



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

**TRASTORNO ADAPTATIVO: EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DE
UN CASO DESDE EL ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL**

**INFORME DE PRÁCTICA COMO REQUISITO PARA OPTAR EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

SCHNEIDER JOSÉ TORRES AVENDAÑO

BUCARAMANGA

2015



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

**TRASTORNO ADAPTATIVO: EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DE
UN CASO DESDE EL ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL**

**EN LA MODALIDAD DE MONOGRAFÍA COMO REQUISITO PARA OPTAR EL
TÍTULO DE ESPECIALISTA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

SCHNEIDER JOSÉ TORRES AVENDAÑO

ASESORA:

PSIC. ESP. ADRIANA DEL PILAR BLANCO CASELLES

BUCARAMANGA

2015

Contenido

| | |
|--|-------------------------------|
| Resumen | ¡Error! Marcador no definido. |
| Abstract..... | ¡Error! Marcador no definido. |
| Introducción | 5 |
| Objetivo General..... | 8 |
| Objetivos Específicos | 8 |
| Referente conceptual | 8 |
| Metodología | 11 |
| Población | 11 |
| Muestra | 11 |
| Técnicas e instrumentos de evaluación..... | 12 |
| Procedimiento | 133 |
| Resultados..... | 14 |
| Población total | 14 |
| Formulación del caso clínico | 15 |
| Información general..... | 15 |
| Antecedentes..... | 17 |
| Motivo de consulta | 177 |
| Evaluación | 177 |
| Análisis descriptivo | 18 |
| Análisis explicativo | 19 |
| Propuesta de intervención..... | 20 |
| Resultados..... | 22 |
| Discusión | 256 |

| | |
|--|-----|
| Conclusiones..... | 30 |
| Recomendaciones | 31 |
| Referencias | 32 |
| Anexos | 324 |
| Anexo 1. Consentimiento informado..... | 34 |
| Anexo 2. Formato de historia clínica..... | 345 |
| Anexo 3. Inventario de ansiedad de Beck | 38 |
| Anexo 4. Inventario de depresión de Beck..... | 40 |
| Anexo 5. Formato de autorregistro de pensamientos negativos..... | 44 |

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: Trastorno adaptativo: Evaluación e intervención psicológica de un caso desde el enfoque cognitivo conductual

AUTOR(ES): Schneider José Torres Avendaño

FACULTAD: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR(A): Adriana del Pilar Blanco Caselles

RESUMEN

Se presenta el proceso de evaluación e intervención psicológica mediante el enfoque cognitivo-conductual de una mujer de 38 años con trastorno adaptativo de predominio ansioso que tuvo inicio después de enterarse de la homosexualidad de su hijo mayor. El tratamiento se estructuró en 12 sesiones con periodicidad semanal. La terapia se centró en reestructuración cognitiva mediante el entrenamiento en observación de pensamientos y eliminación del sesgo atencional. Se emplearon técnicas de desactivación fisiológica: relajación progresiva de Jacobson, respiración diafragmática, acompañadas de la imaginación de situaciones relajantes. Así mismo, se realizó una intervención en las anticipaciones ansiosas y se implementaron técnicas de exposición a través de imaginación de algunas situaciones que le resultaban ansiógenas. También se introdujo un entrenamiento breve en la técnica de solución de problemas. Al finalizar la intervención, se observó una mejoría en la sintomatología ansiosa evidenciándose un descenso de la activación fisiológica, así como cogniciones más adaptativas y una mejoría en el estado general de la paciente.

PALABRAS CLAVES:

Trastorno de adaptación, Ansiedad, Estrés, Terapia Cognitivo-Conductual, Homosexualidad

Vº Bº DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: Adaptive disorder: Psychological evaluation and intervention on a case through cognitive conductual approach.

AUTHOR(S): Schneider José Torres Avendaño

FACULTY: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR: Adriana del Pilar Blanco Caselles

ABSTRACT

This paper introduces the psychological evaluation and intervention on a case of a 38-age woman with adaptive disorder and anxiety symptoms. The case was orientated following a cognitive-conductual approach. The disorder started as a reaction of the news about the sexual orientation of the woman's son. The treatment had 12 sessions once a week. The therapy focused on cognitive restructuration through, training in though observation and slant attentional. It was used a Jacobson relaxation as a technique of physiological regulation, also diaphragmatic respiration in complementation with imagination tools. As well, the intervention included handle of anxiety anticipations, exposure exercises, and training in solve problems skills. At the end of the intervention it was observed an improvement in the anxiety symptoms, though more adaptive and a better general state of the patient.

KEYWORDS:

Adaptive disorder, Anxiety, Stress, Cognitive-conductual therapy, Homosexuality.

Vº Bº DIRECTOR OF GRADUATE WORK

Introducción

La respuesta de estrés es una reacción normal ante hechos que resultan amenazantes o que resultan de alguna forma inesperados dentro del ciclo vital de las personas. En condiciones normales, el estrés prepara a los individuos para ajustar sus conductas de forma que puedan afrontar con éxito las situaciones desafiantes. Sin embargo, cuando el estrés va acompañado de una evaluación cognitiva negativa de la autoeficacia y de una exacerbación de la respuesta de activación fisiológica y se vuelve crónico, ya no resulta funcional, sino que de hecho bloquea las habilidades de afrontamiento. Adicionalmente, en estos casos, el estrés puede acompañarse de perturbaciones emocionales. Estas reacciones anómalas de estrés pueden darse ante una variedad de situaciones, desde desastres o hechos traumáticos, hasta eventos que pudieran describirse como cotidianos, pero que resultan adversos a nivel psicosocial. Teniendo en cuenta lo anterior, y para introducir una categoría diagnóstica, en los manuales de semiología clínica se han incluido a estas respuestas exageradas dentro del grupo de “trastornos relacionados con traumas y factores de estrés”, los cuales comprenden entre otros, al trastorno de adaptación, el cual describe un desequilibrio emocional causado por un evento estresor, que sin embargo no corresponde con la categoría de trauma.

En la práctica de psicología clínica en la Comisaría de Familia del Municipio de San Martín, Cesar, este tipo de trastornos son muy frecuentes, debido al contexto jurídico-legal en el que se enmarca y al tipo de problemáticas que se atienden. En este campo, se brindó atención a consultantes de todas las edades que afrontaron situaciones de estrés psicosocial considerable y que, en consecuencia habían desarrollado reacciones psicológicas poco funcionales y requerían orientación.

Como muestra del trabajo realizado en la práctica, en este documento se presenta la intervención desde el enfoque cognitivo-conductual un caso de trastorno de adaptación de predominio ansioso. Se hace una descripción de las técnicas utilizadas, del análisis funcional de los problemas psicológicos y de los resultados de la intervención. Así mismo, se incluyen algunas conclusiones y recomendaciones relacionadas con la práctica clínica, en particular dentro del contexto jurídico-legal.

Objetivo General

Aplicar el enfoque cognitivo conductual como modelo de intervención terapéutica en un caso clínico de la comisaría de familia de San Martín, Cesar.

Objetivos Específicos

- Diseñar la intervención desde el enfoque cognitivo conductual a un caso clínico de la comisaría de familia de San Martín, Cesar.
- Usar técnicas de intervención terapéuticas según el enfoque cognitivo conductual en el caso clínico elegido de la comisaría de familia de San Martín, Cesar.
- Determinar la eficiencia de la intervención desde el enfoque cognitivo conductual en el caso clínico de la comisaría de familia en el municipio de San Martín, Cesar.

Referente conceptual

Los trastornos adaptativos se definen como una reacción de desajuste ante uno o más acontecimientos estresantes. El evento o eventos estresantes son claramente identificables y por lo general están asociados a problemas relativos al grupo primario de apoyo. Así mismo, se presenta una variedad de síntomas asociados con la perturbación del estado de ánimo y síntomas de ansiedad que interfieren de forma significativa en el desenvolvimiento cotidiano de las personas que lo padecen (Baños et al, 2008).

