

DEPRESIÓN Y TERAPIAS DE TERCERA GENERACIÓN

Ps ADRIANA BARAJAS PRADA

ASESORA:

Ps. Esp. LUZMAR QUINTERO DELGADO



**PROYECTO DE GRADO PRESENTADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

BUCARAMANGA

2015

Tabla De Contenido

INTRODUCCIÓN 9

MARCO TEÓRICO..... 11

 Depresión 11

 Ansiedad 15

 Terapia Cognitivo Conductual 17

 Terapia Cognitiva Centrada en Esquemas 21

 Reestructuración Cognitiva 21

 La Terapia Racional- Emotivo Conductual 22

 Terapia Cognitiva Basada En La Conciencia Plena –MBCT 23

 Terapia Analítica Funcional – FAP 24

 Terapia de Activación Conductual – AC 26

 Terapia De Aceptación Y Compromiso – ACT 27

 Análisis funcional de la conducta 28

METODOLOGÍA 30

 Datos Demográficos..... 30

 Instrumentos De Evaluación 31

ANÁLISIS DESCRIPTIVO 32

 Motivo de consulta:..... 32

 Expectativas del proceso terapéutico de la paciente: 32

 Impresión Diagnóstica: 33

ESTADO ACTUAL – EVALUACIÓN SINCRÓNICA: 33

HISTORIA – EVALUACIÓN DIACRÓNICA..... 38

 Repertorios De Autoconocimiento-Autoreferenciación: 41

 Grado De Afectación De La Problemática 41

EVALUACIÓN MULTIAXIAL 43

ANÁLISIS EXPLICATIVO 43

HIPÓTESIS EXPLICATIVA	48
PLAN DE INTERVENCIÓN	56
SEGUIMIENTO	65
RESULTADOS.....	66
DISCUSIÓN	75
CONCLUSIONES	82
RECOMENDACIONES.....	84
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	87
ANEXOS	93

Listado De Tablas

Tabla 1:	.....	29
	<i>Convenciones utilizadas en la realización del genograma</i>	
Tabla 2:	.....	32
	<i>Estado actual de la consultante, de acuerdo a los dominios.</i>	
Tabla 3:	.....	36
	<i>Estado actual de la consultante, de acuerdo a los contextos.</i>	
Tabla 4:	.....	39
	<i>Línea cronológica de los posibles episodios depresivos presentados M.F en los últimos 10 años</i>	
Tabla 5:	.....	41
	<i>Grado de afectación de la problemática</i>	
Tabla 6:	.....	44
	<i>Hipótesis y respectiva validación</i>	
Tabla 7:	.....	49
	<i>Hipótesis planteadas y la respectiva validación:</i>	
Tabla 8:	.....	55
	<i>Descripción plan de Intervención</i>	
Tabla 9:	.....	68
	<i>Seguimiento Diario Del Estado De Ánimo De M.F Durante El Proceso</i>	
Tabla 10:	.....	69
	<i>Evolución práctica semanal de la técnica de Respiración Diafragmática.</i>	
Tabla 11:	.....	71
	<i>Resultados de la utilización de la Técnica de Activación conductual.</i>	
Tabla 12:	.....	72
	<i>Conductas Clínicamente Relevantes Manifiestas En Consulta</i>	

Listado De Figuras

<i>Figura 1:</i>	65
Aplicación pre y pos de: Inventario de Ansiedad de Beck BAI, Inventario de Depresión de Beck –II (BDI II), Cuestionario de pensamientos automáticos ATQ y Escala de afrontamiento de Lazarus EAL	
<i>Figura 2:</i>	66
Aplicación pre y pos de: Inventario De Depresión Estado Rasgo IDER	
<i>Figura 3:</i>	66
Aplicación cuestionario de esquemas de Young YSQ-L2	
<i>Figura 4:</i>	67
Inventario de Ansiedad de Beck BAI	
<i>Figura 5:</i>	67
Evolución del estado de Ánimo, desde la fase inicial hasta la fase final.	
<i>Figura 6:</i>	70
Evolución de la práctica semanal de la técnica de Mindfulness	

