

**INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DESDE EL MODELO COGNITIVO
CONDUCTUAL EN UN CASO DE TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR**

MARISOL BALLESTEROS GÓMEZ



**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
BUCARAMANGA,**

2018.

***Intervención psicológica desde el modelo cognitivo conductual en un caso de trastorno
depresivo mayor***

Proyecto presentado por:
MARISOL BALLESTEROS GÓMEZ
Para optar al título de especialista en psicología clínica

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



**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
BUCARAMANGA,**

2018.

Dedicatoria

Dios, por bendecirme y darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte para realización de este proyecto de vida.

A mis padres por heredarme los valores de la persistencia, perseverancia y constancia, ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo.

A mis hermanos por ser el ejemplo de los cuales aprendí aciertos y de momentos difíciles.

A mis amigos que nos apoyamos mutuamente en nuestra formación profesional y que hasta ahora, seguimos siendo amigos.

A las personas que han formado parte de mi vida profesional a las que me encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida.

Agradecimiento

A la Universidad Pontificia Bolivariana por brindarme la oportunidad de estudiar y realizar la especialización en psicología clínica que contribuyó en mi formación personal y profesional.

A mi Asesor de Practicas Especialista en Psicología Clínica Abdón Ribero Ardila por su gran apoyo, motivación y dedicación, quien con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia ha aportado para la culminación de la especialización.

Al Centro de Proyección Social por brindar la oportunidad de realizar las prácticas en psicología clínica en sus instalaciones, para el fortalecimiento y crecimiento profesional

Al programa de especialización en psicología clínica, a las coordinadoras, a la planta docente porque todos han aportado con un granito de arena a mi formación.

Tabla de Contenido

Dedicatoria	1
Agradecimiento	2
Tabla de Contenido	3
Lista de Tablas	4
Lista de Figuras	5
Lista de Anexo	6
RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO	7
GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE	¡Error! Marcador no definido.
Introducción	8
Objetivos	22
Objetivo General:	22
Objetivos específicos:	22
Método	23
Participante	23
Instrumentos De Exploración	23
Instrumentos de evaluación	26
Procedimiento	28
Fase de intervención	33
Resultados	45
Discusión	53
Conclusiones	57
Recomendaciones	59
Referencias	61

Lista de Tablas

Tabla 1. Descripciónfamiliar.....	34
-----------------------------------	----

Lista de Figuras

Figura 1. Familiograma.....	33
Figura 2. Resultados pre y pos tratamiento del Inventario clínico Multiaxial de Millon-II.	48
Figura 3. Resultados pre y pos tratamiento del Inventario depresión de Beck.....	49
Figura 4. Resultados pre y pos tratamiento del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).	50
Figura 5. Resultados pre y pos tratamiento de la Escala de Estrategias de Coping – Modificada (EEC-M).	51

Lista de Anexo

Anexo A entrevista clínica semiestructurada.....	71
Anexo B Clínica.....	72
Anexo C. Consentimiento Informado	79
Anexo D. Inventario clínico Multiaxial de Millon II.....	80
Anexo E. El Inventario de Depresión de Beck (BDI, BDI-II).....	85
Anexo F. El Inventario de Ansiedad de Beck.....	88
Anexo G. Escala de Estrategias de Coping – Modificada (EEC-M)	89
Anexo H. Desarrollo del plan de intervención.....	92
Anexo I Autoregistros – Tareas para casa	128
Anexo J. Lista de Pensamientos Positivos.....	129
Anexo K. Método ABC	131
Anexo L. Árbol de la Vida.....	132
Anexo M. Disfrutar las actividades agradables	133
Anexo N. Programa Semanal de Actividades.....	134
Anexo O. Metas Individuales	135
Anexo P. Resumen del tratamiento implementado según etapa y número de sesión	136

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DESDE EL MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN CASO DE TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

AUTOR(ES): Marisol Ballesteros Gómez

PROGRAMA: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR(A): Abdón Ribero Ardila

RESUMEN

En el presente estudio de caso único se presenta la comprensión y formulación de un plan de intervención para un diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor, basado en las técnicas cognitivo-conductuales: Terapia racional emotiva TREC, reestructuración cognitiva, técnicas de información, Psicoeducación, Biblioterapia, técnica de relajación progresiva, tareas para casa, prevención de recaídas. Para la evaluación del caso se realizó un análisis pre y post tratamiento, aplicando el Inventario clínico Multiaxial de Millon II, El Inventario de Depresión de Beck y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), Escala de Estrategias de Coping (EEC-R), así como una evaluación clínica mediante entrevistas y análisis funcional de la conducta. La intervención terapéutica consideró intervenir el estado de ánimo, afrontamiento de situaciones ansiógenas, durante 14 sesiones se evidenció efectividad del tratamiento disminuyendo los síntomas encontrados durante el estudio de caso clínico.

PALABRAS CLAVE:

Trastorno depresión mayor, ansiedad, cognitivo conductual, evaluación, intervención.

Vº Bº DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: PSYCHOLOGICAL INTERVENTION FROM THE BEHAVIORAL COGNITIVE MODEL IN A CASE OF DEPRESSIVE MAJOR DISORDERS

AUTOR(ES): Marisol Ballesteros Gómez

PROGRAMA: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR(A): Abdón Ribero Ardila

RESUMEN

The present case study presents the understanding and formulation of an intervention plan for a diagnosis of Major Depressive Disorder, based on cognitive-behavioral techniques of ABC Model, cognitive restructuring, information techniques, Psychoeducation, Bibliotherapy, progressive relaxation, homework. For the evaluation of the case, a pre and post-treatment analysis was performed, applying the Multiaxial Clinical Inventory of Millon II, The Beck Depression Inventory (BDI, BDI-II) and the Beck Anxiety Inventory (BAI), as well as a clinical evaluation through interviews and functional behavior analysis. The therapeutic intervention onboard to improve the mood, coping with anxious situations, in the course of 14 sessions the objective was achieved and maintained after a follow-up of one month.

PALABRAS CLAVE:

Major depression disorder, anxiety, insomnia, cognitive behavior, evaluation, intervention.

V° B° DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

Introducción

El presente trabajo monográfico registra el proceso de intervención psicológica desde el modelo cognitivo conductual para un caso único de una consultante con problemas asociados al trastorno depresivo mayor. En este apartado se realizará un acercamiento al enfoque cognitivo conductual que desde la psicología clínica es facilitador del proceso terapéutico, así como la descripción del trastorno y su prevalencia, según los criterios del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su 5ª edición (2013). También se mencionaran algunos autores relevantes del modelo y cuyo objeto ha sido abordar este tipo de trastornos y estudios que han demostrado efectividad en el tratamiento.

De acuerdo con lo anterior el consejo general de colegios oficiales de psicólogos (COP) (2014) plantea que la psicología clínica es la disciplina encargada de aplicar los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados por ésta para evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar y prevenir las anomalías o los trastornos mentales o cualquier otro comportamiento.

La American Psychological Association APA (2012), define la psicología clínica como una profesión que utiliza los principios, teorías y modelos derivados de la psicología para entender, explicar e intervenir los problemas emocionales, psicológicos y conductuales de la persona,

De igual forma, se debe resaltar que el trastorno depresivo es un trastorno mental consecuente de interacciones complejas entre factores psicológicos, biológicos y sociales y se caracteriza generalmente según la Organización Mundial de la Salud- OMS (2017), por sentimientos de tristeza, culpa, baja autoestima, disminución en las actividades cotidianas, pérdida de interés o placer, pérdida de apetito y corresponde a una de las principales causas de incapacidad ya que

según datos emitidos por esta organización, se estima que la prevalencia es del 3.3% al 21.4% lo cual indica que afecta en el mundo a 300 millones de personas. Sumado a lo anterior, la Organización Panamericana de la Salud- OPS (2015), hace énfasis a que los cuadros clínicos depresivos, se manifiestan cuando existe un episodio de decaimiento del paciente en aspectos como concentración, energía, apetito y productividad; sin embargo menciona que estos aspectos se deben dar de manera repetitiva afectando la calidad de vida del individuo por lo que se organizan de acuerdo a la sintomatología como: trastorno depresivo recurrente, clasificado en episodio grave, moderado, leve, con presencia de síntomas psicóticos o sin ellos, y en remisión.

Para autores como Ramasubbu (2014), la depresión es una enfermedad mental cuya prevalencia a nivel mundial se estima en el 3- 5% de la población adulta, y que, en el transcurso de la vida, puede afectar a un 10-20% con un riesgo entre dos y tres veces mayor en mujeres que en hombres. Como síntomas predominantes de esta enfermedad se destacan: pérdida de interés por las actividades usuales, fatiga, sentimiento de inutilidad, falta de concentración, deseo de morir, pérdida de apetito o de peso, insomnio, agitación o retraso psicomotor, junto con somatizaciones más o menos pronunciadas. Cuando varios de estos síntomas se mantienen presentes de forma constante, la depresión debe ser tratada (Zimmerman y Mattia, 2015).

Por su parte, la quinta versión del DSM (APA, 2013) el rasgo común de todos estos trastornos es la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo. La diferencia radica básicamente en la duración, la presentación temporal o la supuesta etiología, esta situación puede presentar muchos elementos de confusión a la hora de generar el diagnóstico clínico.

Sumado a lo anterior, autores como Paris (2013), hacen referencia que el cuadro clínico de depresión, se presenta como un conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza patológica,

apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo y somático, por lo que podría hablarse de una afectación global psíquica y física, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva.

La posibilidad diagnóstica de un trastorno depresivo suele plantear a partir de datos observacionales poco específicos, como el deterioro en la apariencia y en el aspecto personal, enlentecimiento psicomotriz, tono de voz bajo, facies triste, llanto fácil o espontáneo, disminución de la atención, verbalización de ideas pesimistas (culpa, hipocondría, ruina...) alteraciones del sueño y quejas somáticas inespecíficas (Casey, 2013).

De igual forma, se debe tener en cuenta el diagnóstico diferencial en la depresión, ya que éste se fundamenta en el enfoque clínico por el cual se identifica el cuadro de depresión, mediante la exclusión de otras posibles causas que presenten un cuadro clínico semejante que el paciente pueda llegar a padecer (Rihmer, 2015).

Además, en el caso de la depresión, los modelos cognitivos suponen que el origen de los fenómenos depresivos radica en disfunciones a nivel cognitivo, tales como distorsión de la información percibida, pensamientos automáticos negativos, “esquemas” depresogénicos o ideas irracionales (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1976; Ellis, 1962; Freeman, Simón, Beutler y Arkowitz, 1989; Melchembaum y Cameron, 1982; Shaw y Beck, 1981).

Es así como en el caso de la depresión mayor (endógena), aparecen al menos cuatro de los siguientes síntomas y durante más de dos semanas: alteración del apetito, del sueño, de la actividad psicomotora, del funcionamiento cognitivo, de la energía física, pérdida de la sensación de placer, sentimientos de culpa e ideación suicida (Gause y Zhang, 2017). Así mismo, pueden

aparecer también síntomas sicóticos congruentes o no congruentes con el estado de ánimo. Son frecuentes los antecedentes personales de episodios depresivos similares (50%) o de otras características, así como de ansiedad o angustia (Salvi, Maina y Frank, 2014).

Por otro lado, la comorbilidad en la depresión, según McDermut (2012), es la presencia de uno o más trastornos (o enfermedades), que se suman a los demás episodios clínicos de la enfermedad o trastorno primario; así mismo, la comorbilidad de la depresión conlleva dificultades en el manejo clínico, peor pronóstico, incluidas mayores probabilidades de resistencia al tratamiento, recurrencia y mayor riesgo de suicidio (Fava y Pava, 2015).

Teniendo en cuenta lo anterior es relevante tener presente las implicaciones clínicas y el impacto de la comorbilidad psiquiátrica en la práctica clínica y es importante conocer detalladamente la distribución de este fenómeno en los pacientes y sus factores asociados (Van Hemert, 2014), con el fin de dar un abordaje acertado, completo y eficaz en la solución del cuadro clínico evidenciado.

Trastorno depresivo

Para autores enfocados en el desarrollo de temas de salud mental, la depresión se suele asociar a un trastorno de tipo afectivo caracterizado por la presencia de diferentes síntomas que tienen que ver con el estado de ánimo, tristeza, alteraciones cognitivas, síntomas somáticos, pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de la vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado (Rodríguez y Thomas, 2014).

Este cuadro clínico es considerado como prominente, relativamente persistente e impregna todas las áreas de funcionamiento de una persona, de tal manera que se afecta significativamente su productividad; así mismo, desarrollan rangos de aparición de forma leve, cuyos síntomas sólo

alcanzan a generar una ligera incapacidad funcional en las actividades escolares, sociales habituales o en las relaciones con los demás (Ellis, 2013). Un rango moderado, cuando sus síntomas ocasionan impactos considerables en el desarrollo de las actividades básicas de la persona y finalmente, rangos o estadios graves, cuando sus síntomas interfieren notablemente en las actividades escolares o sociales habituales, o las relaciones con los demás, generando episodios críticos y de manejo clínico continuo y supervisado (Fanning, 2012).

De igual forma, el DSM-5 (APA, 2013), refiere que los trastornos depresivos son: trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, depresión mayor, distimia, disfórico premenstrual, depresión inducida por una sustancia, depresión no especificada, y depresión debido a otra afección médica; el manual establece que este tipo de trastorno se caracteriza por un cambio en el estado de ánimo donde el individuo se siente triste, vacío o irritable, del mismo modo se evidencian cambios somáticos y cognitivos que afectan la funcionalidad del individuo.

Sumado a lo anterior, autores como Nieltsel (2014), manifiesta que estos cuadros de depresión pueden ser definidos como un estado clínico caracterizado por una serie de manifestaciones ideáticas, de conducta y afectivas, con disminución de la autoestima, presencia de angustia y tristeza como síntomas predominantes, inhibición psicomotora y algunas manifestaciones somáticas típicas.

Uno de los síntomas claves o comportamientos de referencia o de determinación patológica, radica en cuando el paciente comienza a padecer abatimiento, tristeza, desgano, pérdida de interés por todo lo que lo rodea, e incapacidad para experimentar placer (Sartorius, 2012).

Sumado a lo anterior, la tristeza es habitualmente de intensidad progresiva, hasta llegar a veces a un estado de “tristeza infinita “como manifiestan algunos pacientes con depresión mayor (Rao, 2011).

Por otro lado, el pensamiento se vuelve lento, la ideación monotemática, con expresiones de dolor, culpa y vivencias de ruina inminente. Al mismo tiempo se comienza a descuidar las obligaciones laborales y familiares, con desaliño, falta de aseo, y manifestaciones similares, creándose un agudo problema social (Fanning, 2012).

El cuadro clínico se completa finalmente con ideas de autodestrucción, pensamientos relacionados con la muerte y el suicidio. La depresión psíquica es una de las más frecuentes enfermedades psiquiátricas, afectando en algún periodo de la vida, al 5-10 % de las poblaciones a nivel mundial (Melartin, 2015).

Clasificación de la depresión

Las múltiples clasificaciones de los síndromes depresivos, las cuales obedecen a perspectivas muy diferentes, se encuentran plasmadas en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM 5- 2013), y la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10, 1995), ambas basadas en la clasificación de síntomas que buscan un consenso en aras de una aplicación práctica y de un lenguaje común que permita el trabajo científico entre investigadores y clínicos.

En el DSM-5 (APA, 2013), la depresión es un trastorno del estado de ánimo y se subdivide en: trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado. En la CIE10 la depresión se incluye entre los trastornos del humor (afectivos) y se clasifica en: episodio depresivo leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos, grave con síntomas psicóticos y otros tipos de episodios depresivos (estados depresivos sin especificación o atípicos).

El trastorno de depresión mayor suele ser recurrente y, a menudo, el inicio de un episodio depresivo se relaciona con la presencia de acontecimientos o situaciones estresantes (Thompson, 2011).

Trastorno depresivo mayor

En un episodio grave, la mayoría de los síntomas están presentes de forma intensa y las ideas de suicidio y otros intentos de autolisis son frecuentes (Reyes, 2010). De igual forma, para Merikangas (2013), el cuadro depresivo mayor es una enfermedad frecuente en la población general. Actualmente la padecen más de 350 millones de personas en el mundo (Encuesta internacional de Salud Mental OMS, 2012). La prevalencia a lo largo de la vida varía entre el 11.1% y el 14.6%, y la incidencia acumulada anual es de 3% (1,2). En Colombia, la prevalencia a lo largo de la vida es del 12.1%, y a 12 meses es 5.6% según (Sheling, 2010).

Así mismo, para Collas y Castro (2016), el principal trastorno del estado de ánimo es la depresión mayor, la literatura especializada sobre el tema contiene varias revisiones que abordan distintos aspectos como su epidemiología, genética, etiología y fisiopatología (MacQueen y Campbell, 2013); Sin embargo, no se ha propuesto una posible conexión entre los más recientes hallazgos a nivel celular y molecular, con los cambios anatómico funcionales que ocurren en el cerebro de los pacientes con este cuadro clínico (MacMaster, 2010).

Sumado a esto, Murray López (2010) hace énfasis, que la depresión mayor es un trastorno del humor, constituido por un conjunto de síntomas, entre los que predominan los de tipo afectivo; no obstante, también pueden presentarse algunos de tipo cognitivo, volitivo y físicos. En general, la depresión mayor tiene un modo de manifestación polimorfo y puede enmascarse con los distintos trastornos que aparecen en determinados cuadros psicopatológicos (Hernández, Méndez y Garber, 2014).

La depresión es una de las causas más frecuentes de incapacidad en el mundo, solo en el año 2004 ocupó el tercer lugar entre las causas más comunes de años de vida perdidos por

incapacidad, Año de Vida Ajustado por Discapacidad (AVAD) en el mundo y el primer lugar en los países de ingresos medios y altos. Se calcula que en el año 2020 ocupará el segundo lugar de Año de Vida Ajustado por Discapacidad (AVAD) en el mundo, y el primero en el 2030 (Cercós, 2011).

La depresión afecta tanto el funcionamiento ocupacional y social como la salud física de las personas que la padecen, suele exacerbar el dolor, el malestar y la discapacidad asociada a otras condiciones médicas, disminuir la adherencia a los tratamientos y aumentar la mortalidad por esas condiciones (Kessler, 2012).

Una de las consecuencias más peligrosas de este tipo de clasificación como lo es la depresión mayor, es el suicidio, los pacientes que sufren depresión tienen cuatro veces más riesgo de suicidio que la población general; riesgo que se incrementa hasta 20 veces en los pacientes con las formas más severas de la enfermedad (Salvo, 2014).

Un episodio de depresión mayor se caracteriza por manifestar cinco de los síntomas diariamente o casi todos los días durante al menos 2 semanas (Sentimientos de tristeza, deseo de llorar, vacío o desesperanza, arrebatos de enojo, irritabilidad o frustración, incluso por asuntos de poca importancia, pérdida de interés o placer por la mayoría de las actividades habituales o todas, como las relaciones sexuales, los pasatiempos o los deportes, alteraciones del sueño, como insomnio o dormir por periodos prolongados, cansancio y falta de energía, por lo que incluso las tareas pequeñas requieren un esfuerzo mayor, falta de apetito y adelgazamiento, o más antojos de comida y aumento de peso, ansiedad, agitación o inquietud, lentitud para razonar, hablar y hacer movimientos corporales, (Ormel, 2010).

Así mismo, la severidad se considera como leve, moderada o grave, en función del grado de deterioro, educativo, familiar, laboral y social, y no debe estar relacionada con el abuso de sustancias psicoactivas o un trastorno mental orgánico (Penninx, 2013).

Por otra parte, DSM-5 (APA, 2013), es puntual frente a la afirmación de que el trastorno depresivo mayor debido a otra afección médica, se diagnostica cuando la depresión está relacionada con los aspectos fisiológicos o de otra afección médica y establece como criterios diagnósticos un estado de ánimo deprimido o irritable, que coexistan pruebas clínicas que el trastorno es el resultado de una condición fisiopatológica de otra afección médica, que no coincide ni cumple con criterios para ser diagnosticado otro trastorno y que no se origina durante el curso de un delirium y en ese sentido el consultante presenta deterioro en lo social, laboral y otras áreas del funcionamiento. Así como lo plantea la OMS la depresión constituye un gran factor de morbilidad, es una enfermedad que puede ser tratada de diferentes maneras, ya sea tratamiento psiquiátrico, activación conductual, psicoterapia individual, entre otras.

Enfoque cognitivo conductual

Es una terapia de intervención, basada en la interrelación de los pensamientos, las acciones y los sentimientos. Para trabajar con los sentimientos de la depresión, este modelo plantea la importancia de identificar cuáles son los pensamientos y acciones que influyen en el estado de ánimo para aprender a tener un mayor control sobre los sentimientos (Chacón, 2009).

La terapia se divide en tres temas, cada uno trabajado en un número determinado de sesiones; las primeras trabajan con la influencia de los pensamientos en el estado de ánimo. Las siguientes sesiones van encaminadas a trabajar con aquellas actividades diarias que afectan el estado de

ánimo. Las últimas sesiones se relacionan con el modo en que las interacciones con otras personas afectan el estado de ánimo, más que la realidad en sí, son las percepciones de ésta las que determinan al sujeto (Ballesteros, 2012).