Debido a la variedad de sus síntomas, en muchas ocasiones resulta difícil para el clínico establecer si la respuesta emocional alterada, se corresponde mejor con un trastorno del estado de ánimo sintomatología ansiosa asociada, un trastorno de ansiedad o un trastorno de adaptación. Una clave importante que ayuda en el diagnóstico diferencial es la presencia de un evento que precede al trastorno, así mismo un análisis cuidadoso de la historia clínica del paciente podría ser determinante para esclarecer la cronología y evolución del trastorno, clarificando si los problemas psicológicos anteceden al evento estresante, en cuyo caso, se debería considerar la presencia de psicopatología preexistente. No obstante, cabe señalar que, más allá de la importancia que reviste el diagnóstico, lo realmente relevante, es tener en cuenta que en ocasiones, se presentan pacientes con

una mezcla fluctuante de síntomas ansiosos y depresivos que no se consideran a nivel clínico muy graves, pero que afectan de forma significativa su calidad de vida, empobreciendo poco a poco sus áreas de funcionamiento (Echeburúa et al, 2000).

De acuerdo con el modelo cognitivo de Botella, Baños y Guillen (2008) cuando una persona se enfrenta a un acontecimiento estresante en su vida, puede sentirse amenazada, si interpreta que la situación implica un riesgo muy grande y que no cuenta con los recursos necesarios para enfrentarla. Las consecuencias de esta evaluación negativa incluirán la incapacidad de aceptar y hacerle frente a la situación y la aparición de pensamientos de carácter negativo, además de un conjunto de reacciones emocionales exacerbadas como la depresión y la ansiedad. Así mismo, se podrían presentar otras alteraciones como dificultades en la concentración y aislamiento. Es importante señalar, que los elementos de respuesta que hacen parte del trastorno de adaptación se retroalimentan entre sí de forma negativa, creando así un círculo vicioso que mantendrá y agravará el problema, incrementando los sentimientos de desesperanza y derrota, funcionando en cierta forma como profecía autocumplida de las creencias erróneas sobre la ineficacia personal (Andreu, 2011).

Por lo general, los trastornos de adaptación van acompañados frecuentemente de sintomatología ansiosa más que de sintomatología depresiva y en los casos mixtos, lo que ocurre es que la “depresión” se instaura como consecuencia del círculo ansiedad/ineficacia que produce en los pacientes agotamiento y sensación de derrota y culpa. En los casos de predominio ansioso, la instauración del trastorno se explica porque la capacidad de tolerar las situaciones estresantes de la vida supera los recursos, provocando una respuesta desproporcionada a la que sería de esperar en condiciones normales (Vargas-Mendoza & Hernández, 2011).

De acuerdo con la American Psychiatric Association [APA] (2013) el trastorno de adaptación hace parte de la categoría de los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés y se define como “desarrollo de síntomas emocionales o del comportamiento en respuesta a un factor o factores de estrés identificables que se producen en los tres meses siguientes al inicio del factor(es) de estrés” (170). Así mismo, en el manual se especifican los criterios para indicar si se trata de un trastorno de predominio ansioso, mixto (ansiedad/depresión) o si incluye trastornos en la conducta.

Así mismo, la Organización Mundial de la Salud [OMS] (1992) en su Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición [CIE-10], define la categoría de trastorno de adaptación para incluir problemas mentales caracterizados por dificultades que pueden tener las personas para enfrentar vivencias estresantes. Este trastorno se agrupó dentro de la entidad nosológica de reacciones de estrés grave y trastornos de adaptación.

Una situación que resulta en muchas ocasiones estresante para los padres de familia, es cuando uno de sus hijos declara que tiene una orientación homosexual. Para los padres, este evento resulta profundamente angustiante, teniendo además gran repercusión en el resto de la familia y los grupos de pertenencia; su afrontamiento, implica cambios sustanciales de formas de vivir, nuevas formas de reconocimiento del hijo, aceptación, y reconfiguración de la relación previa establecida. Además, para las familias más tradicionales esta es una situación más difícil de afrontar, debido a que la sexualidad adquiere una cualidad moralizante o desmoralizante, dentro de la que se incluyen categorías de actos o tendencias no aceptadas dentro del grupo familiar (Fernández, 2007).

Algunos de los factores que pueden explicar por qué esta situación puede resultar estresante para los padres son las que se mencionan a continuación: 1) depositar en el hijo las expectativas de la familia, 2) idealización, según estereotipos, normas y valores legalizados por la familia, 3) predominio de los estigmas sociales y prejuicios morales en cuanto a la sexualidad se refiere, 4) confusión e identificación entre orientación sexual y trastornos sexuales, 5) consideración de la orientación sexual heterosexual como sana y la homosexual como trastorno, 6) presencia de sentimientos culpabilizantes y búsqueda de la supuesta responsabilidad de algún miembro de la familia, como promotor o generador de la homosexualidad, y 7) Algunos miembros de la familia, básicamente el padre y la madre, vivencian profundamente una lucha de motivos, entre el cariño por el hijo o la hija homosexual y la imagen social (Fernández, 2007).

Teniendo en cuenta lo anterior, cobra sentido que esta situación pueda experimentarse como sumamente angustiante y que escapa al control y las capacidades de afrontamiento de los padres, pues implica una serie de cambios y procesos para los cuales el grupo familiar, quizá no estaba preparado. Por esta razón, ante esta situación algunos padres presentan reacciones emocionales exageradas que limitan su funcionalidad cotidiana, por lo cual requieren orientación psicológica.

Generalmente, el profesional que atiende este tipo de casos ayuda a los padres a comprender desde otro punto de vista la orientación sexual de su hijo e intenta ayudar al grupo familiar a adaptarse a la nueva situación. Sin embargo, cuando los padres o cualquier otro miembro de la familia desarrolla una respuesta psicológica disfuncional, se recomienda que asista a tratamiento individual (Brizuela, Brenes, Villegas, & Zúñiga, 2010)

Uno de los tratamientos pertinentes para la perturbación en las emociones y para trastornos de adaptación y otros relacionados con el estrés es la terapia cognitivo-conductual, ya que ofrece diferentes herramientas relacionadas con la desactivación fisiológica y la modificación de pensamientos disfuncionales que son frecuentes en este tipo de trastornos, así mismo, al explicar cómo los pensamientos se retroalimentan de forma negativa con las emociones y las acciones, favorece la Psicoeducación a los consultantes sobre el desequilibrio de sus eventos privados, lo cual ya les ofrece una herramienta conceptual que disminuye la ansiedad, al reducir la sensación de pérdida de control de sí mismos (Barraza, 2004; Herrero & Cano, 2010).

Metodología

Población

La práctica de especialización en Psicología Clínica se desarrolló en la Comisaría de Familia del Municipio de San Martín, Cesar. Se atendieron en total 63 pacientes de los cuales el 19% (n=12) eran hombres, y el 81% (n=51) mujeres. Las edades oscilaron entre 2 y 58 años, con una media de 22,7 años y una desviación estándar de 12,91 años. Con respecto al estado civil el 70% (n=44) eran solteros, el 8% (n=5) casados y el 22% (n= 14) vivían en unión libre. En cuanto a la escolaridad el 71% (n=45) habían completado la primaria, el 24% (n=15) eran bachilleres, el 2% (n=1) habían realizado carreras técnicas y el 3% (n=2) era analfabeta.

Muestra

De los 63 pacientes atendidos en consulta individual se llevó a cabo la selección de uno de ellos para la formulación del estudio de caso, dicha elección se realizó teniendo en cuenta los siguientes criterios de inclusión: Numero de sesiones, cumplimiento y permanencia en el proceso y la posibilidad de realizar seguimiento al caso clínico.

Técnicas e instrumentos de evaluación

Para el desarrollo de las consultas individuales se utilizaron los siguientes instrumentos:

Consentimiento Informado:

Documento que permite al usuario conocer aspectos como la confidencialidad, los beneficios y compromisos que tiene el consultante al aceptar la asesoría psicológica (Anexo 1).

Historia Clínica:

Documento que recolecta información socio demográfica, motivo de consulta, conductas problema, historia personal y familiar (Anexo 2).