Listado de anexos

Anexo 1:	93
Formato Historia clínica	
Anexo 2:	98
Consentimiento Informado	
Anexo 3:	99
Consentimiento Informado para Audio	
Anexo 4:	100
Inventario de Ansiedad de Beck	
Anexo 5:	101
Escala modo de Afrontamientos de Lazarus	
Anexo 6:	104
Termómetro del Estado de Animo	
Anexo 7:	105
Inventario de Depresión de Beck	
Anexo 8:	109
Validación del Cuestionario de Esquemas de Young 559	
Anexo 9:	111
Consciencia Plena de la Respiración	
Anexo 10:	114
Meditación de la exploración corporal	
Anexo 11:	116
El Piloto Automático	
Anexo 12:	118
Indicaciones Respiración Diafragmática	
Anexo 13:	120
Fotografías de Registro de Seguimiento del Estado de Animo	

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TÍTULO: DEPRESIÓN Y TERAPIAS DE TERCERA GENERACIÓN
AUTOR(ES): ADRIANA BARAJAS PRADA
FACULTAD: FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIRECTORA: LUZMAR QUINTERO DELGADO

RESUMEN

La alta prevalencia de trastornos del estado de ánimo como de ansiedad, son factores que alteran la salud mental de la sociedad. Este artículo describe un caso cuyo diagnóstico es el trastorno depresivo mayor recidivante acompañado de sintomatología ansiosa; detalla la formulación de caso y el plan de intervención en la consultante, con el objetivo de mejorar su calidad de vida, modificando: su capacidad de resolución de problemas, tasas de reforzamiento positivo, habilidades sociales; al igual que reducir: posibles recaídas a futuro, comportamiento evitativo y sintomatología ansiosa y depresiva. El proceso de intervención se realizó en el Centro de Proyección Social de la Universidad Pontificia Bolivariana en Piedecuesta. Durante los meses de de Febrero del 2013 hasta Agosto del mismo año. Su fundamento teórico es el enfoque Cognitivo Conductual, Terapia Racional Emotiva Conductual, Terapia Centrada en Esquemas, Psicoterapia Analítica Funcional, Terapia Cognitiva basada en la conciencia plena, Terapia de Aceptación y Compromiso y Terapia de Activación Conductual. Algunas de las técnicas terapéuticas utilizadas durante la intervención fueron: mindfulness, reestructuración cognitiva, manejo de contingencias y reforzamiento diferencial, entrenamiento en habilidades de solución de problemas y asertividad, respiración diafragmática y activación conductual. Se concluye que este estudio contribuye a reforzar la efectividad del enfoque cognitivo conductual en el abordaje de trastornos del estado de ánimo y la eficacia de las terapias de conducta de tercera generación, ya que facilitaron el logro de los objetivos planteados en el proceso terapéutico caracterizándose por su flexibilidad e integración con otras terapias y la fácil comprensión para el terapeuta al momento de hacer la intervención. Finalmente como conclusiones se destaca la importancia de la alianza terapéutica, el compromiso de la consultante, y lograr en ella mayor conocimiento y aceptación de su situación problema. Como recomendación la jerarquización de problemáticas y planeación rigurosa del análisis de caso.

PALABRAS CLAVE: Depresión, Ansiedad, Enfoque Cognitivo Conductual Terapias De Tercera Generación.

GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: DEPRESSION AND THERAPIES OF THIRD GENERATION
AUTHOR(S): ADRIANA BARAJAS PRADA
FACULTY: FACULTAD PSICOLOGÍA
DIRECTOR: LUZMAR QUINTERO DELGADO