Para autores como Güell (2009), la psicología cognoscitiva se preocupa de la unidad de la conducta, y busca invariantes cognoscitivos amplios, el intelecto, vuelve a encontrar así, un lugar preponderante en la personalidad.

El enfoque cognoscitivo pone de relieve la forma en que el hombre procesa en su mente la información, la evalúa y reacciona en función de sus planes y previsiones (Schrodt, 2012). En cuanto a la evaluación, ésta se centraría en el análisis de los constructos que motivan la conducta del paciente puesto que su percepción es la realidad imaginaria donde se mueve (Quesada, 2011).

Dentro del ámbito de las psicoterapias, la cognitiva es la que se ha demostrado más eficaz para su tratamiento, mostrando una reducción de la sintomatología depresiva prácticamente equivalente a muestras tratadas con antidepresivos (Hellerstein et al., 2001), como por ejemplo la fluoxetina (Dunner et al., 1996). Dentro de estas terapias, cuentan con suficiente apoyo empírico la terapia de conducta, la terapia cognitiva de Beck y la psicoterapia interpersonal de Klerman (Pérez & García, 2001, 2003).

De igual manera, el modelo la terapia cognitiva de Beck (1976) para la depresión, la segunda etapa se centra en el cambio cognitivo. El terapeuta explica al paciente la relación entre sentimientos, pensamientos y conductas, mientras insiste en la importancia de la participación activa.

Así mismo, el autorregistro de Ellis (1979) incluye situación activadora; cogniciones; consecuencias emocionales y conductuales; y durante el tratamiento evaluación de las

cogniciones; y efectos cognitivos, emocionales y conductuales de esta evaluación. La guía National Institute for Health and Clinical Excellence –NICE-) recomienda la Biblioterapia como estrategia de prevención en pacientes que presentan un alto riesgo de depresión o trastorno de ansiedad.

La mayor tarea del consultante dentro del proceso terapéutico será volver a trabajar por la identidad integrando diversas capacidades e identidades contribuyendo a una creación individual y social donde la creatividad constituye un reto importante, para encontrar fuentes de esperanza en la relación con los demás de modo que la vida tenga un nuevo sentido y merezca ser vivida. “Esto es una adaptación a mi vida que va cambiando” (Sinda, 2012).

Mecanismos de intervención farmacológica

Así mismo, los tratamientos farmacológicos no están exentos de controversia en relación con la eficacia que se les supone (Enserink, 1999; Greenberg & Fisher, 1997). Respecto al trastorno depresivo mayor representa una de las principales causas de discapacidad a nivel mundial (Lener y Miccu, 2016). Su neurobiología es compleja, e involucra factores genéticos, moleculares, neurofisiológicos y psicosociales (Dowlati, 2010). Las opciones de tratamiento incluyen la psicoterapia, los psicofármacos, la terapia electro convulsiva, y la terapia magnética trans craneal y profunda (Sullivan y O’Donovan, 2012).

Frente al tratamiento farmacológico disponible en la actualidad únicamente alcanza tasas de respuesta y remisión sintomática modestas (Borgues, 2010). Los antidepresivos actuales, a pesar de sus distintos mecanismos de acción, tienen como común denominador la regulación de sistemas de neurotransmisión mono aminérgica (serotonina, noradrenalina, dopamina), y comparten similar eficacia (Lamadrid, 2013).

En el tratamiento del trastorno de depresión mayor es pertinente remitir a médico psiquiatra quien formulará antidepresivos en primera instancia (Kupfer, 2011). Estos fármacos están constituidos con el fin de aumentar neurotransmisores a nivel cerebral, como serotonina, noradrenalina o dopamina, a través de distintos mecanismos de acción. La mayor parte de los antidepresivos actúan sobre la recaptación de mono aminas. La acción inhibitoria sobre la recaptación de noradrenalina o 5-HT conduce a un incremento de estas aminas en el espacio sináptico, gracias al cual se produce el efecto antidepresivo. El aumento inicial de las mono aminas en la sinapsis lleva inicialmente a una hiperactivación de los auto receptores pre sinápticos α_2 -adrenérgicos o 5-HT_{1A}, mediante la que se potencia la retroacción negativa sobre la síntesis y liberación de noradrenalina y 5-HT, respectivamente (Ramasubbu, 2014).

Desde otro punto de vista y posterior a que se descubriera la eficacia antidepresiva de la imipramina en 1957(Kuhn, 2010), fueron apareciendo una serie de antidepresivos que en conjunto reciben el nombre de heterocíclicos. Así, a los tricíclicos (imipramina, desipramina, amitriptilina, nortriptilina, clorimipramina) les han sucedido los tetracíclicos (amoxapina, maprotilina, mianserina), bicíclicos (viloxacina) y otros más atípicos (trazodona). Aunque los que han sucedido a los tricíclicos trataron de distinguirse de aquellos reduciendo sus efectos secundarios, hoy día se pueden englobar en el mismo grupo y se conocen comúnmente como los antidepresivos tricíclicos (ADT), ya que presentan entre sí más similitudes que diferencias (Bannister, 2011).

Los medicamentos más estudiados son los Inhibidores selectivos de la recaptura de Serotonina (ISRS), fluoxetina, sertralina, paroxetina, citalopram, escitalopram. Luego los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina y noradrenalina (ISRNA), llamados

Antidepresivos Duales (inhibido- res mixtos) venlafaxina, duloxetina, Antagonistas alfa dos (Mirtazapina) y agomelatina, como los más conocidos (Lam y Kennedy, 2011).

Sin embargo, no todos los antidepresivos son efectivos a las personas; la evidencia científica señala que hay una respuesta entre el 50-70% y que hay un periodo de latencia de 4 semanas para lograr obtener los efectos esperados (Belló, 2015).

Objetivos

Objetivo General:

Describir el proceso de análisis e intervención de un caso clínico de trastorno depresivo mayor desde el modelo cognitivo conductual.

Objetivos específicos:

Identificar mediante el proceso de evaluación clínica el problema actual de la consultante.

Caracterizar desde la psicología clínica la sintomatología presentada por la consultante, con el fin de ser intervenida desde el modelo cognitivo conductual.

Disminuir la sintomatología del trastorno depresivo presentada en la consultante, mediante el diseño y aplicación del proceso de intervención psicológica basado en el modelo cognitivo conductual.

Valorar la efectividad del proceso de intervención desde el modelo cognitivo conductual basado en la evidencia.

Método

Participante

Mujer de 44 años de edad, residente del municipio de Piedecuesta, Santander, nivel de escolaridad de bachiller, soltera, actualmente vive con sus padres y tres hermanos (dos hombres y una mujer) quien acude a consulta a la IPS de la Universidad Pontificia Bolivariana en la ciudad de Piedecuesta debido, la consultante vuelve a encontrarse con su expareja esta situación que desencadena en la consultante problemas a nivel fisiológico, sentimientos de tristeza, cansancio, cambios en el estado de ánimo, situaciones ansiógenas relacionadas a la presencia de su ex pareja luego de 10 años de ausencia.

La consultante manifiesta que tras la ruptura sentimental hace 10 años tuvo que acudir al servicio de urgencia de la clínica donde estuvo hospitalizada por ocho días y tratada farmacológicamente. Del mismo modo refiere que “pese a que no sentía nada por él”, “volverlo a ver me trajo recuerdos negativos” que ocasionaron los síntomas mencionados anteriormente.

Instrumentos De Exploración

Entrevista semiestructurada.

Se implementó un modelo de entrevista basada en Cormier y Cormier (2000), que se enfoca en áreas de indagación, logrando la obtención de una mayor cantidad de información relevante, de manera válida y confiable. La entrevista incluye, en este estudio de caso, algunos elementos transversales que permiten dotar de tal validez y fiabilidad la información obtenida, tales como el establecimiento del rapport, la observación de la voz y el discurso, de la conducta no verbal, de la apariencia personal, el uso de vocabulario apropiado según el consultante; así como la

implementación de estrategias de entrevista como el uso de paráfrasis, la formulación de preguntas abiertas y adecuadas (evitar preguntas indiscretas que se salgan de los parámetros del objetivo de la intervención, evitar preguntas que puedan desorientar y generar respuestas equivocadas, evitar conducir a la persona hacia un tipo de respuesta, etc.), el cambio de tema oportuno, la retroalimentación, el manejo de los silencios, entre otros. Se siguió la estructura básica de entrevista, que corresponde a encuadre, entrevista y cierre de la misma, explicitando que en el encuadre se clarifica el objetivo y metodología; así mismo en el instrumento se abarcan las áreas de indagación, que corresponden a la delimitación inicial del problema, implicaciones del problema, análisis de secuencias, análisis de parámetros, evolución del problema, autocontrol, motivación y expectativas; y se cierra generando conclusiones y retroalimentando la información obtenida. (Ver anexo A).

Historia clínica

Se utilizó el formato de historia clínica para adultos de la IPS de la Universidad Pontificia Bolivariana en la ciudad de Piedecuesta el cual consta de los siguientes 11 ítems que describen datos demográficos de la consultante, datos relevantes para el análisis funcional de la conducta y aspectos de diferentes áreas como académica, laboral, entre otras, impresión diagnóstica y la descripción en breve del proceso terapéutico. (Ver anexo B).

Análisis funcional.

Es un modelo de formulación de caso que sintetiza la información obtenida a través de los diferentes métodos de valoración y evaluación, y proporciona una comprensión de la funcionalidad del comportamiento en el ambiente del individuo, así como define las contingencias que determinan la aparición de la conducta (Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012). El análisis funcional elaborado incluyó los siguientes aspectos: datos básicos del consultante, motivo de consulta, descripción del motivo de consulta, problema, descripción de los problemas, historia personal, evaluación sincrónica, evaluación diacrónica (factores de predisposición, adquisición, mantenimiento y protectores), dominios (emocional afectivo, cognoscitivo verbal, interacción y repertorios relacionados a salud), contextos (académico laboral, familiar, pareja sexual, condiciones ambientales y estímulos discriminatorios), formulación de hipótesis (problema e hipótesis), análisis explicativo (repertorios de autocontrol, autoconocimiento, repertorios para modificar el ambiente, regulación verbal del comportamiento, identificación de conducta, conducta clínicamente relevante y función explicativa), diagnóstico diferencial, diagnóstico y plan de intervención.

Consentimiento informado

El consentimiento informado, utilizado en la IPS de la Universidad Pontificia Bolivariana en la ciudad de Piedecuesta, está basado en lo propuesto en el documento validación lista de chequeo para la elaboración del consentimiento informado en el ejercicio profesional de la psicología en Colombia, publicado en 2015 por el Colegio Colombiano de Psicólogos y que tiene como investigadores principales al psicólogo Gerardo Augusto Hernández Medina, abogado

Magíster en Derecho Penal y Criminología y la Psicóloga Maritza Sánchez Ramírez, especialista en Educación Médica y Magister en Psicología. (Ver anexo C).

Instrumentos de evaluación

Inventario clínico Multiaxial de Millon II. (Millon, 1997).

Es un cuestionario que pretende evaluar la personalidad, la presencia de trastornos de personalidad y las dificultades emocionales y/o interpersonales de los sujetos, de manera que se aporte al proceso de toma de decisiones en el curso terapéutico. El inventario está constituido por 175 ítems con un formato de respuesta dicotómico de Verdadero o Falso, que evalúan 26 escalas, 4 de fiabilidad y validez que abarcan Validez (V), Sinceridad (X), Deseabilidad (Y) y Alteración (Z); 10 escalas básicas de la personalidad que comprenden Esquizoide (1), Fóbica (Evitativa) (2), Dependiente (3), Histriónica (4), Narcisista (5), Antisocial (6A), Agresivo/Sádica (6B), Compulsiva (Rígida) (7), Pasivo/agresiva (Negativista) (8A) y Autodestructiva (Masoquista) (8B); 3 escalas de personalidad patológica que incluye Esquizotípica (S), Límite (C) y Paranoide (P); 6 escalas de síndromes clínicos de gravedad moderada que abarca Ansiedad (A), Histeriforme/Somatoforme (H), Hipomanía (N), Neurosis depresiva-distimia (D), Abuso de alcohol (B) y Abuso de drogas (T); y 3 escalas de síndromes de gravedad severa que incluye Pensamiento psicótico (SS), Depresión mayor (CC) y Delirios psicóticos (PP). Este inventario está dirigido a población adulta, mayor de 18 años, con una duración de desarrollo de 25 a 40 minutos. La interpretación del cuestionario permite definir la validez de la prueba e identificar las escalas que presentan una puntuación significativa o la posible presencia de algún tipo de personalidad patológica o síndrome clínico (Millon, 1997). Este inventario ha sido ampliamente utilizado, especialmente en Latinoamérica, en las áreas clínica y de investigación pues permite

obtener resultados válidos y confiables sobre un amplio rango de síndromes clínicos, facilitando su diagnóstico y posterior tratamiento (Millón 1997). (Ver anexo D.)

Inventario de Depresión de Beck (BDI, BDI-II) (Beck, 1996).

El Inventario de Depresión de Beck (BDI, BDI-II), creado por el psiquiatra, investigador y fundador de la terapia cognitiva, Aarón T. Beck, y sus colaboradores en 1961 y cuenta con más de 500 estudios publicados que avalan sus propiedades psicométricas en población clínica y no clínica, así como su uso transcultural en investigación. Este instrumento es uno de los más comúnmente utilizados para medir la severidad de una depresión. Está compuesto por 21 ítems de respuesta múltiple relacionados con síntomas depresivos, valora fundamentalmente los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión. Es la que mayor porcentaje de síntomas cognitivos presenta, como culpa o sentimientos como estar siendo castigado, destacando además la ausencia de síntomas motores y de ansiedad; así como síntomas físicos relacionados con la depresión (por ejemplo, fatiga, pérdida de peso y de apetito sexual) (Beck, Steer y Garbin, 1988; Piotrowski, 1996; Sanz, Navarro y Vázquez, 2003). (Ver anexo E).

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). (Beck y Steer ,2011).

Es uno de los cuestionarios con mayor trayectoria en el ámbito clínico e investigativo en lo relativo a la evaluación de la ansiedad; su autor es Aarón Beck y Robert Steer, contiene 21 ítems que mide de manera auto informada los síntomas de la ansiedad menos compartidos con los de la depresión. Los pacientes responden a cada una de las cuestiones en una escala que va de “nada

en absoluto” a “gravemente, “casi no podía soportarlo”. El BAI discrimina adecuadamente entre grupos de pacientes con y sin trastorno de ansiedad en diferentes poblaciones clínicas. Es uno de los cuestionarios con mayor trayectoria en el ámbito clínico e investigativo en lo relativo a la evaluación de la ansiedad, específicamente de la gravedad percibida respecto a los síntomas presentes, por lo cual posee una gran confiabilidad, desde lo estadístico y lo práctico. El cuestionario consta de 21 ítems tipo Likert, que evalúan la dimensión general de ansiedad a partir de dos factores, el somático y el de síntomas afectivo-cognitivos, presenta un Alpha de Cronbach de .93, y se maneja un punto de corte de 13 puntos para indicar presencia de sintomatología que precisa atención clínica (Sanz, 2014). (Ver anexo F).

Escala de Estrategias de Coping – Modificada (EEC-M). (Londoño et. Al, 2006).

Esta escala auto administrada contiene 69 ítems, con opciones de respuesta tipo Likert, en un rango de frecuencia de uno a seis desde “Nunca” hasta “Siempre”. Se adaptó consistentemente en una población adulta colombiana en el año 2006 por Londoño y colaboradores. Está construida con doce 12 factores que representan la información sobre la manera como la población adulta emplea el conjunto de recursos y esfuerzos tanto cognitivos como comportamentales orientados a resolver el problema, a reducir o eliminar la respuesta emocional o a modificar la evaluación inicial de la situación. (Lazarus & Folkman, 1987; Fernández – Abascal & Palmero, 1999). (Ver anexo G).

Procedimiento

El proceso de intervención terapéutica se desarrolló en catorce (14) sesiones, distribuidas en un lapso de ocho meses; con dos meses de interrupción de la intervención, ubicados en diferentes

momentos, dos meses de receso por cierre semestral de la práctica, en el cuadro de desarrollo del plan de intervención en el anexo G, proceso del tratamiento implementado según etapa y número de sesión. El proceso terapéutico se ejecutó en cuatro etapas, que se describen de la siguiente manera:

Primera etapa: Evaluación y diagnóstico.

En la primera etapa, que abarcó las primeras cuatro sesiones, con duración de 45 a 50 minutos cada una, con una frecuencia cada ocho días, se llevó a cabo la evaluación del sujeto, que incluyó diversos métodos que permitieron una evaluación completa del mismo, implementando los instrumentos anteriormente expuestos, y generando una integración de los resultados para definir un diagnóstico para el consultante; se realiza la valoración del caso, acudiendo, de manera cronológica, al consentimiento informado, a los instrumentos de exploración, la historia clínica institucional, la entrevista semiestructurada, la historia clínica a profundidad y el análisis funcional, prosiguiendo con la aplicación de los instrumentos psicométricos, el inventario clínico Multiaxial de Millon II, El Inventario de Depresión de Beck (BDI, BDI-II) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), Escala de Estrategias de Coping (EEC-R). A partir de la información obtenida mediante la totalidad de las estrategias implementadas para la evaluación, se generó un diagnóstico a partir de los criterios del DSM-V, que permite, la identificación de las problemáticas de la consultante, la formulación de los objetivos terapéuticos y el diseño de un plan intervención.

Segunda etapa: Intervención

Las sesiones realizadas en esta etapa, de la sesión cinco a la once, con una duración de 45 a 50 minutos, con encuentros cada ocho días y la devolución de los resultados de la evaluación y en base a ello se explicó a la consultante el diagnóstico referido el objetivo de elevar el estado de ánimo y regular las alteraciones del sueño. Se realizó una intervención mediante técnicas de información con el objetivo de orientar al consultante respecto a su diagnóstico, de manera que el mismo sea consciente de su condición, de las consecuencias de la misma, y del tratamiento que debe seguir para manejarla; se establecen tareas para casa como autoregistros, actividades como caminatas de 30 minutos diarias, y técnica del espejo de modo que obtenga Feedback positivo. Así mismo se aplicó la Prueba Estrategias de Coping y entrenamiento en solución de problemas.

Se implementó un programa de actividades placenteras, que incluía la planificación de actividades. Asimismo, se dieron pautas de higiene de sueño y técnicas de relajación progresiva, para favorecer su regulación del sueño y disminuir la ansiedad. A través del dibujo de un árbol y la reflexión personal, haciendo un recorrido por la vida de la consultante identificando en el tronco las fortalezas, en las ramas metas alcanzadas, en los frutos las oportunidades, en las hojas secas las debilidades, en el sol los sueños, en nube con rayo las amenazas y se diseña proyecto de vida con metas a corto, mediano y largo plazo.

Asimismo, se trabajó con la consultante la terapia racional emotiva - Modelo ABC de Albert Ellis A" (por "Activating Event ") representa el acontecimiento activador, suceso o situación. Puede ser una situación o acontecimiento externo o un suceso interno (pensamiento, imagen, fantasía, conducta, sensación, emoción, etc.). "B" (por "Belief System") representa en principio al sistema de creencias, pero puede considerarse que incluye todo el contenido del sistema

cognitivo: pensamientos, recuerdos, imágenes, supuestos, inferencias, actitudes, atribuciones, normas, valores, esquemas, filosofía de vida, etc. "C" (por "Consequence") representa la consecuencia o reacción ante "A". Las "C" pueden ser de tipo emotivo (emociones), cognitivo (pensamientos) o conductual (acciones), se llevó a cabo para identificar el suceso activante al reencontrarse con su expareja y validar la generación de pensamientos y recuerdos por ejemplo salidas y lugares donde compartían su noviazgo, lo que crea un ambiente de malestar, tristeza, insomnio, y apatía. Después de ello se realiza una discusión para identificar situaciones y pensamientos que aporten a una reacción saludable.

La biblioterapia es una técnica realizada a través de la lectura, en éste caso se utilizó para llevar a cabo un diálogo reflexivo en cada sesión sobre el texto leído y los posteriores aprendizajes, las tareas para casa como autoregistros se utilizaron para registrar pensamientos y comportamiento de la consultante fuera de sesión con el fin de identificar pensamientos y comportamiento que luego se convertirían en funcionales o adecuados, y establecer cuáles de ellos son positivos.

Tercera etapa: Evaluación pos y cierre

Terminado el proceso de la etapa de intervención, se realiza en la sesión 12, la aplicación de los mismos instrumentos aplicados al inicio Inventario clínico Multiaxial de Millon II, El Inventario de Depresión de Beck (BDI, BDI-II) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), Escala de Estrategias de Coping (EEC-R), y entrevista para verificar el avance durante el lapso de las terapias y de manera dar cumplimiento a los objetivos.

Se socializaron los resultados obtenidos en la evaluación pre y post, dando a conocer los cambios positivos. La consultante refiere acerca de su evolución y resultados, se recomienda la

continuidad de los ejercicios de espejo, pensamientos positivos de manera independiente y autónoma, además se provee técnicas sobre higiene del sueño.