Inventario de Ansiedad de Beck

El Inventario de Ansiedad de Beck es un breve cuestionario auto-administrado con gran aceptación para medir la ansiedad en adultos y adolescentes, que viene siendo utilizado tanto en la evaluación clínica como en la investigación básica de forma habitual. El Inventario (BAI) fue creado por Beck en la década de los 80, y se trata de un cuestionario de opción múltiple de 21 ítems que mide la gravedad de la ansiedad actual en adultos y adolescentes. Describe los síntomas emocionales, fisiológicos y cognitivos de la ansiedad, siendo una prueba muy adecuada para discriminar la ansiedad de la depresión. Cada uno de los elementos del BAI es una descripción simple de un síntoma de ansiedad en cada uno de sus cuatro aspectos relevantes: 1) subjetivo, 2) neurofisiológico, 3) autónomo y 4) Pánico (Anexo 3).

Inventario de Depresión de Beck versión II (IDB-II):

Instrumento de auto informe diseñado para evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva. Está constituido por 21 ítems y se aplica de manera colectiva o individual en adultos o adolescentes. Los niveles de severidad de depresión se obtienen a través de la sumatoria de los 21 ítems: (0-13) Depresión leve, (14-19) Depresión leve, (20-28) Depresión moderada, (≥ 29 Depresión grave) (Anexo 4).

Entrevista clínica

Se llevó a cabo una entrevista individual no estructurada, en la que los pacientes describían sus problemáticas, los síntomas experimentados, la historia del problema y los tratamientos anteriores. Teniendo en cuenta los datos obtenidos en la entrevista y teniendo como base los criterios clínicos del DSM-V (APA, 2013) se realizaron los diagnósticos clínicos. También se determinó el grado de afectación que el problema tenía sobre la vida cotidiana de los pacientes.

Procedimiento

La atención de los pacientes se organizó en dos procesos. El primero de ellos fue la evaluación, que consistió en la aplicación de instrumentos psicotécnicos y la entrevista. El segundo proceso consistía en el desarrollo de los casos basándose en la información presentada por los consultantes y la revisión de literatura. Cabe aclarar que durante las intervenciones ambos procesos se realizaron de forma simultánea.

Para la atención de los casos en general se siguió el procedimiento que se muestra a continuación:

Recepción del caso y apertura de la historia clínica: En este paso tenía lugar el primer encuentro con el consultante, llevando a cabo el diligenciamiento del consentimiento informado y la historia clínica. Así mismo, se verificaba si procedía de otra entidad como la fiscalía, el bienestar familiar u otra comisaría de familia. Se remitía a un profesional de asesoría jurídica y legal en caso de ser necesario.

Evaluación: Se evaluaban las características del caso y con base en éstas se seleccionaban los instrumentos que permitieran una medición adecuada, a continuación se administraban los instrumentos escogidos. La evaluación se complementaba con la entrevista clínica y la observación.

Análisis y diseño de la intervención: Se llevaba a cabo la calificación de las pruebas y el análisis de los datos recogidos tanto en los instrumentos como en la entrevista y la observación. Teniendo en cuenta el análisis se procedía al diseño de un plan de intervención que se presentaba posteriormente al consultante.

Intervención: Consistía en la aplicación de las técnicas y procedimientos correspondientes al plan de intervención diseñado para cada caso.

Cierre del caso: Una vez finalizado el proceso de intervención se realizaba una evaluación de la terapia teniendo en cuenta los objetivos planteados para el caso, esta evaluación se realizaba en conjunto con el consultante. En este momento se indicaban recomendaciones a tener en cuenta para evitar recidiva y mantener los cambios positivos. Así mismo, si el proceso no había resultado del todo efectivo, se proponía la opción de ampliar la intervención o en dado caso de dirigirse a otro profesional.

Resultados

Población total

La práctica de Especialización en Psicología Clínica se desarrolló en la Comisaría de Familia del Municipio de San Martín, Cesar. Se atendieron en total 63 pacientes de los cuales el 19% (n=12) eran hombres, y el 81% (n=51) mujeres. Las edades oscilaron entre 2 y 58 años, con una media de 22,7 años y una desviación estándar de 12,91 años. Con respecto al estado civil el 70% (n=44) eran solteros, el 8% (n=5) casados y el 22% (n= 14) vivían en unión libre. En cuanto a la escolaridad el 71% (n=45) habían completado la primaria, el 24% (n=15) eran bachilleres, el 2% (n=1) habían realizado carreras técnicas y el 3% (n=2) era analfabeta.

Debido a que la práctica se realizó en un contexto jurídico/legal se recibieron y atendieron casos relacionados con la garantía de derechos a menores, situaciones de violencia intrafamiliar y procesos de abuso sexual y custodia. Dado que dichos problemas no requerían solo de la intervención psicológica, el psicólogo en práctica debió trabajar en constante apoyo con los otros profesionales (abogados, trabajadores sociales) a quienes también les competían los casos. De este modo, se verá que la mayoría de los motivos de consulta están relacionados con los temas mencionados.

Los motivos de consulta fueron organizados por áreas como se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1. Motivos de consulta

| Motivos de consulta | Frecuencia | Porcentaje |
|----------------------------|-------------------|-------------------|
| Violencia intrafamiliar | 23 | 36,5 |
| Abuso sexual | 12 | 19 |
| Custodia legal | 9 | 14 |
| Problemas emocionales | 6 | 9,5 |
| Maltrato físico | 4 | 6,3 |
| Remisión | 4 | 6,3 |
| Problemas legales | 3 | 4,7 |
| Problemas escolares | 2 | 3,1 |

* $n=63$

Formulación del caso clínico

Información general

Paciente de sexo femenino de 38 años de edad, natural y residente de San Martín, Cesar. Separada, madre de dos hijos varones producto de una unión finalizada hace 9 años. Su nivel de escolaridad es bachillerato y su ocupación es oficios varios en un supermercado local. Actualmente convive con su madre, su hermana, su sobrina e hijos. No tiene pareja en este momento.

La familia de la paciente está conformada por su madre de 52 años, sus tres hermanas menores (convive con una sola), sus hijos y su sobrina. Ésta última es también hija de su ex esposo como puede observarse en el genograma (ver figura 1).

De forma general, las interacciones con los miembros de su familia son armoniosas, e incluso con su exesposo mantienen buena comunicación. En ocasiones reporta que se siente presionada por las preguntas de sus hermanas y su madre sobre su estado emocional, y que en algunas veces ella responde de forma agresiva. No obstante, afirma que ha recibido apoyo de su núcleo familiar. Con

acompañan por lo general de activación fisiológica (taquicardia, sudoración, mareos, sensación de intranquilidad). A nivel de salud física, la consultante padeció de una dificultad en la visión, lo cual hace poco fue tratado por medio de una operación. Así mismo genera constantes migrañas, que desencadenan baja tensión, para la cual no realiza ningún tratamiento o cuidado especial.

Antecedentes

La consultante, proviene de una familia nuclear, conformada por su padre quien fallece cuando ella tenía 5 años; la madre de ocupación ama de casa y sus tres hermanas menores. Debido a la muerte del padre, la consultante como hermana mayor comienza a trabajar para apoyar económicamente en el sustento del hogar. Su adolescencia transcurrió de forma tranquila, si bien considera que le faltaron amigos y que siempre se consideró más bien solitaria, así mismo refiere que allí empezó a sentir que era “menos que las demás personas”, “menos capaz”. A la edad de 17 años, conforma su propia familia en la ciudad de Bucaramanga donde trabajaba como arrocera. En esta época, se presentaron dificultades en la relación de pareja debido a las infidelidades de su entonces esposo. La última de dichas infidelidades puso fin a su unión, debido a que su exesposo se involucró con su hermana menor, la cual tuvo una hija producto de esa relación.

La consultante relata que este hecho fue muy difícil de afrontar y que se presentaron síntomas parecidos a los que padece actualmente, especialmente aquellos relacionados con la ansiedad. Sin embargo, logró restablecer su relación con su hermana y seguir adelante con su vida. Posteriormente se mudó para San Martín de regreso a la casa materna donde es muy bien recibida. Cuando decide separarse su hijo iba a la mitad de sus estudios de primaria, deciden con su exesposo enviarlo de nuevo a Bucaramanga para que terminara sus clases ya que siempre fue un buen estudiante. La separación de su hijo también le causó malestar psicológico caracterizado por síntomas de ansiedad, ánimo bajo y desesperanza. La paciente refiere que en ninguna de las dos ocasiones que se presentaron los eventos de ansiedad acudió a consulta psicológica o psiquiátrica.