ABSTRACT

The high prevalence of mood disorder and anxiety are factors affecting the mental health of society. This article describes a case whose diagnosis is recurrent major depressive disorder accompanied by anxiety symptoms; detailed case formulation and intervention plan the consultant, with the aim of improving their quality of life by changing: its ability to solve problems, cups positive reinforcement, social skills; as well as reducing: possible future relapses, avoidant behavior and anxiety and depression symptoms. The intervention process was conducted at the Centro de Proyección Social de la Universidad Pontificia Bolivariana in Piedecuesta. During the months of February 2013 through August of the same year. Its theoretical basis is cognitive behavioral approach, Rational Emotive behavioral Therapy, Schemes Centered Therapy, Functional Analytic Psychotherapy, Cognitive therapy based on mindfulness, Acceptance and Commitment Therapy and Behavioral Activation Therapy. Some of the therapeutic techniques used during the intervention were: mindfulness, cognitive restructuring, contingency management and differential reinforcement, training in problem-solving skills and assertiveness, diaphragmatic breathing and behavioral activation. We conclude that this study contributes to strengthen the effectiveness of cognitive behavioral approach in dealing with mood disorder and the effectiveness of behavioral therapies third generation, as they facilitated the achievement of the objectives outlined in the therapeutic process characterized by its flexibility and integration with other therapies and easily understood by the therapist at the time of the intervention. Finally as conclusions the importance of the therapeutic alliance highlights the commitment of the consultant, and make it greater knowledge and acceptance of his situation .As problem Nesting recommendation rigorous planning issues and case analysis.

KEYWORDS: Depression, Anxiety, Cognitive Behavioral Approach, third-generation therapies..

INTRODUCCIÓN

Una de las tareas importantes de la psicología y sus diferentes ramas es la prevención de la salud mental, entendiendo que no solo es la carencia de trastornos mentales, sino un estado de bienestar a nivel emocional, social y psíquico, donde la persona es consciente de sus capacidades y capaz de afrontar tensiones normales de la vida, en pro de trabajar productivamente logrando una contribución a la comunidad. Teniendo presente lo anterior no podemos limitarnos a evaluar y realizar planes de intervención para mejor determinadas problemáticas; sino que es vital generar investigaciones y aplicación de nuevos enfoques que nos lleven a la comprensión contextual de los diferentes trastornos mentales y de tal manera poder prevenir y disminuir la alta incidencia de los mismos.

Ahora bien, los trastornos de alta prevalencia hoy día, son los trastornos del estado de ánimo, principalmente la depresión; aunque en algunos casos las personas tienden hacer un diagnóstico apresurado, pues a episodios eventuales de tristeza los catalogan como un trastorno depresivo y en otros ante la presencia de un cuadro clínico depresivo, lo minimizan y restan la importancia buscando así soluciones temporales y efímeras. Aun así la depresión ha existido desde finales del siglo XV llamada en ese entonces como melancolía, la evidencia indica que al menos en la vida adulta, toda persona ha pasado alguna vez por un período de depresión, y que 5 de cada 100 individuos padecen un trastorno depresivo (Murcia, Losada, Rojas, & Londoño, 2009 y Niño-Avendaño, Ospina & Manrique 2014). Hoy día La Organización Mundial de la Salud [OMS] define: depresión como un “trastorno mental frecuente, caracterizado por la presencia de pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa, tristeza, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración”. Indicando que la depresión puede llegar a hacerse recurrente o crónica y dificultar sensiblemente el desempeño de la persona en sus diferentes contextos y su capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Además, señala que su tratamiento depende de su grado de afectación, si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave recomienda el uso de medicamentos y psicoterapia profesional para su abordaje. También ha indicado que cerca del 90% de las personas que padecen algún trastorno de tipo emocional, consultó al médico, pero muchos de ellos no fueron diagnosticados o tratados adecuadamente.