En cuanto a las ganancias del proceso terapéutico la consultante manifiesta que ha aprendido a dejar de lado los pensamientos negativos, incorporando nuevos pensamientos positivos.

Finalmente se realiza un refuerzo positivo a la consultante por los cambios obtenidos, se realiza prevención de recaídas para que al tener las herramientas tenga la opción de implementar de manera autónoma, de este modo se le insta y compromete a mantenerlos y recomienda mantener los cambios positivos, se agradece por la dedicación y constancia, el esfuerzo, se realiza la despedida, mencionando que dentro de un mes se realiza seguimiento.

Cuarta etapa: seguimiento

En esta etapa se tuvo en cuenta los recursos cognitivos conductuales que se ejecutaron durante las sesiones como reestructuración cognitiva, la biblioterapia, auto mensajes, tareas para casa, ejercicio diario y terapia de relajación progresiva de Jacobson. En ésta fase el consultante manifiesta conductas que haya integrado de auto cuidado, crecimiento personal, su mejoramiento de autoimagen tanto física como psicológica, refiere tener más sentimientos de seguridad basados en sí misma y el desarrollo de recursos para afrontar momentos de mayor dificultad. Se realiza entrevista a la hermana con el fin de corroborar si la consultante ha presentado recaídas durante el último mes.

Fase de intervención

Formulación del caso clínico

Nombre: L. M. L.

Edad: 41 años

Fecha de nacimiento: 11/05/1973

Escolaridad: Bachiller

Ciudad: Piedecuesta **Estado Civil:** Soltera

Religión: católica

Ocupación: Enseñar catecismo

Hijos: La consultante no tiene hijos.

Antecedentes Psiquiátricos: fue hospitalizada hace 10 años por una crisis emocional, producto de la ruptura de la relación sentimental, donde estuvo internada por ocho días y tratamiento farmacológico durante seis meses para depresión y ansiedad.

Tipología: Familia nuclear padre e hijos (Madre fallece hace dos años).

Familiograma

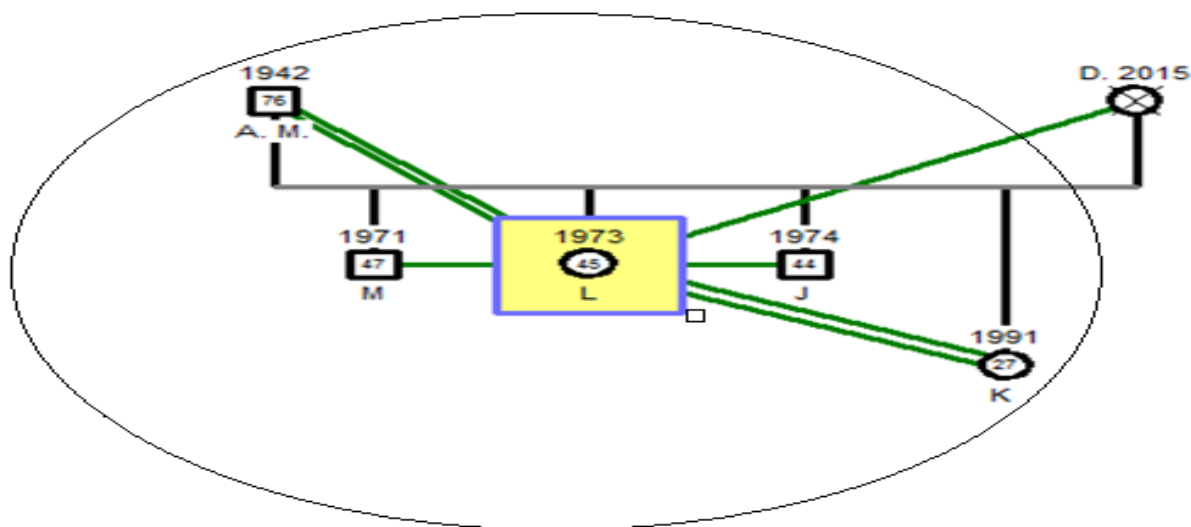


Figura 1. Familiograma.

Familia nuclear conformada por papá e hijos dentro del hogar (madre fallece hace dos años). El paciente identificado es la hija, quien sus relación entorno familiar son cercanas y armoniosas, pero tiene más cercanía con su padre y hermana menor los cuales son su redes de apoyo, siempre la escuchan y están pendiente de ella.

Tabla 1 *Descripción familiar*

Nombres y Apellidos	Parentesco	Edad	Ocupación	Escolaridad	Relación del marco esta persona
A.M.	Padre	75 años	No refiere	Primaria	Cercana
M.M.	Hermano	46 años	Joyero	Bachiller	Cercana
J.M	Hermano	43 años	Conductor	Bachiller	Cercana
K.M	Hermana	26 años	Auxiliar Contable	Técnico	Cercana

Nota: *Las edades de los usuarios corresponden a la edad que tenían al momento de la primera atención. Para hacer cálculos de la edad actual se recomienda acudir a la fecha de nacimiento registrada en el Familiograma.

Motivo de Consulta:

“Siento mucha tristeza, no me dan ganas de levantarme de la cama, siento ganas de llorar constantemente”

Descripción del motivo de consulta:

La consultante refiere: “hace aproximadamente diez años terminé con mi novio, lo cual me generó depresión estuve en una clínica de reposo ocho días con medicamentos durante seis meses, después me recupere, hace dos años murió mi madre solo me sentí triste. Pero en agosto 2017 me encuentro con mi ex pareja, nuevamente me siento triste, sin ánimo, no puedo dormir, lloro, no me quiero levantar, consulte un médico me dio pastillas para poder dormir”.

Problemas:

- Insomnio
- Falta de ánimo para realizar las actividades cotidianas
- Poca energía
- Inseguridad
- Sentimientos de desesperanza

Descripción de los problemas:

La consultante ha presentado varios problemas con el estado de ánimo desde hace 10 años cuando su relación de pareja se dio por finalizada, este suceso le genera una posible crisis de ansiedad y depresión, que conlleva a ser internada en una clínica de salud mental durante ocho días, luego de esta circunstancia, en el año 2016 fallece su madre quien es su confidente, situación que solamente le genera tristeza; en agosto 2017 tiene un reencuentro con su ex pareja, esta situación le genera ansiedad, insomnio, falta de ánimo para realizar las actividades cotidianas. La consultante menciona que ya no lo quiere pensar más en él (llanto), siente ganas de llorar constantemente, no siente ganas de levantarse.

Bajo estado de ánimo: La Sra. L menciona en consulta que constantemente se siente triste, refiere “lloro mucho y no puedo controlarme”, además expresa “no me dan ganas de hacer nada, no siento interés por las cosas, como si nada me importara”, también comenta que no siente ganas de levantarse de cama, menciona a su vez dificultades para conciliar el sueño por lo que expresa que ha consultado recurrentemente a medicina general le ha formulado Clonazepam y levomepromazina como medicamentos para controlar los síntomas.

Ansiedad: Permanece con preocupación intensa, excesiva y persistente debido a sus pensamientos sobre su ex pareja, además en la noche no puede dormir.

Pensamientos intrusivos: La consultante manifiesta algunos pensamientos que la invaden y atormentan insistentemente generalmente en las noches, generando malestar clínico psicológico y sufrimiento, de tal manera que responde ante esto con ansiedad y tristeza. Refiere que quiere dejar de pensar en su ex pareja pero de pronto aparece ese pensamiento y no puede dejarlo.

Ideas disfuncionales: La consultante constantemente expresa pensamientos en los que se evidencian distorsiones cognitivas, tales como “No soy capaz”, cuando quiero expresarme me da miedo, que puedan pensar los demás de mí. Este tipo de pensamientos le generan a la Sra. L. inseguridad, intranquilidad.

Historia personal:

La consultante tiene 41 años de edad, su niñez vivió en una casa de campo en el municipio de la mesa de los Santos Santander, donde pasó sus primeros 13 años, allí fue al colegio quedaba a media hora, estudiaba todo el día, jugaba con sus hermanos y primos, después sus padres deciden radicarse en el Municipio de Piedecuesta Santander, allí terminó su bachillerato; Manifiesta que fue una persona de pocos amigos tanto en la niñez como en la adolescencia, aprendió sobre confecciones y bordados, actividad que desempeño hasta hace 10 años, después trabajo con bordados, hace cinco años se retiró al identificar problemas visuales gracias al trabajo realizado ahora se dedica al hogar donde vive con su padre y hermanos, los días sábado enseñaba a niños catequesis.

La consultante también manifiesta sentimientos de dolor por el fallecimiento de su madre dos años atrás, a la fecha no se ha repuesto atribuyéndole su mejoría a la fe en el credo que profesa.

En agosto del 2017 se reencuentra con su expareja, y evoca algunos recuerdos y con ellos sentimiento de tristeza y posibles síntomas depresivos e insomnio además refiere lo siguiente:

“No quería salir de mi habitación, ni levantarme, se sentía sin animo; el médico me formulo Clonazepam y Levomeprozamina”.

Evaluación sincrónica:

La Consultante después de la ruptura de la relación de pareja ha venido presentando una serie de problemas en su vida cotidiana, relacionados con su conducta, pensamiento, afrontamiento de la vida, colocando en riesgo su salud mental, lo cual ha generado dificultades a nivel individual, familiar y social, no obstante su madre, que era su amiga y confidente fallece hace dos años, luego de esta situación hace aproximadamente ocho meses se encuentra con expareja situación que le causa una serie de síntomas como ansiedad, pocas ganas de levantarse, insomnio, sin energía para realizar las actividades cotidianas, además se auto medica con Clonazepam para la ansiedad y depresión, levomeprozamina para el insomnio.

Evaluación Diacrónica:

-Factores de Predisposición:

Dificultad en resolución de problemas.

Consumo de medicamentos sin control del médico tratante.

- Factores de Adquisición:

Deficiente Red de Apoyo

Dificultad de afrontamiento

- Factores de Mantenimiento:

Pensamientos recurrentes de momentos compartidos con su expareja.

Estrategias de afrontamiento escasas

- Factores Protectores:

Motivación por mejorar

Receptividad de tratamiento

Apoyo emocional de su familia

Grupo espiritual

Análisis explicativo:

Repertorios de autocontrol: La consultante ha intentado superar y sobreponerse a la situación estresante, la ruptura de la relación sentimental, evitando pensar en él, siempre que evita pensar, está pensando en esa situación generando ansiedad, insomnio, desanimo durante todo el día.

Autoconocimiento: La consultante reconoce la situación actual, que tiene problemas que no ha podido resolver sin embargo, comenta que no conoce con exactitud que le está generando esas dificultades que la atormentan constantemente y que le causan sentirse triste y sin ánimo, además no le permiten dormir.

Repertorios para modificar el ambiente: A pesar de las diversas dificultades que ha venido presentando la consultante, esta se esfuerza por llevar a cabo distintas actividades en el hogar y asistir a espacios espirituales, que le han permitido no centrarse totalmente en sus problemas, además de esto mantiene cierto tiempo leyendo, viendo televisión.

Regulación verbal del comportamiento: La consultante regularmente se expresa de sí misma de manera negativa como “no puedo dejar de pensar en él”.

Identificación de conducta.

Conducta clínicamente relevante CCR2: La consultante en las primeras sesiones lloraba y no mantenía la mirada, sentía dificultad para expresar.

Función explicativa:

La evitación es la estrategia más utilizada con frecuencia por la consultante, donde querer soslayar pensar en su expareja para ella sería la solución a su sufrimiento, y de ésta manera sentirse tranquila, cada vez que piensa en su ex pareja, le genera un estado de ánimo de tristeza, la cual se manifiesta a través de llanto constante, insomnio, sin ánimo de levantarse y con la actitud de no querer hacer nada.

Impresión Diagnóstica:

La consultante cumple con los criterios diagnósticos del DSM V: Estado de ánimo bajo e irritabilidad, incapacidad para disfrutar de las cosas que le gustan, problemas para estar concentrada en comparación con el funcionamiento previo, problemas de atención, aislamiento, labilidad emocional, ansiedad, desesperanza, alteraciones en el sueño y la energía, dificultad para pensar en el futuro.

- **296.21 (F32.0) Trastorno de Depresivo Mayor**

Gravedad: Leve

Diagnóstico Diferencial

Episodios maníacos con ánimo irritable o episodios mixtos, los episodios de depresión mayor con marcado ánimo irritable pueden ser difíciles de diferenciar de los episodios maníacos con ánimo irritable o de los episodios mixtos. Esta distinción requiere una evaluación clínica minuciosa de la presencia de síntomas maníacos y otros síntomas que necesitan ser diferenciados con otros posibles trastornos que se describen a continuación:

Trastorno del humor debido a otra afección médica. El diagnóstico apropiado es un episodio depresivo mayor y se debería basar en la historia personal, el examen físico y las pruebas de laboratorio, si no se considera que el trastorno del ánimo es consecuencia directa de una afección médica específica (p. ej., esclerosis múltiple, infarto cerebral, hipotiroidismo).

Trastorno depresivo o bipolar inducido por sustancias/medicamentos. Este trastorno se distingue del trastorno depresivo mayor por el hecho de que existe una sustancia (p. ej., una droga de abuso, una medicación, una toxina) que parece estar etiológicamente relacionada con la alteración del ánimo. Por ejemplo, el ánimo deprimido que ocurre sólo en el contexto de la abstinencia de cocaína se debería diagnosticar de trastorno depresivo inducido por cocaína.

Trastorno por déficit de atención/hiperactividad. La distraibilidad y la baja tolerancia a la frustración pueden aparecer tanto en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad como en el episodio depresivo mayor; si se cumplen los criterios de ambos, se debería diagnosticar el trastorno por déficit de atención/hiperactividad además del trastorno del ánimo. Sin embargo, el clínico debe tener precaución para no sobre diagnosticar un episodio depresivo mayor en los niños con trastorno por déficit de atención/hiperactividad cuya alteración del ánimo-se caracterice por irritabilidad más que por tristeza o por pérdida de interés.

Trastorno de adaptación con ánimo deprimido. El episodio depresivo mayor que ocurre en respuesta a un factor estresante psicosocial se distingue del trastorno de adaptación con ánimo deprimido por el hecho de que los criterios diagnósticos completos del episodio depresivo mayor no se cumplen en el trastorno de adaptación.

Distimia: A diferencia del trastorno depresivo mayor es un tipo de depresión en la cual los síntomas tienen una duración mayor que en la depresión, es decir son crónicos se pueden llegar a presentar de forma continua por un período mínimo de 2 años; sin embargo la severidad e intensidad de los síntomas es menor.

Tristeza. Por último, los períodos de tristeza son aspectos inherentes de la experiencia humana. Estos períodos no deberían diagnosticarse de episodio depresivo mayor a menos que se cumplan los criterios de gravedad (p. ej., cinco de los nueve síntomas) y duración (p. ej., la mayor parte del día, casi cada día durante al menos dos semanas), y que exista malestar o deterioro clínicamente significativo. El diagnóstico de otro trastorno depresivo especificado puede ser apropiado para las presentaciones de ánimo deprimido con deterioro clínicamente significativo que no cumplan los criterios de duración o de gravedad.

Comorbilidad

Presenta comorbilidad según DSM V con:

- **300.0 (F41.9) Otro Trastorno de Ansiedad no Especificado**

El trastorno de ansiedad no especificada en esta categoría aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de ansiedad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguna de las categorías diagnóstica

de los trastornos de ansiedad. De acuerdo con lo anterior esta clasificación se estableció de acuerdo a las manifestaciones de la consultante en la entrevista y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).

Plan de intervención:

- Teniendo en cuenta las diversas problemáticas que ha presentado en la consultante, se diseñó el siguiente plan de intervención, teniendo como objetivo fundamental, la aplicación de diversas técnicas que buscaran restablecer el equilibrio emocional y reducir el malestar psicológico presente.

Psicoeducación: De acuerdo con Nezu, Nezu y Lombardo (2006) la psicoeducación es un elemento fundamental en la reestructuración cognitiva; por un lado, los pacientes aprenden respuestas emocionales comunes, fisiológicas, de atención, cognitivas y conductuales a los eventos traumáticos; y por el otro, aprenden a identificar que los pensamientos distorsionados son la causa de dichas reacciones características y desadaptativas.

Detención y control de pensamientos automáticos: Esta técnica consiste en utilizar una clave verbal ante la aparición de un pensamiento intrusivo, con el fin de detener el pensamiento que genera malestar, luego evocarlo a voluntad y finalmente detenerlo o cambiarlo por otro, también de forma voluntaria (Cía, 2001; Caballo y Buela-Casal, 1998 citados en Guerra y Plaza, 2009).

Técnicas del control de la respiración: Conjunto de procedimientos que buscan a través de los diferentes tipos de respiración, la disminución de los niveles de activación, es decir, se

reducirán progresivamente en los pacientes los niveles de ansiedad (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Resolución de problemas: Es una técnica utilizada con el objetivo de optimizar el funcionamiento psicológico y conductual de un individuo, aumentando su habilidad para solucionar problemas, es decir, que pueda afrontar las situaciones estresantes en su diario vivir, y de esta manera logre identificar y poner en funcionamiento las opciones de afrontamiento más eficientes y adaptativas (D’Zurilla y Nezu, 2010 citados en Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Biblioterapia: forma de terapia en la que se selecciona material escrito para que el paciente lea con el fin de tratar sus problemas emocionales y de comportamiento. La intervención del profesional es mínima y la lectura de los textos da lugar a un proceso de autoayuda a través de la reflexión del propio paciente.

Reestructuración Cognitiva: dentro de las que se incluyen la terapia racional-emotivo-conductual de Ellis, la terapia cognitiva de Beck, Modelo A-B-C: Albert Ellis (1913-2007), fue el creador de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC), el origen de la hoy popular Terapia Cognitivo Conductual.

Según Ellis, la perturbación emocional no es creada por las situaciones sino por las interpretaciones de esas situaciones. Cuando las personas se enfrentan a adversidades, pueden elegir entre sentir emociones negativas saludables (molestia, frustración, decepción) o malsanas (ansiedad, depresión, cólera).

Ellis, desarrolló un modelo llamado ABC que explica cómo a partir de cualquier acontecimiento, podemos generar emociones saludables o dañinas, según qué interpretación hagamos de él.

Llamamos “A” al acontecimiento adverso, como un fracaso o el rechazo de alguien, “B” (Belief) representa las creencias de la persona, es decir su filosofía o punto de vista sobre “A”. Estas creencias pueden ser racionales o irracionales. El punto “C” se refiere a las consecuencias que la persona genera como resultado de A y B.

Tareas para casa: (Autoregistros). Se establecieron tareas para la casa orientando a la consultante en la realización de la técnica de auto registros una de las más utilizadas para medir la aparición de una conducta). Permite el registro de la conducta en el momento en que ocurren. En los registros de conducta se registran diversas variables, que difieren según sea la conducta que desees evaluar.

Resultados

En la presente intervención psicológica desde el modelo cognitivo conductual en un caso de trastorno depresivo mayor asociada a una pérdida afectiva se cumplió con los objetivos logrando evaluar la sintomatología y problemáticas presentes, generando un diagnóstico clínico, diseñando un plan de intervención y valorando la efectividad del proceso a través evaluaciones pre y pos-tratamiento. A continuación, se exhiben los resultados generales del estudio de caso, para una descripción más detallada de los resultados obtenidos se recomienda (ver anexo H), titulado desarrollo del plan de intervención.

Resultados del proceso de evaluación

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

Teniendo en cuenta la valoración y consecuente a ella las manifestaciones sobre el estado de ánimo de la consultante y además los resultados de las pruebas psicológicas, asimismo considerando la forma de presentación de los episodios, el tiempo y frecuencia de evolución, los antecedentes y la sintomatología, al finalizar la evaluación clínica PRE se postula como impresión diagnóstica el trastorno Depresivo Mayor. Teniendo en cuenta que se descarta la Distimia debido a las características es la incapacidad de disfrutar la vida generalmente se presenta desde la infancia. Dificultad para el gozo, o al menos para admitirlo. En la depresión esto se presenta generalmente durante o después de la adolescencia y de manera episódica.

Realizando un análisis de los resultados de esta fase se obtienen luego de tomar a consideración la sintomatología referida, el tiempo, frecuencia de evolución, antecedentes y el análisis funcional; al finalizar la evaluación clínica pre tratamiento se genera una impresión diagnóstica de: 296.22 (F32.1) Trastorno de Depresivo Mayor. Siendo la ansiedad el trastorno

Comórbido más frecuente con la Depresión mayor; De igual forma, se definen las problemáticas asociadas a los trastornos, a saber, dificultad para realizar actividades cotidianas, desesperanza, deseos de llorar, tristeza, inseguridad. En el transcurso de la intervención fue importante la relación terapéutica generar rapport y empatía, donde la consultante puede expresar sus emociones, pensamientos de manera tranquila y espontánea, permitiendo un papel activo y se genera una alianza terapéutica.

Resultados del proceso de intervención.

De acuerdo al plan de intervención sobre las problemáticas de la consultante, se puede analizar que el tratamiento fue efectivo debido que se acomodó a las necesidades alcanzando los objetivos.