Motivo de consulta

“Doctor vengo porque me siento muy mal, porque mi hijo me confesó que le gustan los hombres... y yo siento que está confundido y no quiero que vuelva a Bucaramanga a estudiar”

Evaluación

La evaluación se llevó a cabo a través de los siguientes instrumentos:

Entrevista: Estuvo enfocada a indagar sobre aspectos relacionados con la biografía de la consultante y a establecer el motivo de consulta. También, se recabó información importante sobre la historia del problema. De la entrevista se obtuvo una descripción de los síntomas clínicos (ansiedad) de la consultante y del nivel de deterioro que éstos representaban para su desenvolvimiento cotidiano.

Inventario de Ansiedad de Beck: la aplicación de este instrumento fue fundamental para corroborar los datos obtenidos en la entrevista, también fue útil para determinar el nivel de ansiedad de la paciente, lo cual orientó la definición del estado psicológico de la paciente y facilitó una línea de base para el tratamiento. El puntaje inicial fue de 31, lo cual indicaba ansiedad grave.

Inventario de Depresión de Beck: Debido a que se observó durante la entrevista inicial un estado de ánimo bajo y que además la paciente reportó “sentirse triste y decepcionada” se administró este instrumento para establecer el estado de gravedad de la sintomatología depresiva. Igualmente facilitó una línea base y funcionó como instrumento para pedir la evolución de la consultante.

Autorregistros: Los autorregistros fueron especialmente útiles para evaluar el tipo de pensamientos distorsionados de la paciente, recogiendo las situaciones que más ansiedad provocaban semanalmente siguiendo el esquema básico situación-pensamiento-emoción (Anexo 5).

Análisis descriptivo

Consultante mujer de 38 años de edad, quien presenta un trastorno de adaptación de tipo ansioso ante la noticia de que su hijo es homosexual. Este problema psicológico ha afectado el curso de su vida cotidiana debido al malestar que la acompaña la mayoría del tiempo. Afirma que ha reducido su nivel de interacción social y que incluso se preocupa porque pueda disminuir su desempeño en el trabajo. Así mismo, su estado de ánimo ha provocado algunas dificultades de convivencia con los miembros de su familia inmediata. El diagnóstico se realizó teniendo en cuenta los resultados de la evaluación inicial y siguiendo los criterios del DSM V (APA, 2013) para los trastornos de adaptación.

Las principales conductas problemas de la paciente son: 1) elevados niveles de ansiedad, especialmente ante situaciones que le recuerden o que estén relacionadas con la homosexualidad de su hijo, 2) anticipación de resultados muy negativos (sobre el hijo y cómo se resolverá la situación),

y sobre la respuesta que las otras personas tendrán al enterarse de la noticia (“voy a ser juzgada”, “nos van a rechazar a todos”, “seguro me van a preguntar por eso”, 3) conductas de evitación, especialmente de eventos y reuniones sociales de las que antes participaba con agrado, 4) cogniciones erróneas sobre la homosexualidad de su hijo que son poco adaptativas (“es un castigo de Dios”, “eso está mal, yo sé que él está muy confundido”, “eso no es normal, algo le pasó”, “ya no sé cómo hablarle, si está con esa idea”) 5) percepción negativa de su autoeficacia personal y 6) estado de ánimo bajo.

| Diagnostico Multiaxial | |
|------------------------|--|
| Eje I | (F43.28) Trastorno de Adaptación con Ansiedad [309.24] |
| Eje II | Diagnóstico ausente |
| Eje III | (H522) Astigmatismo y (H521) miopía, (I10) hipertensión y (G43) migraña* |
| Eje IV | Diagnóstico ausente |
| Eje V | EEAG: 65 (en el ingreso) |

*Los diagnósticos del Eje III se obtuvieron de los datos del historial médico referido por la consultante.

Análisis explicativo

El problema actual de la consultante se originó como respuesta a un evento estresor (la noticia de la homosexualidad de su hijo mayor), el cual causó una fuerte reacción emocional. Debido a la percepción de baja autoeficacia que tiene la paciente, la valoración del problema como “imposible” y su falta de conciencia sobre sus habilidades de resolución y afrontamiento aumentaron su respuesta ansiosa. Así mismo, la consultante tiene dentro de sus antecedentes la tendencia a padecer desequilibrios emocionales ante situaciones estresantes. También reporta un déficit en las habilidades sociales, lo cual ha hecho que se aisle de sus redes sociales, disminuyendo la posibilidad de recibir ayuda y refuerzo social, aumentando la sensación de tristeza y desesperanza.

En cuanto a los factores de mantenimiento, la ansiedad que presenta la paciente está asociada al tema de la homosexualidad de su hijo, y los síntomas se exacerban especialmente durante reuniones sociales con familiares y amigos debido al temor de ser juzgada y avergonzada, han llegado incluso a presentarse en el trabajo. Se observan cogniciones ansiosas a las que dedica una

gran parte de su tiempo, evidenciándose un sesgo atencional, que adicionalmente incluye escenarios catastróficos.

De acuerdo con el modelo cognitivo, como consecuencia de estos pensamientos automáticos, la paciente experimenta un incremento en la activación fisiológica, que a su vez incrementa la frecuencia de las cogniciones erróneas, así, la respuesta de ansiedad cobra importancia, instaurándose por tanto un ciclo donde la respuesta ansiosa se retroalimenta a sí misma. Tras las conductas de evitación, la paciente experimenta alivio de la sintomatología ansiosa, pero al mismo tiempo, un sentimiento de fracaso al percibir que es incapaz de sobrellevar y resolver estas situaciones, lo cual favorece su estado de ánimo bajo. También al evitar a su red social, disminuye su tasa de refuerzo social, lo cual aumenta los síntomas depresivos. Otro factor de mantenimiento es la atención que le ha brindado su núcleo familiar y también su exesposo quien ha estado “más pendiente” de ella y se ha “acercado más a los niños”.

Propuesta de intervención

Se estableció como objetivo principal de la intervención reducir los niveles de ansiedad en sus tres niveles de respuesta ante las situaciones ansiógenas. En este sentido, se definieron los siguientes objetivos específicos: 1) identificar y combatir los pensamientos anticipatorios, 2) lograr que la paciente valore de forma menos amenazante las situaciones que debe enfrentar y resolver, 3) disminuir el sesgo atencional a los pensamientos erróneos, 4) disminuir la activación fisiológica propia de la ansiedad mediante técnicas de relajación, 5) eliminar las respuestas de evitación, 6) modificar los pensamientos categóricos sobre la homosexualidad.

Partiendo del análisis funcional de las conductas problema y de los objetivos terapéuticos se diseñó un programa de tratamiento basado en la reestructuración cognitiva, mediante el entrenamiento en observación de pensamientos y eliminación del sesgo atencional. También se utilizaron otras técnicas complementarias como el entrenamiento en desactivación fisiológica, mediante respiración diafragmática y relajación progresiva de Jacobson. Se implementaron además, técnicas de exposición con imaginación y un entrenamiento en solución de problemas, de modo que la paciente pudiera interpretar de otra forma las situaciones estresantes y se sintiera en capacidad de resolverlas.

Las primeras sesiones (1 y 2) fueron dedicadas a la evaluación y al establecimiento de los objetivos terapéuticos. Se aplicaron los instrumentos y se realizó la entrevista. En la tercera y cuarta consulta se explicó a la paciente la formulación del caso y se le propuso el plan de intervención, una vez que se llegó a un acuerdo y debido a que se refería un nivel de malestar elevado por la activación fisiológica se llevó a cabo el entrenamiento en relajación progresiva de Jacobson y la respiración diafragmática, en esta sesión también se explicó a la paciente la naturaleza de la respuesta de ansiedad y cómo los pensamientos anticipatorios y catastróficos influían sobre su conducta, realizándose así el primer paso de la reestructuración cognitiva, también se socializaron los formatos de autorregistro y se le solicitó a la paciente que los diligenciara como parte del proceso terapéutico. Se realizó la segunda parte del entrenamiento en relajación.

En las sesiones 5, 6 y 7, con el objetivo de disminuir los pensamientos sobre la homosexualidad, así como sobre las situaciones estresantes se procedió a analizar dichas cogniciones y a ofrecerle interpretaciones alternativas que le resultaran más funcionales.