Por qué depresión, además de lo ya mencionado y del contacto con instituciones como el Hospital Psiquiátrico de San Camilo [HPSC] y el Centro de proyección Social de la Universidad Pontificia Bolivariana [CPS] se notó el alto índice de prevalencia de los trastornos del estado de ánimo; especialmente depresión y bipolaridades. Puesto que del 100% de la población que asiste al programa hospital día en el HPSC aproximadamente el 85% de la población presenta problemas relacionadas con trastornos del estado de ánimo, entre ellos se encuentra, la depresión mayor, los trastornos bipolares tipo I o II, trastorno depresivo mayor recidivante, trastornos mixtos o los trastornos del estado de ánimo como segundo diagnóstico, después de un retraso mental moderado o leve, esquizofrenia o ansiedad generalizada; evidenciándose la comorbilidad de dicho trastorno. De igual forma en el CPS un porcentaje significativo de la población que acude en búsqueda de ayuda presenta problemas relacionados con el estado del ánimo y ansiedad; por lo que de acuerdo con la ley 1616 de 2013 sobre salud mental en Colombia no solo se considera una problemática de salud mental de alta incidencia, sino también un problema de salud pública, con poca atención; en la región no existen instituciones públicas aparte del HPSC que ofrezcan acompañamiento individual o familiar.

La realización de este trabajo va más allá de llevar a la práctica el quehacer del psicólogo clínico mediante un ejercicio académico, busca confrontar la teoría ya existente, la comprensión de problemáticas como los trastornos del estado de ánimo desde nuevos enfoques contextuales y aportar a la promoción de la salud mental y la prevención primaria de la enfermedad mental. Es así como se describe el proceso terapéutico realizado desde mediados del mes de febrero del 2013 a mediados de agosto del mismo año con una consultante, de 32 años, que presenta un episodio depresivo al momento en que acude al servicio de psicología que ofrece el CPS de Piedecuesta. A lo largo del proceso se relata la fase de valoración, intervención, evaluación final y seguimiento; el enfoque teórico fue la teoría Cognitivo Conductual con aportes de terapias de tercera generación. Para la fase de evaluación pre y pos intervención, se utilizó instrumentos como: Inventario De Depresión De Beck –II, The Automatic Thought Questionarie ATQ, El Inventario De Depresión Estado Rasgo IDER, Cuestionario De Esquemas De Yung YSQ-L2, Inventario De Ansiedad De Beck BAI, Escala De Afrontamiento De Lazarus, además de otros autoregistros. En la fase de intervención se retomó la Terapia Cognitiva Beck, Terapia Racional Emotiva Conductual, Terapia Centrada en Esquemas, la Psicoterapia Analítica Funcional, la Terapia de Aceptación y Compromiso, Terapia de Activación Conductual y la Terapia cognitiva

basada en la conciencia plena. Algunas de las técnicas terapéuticas utilizadas durante el proceso de intervención fueron: reestructuración cognitiva, identificación y modificación de esquemas, utilización de metáforas, mindfulness, manejo de contingencias y reforzamiento diferencial, entrenamiento en habilidad, asertividad, autocontrol, comunicación, solución de problemas, y toma de decisiones. En la fase de evaluación final, nuevamente se aplicaron los instrumentos de la fase inicial, adicional en diferentes momentos después de finalizado el proceso se realizó seguimiento a la consultante teniendo presente que el objetivo de mejorar su calidad de vida, modificando: su capacidad de resolución de problemas, sus habilidades de autocontrol, tasas de reforzamiento positivo, habilidades sociales e interpersonales; al igual que reducir: posibles recaídas a futuro, comportamiento evitativo y sintomatología ansiosa y depresiva se logró.

Por último se discuten los aportes de la realización del trabajo, se confirman diferentes aspectos de la teoría en relación a la depresión y a la ansiedad, se comentan los aportes del análisis funcional de la conducta y los factores que influyeron en el logro de los objetivos del tratamiento de intervención. Al final da cuenta de aciertos y desaciertos a tener presentes en un proceso terapéutico para esta problemática en particular.

MARCO TEÓRICO

El proceso de promoción de salud mental y prevención de los trastornos mentales, toma importancia ante la alta prevalencia de los mismos, ya que representan el 8,1% de todos los problemas de salud, destacándose los trastornos del estado de ánimo, de ansiedad, el consumo de sustancias psicoactivas y de alcohol. Para mejor comprensión del caso se hablara de depresión, ansiedad, el enfoque cognitivo conductual, aportes de técnicas cognitivas y algunas técnicas de tercera generación. (Niño, Ospina & Manrique 2014).