Por medio de la técnica de la Psicoeducación y las técnicas propuestas por la terapia cognitiva de Beck, discusiones cognitivas y autoregistros, esto se realiza con el fin de cambiar los pensamientos negativos o disfuncionales y así incorporar pensamientos positivos en la consultante, además utilizando los autoregistros fue de gran utilidad para conocer, que pensamientos tenía, y en qué ocasión se presentaban, con el autorregistro del estado del ánimo como se sentía durante la semana realizando una puntuación de uno a diez, de esta manera identificar qué solución busca la consultante, así a través del dialogo reflexivo se crea alternativa más saludable en transcurso de la terapia la consultante aprende a ver las cosas positivas que suceden y no solo identificar lo negativo.

Así mismo, La técnica Biblioterapia fue un recurso interesante que fue utilizado debido a que en la entrevista se identificó el gusto por la lectura en la consultante, se dejaron lecturas para la casa, cuyo objetivo fue hacer reflexiones durante la semana de la intervención. De igual manera,

la relajación muscular progresiva de Jacobson, la consultante puede experimentar y conseguir relación física y mental y así reducción los síntomas de ansiedad y el insomnio.

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

En el proceso de intervención se observa el avance de la consultante en su forma de expresar sus pensamientos frente a la situación vivida con su expareja, a través de los autoregistros y las discusiones cognitivas que daban cuenta de su evolución; una vez se finaliza la intervención, se realiza una evaluación clínica post tratamiento en el cual, la forma de expresar su estado emocional, los cambios en su vida y la disminución de los síntomas que le generaban un problema.

Efectivamente, la evaluación clínica pos tratamiento evidencia la mejoría de la consultante y su dificultad para afrontar los momentos de estado de ánimo bajo, desanimo para realizar las actividades cotidianas, realizar sus tareas de manera autónoma, sin necesidad de una compañía, planeación de un proyecto de vida, refuerzo positivo, generar seguridad para expresar lo que piensa en el círculo social, reconocimiento para retomar su vida con otras expectativas.

En cuanto a las redes de apoyo se refiere, se le pidió a la consultante dibujar en una hoja blanca dibujar con cuales cuenta, es decir las personas más cercanas. Se generó un compromiso con la consultante para que socializara con personas cercanas del barrio, expresó que compartiría un partido de baloncesto y expresó con quienes iba a conversar en dicha semana.

El trabajo con la terapia racional emotiva conductual de Ellis, conllevó a la reestructuración cognitiva de los pensamientos disfuncionales y las creencias irracionales de la consultante, así logrando realizar otros tipos de actividades como salir a jugar basquetbol, salir a caminar logrando contemplar los lugares donde pasaba, y planeando seguir estudiando.

Resultados de la evaluación psicométrica.

Los resultados obtenidos en la evaluación PRE y POS en cada uno de los instrumentos se describen a continuación:

Inventario clínico Multiaxial de Millon II.

La aplicación de este instrumento se utilizó para confirmar el diagnóstico de la consultante a través de los resultados en la evaluación PRE, como en la POS. Respecto a la interpretación del inventario, como se muestra en la figura uno, los resultados obtenidos durante la evaluación PRE indican que el paciente puntuó alteraciones graves para las variables de ansiedad (A), somatización (H), Depresión Mayor (CC), Neurosis depresiva-distimia (D), siendo coherente con la manifestación de malestar de la consultante

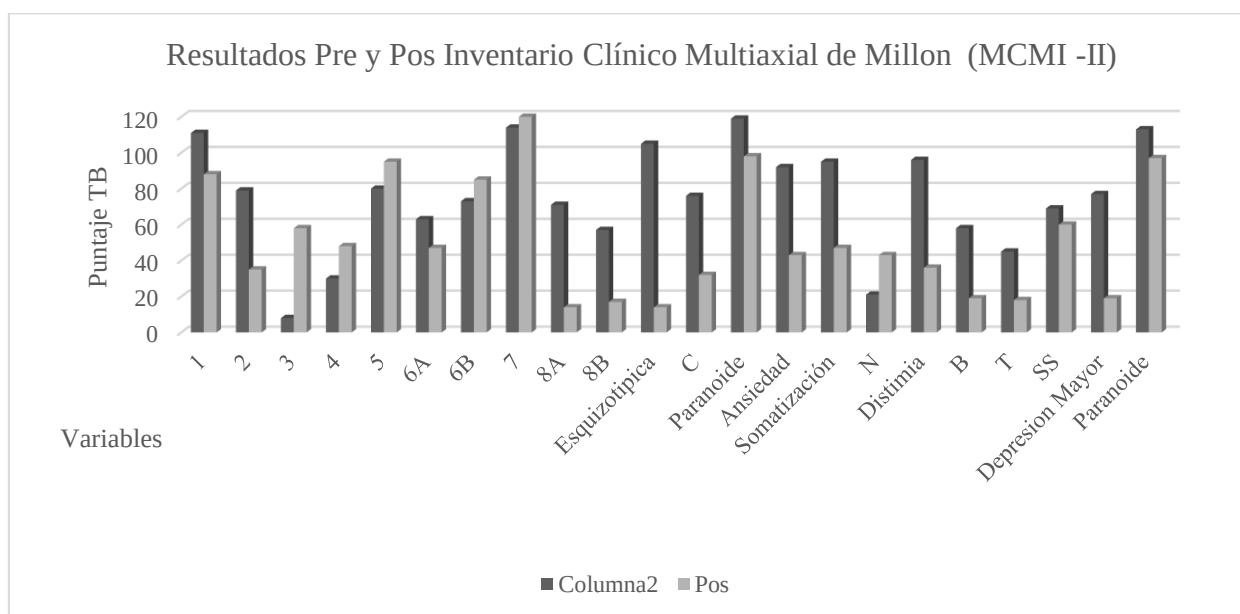


Figura 2. Resultados pre y pos tratamiento del Inventario clínico Multiaxial de Millon-II.

En la evaluación post-test la consultante obtuvo puntuaciones bajas en la mayoría de las escalas de Depresión Mayor (CC), Neurosis depresiva-distimia (D), se obtiene la disminución de la sintomatología. De igual manera, para las escalas de ansiedad (A) y somatización (H), indicando que tales variables ya no requieren de atención clínica, interpretando de esta manera que se intervino efectivamente sobre los factores que incidían en la provocación de alteraciones a nivel ansioso (emocional) y somático. Estos resultados son verificados por las dos siguientes pruebas el Inventario Depresión de Beck, Inventario de ansiedad de Beck.

Inventario depresión de Beck

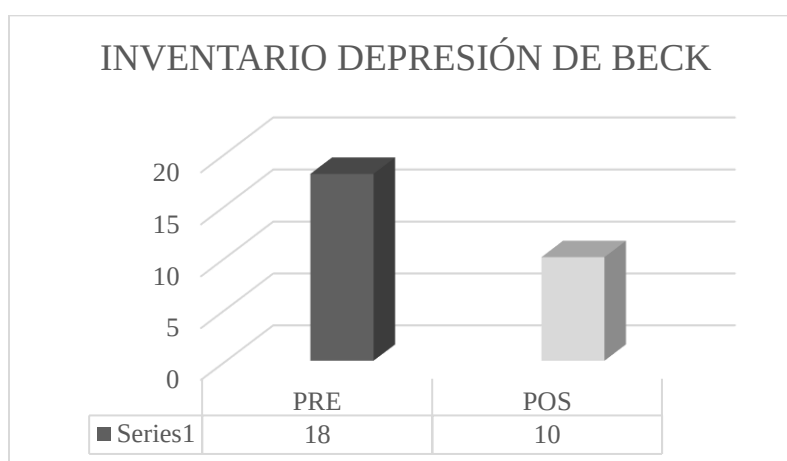


Figura 3. Resultados pre y pos tratamiento del Inventario depresión de Beck

En la figura tres se evidencia las medidas de la evaluación de la *Depresión* mediante el Inventario de Depresión de Beck antes y después de la intervención. En relación a los resultados obtenidos se observa una clara mejoría de la consultante del pre-tratamiento al post-tratamiento, dado que la puntuación obtenida disminuye de una puntuación directa de 18 (depresión leve) a 10 (sin depresión que está comprendida entre 0 a 13) Según los puntos de corte establecidos, la consultante ya no presenta un trastorno depresivo.

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).

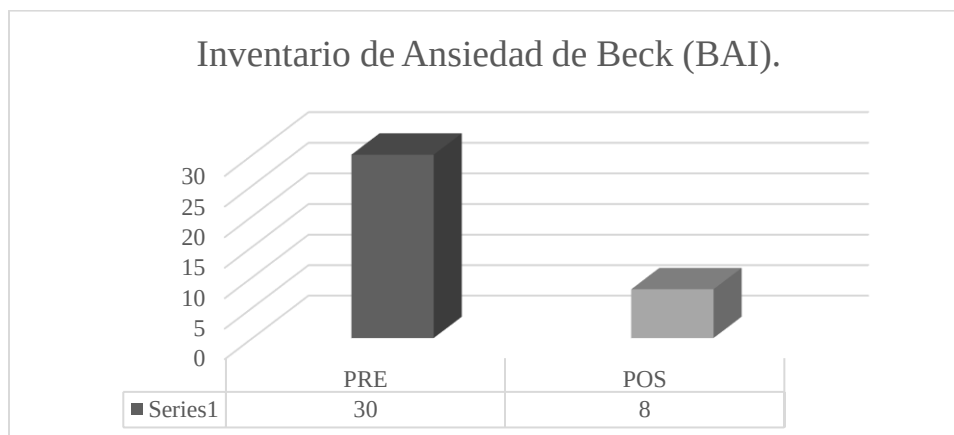


Figura 4. Resultados pre y pos tratamiento del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).

En la figura cuatro, se presentan los resultados obtenidos de la evaluación de ansiedad, mediante el inventario de Ansiedad de Beck, se observa las puntuaciones de pre test y el post test, el resultado sintomatológico ansiógenas, por debajo de 21 puntos se establece como ansiedad leve; entre 21 y 36 ansiedad moderada y por encima de 36 puntos ansiedad severa (Gantiva, Luna, Dávila & Salgado, 2010).

En cuanto a la variable de ansiedad, se observa en la figura tres, que el sujeto al momento de iniciar el tratamiento presentaba un nivel de ansiedad moderada, lo cual se afirma con las verbalizaciones durante la consulta, mencionando sintomatología fisiológica de ansiedad, permanece con preocupación intensa, excesiva y persistente debido a sus pensamientos sobre su ex pareja.

Posterior a la aplicación del tratamiento, se corrobora un cambio a nivel funcional con la disminución de la puntuación en la escala llegando a ubicarse en un rango de ocho (ansiedad leve). Esto se evidenció en disminución en problemas de sueño, mejoría en la concentración.

Escala de Estrategias de Coping (EEC-M).

El propósito del siguiente análisis es integrar y comparar los resultados de las pruebas pre test aplicada pos test de la Escala de Estrategias de Coping –Modificada (EEC-M) y determinar la evolución de la consultante en tres meses de intervalo entre la primera y la segunda prueba psicométrica aplicadas.

De acuerdo a los resultados de cada ítem se observa aspectos considerables en las estrategias de afrontamiento como evitación cognitiva, negación, revaluación positiva, religión, reacción agresiva, evitación emocional.

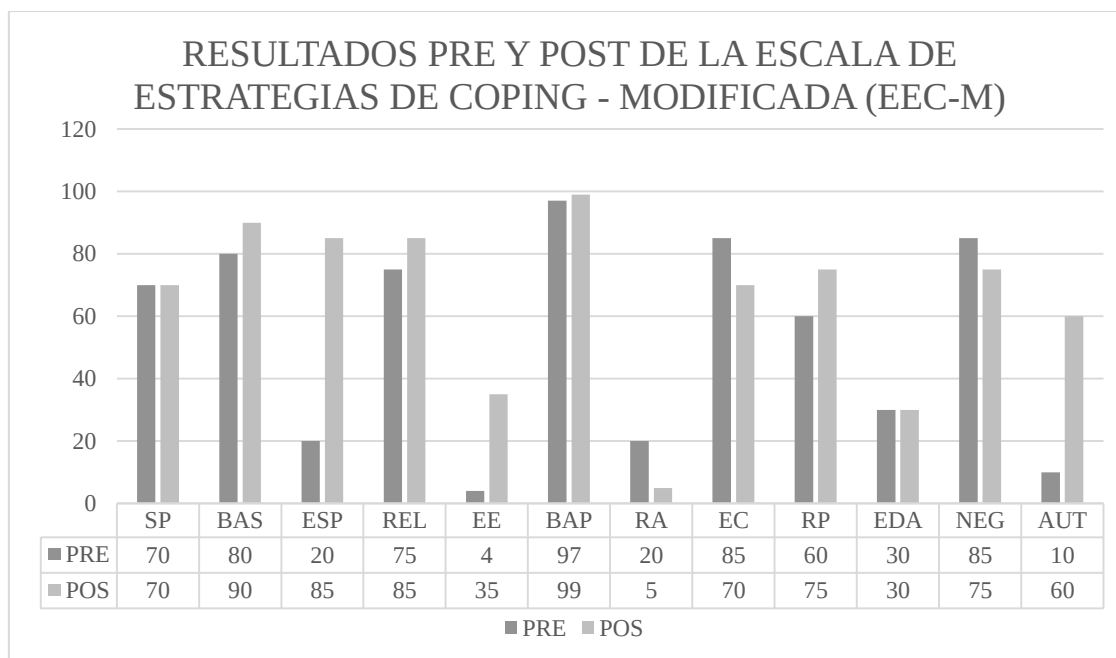


Figura 5. Resultados pre y pos tratamiento de la Escala de Estrategias de Coping – Modificada (EEC-M).

El resultado más significativo se refleja en el factor de *Negación - Evitación cognitiva* se puede destacar como positivo dentro de la intervención la consultante empieza a aceptar y reconocer el problema el problema. De igual forma inicia a tener autoconciencia de la situación que la con lleva a estar en un estado de depresión.

Así mismo, se observa en el factor de *autonomía, espera y búsqueda de ayuda profesional* en el cual se evidencia que busca apoyo debido es poco independiente para tomar decisiones de su vida lo cual siempre la conlleva a buscar ayuda profesional o familiar.

En el factor cinco *la evitación emocional* se mantiene por debajo de la curva de normalidad, lo que representa que la consultante tiende a no inhibir las reacciones que considera que son negativas por su carga emocional.

De igual manera el factor *Religión* se mantiene y es muy importante, la oración se considera como estrategia para tolerar el problema o para generar soluciones ante el mismo. La creencia en un Dios permite la evaluación de su intervención por parte del individuo en prácticamente todas las situaciones estresantes, puede influir sobre la actividad de afrontamiento, tanto en dirección como en intensidad (Lázarus & Folkman, 1987).

La reacción agresiva se mantiene por debajo de la curva de normalidad lo cual es importante mencionar que la consultante en sus síntomas depresivos las probabilidades de que su expresión impulsiva de emoción de la ira dirigida hacia ella misma es mínima.

Se puede concluir que la consultante crea conciencia de la problemática lo cual la conlleva siempre a buscar apoyo o ayuda familiar, profesional, social para que la oriente, debido a la falta de autonomía encontrar soluciones de manera independiente; de igual forma la evitación emocional que se encuentre por debajo de la curva de normalidad es un factor positivo en los casos del trastorno depresivo mayor, ya que es conveniente que la consultante exprese sus emociones, lo cual puede ser una alarma para sus redes de apoyo.

Discusión

Analizando los resultados obtenidos del presente estudio de caso clínico, se describe la eficacia en el tratamiento e intervención cognitivo conductual en una consultante con trastorno depresivo mayor, se enfatiza que la terapia TCC permitió a la consultante centrarse en problemas de aquí y ahora.

Un aspecto importante que se debe considerar es que las técnicas utilizadas se escogieron basadas en el análisis funcional, los síntomas y los problemas de la consultante, con el objetivo de incrementar el reforzamiento social según lo planteado por Lewinsohn, Sullivan y Grosscup, (2006). Para éste caso, fue necesario entrenar a la consultante con habilidades que potencializaran sus interacciones sociales, que le permitan un mayor y mejor control de su ambiente, entorno y modificar patrones de comportamiento. También fue importante establecer, en el proceso de terapia, las condiciones para practicar las nuevas habilidades en pro del reforzamiento positivo, a través de programación de actividades y su deseo de cumplirlas, en éste estudio de caso se evidenció que la interacción social fue fundamental para mejorar su estado anímico.

Beck y Ellis (2009) define las ideas irracionales como una serie de pensamientos creados con base a falsas interpretaciones que la persona hace de sí mismo, de otros y de su entorno desde su experiencia. Debido a ello se genera un estado emocional de inestabilidad, depresión, ansiedad o cólera; Mosso y Penjerek (2007) mencionan que la conducta de riesgo desde los lugares bien diferenciados ayuda a entender los desencadenantes de la idea y conductas irracionales. Mientras que Almansa (2011) sintetiza el funcionamiento de las ideas irracionales de la siguiente manera: La cognición es el determinante más importante y accesible de la emoción humana. En el caso de estudio se pudo identificar que los pensamientos influyen sobre lo que se siente generando como

en el caso depresión y desánimo para realizar sus actividades cotidianas. Son las interpretaciones que se realiza sobre los acontecimientos que genera una serie de emociones, para modificar la perturbación emocional y mejorar problemática emocional y conductual, se debe cambiar los esquemas disfuncionales de pensamiento. Los esquemas disfuncionales de pensamiento son causados por factores múltiples, que incluyen causas genéticas, biológicas y las influencias ambientales.

La mayor parte de los trabajos sobre depresión mayor se han centrado en analizar los efectos de los fármacos antidepresivos, de los tratamientos psicológicos, o bien de la combinación de ambos. Una buena parte de ellos han sido recogidos en diferentes meta-análisis en los que se compara el efecto de tratamientos psicológicos con tratamientos farmacológicos y en los cuales coinciden en señalar que, si bien ambos tratamientos muestran resultados similares a corto plazo, los tratamientos psicológicos presentan mejores resultados a largo plazo, con una menor tasa de abandonos y recaídas (De Maat et al., 2006; Imel, Malterer, McKay, & Wampold, 2008). En este caso la consultante no asiste a psiquiatría, sin embargo se evidencia una evolución durante la intervención y al finalizar el proceso terapéutico en cuanto a los síntomas iniciales.

Respecto al tratamiento de la ansiedad Caballo y mateos (2009) explican que el enfoque cognitivo-conductuales en el tratamiento de la ansiedad adoptan el formato de paquetes terapéuticos que combinan la relajación, o algún procedimiento de meditación, con la terapia cognitiva; a menudo, incluyen también el entrenamiento en estrategias de afrontamiento de la ansiedad y solución de problemas interpersonales. En general, estos programas de intervención son más eficaces en el tratamiento, evidenciado en este caso con la mejoría de la sintomatología de la paciente. A su vez Rodríguez (2009) escribe que las estrategias cognitivo conductuales han demostrado ser efectivas para trastornos como del estado de ánimo la ansiedad que estos

tratamientos han sido aplicados a corto plazo y se han centrado en la reducción de los síntomas la creación de habilidades y la modificación de pensamientos distorsionados y esquemas plantea también qué es la depresión la tasa de éxitos más del 60% después del tratamiento pero con una tasa de recidivas del 30% después de un año. Concluye que el modelo de Young tiene un rasgo típico de la vinculación que se establece entre patrones actuales de vida y su origen en experiencias infantiles familiares y sobre todo de manera que la terapia centrada en esquemas es una de las terapias cognitivas actuales, dónde se da una explicación histórica del problema del paciente lo cual lo diferencia de otros modelos más clásicos otros los rasgos más destacados.

Roh, Lee y Martin (2014) mencionan que existen numerosos estudios que documentan el impacto de las creencias y prácticas religiosas/espirituales sobre la mejora del bienestar y la satisfacción con la vida, a la vez que reducen la angustia psicológica y el riesgo de depresión

Con respecto a las investigaciones que consideran que hay una correlación entre las variables, plantean que la religiosidad podría actuar como un posible factor protector ante sintomatología depresiva, ya que se ha encontrado la relación entre religiosidad con felicidad y bienestar (AlKandari, 2011). Asimismo, la religiosidad se presenta como un componente que influye positivamente en la vida del adulto mayor puesto que diversas investigaciones indican que los que hacen actividades religiosas soportan de mejor forma situaciones estresantes, gozan de mejor salud física y mental, y viven más que otras personas sin ellas (Rivera Ledesma & Montero, 2005). En el caso de estudio se evidencia que la consultante su factor protector es la religión lo cual le permite mantener un bienestar físico y mental.

Según García y Pérez (2001), en un estudio de caso, siguiendo el modelo cognitivo permitió observar que los resultados obtenidos son coherentes con estudios que se han hecho para pacientes con las mismas características, lo que valida con apoyo empírico y técnicas basadas en

la evidencia científica lo realizado, a diferencia de otros modelos explicativos que carecen de evidencia empírica que los valide, pues al no tener estudios controlados no permiten hacer comparaciones y mediciones, a su vez, en el presente estudio, con el uso de la terapia cognitivo conductual se logró el objetivo, al obtener la mitigación de la sintomatología, y a su vez, el progreso del estado anímico de la consultante; todo esto, gracias al alcance y esquema de intervención, el abordaje del caso clínico y la combinación de la expectativa del profesional tratante y la necesidad objetiva de tratamiento.