Esto se complementó con tareas de elaboración de pensamientos positivos y técnicas de contraste con la realidad. Se continuó con la práctica de la relajación y se realizó una revisión de los autorregistros, reforzando en la paciente la relación que tienen el pensamiento y la conducta, indicándole la necesidad de reducir el sesgo atencional que tiene hacia esos pensamientos, debido a que el porcentaje seguía siendo elevado se indicó el ejercicio de apartar una hora y solo una hora del día para atender dichos pensamientos insistiendo en que el resto del día debía usar las técnicas de detección de cogniciones previamente entrenada. Durante la sesión 6 se realizó una evaluación de seguimiento con los inventarios de Beck (Ansiedad/Depresión) con la intención de hacer un seguimiento de los síntomas.

Durante las sesiones subsecuentes 8, 9 y 10, se realizó un seguimiento de las tareas realizadas en casa y se realizaron ejercicios de confrontación de los pensamientos intrusivos, teniendo como referencia, hechos puntuales que sirvieron como punto de comparación, de modo que la paciente pudiera darse cuenta que aquello que pensaba no se correspondía con la realidad. Así mismo, se expuso a la paciente a situaciones temidas a través de imaginación; en estos ejercicios se le pedía a la consultante que imaginara de forma vívida una humillación, un rechazo o cualquier otro de los

eventos descritos como angustiantes. Luego se le pedía que utilizara las estrategias aprendidas en las sesiones anteriores para afrontar la situación. Por otra parte, se llevó a cabo un entrenamiento en solución de problemas.

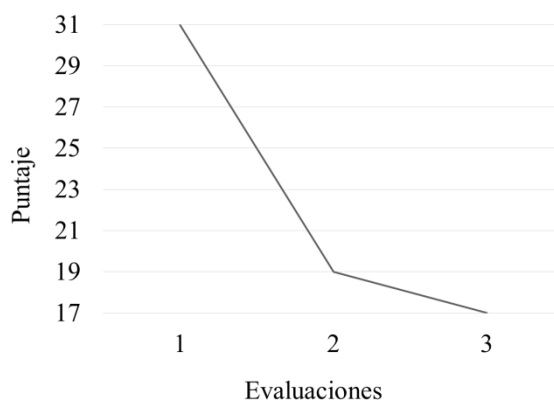
Durante la sesión 11, se realizó una puesta en práctica de todas las habilidades enseñadas y se revisaron los resultados a la luz de los objetivos planteados. Durante la sesión 12 se realizó la evaluación post intervención a través de las escalas de Beck y los criterios del DSM V, finalmente se realizó el cierre del proceso terapéutico.

Resultados

De forma general se observó una mejoría clínica de la consultante en cuanto la disminución de sintomatología ansiosa. Así mismo se observó una mejoría en su estado de ánimo. Ambos resultados fueron además reportados en forma verbal por la consultante. EEAG: 80 (Final)

En la evaluación inicial de la ansiedad con el Inventario de ansiedad de Beck, la consultante obtuvo 31 puntos, lo cual indicaba una ansiedad grave, al realizar el seguimiento en la sexta sesión este puntaje se redujo significativamente a 19 lo cual indica un nivel moderado de ansiedad. Al finalizar la terapia su puntaje era de 17, lo cual también indica ansiedad moderada. Puede observarse entonces que hubo un cambio en los puntajes que además expresa de forma cualitativa un nivel menos grave de ansiedad.

Figura 2. Resultados en el Inventario de Ansiedad de Beck

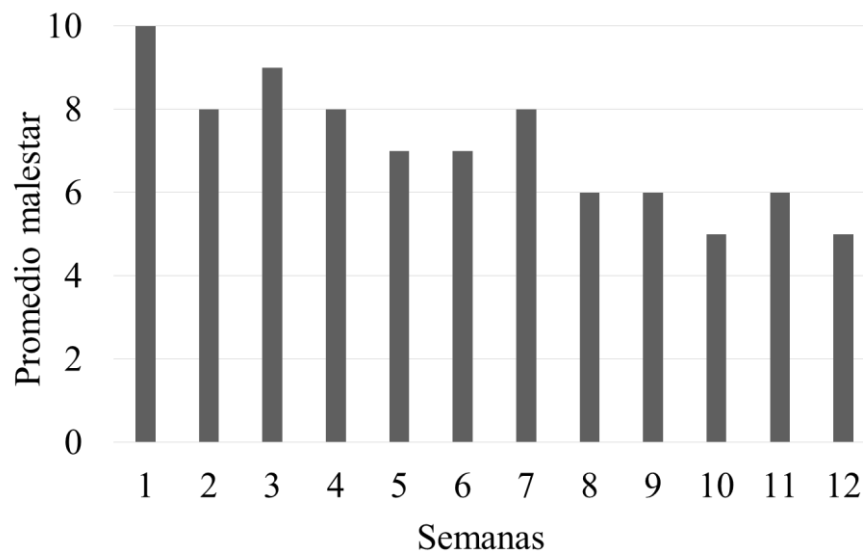


Cabe añadir, que a medida que los niveles de ansiedad de la consultante iban disminuyendo, los eventos de evitación también iban siendo menos frecuentes.

Estos resultados también estuvieron relacionados con la disminución del malestar ante los pensamientos intrusos, pues debido al entrenamiento realizado en detección de cogniciones disfuncionales, la consultante lograba enfrentar dichos eventos privados y además percibía que tenía cierto tipo de control sobre éstos y que podía continuar con sus actividades cotidianas.

Así puede verse como en el primer seguimiento el nivel de malestar era el máximo (10) y fue disminuyendo hasta llegar a 5 al final de la intervención.

Figura 3. Promedios del nivel de malestar de la consultante ante pensamientos intrusos disfuncionales



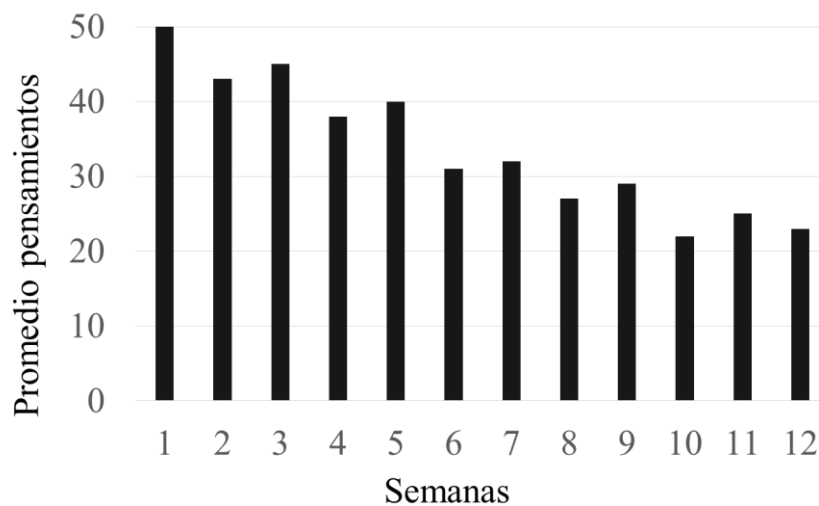
*Aquí se expresa el promedio del malestar de los días anteriores a la sesión de seguimiento, la cual tenía una periodicidad semanal, lo cual significa que cada promedio expresa el nivel de malestar de una semana.

En cuanto a los otros problemas cognitivos que presentaba la paciente se observó una modificación de pensamientos disfuncionales por unos más adaptativos. Estos cambios se

observaron en tres contextos; en cuanto a la percepción del problema, en cuanto a su autoeficacia y en cuanto a la homosexualidad.