Depresión

Es el trastorno más común en diagnosticar ya que representa el 20% de las enfermedades mentales, a nivel social probablemente el de mayor costo y que llama la atención para ser estudiado, por su carácter recurrente, comórbido, con edad de inicio a los 20 años que cada vez es más temprana, y de elevada incidencia en personas de 15 a 20 años (Villalobos 2010).

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-IV, (1994-1995) (DSM IV) define los trastornos depresivos como aquellos que presentan uno o más episodios depresivos mayores; caracterizado un episodio depresivo mayor por el periodo de dos o más

semanas en que se presenta la mayoría de los siguientes síntomas: estado de ánimo depresivo, pérdida del interés o placer en casi todas las actividades, pérdida o aumento del peso o apetito, insomnio o hipersomnia, agitación o enlentecimiento psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos, disminución en la capacidad para pensar y concentrarse y pensamientos recurrentes de muerte; sintomatología que afecta en las habilidades y desempeño del diario vivir de la persona.

Para Dio (1999), la depresión es aquel malestar que se aleja de la voluntad de la persona y que afecta a todo el cuerpo, el estado de ánimo y los pensamientos; alterando la forma en cómo la persona come y duerme, así como el deseo sexual, la opinión de sí mismo y el concepto de la vida en general; haciendo énfasis en la diferencia entre trastorno y un estado pasajero de ánimo triste. Ferrel, Peña, Gómez, & Pérez, (2009) consideran la depresión una enfermedad que a menudo no es percibida por la persona que la padece y que suele ser ignorada por las que la rodean, llegando inclusive a ser catalogada como una debilidad de carácter o una suerte de flojera para enfrentar la vida, personas que observan el curso de la enfermedad, pero que nunca la han padecido.

Las estadísticas de prevalencia de este trastorno señalan que en seis países Europeos hallaron que el 17% de la población ha presentado depresión en los últimos seis meses, siendo la depresión mayor la más prevalente en un 6-9 % de la población. Por otra parte en Canadá y Estados Unidos, el 10% han experimentado depresión clínica durante el último año, de esta población el 20 a 25% son mujeres y del 7 a 12% son hombres que sufrirán una depresión a lo largo de su vida (Segal, Williams, Teasdale 2008). En países de América Latina como el Salvador gran parte de la población presenta uno o más síntomas de depresión y ansiedad, más otra parte significativa presenta ansiedad; siendo los síntomas más prevalentes en mujeres, influyendo variables como: religión, residencia y escolaridad (Gutiérrez y Portillo 2013). En México la prevalencia de depresión en adultos fue de 4.5%, y los trastornos afectivos se ubican en tercer lugar de frecuencia Sepúlveda, Romero & Jaramillo (2012). Otro país donde la depresión es una condición de alta prevalencia entre adolescentes es Puerto Rico siendo el suicidio una de sus posibles consecuencias Rosselló, Duaité, Bernal Y Zuluaga (2011) citando a (Canino et al., 2004). Al igual que los anteriores países Chile presenta una prevalencia de depresión con el 15.3%, Argentina con el 12.0%, Perú con el 11.0% y República Dominicana con el 9.8% (Villalobos 2010).

Ahora bien, en Colombia la prevalencia de la depresión según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 2010 Gómez, Rodríguez, Díaz, Canod & Tamayo (2014) se halló un índice de depresión del 9,5%. Por otra parte autores como Niño, Ospina & Manrique (2014) revelan que la prevalencia de la depresión general es de 19.3%; calculando que es de 5 a 12% en hombres y de 10 a 25% en mujeres. Se resalta que una de cada cinco mujeres presenta un episodio depresivo, mientras que en hombres uno de cada diez presenta el episodio depresivo (Villalobos 2010 citando a González y Landero 2006).