Conclusiones

Con el uso de la terapia cognitivo conductual se logró el objetivo, al obtener la disminución de la sintomatología, y a su vez, el progreso del estado anímico de la consultante; todo esto, gracias al alcance y esquema de intervención, el abordaje del caso clínico y la combinación de la expectativa del profesional tratante y la necesidad objetiva de tratamiento.

La intervención desde el modelo cognitivo conductual evidencia la efectividad en el tratamiento del trastorno depresivo mayor, disminuyendo de manera significativa la sintomatología de la depresión y la ansiedad que es observable en la entrevista, pruebas psicométricas Pre test y Post test en primera instancia, y posteriormente en el comportamiento y evolución de la consultante con relación al motivo de consulta, prevención de recaídas y seguimiento de un mes.

Los objetivos terapéuticos se logran mediante la intervención desde el modelo Cognitivo conductual con técnicas como Psicoeducación, detección y control de pensamientos automáticos, técnica de control de respiración, resolución de problemas, biblioterapia y Modelo A-B-C; de esta manera logra en la consultante una disminución en los síntomas de depresión logrando ser más autónoma y retomando las actividades cotidianas.

Los resultados de las pruebas aplicadas al inicio y final del tratamiento, muestran una disminución de la sintomatología depresiva, debido a la cohesión y calidad de los instrumentos utilizados, la interpretación objetiva y la realización del ejercicio y complemento terapéutico llevado a cabo en su tratamiento e intervención.

Se logró la disminución de la tristeza y la búsqueda de pensamientos adaptativos para mejorar la salud mental. Así mismo, se obtuvo la adherencia terapéutica, de igual manera forma

la consultante reconoció el plan de tratamiento para incorporar nuevas estrategias a su vida, las cuales deberá continuar ejecutando de manera individual y autónoma una vez finalizado el tratamiento.

Las redes de apoyo fueron valiosas en el tratamiento psicológico, al propiciar un soporte fuera del consultorio, mediante indicaciones a familiares permitiendo el fuerte avance en el proceso psicológico.

En la intervención psicológica desde la terapia cognitivo conductual es esencial incluir la técnica psicoeducativa debido que es un elemento fundamental en la reestructuración cognitiva, para que el consultante conozca todo lo referente a la enfermedad, también aprenda a identificar los pensamiento distorsionados los cuales generan un malestar.

Por otra parte, se destaca la efectividad del tratamiento debido a la mejora lograda durante el proceso de intervención, validando la disminución de los síntomas como la ansiedad, el insomnio, modificación de los pensamientos “No puedo superar esta situación, No puedo dejar los recuerdos, no puedo dejar de pensar en el” por “Es natural sentir dolor, puedo aceptarlo y superarlo, Puedo ser feliz sin su compañía, Podre lograr todo lo que me proponga” y la desesperanza hacia el futuro, además mejoro el estado de ánimo para realizar las actividades cotidianas y la implementación de nuevas actividades placenteras para la consultante como realizar deporte.

Recomendaciones

Se invita a la consultante a dar continuidad a su proceso de manera autónoma siendo una estrategia importante, los episodios de motivaciones claros que pueda desarrollar la misma, los mensajes de superación y los momentos que puedan generar en la misma, aumentando su autoestima y seguridad.

Se considera pertinente continuar con los controles y consultas externas por medicina especializada y medicina general, con el fin de dar un manejo integral al medicamento que debe suministrarse.

Es importante que la consultante continúe realizando la técnica de relajación progresiva de Jacobson, para la reducción de la tensión muscular, antes de dormir; adicionalmente practicar las pautas de higiene del sueño.

Se sugiere a la consultante continúe de manera independiente con la práctica y la implementación de las estrategias de afrontamiento aprendidas para asegurar el mantenimiento de los cambios.

Se recomienda a la consultante y su hermana que acudan a orientación o atención psicológica en caso de observar que los síntomas iniciales reaparecen.

Se orientó a la consultante la importancia de asistir a psiquiatría y se le entrega la respectiva remisión, aun así la consultante en el proceso de intervención no asiste con el médico para la revisión de medicamento.

Se espera con las nuevas estrategias de afrontamiento, que la consultante continúe desarrollando pensamientos alternativos que le permitan incrementar responsabilidad emocional,

disminución de tristeza e irritabilidad, desarrollo de sistema de creencias adaptativas, e incremento de habilidades sociales.

Es importante que toda intervención terapéutica para el trastorno depresivo mayor moderado esté siempre bajo la supervisión de un médico psiquiatra que acompañe el tratamiento farmacológico, es necesario evaluar a cada consultante para definir la intervención adecuada y efectiva, sin dejar de un lado el abordaje multidisciplinario.

Si bien el trastorno depresivo mayor es una patología claramente establecida dentro del DSM V, sería conveniente analizar su posible relación con el género femenino y cómo la variable de la ruptura sentimental influye en la afectación del trastorno.

En la intervención del trastorno depresivo mayor es importante que el psicólogo se apoye del médico psiquiatra, en vista que es un rama de la medicina encargada del estudio, diagnóstico, tratamiento, prevención y rehabilitación de los trastornos mentales, de esta manera verificar el correcto funcionamiento del organismo, descartando la existencia de alguna alteración física (no mental) involucrada en los síntomas del paciente, para resolverla y, de no ser así, implementar tratamientos farmacológicos en el caso de considerarlo necesario.

Finalmente se sugiere para el abordaje desde el modelo cognitivo conductual tener en cuenta el plan de intervención para casos en los cuales la sintomatología cumpla con los criterios específicos del diagnóstico aquí expuestos, de no ser así, se recomienda realizar detenidamente la evaluación del consultante puesto que este trabajo trata de un caso único, y así los síntomas sean similares se deben tener en cuenta otros aspectos ya que el abordaje de los planes de intervención se realizan de forma individual y son elaborados en pro de la mejoría del paciente que consulta.

Referencias

- Acosta Cruzado Rocío y Sánchez Sánchez Jennifer (2017). *Religiosidad y Depresión en Adultos Mayores Institucionalizados de Lima Metropolitana*. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/pdf/4397/439751039002.pdf>
- Alteñas, M. (2006). Sex differences in depression and anxiety disorders: Potential biological determinants. *Hormones and Behavior*, 50, 534-538.
- American Psychiatric Association (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5*. Barcelona: Masson.
- Antón-Menárguez, V. y García-Marín, P. y García-Benito, J. (2016). Intervención cognitivo-conductual en un caso de depresión en una adolescente tardía. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, [en línea] 3(1), pp.45-52. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=477152548005>
- Arenas, M. y Puigcerver, A. (2009). Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. *Revista Escritos de Psicología*, 3(1), 20-29.
- Bados.A y García.E. (2010) *La Técnica de la Reestructuración Cognitiva*, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona. Recuperado de
<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuraci%C3%B3n.pdf>

- Beautrais, A. L., Collings, S. C. D., & Ehrhardt, P. (2005). *Suicide Prevention: A review of evidence of risk and protective factors, and points of effective intervention*. Wellington: Ministry of Health. Recuperado de <http://www.spinz.org.nz/file/FAQs/PDFs/suicideprevention-areviewoftheevidence.pdf>
- Beck, A. T. y Steer, R. A. (2011). *Manual. BAI. Inventario de Ansiedad de Beck* (Adaptacion Española. Editorial pearson
- Beck, A. T., & Clark, D. A. (1988). Anxiety and depression: an information processing perspective. *Anxiety Research*, 1, 23-36.
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory- Second Edition. Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation. Disponible en <http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/obligatorias/CFG/psicometricas/mikulic/BECK%20-%20BDI-II%20Manual.pdf>
- Bellón JA, Moreno-Küstner B, Torres-González F, Montón-Franco C, GildeGómez-Barragán MJ, Sánchez-Celaya M, et al. (2008) Predecir el inicio y la persistencia de episodios de depresión en la atención primaria de salud. El estudio predictD-España: metodología. *BMC Public Health*. ; 8:256
- Bromet, E., Andrade, L. H., Hwang, I., Sampson, N. A., Alonso, J., de Girolamo, G., de Graaf, R., Demyttenaere, K., Hu, C., Iwata, N., Karam, A. N., Kaur, J., Kostyuchenko, S., Lepine, J. P., Levinson, D., Matschinger, H., Mora, M. E. M., Oakley B., Posada- Villa, J., Viana, M. C., Williams, D. R., & Tesler, R. C. (2011). Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine*, 9, 90-105.
- Bulloch, A., Williams, J., & Laboratory, D. (2009). The relationship between major depression and marital disruption is bidirectional. *Depress Anxiety*, 26(12), 1172-1177.

- Butler R, Carney S, Cyprian A, Geddes J, Hatcher S, Price J, et al.(2006) Trastornos depresivos
Soy médico de Fam. 73 (11)
- Centro Nacional Colaborador de Salud Mental (2009) Depresión. El tratamiento y manejo de la
depresión en adultos. Londres: la Sociedad Británica de Psicología; *Informe No. 90*
- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos COP (2014) *Psicología clínica y de la
Salud*, Universidad complutense de Madrid. Disponible en
<https://www.ucm.es/data/cont/docs/315-2014-02-07>
Perfil%20psicologia%20clinica%20y%20de%20la%20salud.pdf
- Corey, G. (1991) *Teoría y práctica de consejería y psicoterapia*, 4th Ed. Pacific Grove, CA:
Brooks/Cole.
- Carmona.C (2012). Intervención al duelo por ruptura de pareja desde la terapia cognitivo
conductual a partir del analisis de cuatro casos. *Polisemia* No. 13, 35 - 46. Bogotá, ISSN:
1900-4648.
- Davis C. G., Nolen-Hoeksema S. y Larson J. (1998). Making sense of loss and benefiting from
the experience: two construals of meaning. *Journal of Personality and Social Psychology*,
75, 561-74.
- Ellis, A. Grieger, R (1990) *Manual de Terapia Racional-Emotiva* Volumen 2. Editorial Descleé
de Brouwer. España Recuperado de: [https://tuvntana.files.wordpress.com/2015/06/ellis-](https://tuvntana.files.wordpress.com/2015/06/ellis-manual-de-terapia-racional-emotiva-vol-ii.pdf)
manual-de-terapia-racional-emotiva-vol-ii.pdf
- Fernández, C., & Yeshica, M. (2016). *Diagnóstico e intervención en problemas de ansiedad y
depresión.*

- Folkman, S. (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. *Social Science Medicine*, 45, 1207-1221.
- Fried, M & Nesse, R (2014) La depresión no es un síndrome consistente: una investigación de Patrones únicos de síntomas en el estudio STAR * D. *J Affect Disord*; 172: 96-102.
- García, J.M & Pérez, M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema* 13(3), 493-510.
- Granados, C. L. V., & Vargas-Nieto, J. C. (2017). ¿Es efectiva la terapia administrada vía internet para la depresión?: Una Revisión Sistemática (Is Online Therapy Effective for Depression? A Systematic Review). *Enfoques*, 2(1), 83-116.
- Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. (2014). Definición, factores de riesgo y diagnóstico. Agosto 03,2018, de *Guia salud* Sitio web: http://www.guiasalud.es/egpc/depresion/completa/apartado04/definicion_diagnostico.html.
- Gutiérrez- García, A. G., Contreras, C. M., & Orozco-Rodriguez, R.C., (2005). El suicidio, conceptos actuales. *Salud Mental*, 29, 66-74.
- Hankin, B., & Abramson, L., (2001) Development of gender differences in depression: an elaborated cognitive vulnerability–transactional stress theory. *Psychological Bulletin*, 127, 773-796.
- Hellerstein, D. J., Little, S. A. S., Samstag, L. W, Batchelder, S., Muran, J. C., Fedak, M. Winston, A. (2001). Adding group psychotherapy to medication treatment in dysthymia. A randomized prospective pilot study. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10, 93-103.

Hernández (2010) *Tratamiento cognitivo conductual de la depresión un análisis de caso*. [Tesis de pregrado] Universidad Autónoma del Estado de México. Atlacomulco .México.

Recuperado de <https://amapsi.org/Imagenes/TratamientoCognitivoDepresion.pdf>

Hollist, C., Miller, R., Falceto, O., & Fernandes, C. (2007). Marital satisfaction and depression: A replication of the marital discord model in a latino sample. *Family Process*, 46(4), 485-498.

James Morrison. DSM-5® Guía para el diagnóstico clínico.

Junta de Andalucía. Consejería de Salud. (2011) *Promoción de la Salud en Personas con Trastorno Mental Grave*. Análisis de situación y Recomendaciones sobre Alimentación Equilibrada y Actividad Física. Recuperado de:
<https://www.siiis.net/documentos/ficha/205671.pdf>

Kessler R, Chiu W, Demler O, Merikangas K, Walters E (2005). Prevalencia, gravedad y comorbilidad de los trastornos del DSM-IV a los 12 meses en la Replicación de la Encuesta Nacional de Comorbilidad. *Arch Gen Psychiatry*. 62 (6): 617.

Lewinsohn, PM, Allen, NB, Seeley, JR, y Gotlib, IH (1999). Primer inicio versus recurrencia de la depresión: procesos diferenciales de riesgo psicosocial. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 483-489. doi: 10.1037 / 0021-843X.108.3.483.

Lewinsohn, P.M., Sullivan, M., Grossup, S.J (1980). Changing reinforcing events: An approach to the treatment of Depression. *Psycholer Theory Res Pract*, 17. 322-334.

Londoño, N., Henao, G., Puerta, I., Posada, S., Arango, D., & Aguirre-Acevedo, D. (2006). *Propiedades Psicométricas Y Validación De La Escala De Estrategias De Coping*

Modificada (EEC-M) En Una Muestra Colombiana. *Universitas Psychologica*, 5(2), 327-350. Retrieved October 05, 2018, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672006000200010&lng=en&tlng=es.

Oblitas, L. (2009). *Cómo hacer psicoterapia exitosa*. (4ª. Ed) Bogotá, Colombia: PSICOM

REVISTA DEL CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE PSICÓLOGOS 1

ISSN 0214 – 7823 Papeles del Psicólogo, la depresión en atención primaria. VOL. 33 – 2012 ENERO - ABRIL

Ruiz. M, Díaz.M, Villalobos.A (2010). *Manual de Técnicas Cognitivo Conductuales*. Editorial Descleé de Brouwer.

Rodríguez (2009) la terapia centrada en esquemas de Jeffrey Young. revista psicol 17 (1) unif

Määttä, K. (2011). The throes and relief of divorce. *Journal of Divorce and Remarriage*, 52(6), 415-434.

Marcus M, Yasamy MT, Van Ommeren M, Chisholm D, Saxena S (2012) Depresión. UN preocupación global de salud pública. OMS. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS Ginebra: WHO. Disponible en: www.who.int/mental_salud/gestion/depresion/who_paper_depression_wfmh_2012.pdf.

Millon, T. y Davis, R. (1997). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-III* (2nd Ed.). Minneapolis: NCS Pearson, Inc.

Moerk, K. C., & Klein, D. N. (2000). Diagnóstico, evaluación y tratamiento de la depresión crónica. *Psicología Conductual*, 8, 511-523.

Neimeyer R., Prigerson H., y Davies B. (2002). Duelo y significado. *Dialnet*, volumen. 13, p. (49), 5-24

Newman, M. y Anderson, N. (2007). Una revisión de la investigación básica y aplicada sobre el trastorno de ansiedad generalizada. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16,7-20

Organización Mundial de la Salud (2013) *Depresión*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013 [citado 03 Agosto 2018]. Disponible en:
<http://www.who.int/topics/depression/en/>

Organización Mundial de la salud (2017). *Depresión*. Nota descriptiva. Recuperado de
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>.

Organización Mundial de la Salud. (2017). *Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición (CIE-10)*. Recuperado de
http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3561%3A2010-clasificacion-internacional-enfermedades-cie&catid=511%3Ahealth-informationanalysis&Itemid=2560&lang=es.

Organización Panamericana de la Salud. (1995). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud— 10a. revisión*. Washington, D.C.: OPS.

Payás A. (2007); *Intervención grupal en duelo*. En: Camps C, Sánchez PT, editores. *Duelo en Oncología*. Madrid: Sociedad Española de Oncología Médica, p. 169-82.

Pérez Álvarez, M., & García Montes, J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*, 13, 493-510

- Pérez Álvarez, M., & Pérez Álvarez, M. (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la depresión*. En M. Pérez Álvarez, C. Fernández Rodríguez, I. Amigo Vázquez, & J. R. Fernández Hermida (Coords.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces. I. Adultos* (pp. 161-196). Madrid: Pirámide
- Romero, P. A. (2016). Apego y depresión: una comparación por grupo de edad y estatus de pareja en Hidalgo. *Multidisciplinary Health Research*, 1(3), 91-98.
- Rosselló, J., & Berríos Hernández, M. (2004). Ideación Suicida, Depresión, Actitudes Disfuncionales, Eventos de Vida Estresantes y Autoestima en una Muestra de Adolescentes Puertorriqueños/as. *Interamerican Journal of Psychology*, 38 (2), 295-302.
- Said, A.G.; Sartori, M.S.; Gillet, S.; López, M. (2014) *Relevancia del inventario clínico multiaxial de millon en el diagnóstico y evaluación de los trastornos de la personalidad* 15º Congreso Virtual de Psiquiatria.com. Interpsiquis. Disponible en <http://docplayer.es/storage/51/27767423/1538718769/q3AcrXRW2vIBZFaNiDnR1w/27767423.pdf>
- SANZ, J; PERDIGÓN, A; VÁZQUEZ, C (2003) Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid Madrid, España. *Rev Clínica y Salud*, vol. 14, núm. 3, pp. 249-280. Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/1806/180617972001.pdf>
- Schulz R, Boerner K, Shear K, Zhang S, Gitlin LN. (2006); *Predictors of complicated grief among dementia caregivers: a prospective study of bereavement*. *Am*

- Slotter, E. B., Gardner, W. L., & Finkel, E. J. (2010). Who am I without you? The influence of romantic breakup on the self-concept. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 36, 141-160.
- Stein, N. L., Folkman, S., Trabasso, T. y Richards, T. A. (1997). Appraisal and goal processes as predictors of psychological well-being in bereaved caregivers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 872-884.
- Teresa Sanz Aparicio. (2013) Tratamiento cognitivo-conductual en depresión mayor, distimia e ideación autolítica persistente, *Análisis y Modificación de Conducta*, Vol. 39, Nº 159-160, 17-23 ISSN: 0211-7339 Departamento de Psicología Básica II. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Educación a Distancia. C/ Juan del Rosal 10. 28040 Madrid.
- Valor-Segura, I., Expósito, E., Moya, M., & Kluwer, E. (2014). Don't leave me: The effect of dependency and emotions in relationship conflict. *Journal of Applied Social Psychology*, 44(9), 579-633.
- Vicente E. Caballo. (1996) Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos Vol. 1 Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos. Editorial siglo XXI.
- Waite, L. J., Luo, Y., & Lewin, A. C. (2009). Marital happiness and marital stability: Consequences for psychological well-being. *Social Science Research*, 38, 201-212.
- Wayne W. Dyer. (2010) *Tus Zonas Erróneas*. Editorial DEBOLSILLO.
- Worden JW. (2013) *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. 4 ed Barcelona: Espasa libros.

Yoffe, L. (2017). Nuevas concepciones sobre los duelos por pérdida de seres queridos. *Avances en Psicología*, 21(2), 129-153.

Anexos

Anexo A: Entrevista clínica semiestructurada

1. Encuadre.

2. Entrevista:

- ✓ Delimitación inicial del problema: por ejemplo, ¿Cuál es el problema por el que acude a consulta?, ¿Explíqueme qué ocurre?
- ✓ Implicaciones del problema: por ejemplo, ¿Esto le afecta? ¿de qué manera?, ¿Hasta qué punto esto afecta su vida? (indicando a la persona diversas áreas de funcionamiento, laboral, familiar, social, personal, etc.), ¿Cómo reaccionan las otras personas?
- ✓ Análisis de secuencias: por ejemplo, ¿En qué situaciones sucede? ¿con quién? ¿en qué lugares?, ¿qué está haciendo, pensando o sintiendo cuando sucede?, ¿qué sucede después?, ¿qué lo empeora? ¿qué lo mejora?, entre otros.
- ✓ Análisis de parámetros: por ejemplo, ¿Cuándo ha sido peor?, ¿con qué frecuencia ocurre?, ¿Cuánto dura?
- ✓ Evolución del problema: por ejemplo, ¿Cuándo fue la primera vez?, ¿ha mejorado? ¿ha empeorado?, ¿cómo era al principio?
- ✓ Autocontrol, motivación y expectativas: por ejemplo, ¿A qué le atribuye tal situación?, ¿cómo piensa que sería al solucionarlo?, ¿Qué solución le han dado?