Así la consultante, ya no expresaba que la gente la iba a juzgar o que “me van a echar del trabajo por lo de mi hijo” sino que paso a formular cogniciones más funcionales, “eso es un problema a la que muchos padres del pueblo también les toca, tal vez comprendan”, “eso no hace a mi hijo una mala persona, el sigue siendo el mismo” “yo sé que con Dios y mi familia podemos ayudarnos todos”. También se observó una disminución de la frecuencia de aparición de pensamientos disfuncionales (Figura 4)

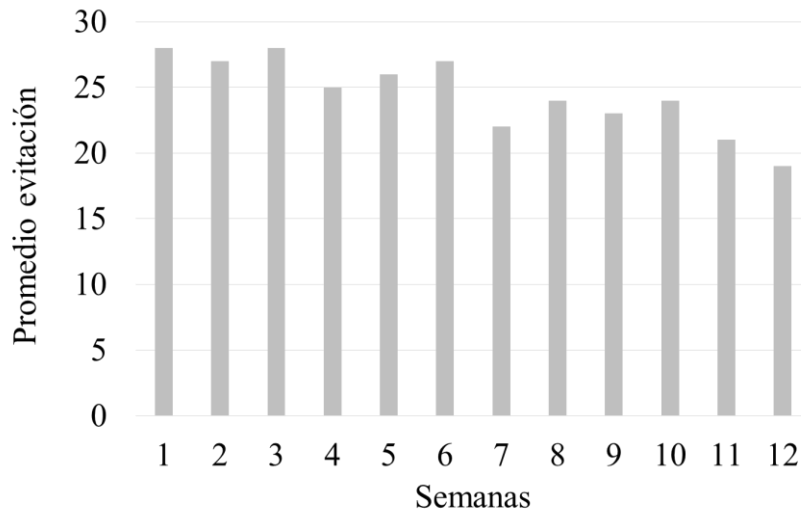
Figura 4. Promedio semanal de pensamientos disfuncionales



*Aquí se expresa el promedio de pensamientos de los días anteriores a la sesión de seguimiento, la cual tenía una periodicidad semanal, lo cual significa que cada promedio expresa el nivel de malestar de una semana.

Además, debido a que sus pensamientos se habían modificado y también a que sus niveles de ansiedad se hicieron más manejables, la paciente disminuyó su aislamiento y comenzó nuevamente a aceptar las invitaciones de sus conocidos a reuniones y eventos. Así, la frecuencia de la evitación disminuyó desde 28 hasta 19.

Figura 5. Promedio semanal de conductas de evitación

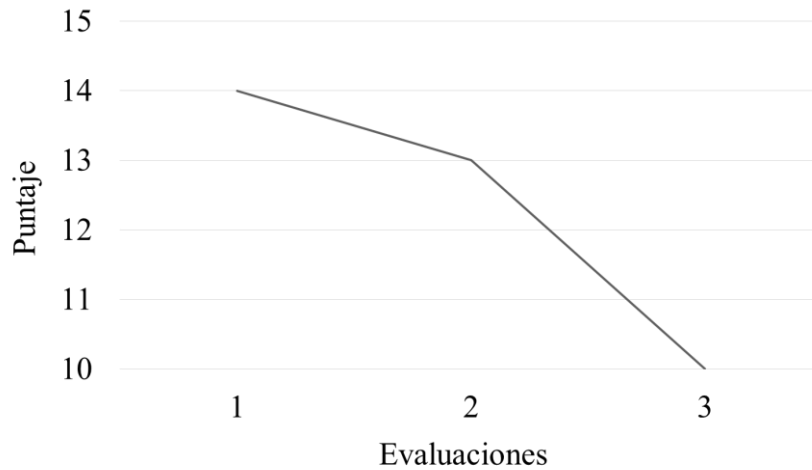


*Aquí se expresa el promedio de las conductas de evitación los días anteriores a la sesión de seguimiento, la cual tenía una periodicidad semanal, lo cual significa que cada promedio expresa el nivel de malestar de una semana

Para este logro fueron muy importantes los ejercicios de exposición en los que la consultante imaginaba que las otras personas la juzgaban y la señalaban y que la rechazaban a ella y a su familia. Así, al darse cuenta de que la ansiedad poco a poco disminuía y que encontraba dentro de sí los recursos que necesitaba en dado caso de que la situación ansiógena se presentaba su percepción de autoeficacia aumentó y reportó sentir menos angustia en el momento de socializar con otros.

En cuanto al estado de ánimo, al realizar una evaluación inicial, la consultante obtuvo un puntaje de 14, lo cual indicaba una leve perturbación del estado de ánimo. Durante la evaluación de seguimiento este puntaje descendió a 13, continuando dentro de la misma categoría. En la evaluación final, el puntaje bajo a 11, indicando que la tristeza o el estado de ánimo bajo podía considerarse propio de lo cotidiano. Como puede verse, al igual que con la sintomatología ansiosa, el estado de ánimo de la paciente mejoró de forma tal que paso de una categoría leve a una no clínica.

Figura 6. Resultados en el Inventario de Depresión de Beck



Discusión

A pesar de que el trastorno adaptativo carece de claridad diagnóstica en algunas ocasiones, pues la variedad de los síntomas que lo especifican, se podría confundir con un trastorno de ansiedad o del estado de ánimo. Para el presente caso, es claro que esta categoría diagnóstica encajó con la descripción y naturaleza del problema de la paciente y facilitó su intervención, pues aunque el diagnóstico no necesariamente es siempre lo más relevante, si puede ayudar al clínico a determinar un plan de intervención de acuerdo con evidencia de otros casos.

En este sentido, en el proceso terapéutico realizado se logró abordar y cumplir todos los objetivos planteados inicialmente. Esto es claro cuando se observa en los resultados una disminución significativa de los niveles de ansiedad y una mejoría del estado de ánimo. Así mismo, la respuesta de evitación se redujo y las cogniciones problemáticas disminuyeron. Podría afirmarse que el hecho de basar el tratamiento en la modificación de los pensamientos, además de seguir los lineamientos del enfoque, se justificó debido a la cadena de retroalimentación negativa que explicaba las conductas problema de la consultante.

Siguiendo los planteamientos del análisis, la consultante ante un hecho estresante, evaluó que no poseía las capacidades para afrontarla, de modo que en lugar de buscar soluciones para el problema, se desencadenaron en ella reacciones de ansiedad, promovidas por pensamientos angustiantes y anticipatorios, esta ansiedad además se asoció con otros pensamientos distorsionados sobre las respuestas que otras personas iban a tener hacia ella (ser rechazada, ser

juzgada, ser excluida) por lo cual inició un patrón de evitación hacia eventos o contextos de socialización, expandiéndose incluso a su trabajo. La evitación, se mantenía debido a que disminuía su ansiedad, sin embargo aumentaba la percepción de poca autoeficacia, incrementando los sentimientos de tristeza y frustración.

De forma resumida, podría afirmarse que el caso aquí expuesto, se puede abordar desde la propuesta teórica Lazarus y Folkman (1984) sobre el estrés. En su modelo, el estrés es producto de evaluación cognitiva negativa acerca de los recursos internos de afrontamiento, lo cual da como resultado una percepción de baja autoeficacia, esta evaluación incrementa los niveles de activación fisiológica y bloquea los mecanismos de solución de problemas, lo cual da como resultado respuestas erráticas y emocionales exageradas. Esta cadena de respuesta de estrés explica como las cogniciones, la conducta, la emociones y la activación fisiológica se retroalimentan perpetuando en los casos disfuncionales una respuesta crónica de estrés, la cual está estrechamente relacionada con la ansiedad.

Cabe señalar, que la reacción de tensión que las personas experimentan ante un hecho que evalúan como amenazante no es negativa, pues esta es una reacción evolutiva que prepara a la especie para la lucha o la huida y en algunos casos resulta adaptativa. El problema ocurre cuando esta respuesta se vuelve crónica y es desproporcionada en comparación con el estresor o cuando va acompañada de evaluaciones cognitivas disfuncionales.

De acuerdo con Saranson y Saranson (2006) aquí cobran relevancia las habilidades de afrontamiento, de este modo si la persona percibe que tiene las habilidades de afrontamiento adecuadas, difícilmente presentara reacciones desadaptativas ante eventos estresores. En este sentido, el entrenamiento en solución de problemas podría resultar una herramienta adecuada en los casos de trastorno adaptativo pues le permiten ver a las personas que cuentan con recursos para afrontar la situación. En el caso aquí presentado, esta técnica resultó ser muy útil para ayudar a la consultante a recuperar la confianza en sí misma, lo cual iba ocurriendo a medida que aprendía a abordar los problemas desde otra perspectiva y a darse cuenta que poseía muchas habilidades para resolver su problemática actual.