Se destacan como factores precipitantes el considerar el estado de salud propio como regular o malo, sufrir de dolores o molestias, tener dificultades en las relaciones interpersonales, nivel educativo, en adultos mayores el no ser pensionados, consumir marihuana o sustancias adictivas, medicamentos estimulantes o calmantes, tener dependencia del alcohol, estar desempleado o presentar discapacidad. De igual forma el nivel sociodemográfico influye significativamente en la presencia de síntomas depresivos (Gómez, Bohórquez, Masis, Gil Laverde, Sepúlveda, & Díaz 2004 y Murcia, Losada, Rojas, & Londoño, 2009). Afectando a todas las poblaciones pero principalmente a la población universitaria, ya que presentan un índice de prevalencia depresiva de un 17.9% (Mantilla, Sabalza, Díaz y Campos 2004 y Gaviria, Martínez, Atehortúa y Trujillo 2006).

Por otra parte una de los principales efectos que genera la depresión es la discapacidad funcional en la vida diaria de la persona, al igual que la generada por enfermedades como el cáncer y enfermedades coronarias Baronet (2010). Puesto que la persona deprimida responde ante estímulos estresantes de manera desadaptativa, reflejando escasas en habilidades sociales y de resolución de problemas, que a la larga disminuye su capacidad para afrontar y resolver los estímulos estresantes, generando empeoramiento del estado de ánimo y normalmente aislamiento social; experimentando progresivamente menos control sobre su estado de ánimo y sobre sus circunstancias, surgiendo las percepciones de indefensión y finalmente, la desesperanza. Seligman 1979 citado por Caballo 1995; Bellack, Hersen & Himmelhoch 1981 y Nezu, 1986).

De ahí que la evidencia señala que al menos el 50% de los pacientes que se recuperan de un episodio inicial de depresión posiblemente padecerán como mínimo un episodio depresivo posterior y los pacientes que se recuperan del primer episodio de depresión y presentan una alta probabilidad de recaer ya tienen un 20% de probabilidades de padecer una depresión crónica, (de larga duración dos años). Mientras tanto los pacientes con un historial de dos o más episodios

anteriores presentaran una probabilidad de recaída situada entre el 70% a 80%. Quienes recaen con prontitud tras la recuperación son aquellos en quienes la depresión se convierte en un trastorno de larga duración (Segal, Williams & Teasdale 2008 y Caballo, 1995).

De modo que más de 350 millones de persona en el mundo sufren depresión o algún otro trastorno mental y para el 2020, la depresión será la segunda enfermedad más extendida en el mundo. Así mismo más del 20% de la población mundial padecerá un trastorno afectivo que requerirá tratamiento médico en algún momento de su vida, a pesar que menos del 30 % de los casos y en algunos países menos del 10% obtienen tratamiento efectivo (Sepúlveda, Romero & Jaramillo 2012 y Cruz 2013).

Entre tanto no existe un explicación única para la depresión, en quienes la padecen la presencia de ella pueda darse por diferentes factores tanto individuales, biológicos y sociales: la edad, el sexo, la personalidad; la herencia, genética; el estado civil, la cultura, el nivel socioeconómico y la presencia de eventos vitales estresantes o traumáticos. En algunos casos pueden influir los mismos factores y en otros diferentes, por este motivo la depresión es individual, no existe fórmula que se ajuste a cada caso. Como tampoco existe un pronóstico claro de la enfermedad depresiva, depende de factores relacionados con el enfermo y con la severidad de la enfermedad.

En ese orden de ideas la depresión no sólo es una enfermedad frecuente de gran impacto en la salud y calidad de vida de quien la presenta y de su familia, sino que es frecuente que la depresión este acompañada por la ansiedad, fobias, preocupaciones sobre su salud física, pensamientos obsesivos, irritabilidad y quejas por malestares Nezu, Maguth y Lombardo (2006). El 95% de las personas con depresión evidencian a su vez ansiedad, y en el 80% de las personas ansiosas se presentan humor depresivo Caballo (1995), es así como un estudio realizado en Tunja con 538 mujeres a quienes se les aplicó la escala de Ansiedad de Hamilton y la escala de Depresión de Beck, se halló que la prevalencia global de depresión fue de 18,95% y la de manifestaciones de ansiedad de 52,04% Niño, Ospina & Manrique (2014). Al igual que otro estudio realizado con estudiantes de la universidad de Manizales, se halló una prevalecía del 49.8% de depresión y 58.1% de ansiedad Villalobos Galvis. (2010). La comorbilidad entre ansiedad y depresión se produce en mayor medida entre los adolescentes, de tal forma que entre el 25 y 50% de los jóvenes con depresión muestra sintomatología ansiosa, mientras que entre el

10 y 15% de los jóvenes con ansiedad presentan sintomatología depresiva Alansari (2005) citado por (Martínez, García & Inglés 2013).