3. Cierre

Anexo B: Historia Clínica

	FORMATO HISTORIA CLÍNICA PARA ADULTOS Código: PS-FO-081 Versión: 02
---	--

Fecha de recepción	Dia		Mes		Año		No. De historia	
--------------------	-----	--	-----	--	-----	--	-----------------	--

1. DATOS DEMOGRAFICOS DEL USUARIO

Datos del Usuario

Nombres y Apellidos	Edad	Genero	Documento de Identidad
Lugar y Fecha de nacimiento		Direccion de Residencia	
Estrato	No. Telefono Residencia	No. Telefono Celular	
Nivel de Escolaridad	Profesion / Ocupacion		
Remitido por	Entidad (EPS)		

2. DATOS DEL ACUDIENTE

Nombres y Apellidos	Parentesco	Edad	Estado Civil
Direccion de Residencia	No. Telefono Residencia	No. Telefono Celular	

3. SITUACION ACTUAL DEL USUARIO

3.1 Motivo de Consulta

3.2 Historial de la situacion

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

	FORMATO HISTORIA CLÍNICA PARA ADULTOS Código: P5-FO-081 Versión: 02
---	--

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

	FORMATO HISTORIA CLÍNICA PARA ADULTOS Código: PS-FO-081 Versión: 02
---	--

11. OBSERVACION GENERAL DEL USUARIO (Examen mental)		

12. IMPRESION DIAGNOSTICA (DSM V)		

13. PLAN DE TRATAMIENTO		

Anexo C: Consentimiento Informado

 Universidad Pontificia Bolivariana VICELATA MINEDUCACIÓN	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MAYORES DE EDAD Código: PS-FO-154 Versión: 01
---	--

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, certifico que he recibido y comprendido que la información que obtengan el psicólogo en formación y el psicólogo asesor, es de carácter confidencial y que la podrán revelar si durante la evaluación o el tratamiento, se detecta de manera clara que hay un evidente daño para mí o para terceros; con el fin de que se puedan tomar las medidas preventivas o correctivas según sea el caso.

También sé que la información que suministro en el proceso de consulta, podrá ser utilizada para procesos académicos o investigativos; siempre y cuando se resguarde mi identidad. Se me indicó que el procedimiento a seguir es en primera instancia un periodo de evaluación en la que se incluirán la entrevista, la aplicación de pruebas psicológicas y otras formas de evaluación que se consideren pertinentes para valorar mi estado psicológico actual. Posteriormente recibiré un diagnóstico sobre las problemáticas o condiciones psicológicas en las que me encuentro, y se me dará información sobre las opciones de intervención por parte del psicólogo en formación y otros profesionales; como también sobre el tiempo probable de tratamiento. También se me indicó yo puedo revocar el consentimiento o dar por terminada en cualquier momento la relación entre el psicólogo en formación y yo, cuando lo considere pertinente, sin que ello implique ningún tipo de consecuencia para mí.

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

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

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

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

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

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

Anexo D: Inventario clínico Multiaxial de Millon II**CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE MILLON (MCMI-II)**

1. Actúo siempre según mis propias ideas en vez de hacer lo que otros esperan que haga.
2. He encontrado siempre más cómodo hacer las cosas solo, tranquilamente, que hacerlas con otros.
3. Hablar con la gente ha sido casi siempre difícil y desagradable para mí.
4. Creo que tengo que ser enérgico y decidido en todo lo que hago.
5. Desde hace algunas semanas me pongo a llorar incluso cuando la menor cosa me sale mal.
6. Algunas personas piensan que soy vanidoso o egocéntrico.
7. Cuando era adolescente tuve muchos problemas por mi mal comportamiento en el colegio.
8. Tengo siempre la impresión de no ser aceptado en un grupo.
9. Frecuentemente critico a la gente que me molesta.
10. Me encuentro más a gusto siguiendo a los demás.
11. Me gusta hacer tantas cosas diferentes que no sé por dónde empezar.
12. Algunas veces puedo ser bastante duro o mezquino con mi familia.
13. Tengo poco interés en hacer amigos.
14. Me considero una persona muy sociable o extravertida.
15. Sé que soy una persona superior a los demás y por eso no me preocupa lo que piensen.
16. La gente nunca ha apreciado suficientemente las cosas que he hecho.
17. Tengo problemas con la bebida que he intentado solucionar sin éxito.
18. Últimamente siento un nudo en el estómago y me invade un sudor frío.
19. Siempre he querido permanecer en segundo plano en las actividades sociales.
20. A menudo hago cosas sin ninguna razón, sólo porque pueden ser divertidas.
21. Me molesta mucho la gente que no es capaz de hacer las cosas bien.
22. Si mi familia me obliga o presiona, es probable que me enfade y me resista a hacer lo que ellos quieren.
23. Muchas veces pienso que me deberían de castigar por lo que he hecho.
24. La gente se ríe de mí a mis espaldas, hablando de lo que hago o parezco.
25. Los demás parecen más seguros que yo sobre lo que son y lo que quieren.
26. Soy propenso a tener explosiones de llanto o cólera sin tener motivo.
27. Desde hace uno o dos años he comenzado a sentirme solo y vacío.
28. Tengo habilidad para "dramatizar" las cosas.
29. Me resulta difícil mantener el equilibrio cuando camino.
30. Disfruto en situaciones de intensa competitividad.
31. Cuando entro en crisis busco enseguida alguien que me ayude.
32. Me protejo de los problemas no dejando que la gente sepa mucho sobre mí.
33. Casi siempre me siento débil y cansado.
34. Otras personas se enfadan mucho más que yo por las cosas molestas.
35. A menudo, mi adicción a las drogas me ha causado en el pasado bastantes problemas.
36. Últimamente me encuentro llorando sin ningún motivo.
37. Creo que soy una persona especial, que necesita que los demás me presten una atención especial.
38. Nunca me dejo engañar por gente que dice necesitar ayuda.
39. Una buena forma de conseguir un mundo en paz es fomentar los valores morales de la gente.
40. En el pasado he mantenido relaciones sexuales con muchas personas que no significaban nada especial para mí.

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE MILLON (MCMI-II)

41. Me resulta difícil simpatizar con la gente que se siente siempre insegura con todo.
42. Soy una persona muy agradable y dócil.
43. La principal causa de mis problemas ha sido mi "mal carácter".
44. No tengo inconveniente en forzar a los demás a hacer lo que yo quiero.
45. En los últimos años, incluso las cosas sin importancia parecen deprimirme.
46. Mi deseo de hacer las cosas lo más perfectamente posible muchas veces enlentece mi trabajo.
47. Soy tan callado y retraído que la mayoría de la gente no sabe ni que existo.
48. Me gusta coquetear con las personas del otro sexo.
49. Soy una persona tranquila y temerosa.
50. Soy muy variable y cambio de opiniones y sentimientos continuamente.
51. Me pongo muy nervioso cuando pienso en los acontecimientos del día.
52. Beber alcohol nunca me ha causado verdaderos problemas en mi trabajo.
53. Últimamente me siento sin fuerzas, incluso por la mañana.
54. Hace algunos años que he comenzado a sentirme un fracasado.
55. No soporto a las personas "sabihondas", que lo saben todo y piensan que pueden hacer cualquier cosa mejor que yo.
56. He tenido siempre miedo a perder el afecto de las personas que más necesito.
57. Parece que me aparto de mis objetivos dejando que otros me adelanten.
58. Últimamente he comenzado a sentir deseos de tirar y romper cosas.
59. Recientemente he pensado muy en serio en quitarme de en medio.
60. Siempre estoy buscando hacer nuevos amigos y conocer gente nueva.
61. Controlo muy bien mi dinero para estar preparado en caso de necesidad.
62. El año pasado aparecí en la portada de varias revistas.
63. Le gusto a muy poca gente.
64. Si alguien me criticase por cometer un error, rápidamente le reprocharía sus propios errores.
65. Algunas personas dicen que disfruto sufriendo.
66. Muchas veces expreso mi rabia y mal humor, y luego me siento terriblemente culpable por ello.
67. Últimamente me siento nervioso y bajo una terrible tensión sin saber por qué.
68. Muy a menudo pierdo mi capacidad para percibir sensaciones en partes de mi cuerpo.
69. Creo que hay personas que utilizan la telepatía para influir en mi vida.
70. Tomar las llamadas drogas "ilegales" puede ser indeseable o nocivo, pero reconozco que en el pasado las he necesitado.
71. Me siento continuamente muy cansado.
72. No puedo dormir, y me levanto tan cansado como al acostarme.
73. He hecho impulsivamente muchas cosas estúpidas que han llegado a causarme grandes problemas.
74. Nunca perdono un insulto ni olvido una situación molesta que alguien me haya provocado.
75. Debemos respetar a nuestros mayores y no creer que sabemos más que ellos.
76. Me siento muy triste y deprimido la mayor parte del tiempo.
77. Soy la típica persona de la que otros se aprovechan.
78. Siempre hago lo posible por complacer a los demás, incluso si ellos no me gustan.
79. Durante muchos años he pensado seriamente en suicidarme.
80. Me doy cuenta enseguida cuando la gente intenta crearme problemas.

POR FAVOR, NO SE DETENGA. CONTINUE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE MILLON (MCMI-II)

81. Siempre he tenido menos interés en el sexo que la mayoría de la gente.
82. No comprendo por qué, pero parece que disfruto haciendo sufrir a los que quiero.
83. Hace mucho tiempo decidí que lo mejor es tener poco que ver con la gente.
84. Estoy dispuesto a luchar hasta el final antes de que nadie obstruya mis intereses y objetivos.
85. Desde niño siempre he tenido que tener cuidado con la gente que intentaba engañarme.
86. Cuando las cosas son aburridas me gusta provocar algo interesante.
87. Tengo un problema con el alcohol que nos ha creado dificultades a mí y mi familia.
88. Si alguien necesita hacer algo que requiera mucha paciencia, debería contar conmigo.
89. Probablemente tengo las ideas más creativas de entre la gente que conozco.
90. No he visto ningún coche en los últimos diez años.
91. No veo nada incorrecto en utilizar a la gente para conseguir lo que quiero.
92. El que me castiguen nunca me ha frenado de hacer lo que he querido.
93. Muchas veces me siento muy alegre y animado, sin ningún motivo.
94. Siendo adolescente, me fugué de casa por lo menos una vez.
95. Muy a menudo digo cosas sin pensarlas y luego me arrepiento de haberlas dicho.
96. En las últimas semanas me he sentido exhausto, agotado, sin un motivo especial.
97. Últimamente me he sentido muy culpable porque ya no soy capaz de hacer nada bien.
98. Algunas ideas me dan vueltas en la cabeza una y otra vez, y no consigo olvidarlas.
99. En los dos últimos años me he vuelto muy desanimado y triste sobre la vida.
100. Mucha gente ha estado espiando mi vida privada durante años.
101. No sé por qué, pero a veces digo cosas crueles para hacer sufrir a los demás.
102. Odio o tengo miedo de la mayor parte de la gente.
103. Expreso mi opinión sobre las cosas sin que me importe lo que otros puedan pensar.
104. Cuando alguien con autoridad insiste en que haga algo, es probable que lo eluda o bien que lo haga mal.
105. En el pasado el hábito de abusar de las drogas me ha hecho no acudir al trabajo.
106. Estoy siempre dispuesto a ceder ante los otros para evitar disputas.
107. Con frecuencia estoy irritable y de mal humor.
108. Últimamente ya no tengo fuerzas para luchar ni para defenderme.
109. Últimamente tengo que pensar las cosas una y otra vez sin ningún motivo.
110. Muchas veces pienso que no merezco las cosas buenas que me suceden.
111. Utilizo mi atractivo para conseguir la atención de los demás.
112. Cuando estoy solo, a menudo noto la fuerte presencia de alguien cercano que no puede ser visto.
113. Me siento desorientado, sin objetivos, y no sé hacia dónde voy a ir en la vida.
114. Últimamente he sudado mucho y me he sentido muy tenso.
115. A veces siento como si necesitase hacer algo para hacerme daño a mí mismo o a otros.
116. La ley me ha castigado injustamente por delitos que nunca he cometido.
117. Me he vuelto muy sobresaltado y nervioso en las últimas semanas.
118. Sigo teniendo extraños pensamientos de los que desearía poder librarme.
119. Tengo muchas dificultades para controlar el impulso de beber en exceso.
120. Mucha gente piensa que no sirvo para nada.

POR FAVOR, NO SE DETENGA. CONTINUE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE MILLON (MCMI-II)

121. Puedo llegar a estar muy excitado sexualmente cuando discuto o peleo con alguien a quien amo.
122. Durante años he conseguido mantener en el mínimo mi consumo de alcohol.
123. Siempre pongo a prueba a la gente para saber hasta dónde son de confianza.
124. Incluso cuando estoy despierto parece que no me doy cuenta de la gente que está cerca de mí.
125. Me resulta fácil hacer muchos amigos.
126. Me aseguro siempre de que mi trabajo esté bien planeado y organizado.
127. Con mucha frecuencia oigo cosas con tanta claridad que me molesta.
128. Mis estados de ánimo parecen cambiar de un día para otro.
129. No culpo a quien se aprovecha de alguien que se lo permite.
130. He cambiado de trabajo por lo menos más de tres veces en los últimos dos años.
131. Tengo muchas ideas muy avanzadas para los tiempos actuales.
132. Me siento muy triste y melancólico últimamente y parece que no puedo superarlo.
133. Creo que siempre es mejor buscar ayuda para lo que hago.
134. Muchas veces me enfado con la gente que hace las cosas lentamente.
135. Realmente me molesta la gente que espera que haga lo que yo no quiero hacer.
136. En estos últimos años me he sentido tan culpable que puedo hacer algo terrible contra mí.
137. Cuando estoy en una fiesta o reunión nunca me quedo al margen.
138. La gente me dice que soy una persona muy íntegra y moral.
139. Algunas veces me siento confuso y preocupado cuando la gente es amable conmigo.
140. El problema de usar drogas "ilegales" me ha causado discusiones con mi familia.
141. Me siento muy incómodo con personas del otro sexo.
142. Algunos miembros de mi familia dicen que soy egoísta y que sólo pienso en mí mismo.
143. No me importa que la gente no se interese por mí.
144. Francamente, miento con mucha frecuencia para salir de dificultades o problemas.
145. La gente puede hacerme cambiar de ideas fácilmente, incluso cuando pienso que ya había tomado una decisión.
146. Algunos han tratado de dominarme, pero he tenido fuerza de voluntad para superarlo.
147. Mis padres me decían con frecuencia que no era bueno.
148. A menudo la gente se irrita conmigo cuando les doy órdenes.
149. Tengo mucho respeto por los que tienen autoridad sobre mí.
150. No tengo casi ningún lazo íntimo con los demás.
151. En el pasado la gente decía que yo estaba muy interesado y que me apasionaba por demasiadas cosas.
152. En el último año he cruzado el Atlántico más de treinta veces.
153. Estoy de acuerdo con el refrán: "Al que madruga Dios le ayuda".
154. Me merezco el sufrimiento que he padecido a lo largo de mi vida.
155. Mis sentimientos hacia las personas importantes de mi vida, muchas veces han oscilado entre amarlas y odiarlas.
156. Mis padres nunca se ponían de acuerdo entre ellos.
157. En alguna ocasión he bebido diez copas o más sin llegar a emborracharme.
158. Cuando estoy en una reunión social, en grupo, casi siempre me siento tenso y controlado.
159. Tengo en alta estima las normas y reglas porque son una buena guía a seguir.
160. Desde que era niño he ido perdiendo contacto con la realidad.

POR FAVOR, NO SE DETENGA. CONTINUE EN LA PÁGINA SIGUIENTE
CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE MILLON (MCMI-II)

- 161. Rara vez me emociono mucho con algo.
- 162. Habitualmente he sido un andariego inquieto, vagando de un sitio a otro sin tener idea de dónde terminaría.
- 163. No soporto a las personas que llegan tarde a las citas.
- 164. Gente sin escrúpulos intenta con frecuencia aprovecharse de lo que yo he realizado o ideado.
- 165. Me irrita mucho que alguien me pida que haga las cosas a su modo en vez de al mío.
- 166. Tengo habilidad para tener éxito en casi todo lo que hago.
- 167. Últimamente me siento completamente destrozado.
- 168. A la gente que quiero, parece que la animo a que me hiera.
- 169. Nunca he tenido pelo, ni en mi cabeza ni en mi cuerpo.
- 170. Cuando estoy con otras personas me gusta ser el centro de atención.
- 171. Personas que en un principio he admirado grandemente, más tarde me han defraudado al conocer la realidad.
- 172. Soy el tipo de persona que puede abordar a cualquiera y echarle una bronca.
- 173. Prefiero estar con gente que me protegerá.
- 174. He tenido muchos períodos en mi vida que he estado tan animado y con energía que luego he estado bajo de ánimo.
- 175. En el pasado he tenido dificultades para abandonar el abuso de drogas y alcohol.

FIN DE LA PRUEBA
COMPRUEBE QUE NO HA DEJADO SIN CONTESTAR
ALGUNA FRASE.
GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

Anexo E: El Inventario de Depresión de Beck (BDI, BDI-II)



CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (Beck Depression Inventory)

Nombre.....Fecha.....

Elija de cada uno de estos 21 planteamientos, el que mejor refleje su opinión.

1.
 - a. No me siento triste.
 - b. Me siento triste.
 - c. Me siento siempre triste y no puedo salir de mi tristeza.
 - d. Estoy tan triste y infeliz que no puedo soportarlo.
2.
 - a. No me siento especialmente desanimado ante el futuro.
 - b. Me siento desanimado con respecto al futuro.
 - c. Siento que no tengo nada que esperar.
 - d. Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar.
3.
 - a. No creo que sea un fracaso.
 - b. Creo que he fracasado más que cualquier persona normal.
 - c. Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos.
 - d. Creo que soy un fracaso absoluto como persona.
4.
 - a. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes.
 - b. No disfruto de las cosas de la manera en que solía hacerlo.
 - c. Ya no tengo verdadero satisfacción de nada.
 - d. Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
5.
 - a. No me siento especialmente culpable.
 - b. No me siento culpable una buena parte del tiempo.
 - c. Me siento culpable casi siempre.
 - d. Me siento culpable siempre.
6.
 - a. No creo que este siendo castigado.
 - b. Creo que puedo ser castigado.
 - c. Espero ser castigado.
 - d. Creo que estoy siendo castigado.
7.
 - a. No me siento decepcionado de mí mismo.
 - b. Me he decepcionado a mí mismo.
 - c. Estoy disgustado conmigo mismo.
 - d. Me odio.
8.
 - a. No creo ser peor que los demás.
 - b. Me critico por mis debilidades o errores.
 - c. Me culpo siempre por mis errores.
 - d. Me culpo de todo lo malo que sucede.



Centro Internacional de Medicina Avanzada – Servicio de Reumatología
 Manuel Girona, 33 08034-BARCELONA Tf. 935 522 700
 Sabino de Arana, 12 08028-BARCELONA Tf. 93 330 51 40
www.institutferran.org www.cimaclinic.com

9.
 - a. No pienso en matarme.
 - b. Pienso en matarme, pero no lo haría.
 - c. Me gustaría matarme.
 - d. Me mataría si tuviera la oportunidad.
10.
 - a. No lloro más de lo de costumbre.
 - b. Ahora lloro más de lo que lo solía hacer.
 - c. Ahora lloro todo el tiempo.
 - d. Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera.
11.
 - a. Las cosas no me irritan más que de costumbre.
 - b. Las cosas me irritan más que de costumbre.
 - c. Estoy bastante irritado o enfadado una buena parte del tiempo.
 - d. Ahora me siento irritado todo el tiempo.
12.
 - a. No he perdido el interés por otras cosas.
 - b. Estoy menos interesado en otras personas que de costumbre.
 - c. He perdido casi todo el interés por otras personas.
 - d. He perdido todo mi interés por otras personas.
13.
 - a. Tomo decisiones casi siempre.
 - b. Postergo la adopción de decisiones más que de costumbre.
 - c. Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes.
 - d. Ya no puedo tomar decisiones.
14.
 - a. No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.
 - b. Me preocupa el hecho de parecer viejo sin atractivos.
 - c. Tengo que obligarme seriamente con mi aspecto, y parezco poco atractivo.
 - d. Creo que me veo feo.
15.
 - a. Puedo trabajar tan bien como antes.
 - b. Me cuesta más esfuerzo empezar a hacer algo.
 - c. Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa.
 - d. No puedo trabajar en absoluto.
16.
 - a. Puedo dormir tan bien como antes.
 - b. No puedo dormir tan bien como solía.
 - c. Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormir.
 - d. Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormir.
17.
 - a. No me canso más que de costumbre.
 - b. Me canso más fácilmente que de costumbre.
 - c. Me canso sin hacer nada.
 - d. Estoy demasiado cansado como para hacer algo.

18. a. MI apetito no es peor que de costumbre.
b. MI apetito no es tan bueno como solía ser.
c. MI apetito está mucho peor ahora.
d. Ya no tengo apetito.
19. a. No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, ultimamente.
b. He rebajado más de dos kilos y medio.
c. He rebajado más de cinco kilos.
d. He rebajado más de siete kilos y medio.
20. a. No me preocupo por mi salud más que de costumbre.
b. Estoy preocupado por problemas físicos como, por ejemplo, dolores, molestias estomacales o estreñimiento.
c. Estoy preocupado por mis problemas físico y me resulta difícil pensar en otra cosa.
d. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.
21. a. No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo.
b. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estar.
c. Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
d. He perdido por completo el interés en el sexo.