En consideración de lo planteado anteriormente, se podría afirmar que el tratamiento psicológico indicado para el trastorno adaptativo, debe incluir técnicas que orienten a los pacientes

hacia el uso de sus propias estrategias de afrontamiento de forma más efectiva, y técnicas que faciliten la disminución de síntomas emocionales exacerbados (Wood, 2008). Lo anterior tiene sentido considerando que, en muchas ocasiones, el evento estresor no puede eliminarse o reducirse, como en el caso de la paciente atendida. Así mismo, la intervención debe incluir la modificación de creencias erróneas, y el entrenamiento en habilidades de regulación de la activación fisiológica (Andreu, 2011).

Por otra parte, la homosexualidad de los hijos ha sido considerada por algunos modelos como un evento de difícil manejo y que resulta angustiante para los padres (Clavijo, 2002). Esto puede ser particularmente difícil de afrontar en familias muy tradicionales y que están articuladas con un contexto inflexible respecto de la sexualidad. En muchos casos la sexualidad es una categoría moral con unos límites muy estrictos, de modo tal que si alguno de los miembros de la comunidad los traspasa, recibe los castigos designados para este tipo de infracciones como el rechazo, el aislamiento, el señalamiento, entre otros, haciendo a veces extensiva la sanción hacia su familia. Para la consultante de este caso, la ansiedad estaba principalmente relacionada con dichas consecuencias, pues temía perder el estatus social que había logrado construir a través de los años en su pueblo de residencia. Así mismo, dirigida por ideas religiosas sentía temor porque su hijo fuera un “pecador” o que se convirtiera en un “degenerado”.

Otros pensamientos que le causaban niveles muy elevados de ansiedad y que también la abatían, era la idea de que su hijo ya no tendría descendencia, y que la posibilidad de la trascendencia y la herencia en ese sentido se veían truncadas. De acuerdo con Fernández (2007) los ideales sobre los hijos, son una de las variables que interfieren de forma muy significativa en el proceso de adaptación ante la homosexualidad por parte de los padres y otros miembros de la familia.

En el proceso terapéutico, este conjunto de pensamientos inflexibles fue uno de los elementos que más difícil fue para la paciente dejar de lado. En el inicio de la intervención, la consultante se negaba a realizar las tareas reformulación de cogniciones respecto de la homosexualidad, no obstante, con el avance y la mejoría que observó al modificar algunas de sus cogniciones, se interesó también por reformular sus ideas categóricas sobre la sexualidad de su hijo. Así, al final se logró que ella cambiará un poco la idea de que su hijo “ahora era una mala persona” a “eso no lo hace mala persona, el sigue siendo el mismo”.

Otro objetivo que fue difícil de lograr a nivel terapéutico fue la eliminación de las conductas de evitación, pues aunque la consultante aumentó el número de eventos sociales a los que asistía, aún rehusaba muchos de ellos. Aquí cabe señalar que a pesar de que la ansiedad relacionada con la socialización había disminuido, en cuanto a su temor de ser juzgada, la consultante había reportado en su historia que “siempre fue de pocos amigos”, lo cual sugiere que un déficit en habilidades sociales, sin embargo por cuestiones de tiempo, (la consultante debía viajar por algunos meses) y además debido a que para la consultante todos los cambios sugeridos por el terapeuta le parecían de difícil alcance, no se introdujo un entrenamiento en dichas habilidades.

Otros problemas de manejo terapéutico que se presentaron fueron los siguientes: En primer lugar, no fue posible controlar las variables externas a la consulta ni realizar observación directa de la conducta de la consultante, de modo que la información sobre los cambios externos a las sesiones se recabó únicamente mediante autorregistros. Tampoco fue posible contar con el apoyo de algún miembro de la familia que pudiera actuar en rol de co-terapeuta y pudiera corroborar la información ofrecida por la consultante. Así mismo, debido a la falta de disposición de la familia de la paciente no fue posible llevar a cabo las sesiones familiares que son indicadas para abordar este tipo de problemáticas.

Finalmente, debido al trabajo del terapeuta y de las negativas de la consultante, los ejercicios de exposición solo pudieron ser realizados mediante imaginación. Lo cual no permitió evaluar directamente la respuesta de la consultante en la situación real. No obstante, y a pesar de estas dificultades podría afirmarse que el proceso de intervención fue exitoso, ya que los síntomas clínicos predominantes lograron reducirse significativamente y la consultante pudo tener un mejor ajuste ante la situación problemática.

En conclusión, se podría afirmar que el modelo cognitivo-conductual es una propuesta completa para el abordaje de pacientes con este tipo de problemáticas, debido a que ofrece la posibilidad de generar en el paciente habilidades que le sean útiles para el afrontamiento de sus problemas, no solo actuales sino también futuros. De este modo, si la intervención es la adecuada, el hecho de que los consultantes tengan nuevas herramientas se convierte en un factor de prevención para futuras recaídas.

Conclusiones

El modelo de intervención terapéutica del enfoque cognitivo conductual resulta eficaz para el abordaje de casos con trastorno adaptativo y/o reacciones emocionales exageradas ante situaciones estresoras.

Las situaciones evocadoras de estrés incluyen gran variedad y dependen de la historia personal de los consultantes. Para padres de familia tradicionales la homosexualidad en sus hijos puede convertirse en un detonante de reacciones psicológicas poco adaptativas.

A pesar de que no se considera al trastorno de adaptación como una categoría clínica muy clara, resulta un diagnóstico que facilita el diseño de propuestas de intervención, en la medida que describe los elementos semiológicos más importantes a nivel clínico como la ansiedad y los cambios en el estado de ánimo.

El caso aquí presentado es un claro ejemplo de que las personas que actualmente acuden a terapia psicológica no necesariamente tienen un trastorno psicológico grave, sino que acuden debido a situaciones cotidianas que les resulta difícil de afrontar.

La práctica clínica es una herramienta pedagógica fundamental para el psicólogo en formación pues le permite poner en práctica las técnicas terapéuticas y conocimientos aprendidos en el aula en contextos reales y poner a prueba sus saberes de modo que pueda tener claridad en cuanto a sus debilidades y aspectos por mejorar.

El contexto jurídico/legal demanda la figura de un psicólogo clínico que pueda orientar casos en los cuales las personas se han visto sometidas a situaciones difíciles que requieren de orientación terapéutica.

Recomendaciones

Es necesario implementar estrategias que permitan tener un mayor control de variables externas, así como establecer mecanismos para asegurar un mejor seguimiento de los casos una vez finaliza el proceso de intervención.

Teniendo en cuenta que los consultantes hacen parte de un sistema familiar, es importante incluir a la red de apoyo primario de forma más activa en la intervención.

Es pertinente el mejoramiento de habilidades que faciliten el trabajo interdisciplinar, dado que, en contextos mixtos como el de la comisaría de familia, se requiere que el psicólogo clínico se articule con profesionales de diferentes disciplinas y establezca un protocolo de intervención adecuado para los casos a intervenir.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth edition*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Andreu, M. (2011). *Un protocolo de tratamiento psicológico para los trastornos adaptativos apoyado por un sistema de realidad virtual: Análisis de su eficacia a través de un estudio controlado*. (Tesis no publicada). Castellón: Universitat Jaume.
- Baños, R., Guillén, V., Botella, C., García, A., Jorquera, M., & Quero, S. (2008). Un programa de tratamiento para los trastornos adaptativos. Un estudio de caso. *Apuntes de Psicología*, 26(2), 303-316.
- Barraza, P. (2004). Evaluación e intervención psicológica en un caso de trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo en una mujer con recidiva por cáncer de mama. *Psicooncología*, 1(1), 165-178.
- Botella, C., Baños, R., & Guillén, V. (2008). Creciendo en la adversidad. Una propuesta de tratamiento para los trastornos adaptativos. En C. Vázquez, & G. Hervás (Eds.), *Psicología positiva aplicada (pp. 113-134)*. Bilbao: DDB.
- Brizuela, A., Brenes, M., Villegas, M., & Zúñiga, B. (2010). El abordaje teórico y clínico de la orientación sexual en Psicología. *Wimb Lu*, 5(1), 9-35.
- Clavijo, A. (2002). *Crisis, familia y psicoterapia*. La Habana: Ciencias Médicas.
- Echeburúa, E., Salaberría, K., Corral, P., & Berasategui, T. (2000). Tratamiento del trastorno mixto de ansiedad y depresión: Resultados de una investigación experimental. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26(108), 509-535.
- Fernández, P. (2007). Transexualidad, homosexualidad y familia (reflexiones teóricas y resultados de trabajo desde una visión de la psicología). *Revista del Instituto de Ciencias Jurídicas de Puebla*, 20, 26-41.
- Herrero, V., & Cano, A. (2010). Un caso de trastorno adaptativo con ansiedad: evaluación, tratamiento y seguimiento. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 6, 53-59.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Procesos psicológicos y estrés*. Barcelona: Martínez Roca.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)*. Madrid: Meditor.
- Saranson, I., & Saranson, B. (2006). *Psicopatología. Psicología anormal: El problema de la conducta inadaptada*. México: Pearson Education.

