evidencias del trabajo realizado en algunas sesiones

Formato de auto registro.

Situación Factor desencadenante	Pensamiento	Emoción	Acción
Viernes noche Foto de persona vendiendo de viaje a Bogotá	Desapego, va a estar lejos	Tristeza y soledad	Horror y crisis de ansiedad
Viernes Pelea con mi mamá	Se desahoga conmigo por la difícil situación económica	Estres, Rabia fastidio	Sali rápido del apto, no respondí y dejé solo quedando solo
Viernes Invitación a integración de muestras	No ir para no ver gente y no responder a preguntas	No tener ganas de arreglarme, sin ánimo	Ir a la integración y fue muy productivo + me distraje
Viernes Reduce quedarme en casa de mi abuela.	Mejor quedarme en mi casa + estar sola	Tristeza por la foto del jueves + sensación de soledad	Trabaja a medianoche + tuve desvelo, ver película y medianoche
Sábado Borré sus fotos de FB e Instagram	No es justo tener sus fotos si no existe nada	decepción, dolor, soledad, sentíme Ra	Borré sus fotos + me di cuenta que las había borrado antes
Sábado Salir con mi mamá de compras	Espero de salir con mi mamá y despetirme	Algo de entusiasmo + ganas de no pensar en Jesús	Sali con ella, le compré algo a ella + me compré algo, hable con ella + poco fuimos el fin.
Más chismes sobre Gesù y Pucha Subalo	Porque hace cosas, no tiene sentido ella muerde el corazón de él	Tristeza + mucha Perseveración, Risa Nerviosa	me dae toda a las 11pm me hice muchos miscallos + con mucho desvelo
Domingo Ir a la iglesia	No tener ganas de encontrarme gente	Ganas de quedarme en la cama	fui a la iglesia + me sentí reconfortada
Domingo Dormir toda la noche	No pensar en nada	Ganas de no hablar mucho sueño Satisfacción	Dormí toda la noche + con helado luego descanse.
Lunes Buena nota Ingles N	Tengo esperanza de terminar mis estudios este año.	satisfacción, felicidad malograda	vaya, sentíme satisfecha.

Mi crédito, Mi futuro, Mi cooperativa

COOPFUTURO

Situación o Factor desencadenante.	Pensamiento	Emoción	Acción
<p>⊙ Lunes</p> <p>Hablé con un amigo muy querido.</p>	"se acordó de mí y yo solo es amigo de Gerson"	DesahogaRME, No me cuenta nada de Gerson y me corroboró es mejor no saber de él.	Hablar tranquilamente
<p>⊙ Lunes</p> <p>Videos en vivo.</p>	Que estaban haciendo en Bogotá	sorpresa de ver a Gerson más feliz que nunca.	sentimiento y algo de rabia hacia él. :'
<p>varios</p> <p>breve conversación con la hija de Gerson.</p>	Por fin voy a poder decir lo que pienso	Alegria, ansiedad, curiosidad	Hablar con ella, desahogarme y decirle lo que pasó
<p>varios</p> <p>llamada de Gerson</p>	Que quieren de mí, alguna razón de Gerson"	Rabia, tranquilidad, dolor, fastidio	Hablar con él, decir lo que quiero independientemente de lo que él quiere, desahogarme con el objetivo de que lo comente.

Diseñada por Universidad
 Intercambio de sistemas informáticos
 sobre el caso para condiciones de salud con
 Javier Morales

Mi crédito. Mi futuro. Mi cooperativa. **COOPFUTURO**

Ejercicio para trabajo sobre las distorsiones e identificación de creencias desde la triada cognitiva

Ejercicio para el abordaje de la distorsión cognitiva "Magnificar y minimizar"

Cuando usted se evalúa a sí mismo o a otra persona o situación magnifica enormemente lo negativo y minimiza lo positivo. Este tipo de comportamiento y esquema de pensamiento, se instaura ante sucesos estresores donde maximizar lo negativo tiene sentido, porque permite la supervivencia, pero con el tiempo y en otros contextos, no presentan utilidad y sin embargo, se sigue utilizando.

La implementación constante de esta distorsión, genera un hábito de interpretación y comportamiento frente a las diferentes esferas de la realidad, donde se alimentan 3 características que alimentan tu problemática.

1. Visión negativa de mí mismo. (Pensamiento)

• No soy una buena Pareja para nadie.

2. Forma negativa interpretar la realidad. (Pensamiento)

No voy a poder llevar a nadie.

3. Visión negativa acerca del futuro. (Pensamiento)

Me voy a quedar sola.

Cambio de pensamiento.

la unica forma es sistematica

magnificar antes
bueno antes
Ahora (1) Ahora
peor (2) mejor

- me llevo
- ① no estamos en tu misma isla
 - ② hubiese sido infeliz donde hubiese estado
 - ③ no toda la culpa es mía. Yo no tengo algo que no le puede ofrecer + eso no está mal
 - ④ no es mi problema

Razones

- Un hombre mujeriego
- Guarda secretos importantes.
- se está comportando de muy diferente a como lo conocí
- No le importo ni doler.
- Esco muy alto
- Burlar.
- Piensa solo en el .
- Me mintió en varios oportunidades

Forma negativa.

→ No voy a poder llevar a nadie.

Racional

→ Soy importante, no soy tan poca cosa y puedo llegar a hacer feliz a alguien.

3 ARGUMENTOS

1. Hago feliz a mis familiares
2. No soy perezosa pero nadie mas lo es.
3. Day TODO de mi tiempo.

FORMA NEGATIVA

→ Me voy a quedar sola.

Racional

→ Existe mucha gente en el mundo, falta mucha gente por conocer.

3 ARGUMENTOS

- 1.
- 2.
- 3.



Ejercicio de registro de propósitos