Muchas gracias.

Anexo F: El Inventario de Ansiedad de Beck

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

Anexo G: Escala de Estrategias de Coping – Modificada (EEC-M)

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS Y VALIDACIÓN DE EEC-M

347

Apéndice 2. Escala de estrategias de Coping – modificada (EEC-M)

Londoño N. H., Henao G. C., Puerta I. C., Posada S. L., Arango D.,
Aguirre, D. C.

Grupo de Investigación Estudios Clínicos y Sociales en Psicología
Universidad de San Buenaventura, Medellín, Colombia

Instrucciones:

A continuación se plantean diferentes formas que emplean las personas para afrontar los problemas o situaciones estresantes que se les 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 qué tan habitual ha sido esta forma de comportamiento ante las situaciones estresantes.

	1 Nunca	2 Casi nunca	3 A veces	4 Frecuentemente	5 Casi siempre	6 Siempre													
							↓	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
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.	Acudo 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												

1	2	3	4	5	6
Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
			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 parentes 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.	Razo	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.	Inhíbo 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 indique 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			

Anexo H: Desarrollo del plan de intervención.

Consultante	Motivo consulta	Número de sesión	Objetivo terapéutico	Técnica utilizada	Actividades desarrolladas en la sesión	Resultados	Observaciones
<i>L.M.L</i> <i>Edad: 44 años</i> <i>Ocupación: Enseñar catecismo</i>	Consultante: Manifiesta “ siento mucha tristeza, no me dan ganas de levantarme de la cama, siento ganas de llorar constantemente”	1	Se realiza entrevista indagando sobre que la ha llevado encontrarse en el estado de ánimo actual.	Entrevista	Se realiza una serie de preguntas para conocer a que se debe que se generen estos síntomas. ✓ Desde hace cuánto siente triste, con mucha tristeza, sin ganas de levantarse de la cama? ✓ Anteriormente ha buscado ayuda? ✓ Como es su relación familiar? ✓ Con quien vive? ✓ Cuénteme como era su vida antes	Consultante refiere: Todo comenzó hace 10 años cuando termine mi relación sentimental él se fue al seminario para mí fue muy difícil aceptarlo, estuve en psiquiatría por tiempo hasta que me recupere, después hace 4 años me volví a encontrar con él, iniciamos nuevamente una relación a escondidas y cuando él se fue nuevamente recaí tuve en sesión	La consultante se denota preocupada por querer solucionar su situación; asiste en compañía de su familia, quien su apoyo. Se deja de tarea realizar un registro donde diligenciar en el momento que se genera malestar, el día, cuáles son sus pensamientos que tiene en ese instante, que hace para solucionarlo.

				de empezar a sentirse así triste, sin ánimos?	psicológica y me sirvió porque me recupere, la psicóloga me colocaba a escribir cartas y quemarlas. Hace dos meses lo volví a ver y nuevamente me siento mal no puedo dormir pensando en él. No me sentí así ni siquiera cuando falleció mi madre hace dos años. Consumo pastillas para dormir cuando no lo hago sueño con él. Hace mucho tiempo me dedique a trabajar en Bordados. Actualmente convivo con mi padre y hermanos.	
L.M.L Edad: 44 años Ocupación: Enseñar catecismo	2	Se aplica pruebas psicológicas	Inventario de Ansiedad y Depresión de Beck. Cuestionario de	Se empieza por explicar cómo se debe realizar el diligenciamiento de cada prueba. Se utiliza toda sesión	La consultante dio respuesta a cada uno de los ítems que estaban en las pruebas psicológicas.	La consultante llega de manera puntual a la cita, se muestra atenta,, interesada al responder las

			personalidad de Millón	para el fin de aplicar los test.		pruebas psicológicas.
L.M.L Edad: 44 años Ocupación: Enseñar catecismo	3	1. Se comenta sobre los resultados de pruebas psicológicas .	Psicoeducación	Se realiza la socialización de los resultados se fijan las metas con la consultante. Quien manifiesta que desea de dejar de pensar en esa persona y además poder dormir sin consumir los medicamentos que le está formulando un médico general.	Mediante esta sesión la consultante se siente interesada en responder cada pregunta, menciona que desea perder la inseguridad, sus relaciones sociales son muy pocas ya que casi no tiene amigas, eso siempre ha sido así desde la adolescencia tenía poquitos amigos, mi amistad con ellos fue sincera, me gusta muchos las manualidades pero hace tiempo lo deje de hacer. En momentos se me vienen los recuerdos de ex pareja pienso que como seria si él estuviera conmigo. Trato de	Se hace una exploración sobre la tarea de registro dejada para casa, lo cual demuestra dedicación por parte de la consultante, donde ella hace reconocimiento de los momentos que aparece los pensamientos y que hace para solucionarlos donde busca actividades como ver televisión o leer o cualquier actividad que la pueda distraer de sus pensamientos fijados en su ex pareja. Se deja para casa realizar una actividad de registro llamado el termómetro de ánimo que consiste de 01 a 09
		2. El objetivo es que la consultante sienta más en control de tu vida mejorando los pensamientos.		Se inicia realizando un Psicoeducación sobre los pensamientos y preguntas ✓ Como es son sus relaciones sociales? ✓ Que es te gusta hacer y que te llene de		

-
- | | | |
|---|---|--|
| <p>satisfacción ?</p> <p>✓ Que tipos de pensamientos te pasan por la mente cuando se triste y deprimida?</p> <p>✓ Que es lo que haces cuando está deprimida?</p> <p>✓ Como te la llevas con las demás personas cuando está deprimida?</p> | <p>mirar televisión, leer o hacer algún oficio para olvidarme de él; él fue mi primer novio, no he pensado en volver a construir otra relación afectiva solo deseo estar contenta con mi familia; pero quisiera ser feliz como antes que me daban ganas de hacer las cosas. Cuando estoy triste me gusta contarle mis cosas a mi hermana, además soy muy solitaria.</p> | <p>como se ha sentido cada día de la semana.</p> |
|---|---|--|

Se empieza por explicar a la consultante que el tener algunos tipos de pensamientos hace que te sientas más o menos deprimido/a.

Me ha parecido bien la sesión, voy realizar en casa los mensajes, (los escribió en un papel para llevarlos y recordarlos)

Por
"Pensamientos" se

refirieren a "cosas que nos decimos a nosotras mismas".

Asimismo se le expone que los pensamientos pueden tener un efecto sobre tu cuerpo.

- Los pensamientos pueden tener un efecto sobre tus acciones (lo que haces).
 - Los pensamientos pueden tener un efecto sobre tu estado de ánimo (cómo te sientes).
 - Los pensamientos pueden tener un
-

efecto sobre
tu estado de
ánimo
(cómo te
sientes).
Después de
lo anterior
se le coloca
un ejemplo
para que
comprenda
una
situación
donde los
pensamient
os afecte en
el estado de
ánimo y
cuerpo:

Vas caminando por
una calle solitaria y
ves a una persona
que viene
caminando bien
rápido detrás de ti.
Luce seria y te está
mirando y piensas
que te va a asaltar.

Inmediatamente, tu cuerpo, tus acciones y tu estado de ánimo reaccionan ante ese pensamiento.

Empiezas a sudar, se te acelera el corazón y sientes un nudo en el estómago.

Comienzas a mirar sobre el hombro y a caminar más rápido. Te sientes nerviosa, temerosa. La persona te alcanza y te pasa por el lado y continúa caminando con su paso acelerado mientras se aleja de ti. Piensas que quizás tiene prisa

Además se le pregunto ¿Tienes alguna duda, pregunta o comentario sobre lo que hablamos hoy?

Que reflexión tiene sobre la sesión.
Se le recomienda auto mensajes positivos
Como yo puedo
Sin el puedo ser feliz
Mi felicidad depende de mí.

<u>L.M.L</u> <u>Edad: 44 años</u> <u>Ocupación: Enseñar catecismo</u>	4 1. El objetivo es indagar sobre cómo estuvo su estado de ánimo en dos meses anteriores 2. Restructuración Cognitiva 3. Dejar tarea para casa, como el termómetro del estado de ánimo, Lista de actividades agradable.	Entrevista	Se inician preguntas sobre para conocer que ha sucedido en los dos meses anteriores, durante el receso: 1. ¿Cómo ha sentido en dos meses? 2. ¿Qué realizo en diciembre? 3. ¿Cuénteme, en diciembre tuvo algún tipo de contacto con su expareja, llamadas o visitas?	<u>L.M.L</u> <u>Edad: 44 años</u> <u>Ocupación: Enseñar catecismo</u>	La consultante tiene pensamiento recurrentes con su ex pareja, por ejemplo momentos que compartían, sobre los temas que hablaban de lo cual no manifiesta específicamente. Se dejan tares para casa como el termómetro y listado semana de actividades agradables
--	---	-------------------	--	--	--

-
4. ¿Tiene algún tipo de contacto con ex pareja por medio de fotos o redes sociales?
 5. ¿Ha realizado algunos de los auto mensajes positivos en el lapso del tiempo como se había recomienda: yo puedo,
Sin el puedo ser feliz, Mi felicidad depende de mí?

<u>L.M.L</u> <u>Edad:</u> 44 <u>años</u> <u>Ocupación:</u> <u>Enseñar</u> <u>catecismo</u>	5	1. Aplicar la prueba de Afrontamiento Coping.	Esta sesión se utiliza únicamente para aplicar pruebas psicológicas	La consultante dio respuesta a cada uno de los ítems que estaban en las pruebas psicológicas.	La consultante estuvo atenta a las instrucciones sobre la prueba de Afrontamiento de Coping, así dando respuesta y preguntando cuando tenía dudas sobre	Al finalizar se indaga sobre la tarea el termómetro dando respuesta porque dos días puntuaron 5, donde su respuesta es que
---	---	---	---	---	---	--

			alguna palabra o pregunta.	no ha podido dormir bien.
<u>L.M.L</u> <u>Edad:</u> 44 <u>años</u> <u>Ocupación:</u> <u>Enseñar</u> <u>catecismo</u>	6	En esta sesión se va a explorar cómo tus pensamientos, comportamientos y sentimientos influyen en tus relaciones con otras personas y cómo las relaciones afectan estas tres áreas. Antes de hablar de cómo estas tres áreas se afectan por las relaciones con los demás, es importante identificar cómo se manifiestan	En esta sesión se va a explorar cómo tus pensamientos y sentimientos influyen en tus relaciones con otras personas y cómo las relaciones afectan estas tres áreas. Antes de hablar de cómo estas tres áreas se afectan por las relaciones con los demás, es importante identificar cómo se manifiestan	
		✓ Psicoeducación sobre cómo las relaciones interpersonales afectan tu estado de ánimo ✓ Dejar tarea para casa ¿Cuánto crees que disfrutas tus actividades agradables? ✓ Remitir a Psiquiatría para control de medicamento Levomepromazina, Clonazepam	✓ Psicoeducación sobre cómo las relaciones interpersonales afectan tu estado de ánimo ✓ Dejar tarea para casa ¿Cuánto crees que disfrutas tus actividades agradables? ✓ Remitir a Psiquiatría para control de medicamento Levomepromazina, Clonazepam	✓ Psicoeducación sobre cómo las relaciones interpersonales afectan tu estado de ánimo ✓ Dejar tarea para casa ¿Cuánto crees que disfrutas tus actividades agradables? ✓ Remitir a Psiquiatría para control de medicamento

cuando estás
solo/a.
Se le pregunta
Cuando estás
sola, ¿cómo
son tus
pensamientos
, tus
conductas o
acciones?
¿Tus
sentimientos?
**Sobre los
pensamiento
s**
¿Qué
pensamientos
tienes cuando
estás con
otras
personas?

Pensamientos
que te
impiden
hacer
amistades.
Pídale
ejemplos.
Se le dan
algunos
ejemplos:
“¿Le caeré

**Sobre los
pensamientos**
¿Qué
pensamientos
tienes cuando
estás con otras
personas?

Pensamientos que
te impiden hacer
amistades. Pídale
ejemplos.
Se le dan algunos
ejemplos: “¿Le
caeré bien?” “Me
cae mal.” “¿Y si
me rechaza?” “No
sé qué le voy a
decir.”

Pensamientos que
ayudan a que te
sientas cómodo/a
con otras
personas.
Se le dan
ejemplos.
Una forma de
sentirte mejor es
cambiar el foco de
atención de ti
mismo/a la otra
persona y pensar

Levomepr
omazina,
Clonazep
am

bien?” “Me
cae mal.” “¿Y
si me
rechaza?”
“No sé qué le
voy a decir.”

Pensamientos
que ayudan a
que te sientas
cómodo/a con
otras
personas.

Se le dan
ejemplos.

Una forma de
sentirte mejor
es cambiar el
foco de
atención de ti
mismo/a la
otra persona y
pensar en
cómo ésta se
siente. Piensa
en cómo te
sientes
cuando estás
conociendo a
otra persona
por primera
vez.

Probablement

en cómo ésta se
siente. Piensa en
cómo te sientes
cuando estás
conociendo a otra
persona por
primera vez.
Probablemente la
otra persona se
siente así también.

Algunos
ejemplos: “Nunca
he hablado con
él/ella, así que no
sé cómo es.” “No
pierdo nada con
intentarlo.”

“Puede que le
agrade que le
hable.” Reflexión

TUS ACCIONES

¿Cómo haces
acercamientos a
otras personas?

¿Cuál es la
impresión que les
causas a otras
personas?

Presente la
información a
continuación y

e la otra
 persona se
 siente así
 también.
 Algunos
 ejemplos:
 “Nunca he
 hablado con
 él/ella, así
 que no sé
 cómo es.”
 “No pierdo
 nada con
 intentarlo.”
 “Puede que le
 agrade que le
 hable.”
 Reflexión

TUS

ACCIONES

¿Cómo haces
 acercamiento
 s a otras
 personas?
 ¿Cuál es la
 impresión
 que les causas
 a otras
 personas?

Presente la
 información a

genere una breve
 reflexión:

Tu cara: ¿Te
 sonríes de vez en
 cuando? ¿Haces
 contacto visual?

Tu cuerpo:
 ¿Parece que estás
 decaído/a?
 ¿Pareces estar
 cansado/a o
 rendido/a?

Tu apariencia: ¿Es
 apropiada para la
 ocasión y el lugar
 en donde te
 encuentras?

Tu habla: ¿Es muy
 lenta o tan suave
 que es difícil
 escucharte?

¿Hablas con
 coraje o con
 irritación? ¿Alzas
 la voz?

Tu conversación:
 ¿Muestras interés
 en lo que dicen

continuación
y genere una
breve
reflexión:

Tu cara: ¿Te
sonríes de vez
en cuando?
¿Haces
contacto
visual?

Tu cuerpo:
¿Parece que
estás
decaído/a?
¿Pareces estar
cansado/a o
rendido/a?

Tu
apariencia:
¿Es apropiada
para la
ocasión y el
lugar en
donde te
encuentras?

Tu habla: ¿Es
muy lenta o
tan suave que
es difícil

otras personas o
las ignoras o
críticas?

Tu actitud: ¿Te
quejas
demasiado?
¿Estás de mal
humor? ¿Ofendes
a las otras
personas con tu
actitud?

Reflexión:
Diferentes
emociones pueden
influir en la forma
en que te
relacionas con los
demás. Hay
ocasiones en que
experimentamos
emociones
negativas (por
ejemplo, coraje o
tristeza) que no
tienen que ver
nada con la
persona con quien
nos estamos
relacionando. Sin
embargo, dejamos
que esas
emociones afecten

escucharte?
¿Hablas con
coraje o con
irritación?
¿Alzas la
voz?

Tu
conversación:
¿Muestras
interés en lo
que dicen
otras
personas o las
ignoras o
críticas?

Tu actitud:
¿Te quejas
demasiado?
¿Estás de mal
humor?
¿Ofendes a
las otras
personas con
tu actitud?

Reflexión:
Diferentes
emociones
pueden influir
en la forma en
que te
relacionas

la relación. Por
eso es importante
poder identificar y
manejar nuestras
emociones.

con los demás. Hay ocasiones en que experimentamos emociones negativas (por ejemplo, coraje o tristeza) que no tienen que ver nada con la persona con quien nos estamos relacionando. Sin embargo, dejamos que esas emociones afecten la relación. Por eso es importante poder identificar y manejar nuestras emociones.

L.M.L Edad: 44 años	7	El objetivo es que la consultante sienta más en control de tu	Psicoeducación	Se fijan las metas con la consultante.	Se supervisan las tareas y se realiza socialización
------------------------	---	---	----------------	--	---

Ocupación: Enseñar catecismo	vida mejorando los pensamientos.	Quien manifiesta que desea de dejar de pensar en esa persona y además poder dormir sin consumir los medicamentos que le está formulando un médico general. Se inicia realizando un Psicoeducación sobre los pensamientos y preguntas ✓ ¿Cómo es son sus relaciones sociales? ✓ ¿Qué es te gusta hacer y que te llene de satisfacción ? ✓ ¿Qué tipos de pensamient os te pasan por la mente	sobre lo que escribió se indaga porque le gusto más esa actividad que la otra, se evidencia en la actividad que más le gusto, sobre ellos escribe que fue la que más gusto porque cuando salió a caminar contemplo todos a su alrededor personas, arboles, sitios, que ella particularmente no lo hacía. Próxima se sesión se realiza Biblioterapia con el libro tus zonas erróneas, se le entrega 40 paginas para que consultante la realice en casa, se le explica que en la próxima sesión se realizara la
------------------------------------	-------------------------------------	--	---

cuando se
triste y
deprimida?

✓ ¿Qué es lo
que haces
cuando está
deprimida?

✓ ¿Cómo te la
llevas con
las demás
personas
cuando está
deprimida?

reflexión y si tiene
dudas se aclaran.

Se deja tarea de
programa semana
donde debe
registrar las
actividades que
realiza todos los
días.

Se empieza por
explicar a la
consultante que el
tener algunos tipos
de pensamientos
hace que te sientas
más o menos
deprimido/a.

Por
"Pensamientos" se
refirieren a "cosas
que nos decimos a
nosotras mismas".

Asimismo se le
expone que los
pensamientos
pueden tener un

efecto sobre tu
cuerpo.

- Los
pensamient
os pueden
tener un
efecto sobre
tus acciones
(lo que
haces).
 - Los
pensamient
os pueden
tener un
efecto sobre
tu estado de
ánimo
(cómo te
sientes).
 - Los
pensamient
os pueden
tener un
efecto sobre
tu estado de
ánimo
(cómo te
sientes).
Después de
lo anterior
-

se le coloca
un ejemplo
para que
comprenda
una
situación
donde los
pensamient
os afecte en
el estado de
ánimo y
cuerpo:

Vas caminando por
una calle solitaria y
ves a una persona
que viene
caminando bien
rápido detrás de ti.
Luce seria y te está
mirando y piensas
que te va a asaltar.
Inmediatamente, tu
cuerpo, tus acciones
y tu estado de
ánimo reaccionan
ante ese
pensamiento.
Empiezas a sudar,
se te acelera el

corazón y sientes un
nudo en el
estómago.

Comienzas a mirar
sobre el hombro y a
caminar más
rápido. Te sientes
nerviosa, temerosa.
La persona te
alcanza y te pasa
por el lado y
continúa
caminando con su
paso acelerado
mientras se aleja de
ti. Piensas que
quizás tiene prisa

Además se le
pregunto ¿Tienes
alguna duda,
pregunta o
comentario sobre lo
que hablamos hoy?
Que reflexión tiene
sobre la sesión.
Se le recomienda
auto mensajes
positivos
Como yo puedo
Sin el puedo ser
feliz

Mi felicidad
depende de mí.

L.M.L
Edad: 44
años
Ocupación:
Enseñar
catecismo

8

✓ Identificación
ideas
disfuncionales.

✓ Aumentar
Autoestima

Biblioterapia

Psicoeducación

Se había dejado libro las zonas erróneas para que leyera en casa y para reflexionar sobre el libro durante la sesión. Donde se le pide que manifieste que fue lo más importante o que más le impacto del libro y siente que le podría servir en la vida. Para dar importancia y la consultante tenga conciencia como los pensamientos afectan el estado de ánimo, se le menciona que no es fácil cambiar un pensamiento de la momento, que se debe incorporar con constancia, es igual

Manifiesta la consultante que aprendió de la lectura realizada: “Que siempre debo quererme y pensar positivamente” “Pensar en el ahora, no en el futuro, ni en el pasado, es decir disfrutar cada momento”. “Que puedo controlar los pensamientos, evitando que me afecte algunas situaciones”. “Primero me debo amar a mí misma, debo sentirme importante y que valgo mucho”

Se le propone a la consultante que se trabajara sobre auto-imagen: se le pide a la paciente que seleccione con mayor detalle las prendas de uso diario, así como los accesorios y uso del cabello. Mirarse al espejo antes y después, de modo que obtenga Feedback positivo, además que mencione aspectos que le gusten físicos y además se mire y se diga mensajes positivos.

a un jardín, cuando empiezas a limpiar y quitarle las hojas secar y la maleza, lo riega todos los días con el tiempo tendrá un bello jardín; de igual forma sucede con los pensamientos si quitamos los pensamientos negativo o que afecten al igual que la maleza en el jardín, con el paso del tiempo todo el cambio se verá reflejado en el estado de ánimo.