- Vargas-Mendoza, J., & Hernández, M. (2011). Trastorno adaptativo con ansiedad por enfermedad médica grave como agente estresante: Pacientes oncológicos y renales en tratamiento ambulatorio. *Centro Regional de Investigación en Psicología*, 5(1), 21-26.
- Wood, C. (2008). Doce sesiones de tratamiento cognitivo conductual en un caso de trastorno de pánico con agorafobia. *Ansiedad y Estrés*, 14, 231-251.

Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ Identificado (a) con la cédula de Ciudadanía No. _____ expedida en _____, declaro por medio de la presente, que he sido informado(a) adecuadamente de los objetivos de la investigación y de los procedimientos de evaluación requeridos, aceptando mi participación en la misma de manera voluntaria y gratuita. Me han explicado con la claridad y veracidad debida respecto al ejercicio académico que el profesional en calidad de estudiante de la especialización en Psicología Clínica me ha invitado a participar.

He sido también informado(a) acerca del carácter estrictamente confidencial de los resultados, los cuales no podrán ser difundidos bajo ninguna circunstancia sin mi autorización, respetando así mi integridad y dignidad como participante. Los resultados que se deriven de la investigación han de contribuir al conocimiento científico y tendré acceso a ellos en el momento en que lo prefiera.

Atentamente,

Consultante

Practicante de especialización en Psicología clínica

Asesora especialización en Psicología clínica

Anexo 2. Formato de historia clínica

| | |
|---|-------------------------------|
|  | HISTORIA CLÍNICA |
| FECHA DE RECEPCIÓN: DÍA _____ MES _____ AÑO _____ | |
| REMITIDO POR | DÍA _____ MES _____ AÑO _____ |
| 1.DATOS DEMOGRÁFICOS | |
| NOMBRE: | |
| EPS: | |
| DOCUMENTO DE IDENTIDAD : | EDAD: |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO: | |
| DIRECCIÓN: | |
| TELÉFONO: | OFICINA: |
| PROFESIÓN: | OCUPACIÓN: |
| ESTADO CIVIL: | RELIGIÓN: |
| DATOS DE UNA PERSONA DE CONTACTO: Nombre: Parentesco: Teléfono: | |
| PSICÓLOGO TRATANTE: | |

2. INFORMACIÓN FAMILIAR

Genograma:

| <i>NOMBRE</i> | <i>PARENTESCO</i> | <i>EDAD</i> | <i>OCUPACIÓN</i> |
|---------------|-------------------|-------------|------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

3. SITUACIÓN ACTUAL DEL PACIENTE

MOTIVO DE CONSULTA:

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ACTUAL: (funcionamiento en diferentes áreas, nivel de afectación, redes de apoyo (percibido y real).

4. ANTECEDENTES PERSONALES

5.ANTECEDENTES FAMILIARES

6.COMENTARIOS

7.IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

8.PLAN DE INTERVENCIÓN

FIRMA CONSULTANTE FIRMA PRACTICANTE FIRMA SUPERVISOR

C.C. C.C. T.P.

9.SEGUIMIENTO

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

9.

10.

11.

Anexo 3. Inventario de ansiedad de Beck

| Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) | | | | | |
|---|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | | En absoluto | Levemente | Moderadamente | Severamente |
| 1 | Torpe o entumecido. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2 | Acalorado. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3 | Con temblor en las piernas. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4 | Incapaz de relajarse | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5 | Con temor a que ocurra lo peor. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6 | Mareado, o que se le va la cabeza. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7 | Con latidos del corazón fuertes y acelerados. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8 | Inestable. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9 | Atemorizado o asustado. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10 | Nervioso. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | | En absoluto | Levemente | Moderadamente | Severamente |
| 11 | Con sensación de bloqueo. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12 | Con temblores en las manos. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13 | Inquieto, inseguro. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14 | Con miedo a perder el control. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15 | Con sensación de ahogo. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16 | Con temor a morir. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| | | | | | |
|-----------|--------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 17 | Con miedo. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18 | Con problemas digestivos. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19 | Con desvanecimientos. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20 | Con rubor facial. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 21 | Con sudores, fríos o calientes | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Anexo 4. Inventario de depresión de Beck

Inventario de Depresión de Beck.

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

1)

- No me siento triste
- Me siento triste
- Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo
- Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo

2)

- No me siento especialmente desanimado respecto al futuro
- No me siento desanimado respecto al futuro
- Siento que no tengo que esperar nada
- Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán

3)

- No me siento fracasado
- Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas
- Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso
- Me siento una persona totalmente fracasada

4)

- Las cosas me satisfacen tanto como antes
- No disfruto de las cosas tanto como antes
- Ya no obtengo satisfacción auténtica de las cosas
- Estoy insatisfecho o aburrido de todo

5)

- No me siento especialmente culpable
- Me siento culpable en bastantes ocasiones
- Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones
- Me siento culpable constantemente

6)

- No creo que esté siendo castigado
- Me siento como si fuese a ser castigado
- Espero ser castigado
- Siento que estoy siendo castigado

7)

- No estoy decepcionado de mí mismo
- Estoy decepcionado de mí mismo
- Me da vergüenza de mí mismo
- Me detesto

8)

- No me considero peor que cualquier otro
- Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores
- Continuamente me culpo por mis faltas
- Me culpo por todo lo malo que sucede

9)

- No tengo ningún pensamiento de suicidio
- A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería
- Desearía suicidarme
- Me suicidaría si tuviera la oportunidad

10)

- No lloro más de lo solía llorar
- Ahora lloro más que antes
- Lloro continuamente
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera

11)

- No estoy más irritado de lo normal en mí.
- Me molesto o irrito más fácilmente que antes
- Me siento irritado continuamente
- No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme

12)

- No he perdido el interés por los demás
- Estoy menos interesado en los demás que antes
- He perdido la mayor parte de mi interés por los demás
- He perdido todo el interés por los demás

13)

- Tomo decisiones más o menos como siempre lo he hecho
- Evito tomar decisiones más que antes
- Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes
- Ya me es imposible tomar decisiones

14)

- No creo tener peor aspecto que antes
- Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo
- Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen poco atractivo
- Creo que tengo un aspecto horrible

15)

- Trabajo igual que antes
- Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo
- Tengo que obligarme mucho para hacer algo
- No puedo hacer nada en absoluto

16)

- Duermo tan bien como siempre
- No duermo tan bien como antes
- Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir
- Me despierto varias horas de lo habitual y no puedo volverme a dormir

17)

- No me siento más cansado de lo normal
- Me canso más fácilmente que antes
- Me canso en cuanto hago cualquier cosa
- Estoy demasiado cansado para hacer nada

18)

- Mi apetito no ha disminuido
- No tengo tan buen apetito como antes
- Ahora tengo mucho menos apetito
- He perdido completamente el apetito

19)

- Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada
- He perdido más de 2 kilos y medio
- He perdido más de 4 kilos
- He perdido más de kilos
- Estoy a dieta para adelgazar Si/No

20)

- No estoy preocupado por mi salud más de lo normal
- Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento
- Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier otra cosa

21)

- No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
- Estoy menos interesado en el sexo que antes
- Estoy mucho menos interesado por el sexo
- He perdido totalmente mi interés por el sexo