Se le indica que escriba 5 cualidades, durante el día la lee 4 veces. (Escribe: gracias porque soy.....) Esto lo debe realizar durante una semana.

<u>L.M.L</u> <u>Edad:</u> 44 <u>años</u> <u>Ocupación:</u> <u>Enseñar</u> <u>catecismo</u>	9	✓ Orientar a la Consultante sobre aspectos que puede utilizar para mejorar el insomnio. ✓ Indicar Técnicas de	✓ Psico educación sobre el sueño ✓ Técnica de	Se mencionan a la consultante algunas recomendaciones para mejorar el proceso del sueño, así: Podrías aprender a establecer un horario constante para acostarte y levantarte, a evitar las siestas, a usar la	La consultante manifiesta que ella durante el día no duerme y además no consume café, ni chocolate debido que el médico le había dicho que le podía quitar el sueño.	Manifiesta que mirarse y decirse cosas ante espejo le ha servido bastante para mejorar varios aspectos, se siente más animada, en ocasiones mantiene dificultad para dormir que se está
---	---	--	--	--	--	---

relajación progresiva	relaja ción progr esiva	cama solamente para dormir, salir de la habitación si no puedes conciliar el sueño antes de los 20 minutos, y a regresar a la cama solo cuando estés somnoliento. Estar recostado en la cama cuando estás despierto puede convertirse en un hábito que lleva a que duermas mal. Este tratamiento reduce el tiempo que pasas en la cama, lo que produce la privación parcial del sueño y aumenta tu cansancio la noche siguiente. Una vez que logras dormir mejor, se aumenta gradualmente el tiempo que pasas en la cama.	Refiere que tendrá en cuenta las demás recomendaciones para realizar antes de dormir como la técnica de relajación. Se le explica nuevamente la técnica de relajación progresiva y se le recomienda realizar ante de dormir, después de explicar y practicar durante la sesión, se le pide el favor a la consultante que haga de maestra, enseñe la técnica a la terapeuta; para verificar que tiene claro cómo la debe realizar y además la entendiera.	tomando el medicamento, refiere que aún no ha podido sacar cita con psiquiatría; en el seguro médico le dicen que debe esperar que hayan citas.
--------------------------	----------------------------------	---	---	--

Consumir demasiada cafeína en las últimas horas del día, beber demasiado alcohol o no realizar ejercicio de forma regular, también ayudan a dormir mejor, como maneras de relajarte una o dos horas antes de ir a dormir con la técnica de relajación progresiva.

Mejorar el entorno para dormir, esto te ofrece maneras para que puedas crear un entorno cómodo para dormir, como mantener tu habitación tranquila, oscura y fresca, no tener un televisor en la habitación.

✓ **Leer antes de dormir.**

-
- ✓ **Evita**
dormir
durante el
día. La
famosa
siesta de
después de
comer te
dará
energías
para
mantenerte
activado
durante la
noche. Si
necesitas la
siesta que
no sea de
más de 20
minutos y
nunca
entrada la
tarde –
noche.
 - ✓ El ejercicio
ayudara
mejorar el
sueño.
-

			✓ Se realiza la técnica de relajación progresiva	
<u>L.M.L</u> <u>Edad:</u> 44 <u>años</u> <u>Ocupación:</u> <u>Enseñar catecismo</u>	10	Aumentar autoestima.	la	✓ Biblio terapi a ✓ Dialo go reflex ivo ✓ Méto do ABC Se había dejado libro las zonas erróneas para que estudiara en casa y para reflexionar sobre él durante la sesión, resaltando la importancia de cambio de pensamientos y como ellos afectan el estado de ánimo y en la autoestima. Se indaga sobre las tareas en casa. Además se le da una hoja para que escriba en: A es el evento activador, es decir, lo que sucedió. B es en inglés el “Belief” (la creencia) o el pensamiento que La consultante manifiesta de la reflexión del libro: “quererme a mí misma, no dejarme llevar por los comentarios o que piensan los demás, me siento más fuerte, cambien mis pensamientos negativos por positivos. Siempre me digo yo puedo, soy capaz”. Menciona que la familia le dice hoy la veo mejor. Menciona sentir un cambio en el ánimo porque antes no quería salir, ni levantarse, no quería hacer nada; he aceptado La consultante manifiesta que ha podido dormir mejor durante la última semana. Continúa realizando 30 minutos de caminata diaria. Se le entrega una hoja como referencia para realizar tarea en casa de redes de apoyo.

estás teniendo; es decir, lo que te dices a ti misma acerca de lo que está pasando. C es la Consecuencia de tu pensamiento; es decir, el sentimiento que tienes como resultado de tu pensamiento. D es la forma en que Discutes, Debates o le hablas a tu pensamiento. (Esto implica que se reten los pensamientos negativos y se generen pensamientos alternos positivos.)	algunas cosas, de igual forma dice que si se le presenta la oportunidad de tener una nueva pareja lo haría. Método ABC refiere: A: Ver a mi pareja B: Recordar tiempos pasado ejemplo salidas con el C:Triste, deprimida, no puedo dormir, no quería salir D: Pensar positivamente, estar feliz con mi familia, estar en la catequesis, enseñar a los niños, amarme y valorarme. Además entrenamiento en solución de problemas colocando ejemplos sobre situaciones y
---	---

						reflexionando sobre las soluciones más adecuadas.	
L.M.L Edad: 44 años Ocupación: Enseñar catecismo	11	✓	Indagar la afectación de las pérdidas que tiene la consultante durante la vida	✓	Perdidas ✓ Árbol de vida	Se indaga a la consultante sobre el cambio de casa de la mesa de los santos a Piedecuesta le afecto, de igual forma se le pregunta que impacto tuvo en ella haber tenido que dejar el empleo. Que afectación le genero la muerte de la mama. Durante la sesión se le pide a la consultante dibujar un árbol donde identifique en el tronco las fortalezas, en las ramas metas alcanzadas, en los frutos las oportunidades, en las hojas secas las debilidades, en el	Ella refiere que haber cambiado de residencia fue una circunstancia que le genero una oportunidad para poder terminar su bachillerato. Dejar de trabajar fue complejo debido que no ganaba dinero para comprar sus cosas pero de igual forma se sentía útil ya que sentía útil realizando las actividades de la casa. Cuando fallece la madre de la consultante refiere sentir mucha tristeza, la consultante cuido de su mama durante 1 mes ante de su muerte,
		✓	analizar cuáles son los objetivos, cualidades, fortalezas y amenazas				Se deja para casa tarea ¿cuánto crees que disfrutas tus actividades agradables? Se le entrega una hoja donde en sus ítems dice escribir de 3 a 6 actividades agradables y el porcentaje de 0 a 100%.

sol los sueños, en nube con rayo las amenazas.

menciona que duro dos meses de su muerte triste pero después comprendió que ella está mejor con Dios y no de pronto viva sufriendo; de igual forma en esta etapa no consumió medicamentos para la ansiedad.

En el tronco refiere: “Dios, quererme a mí misma”

Ramas: “tener una familia, ser catequista, trabajar con niños”

Frutos: “trabajar para alcanzar mis sueños, conocer muchas personas, crecer como persona”.

				Sol: “Ser feliz con mi familia, encontrar un pareja, tener una casa”. Hojas secas: “timidez, estar triste, deprimirme”. Nube: “dejarme llevar por lo que piensa los demás”.		
L.M.L Edad: 44 años Ocupación: Enseñar catecismo	12	✓ Identificar la evolución del paciente. ✓ Evaluar los cambios reportados. ✓ Aplicar pruebas psicológicas (post-test)	✓ Inventario clínico o Multiaxial de Millon II. ✓ Inventario de Ansiedad de Beck	Se empieza por explicar cómo se debe realizar el diligenciamiento de cada prueba. Se utiliza toda sesión para el fin de aplicar los test.	La consultante dio respuesta a cada uno de los ítems que estaban en las pruebas psicológicas.	Se le indica a la consultante que la próxima sesión será ultima, con la cual se genera el cierre de proceso terapéutico

(BAI)

.

✓ Depresión de Beck.

✓ Estrategias de Afrontamiento de Coping.

L.M.L
Edad: 44 años
Ocupación:
Enseñar catecismo

13

✓ Informar al consultante de los cambios obtenidos.

✓ Retroalimentar y concluir el proceso terapéutico.

• Entrega de resultados

• Prevención de Recaídas

• Devolución de los resultados obtenidos en la evaluación psicométrica, en la evaluación clínica y a lo largo del proceso terapéutico, los cuales

Se realiza la devolución de resultados a la consultante para cotejar la información del pre y post, confrontando los cambios obtenidos, que piensa la consultante sobre la evolución y los resultados, donde manifiesta que se siente más fuerte y preparada si llega

Se cierra el caso de manera satisfactoria, haciendo salvedad que la consultante debe continuar trabajando independientemente para mantener los cambios y mejorar. Se indica que dentro de un mes se realiza el encuentro para

-
- han sido registrados a lo largo de este cuadro.
 - Cierre del proceso con la manifestación de agradecimientos y despedida por parte, tanto del paciente y sus familiares como de la terapeuta.
- aparecer su seguimiento del expareja tomaría el proceso. las cosas con calma, sin afectación. Se recomienda continuar con los ejercicios de espejo, pensamiento positivos, de manera independiente y autónoma. En cuanto a las ganancias del proceso terapéutico la consultante manifiesta que ha aprendido a dejar de lado los pensamientos negativos. Finalmente se felicita al paciente por los cambios obtenidos, se le insta a mantenerlos y se le refuerza su fuerza de voluntad, se
-

					agradece por la dedicación y constancia, el esfuerzo, se realiza la despedida.	
L.M.L Edad: 44 años Ocupación: Enseñar catecismo	14	✓	Seguimiento al mes a la consulta	Seguimiento Entrevista	Se realiza una serie de preguntas a la consultante para verificar la evolución de la intervención y constatar que si ha tenido durante este lapso recaídas o algún tipo de dificultad en su estado de ánimo. De igual forma se entrevista a	La consultante manifiesta que se ha sentido igual desde que termino la intervención que no ha presentado los síntomas iniciales; durante el mes dos noches que no logro dormir adecuadamente, pero siente que ha mejorado insomnio, siente energía y animo durante el día. Siempre practica la terapia de relajación progresiva antes de dormir y continua realizando algunos hábitos Se cierra el caso de manera dejando por hecho la importancia de seguir de manera autónoma realizando lo aprendido en sesión o intervención para mantener cambios, en dado caso de recaídas no dudar en asistir a terapia psicológica

la hermana para corroborar la información ·	de higiene para el mejorar el sueño, sigue realizando las caminatas 30 minutos diarios, además refiere que siempre trata de pensar positivo ante las dificultades, se mira en el espejo se manifiesta cualidades. De igual manera menciona que no ha podido sacar cita para psiquiatría y además continúa con el medicamento para la ansiedad y depresión. La hermana menciona que ha observado en ella, un cambio en la mirada, en el aspecto físico en su actitud, además refiere que la consultante antes
--	---

de iniciar el
proceso no salía a
la tienda sola o
algún otro sitio,
en estos
momentos la
consultante
realiza estas
actividades de
manera
independiente; de
igual manera
manifiesta que
una de las noches
que no durmió
seguramente fue
por el temblor.
Se le recomienda
nuevamente como
el principio asistir
al Psiquiatra para
el control y
recomendaciones
del medicamento.

Anexo I: Autoregistros – Tareas para casa

Fecha	Sábado	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
El Mejor	9	9	9	9	9	9	9
Bastante Mejor	8	8	8	8	8	8	8
Mejor	7	7	7	7	7	7	7
Mejor que Regular	6	6	6	6	6	6	6
Regular	5	5	5	5	5	5	5
Peor que Regular	4	4	4	4	4	4	4
Peor	3	3	3	3	3	3	3
Bastante Peor	2	2	2	2	2	2	2
El Peor	1	1	1	1	1	1	1

Anexo J: Lista de Pensamientos Positivos

LISTA DE PENSAMIENTOS POSITIVOS

Haz una marca de cotejo (x) a los pensamientos positivos que tuviste cada día.

	Sábado	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves
Lo puedo hacer mejor.						
El día amaneció muy bonito.						
Aprenderé a ser feliz.						
La vida es interesante.						
Merezco que valoren mi opinión.						
A pesar de que las cosas están mal ahora, mejorarán.						
Lo hice bien.						
Realmente me siento muy bien.						
Esto es divertido/chévere.						
Escogí la mejor solución para un problema difícil.						
Soy una buena persona.						
Tengo muchas esperanzas para mi futuro.						
Tengo buen control de mí mismo/a.						
Tengo derecho a ser feliz.						
Esto es interesante.						
Realmente manejé bien esta situación.						
Me gusta leer.						
Las personas se llevan bien conmigo.						
He trabajado mucho, ahora necesito descansar.						
Soy considerado/a con otras personas.						
Tengo suficiente tiempo para realizar las cosas que quiero hacer.						
Me gusta la gente.						
Siempre encuentro la fortaleza para solucionar cualquier problema difícil.						
Soy honesto/a.						
Podría manejar los problemas tan bien como otras personas.						

	Sábado	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Mis experiencias me han preparado bien para el futuro.							
Tengo mucha suerte.							
Soy muy responsable.							
Me interesan las otras personas.							
Soy inteligente.							
Soy atractivo/a.							
No quisiera perderme la actividad o el evento.							
Soy importante para mi familia.							
Total de Pensamientos Positivos							

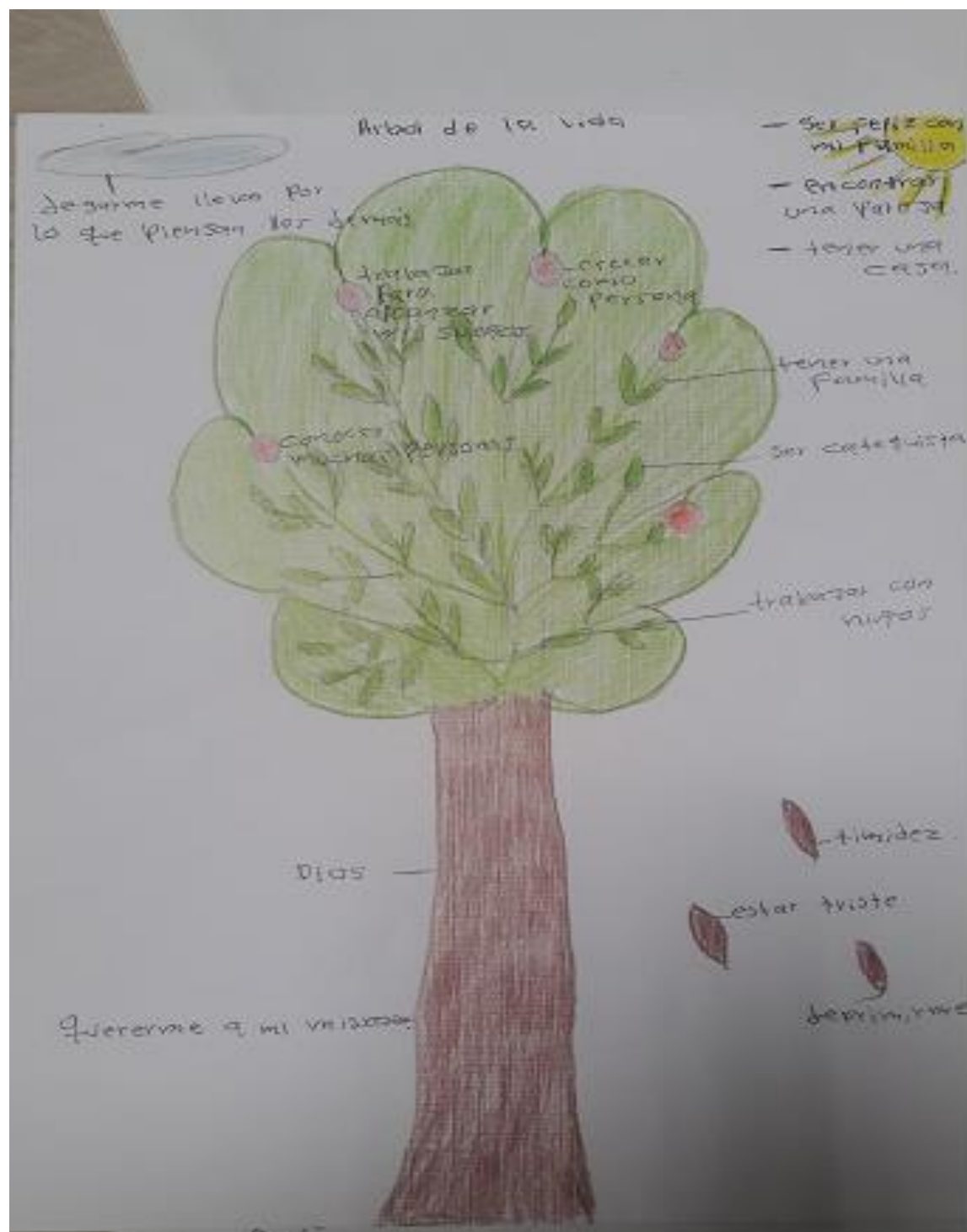
TRABAJANDO CON EL MÉTODO A B C D

A. Evento Activante (¿Qué sucedió?)	C. Consecuencia (¿Cómo reaccionaste?)
B. Belief (Creencia de lo que sucedió, lo que te dijiste acerca de lo que sucedió y lo que influyó tu reacción)	D. Discutir o Debatir la Creencia (Los pensamientos alternos que podrían ayudarte a reaccionar de una forma más saludable)

A. Evento activante (¿qué sucedió?) Ver a mi prima me hizo mucho	C. consecuencia (cómo reaccioné ante) - triste - deprimida - no puedo dormir - no quiero salir
Creencia de lo que sucedió que usted se dio a la mano, acordó que su hijo que muerte en su acción no se recuerdan sin parar ejemplo. salidas a varias trier con el	B. Discutir la creencia (pensamientos alternativos que podrían ayudarte a reaccionar de una forma más saludable) - Pensar positivamente - estar feliz con mi familia - estar en la catequesis - estar a la luz - amarme y valorarme

las cosas salgan bien para no
 el dolor a las personas
 reprimiendo las cosas como suceden.

Anexo L: Árbol de la Vida



Anexo M: Disfrutar las actividades agradables

¿Cuánto crees que disfrutarás de tus Actividades Agradables?

Actividades (escoge de 3 a 6 actividades)	Predicción (¿Cuánto crees que disfrutarás?, de 0 a 100 %)	Resultado (¿Cuánto, en efecto, disfrutaste?, de 0 a 100 %)	Comentarios
- Caminar	50%	80%	- Lo disfrute porque esta vez, contemple todo lo que hay alrededor
- Leer	40%	60%	- En cada texto leído hay una enseñanza para mi vida.
- Manualidades	45%	70%	- Al ir haciendo las manualidades me doy cuenta que puedo realizar diferentes modelos.

Anexo N: Programa Semanal de Actividades

Programa Semanal de Actividades

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
8:00-9:00							
9:00-10:00							
10:00-11:00							
11:00-12:00							
12:00-1:00							
1:00-2:00							
2:00-3:00							
3:00-4:00							
4:00-5:00							
5:00-6:00							
6:00-7:00							
7:00-8:00							
8:00-9:00							
10:00-11:00							
11:00 ...							

Anexo O: Metas Individuales

METAS INDIVIDUALES

METAS A CORTO PLAZO

(Cosas que te gustaría hacer dentro de los próximos 6 meses)

METAS A LARGO PLAZO

(Cosas que te gustaría hacer en alguna ocasión en tu vida)

METAS DE LA VIDA

(¿Qué es lo más que te importa en la vida?)

Anexo P: Resumen del tratamiento implementado según etapa y número de sesión

Etapa	No. de sesión	Procedimientos realizados
Primera etapa: Evaluación y diagnóstico	1 – 2	• Recepción de caso. • Consentimiento informado. • Entrevista con consultante. • Aplicación de los instrumentos: ▪ Inventario clínico Multiaxial de Millon II (MCMI-II). ▪ Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). ▪ Cuestionario de Depresión de Beck (BDI).
	3-4	• Análisis funcional. • Devolución de resultados. • Psicoeducación.
Segunda etapa: Intervención	5-11	• Aplicaciones de Instrumentos: Escala Estrategias de Coping • Reestructuración Cognitiva • Biblioterapia • Psicoeducación ▪ Terapia Racional Emotiva Conductual –TREC. A-B-C • Autoregistros
Tercera Etapa: Evaluación y Post	12-13	• Evaluación post: • Aplicación de los instrumentos: - Inventario clínico Multiaxial de Millon II (MCMI-II). - Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). - Cuestionario de Depresión de Beck (BDI). - Escala Estrategias de Coping (EEC-M). • Prevención Recaídas
Cuarta Etapa: Seguimiento.	14	• Seguimiento