La comorbilidad indica que el inicio de la ansiedad precede a la depresión en la mayoría de casos y que existe una progresión en la cual la ansiedad frecuentemente lleva a episodios depresivos; “en general la mayoría de los episodios depresivos son precedidos por otro trastorno mental o de un desajuste crónico precedente” Mineka, Watson y Clark, 1998 citado por González, Greiff, & Avendaño, (2011). Desde el modelo cognitivo Beck (1989; 2004) indica que “ambos trastornos tienen contenidos y distorsiones que los delimitan. La ansiedad gira alrededor de la anticipación de amenaza, mientras que la depresión gira alrededor de temas de desamparo, pérdida y minusvalía”. En adelante se hablara un poco más sobre ansiedad.

Ansiedad

Es la sensación anormal, abrumadora de aprehensión acompañada por un sentimiento de temor que produce cambios, somáticos de tensión y fisiológicos como diaforesis, hipertensión y taquicardia. Se produce por dudas respecto a la realidad y naturaleza de la amenaza, por inseguridad de la propia capacidad para hacer frente a un evento que sucederá en el futuro, algo que pensamos que puede suceder. Problemática que genera cambios en el ambiente familiar, perdida de habilidades, miedo al dolor y a ser dañado Sepúlveda, Herrera, Jaramillo & Anaya (2014). Asimismo al momento de estudiar la ansiedad, se diferencia entre ansiedad estado y ansiedad rasgo. *Ansiedad estado* hace referencia a un estado emocional transitorio y está asociada a una situación específica. Y *la ansiedad rasgo* está relacionada con un estado emocional relativamente estable. Spielberger 1966 citado por (Beato, Pulido, Pinho & Gonzalo, 2013).

Según el DSM-IV se entiende por trastorno ansioso un estado de confusión cognitiva, asociado con un bajo control comportamental. Es decir es una pérdida del control emocional, cognitivo y conductual que genera en la persona un estado de intranquilidad perplejidad y sufrimiento. La aparición del trastorno y su propio curso son en la práctica muy diversos, dependiendo de la personalidad del sujeto puede incidir en mayor o menor severidad. Caballo (1995) señala que la problemática ansiosa puede afectar a cualquier edad, es mayoritariamente entre los 20 y 45 años el periodo estadísticamente más usual.

Aunque más adelante se describa más del enfoque cognitivo conductual, en seguida se menciona como se explica la ansiedad desde este enfoque. Pues bien, para el enfoque cognitivo

conductual el trastorno de ansiedad se explica que ante un estímulo se genera un pensamiento negativo, dando lugar a una respuesta fisiológica ansiosa; para calmar dicha respuesta, la persona acude a conductas proveedoras de seguridad y protección y así genera diversas consecuencias. La interpretación negativa que el sujeto hace de algunos estímulos, lo conduce a buscar desesperadamente protección sobre un curso ansioso que progresivamente va avanzando en lo episódico, llegando a conducir a grandes estados de descontrol, conocidos como ataques de pánico o crisis de angustia a la vez que puede o no suponer una base fóbica. El temor del curso ansioso lleva al individuo a desarrollar conductas agitado-motorico, como es el caso de la huida; de tipo cognitivo, como las incesantes automensajes (pensamientos, frases e incluso imágenes) y de tipo evitatorio que pueden ir desde permanecer en el mismo lugar huir, vincularse a situaciones subjetivas de peligro, negativa a realizar ciertas actividades; todo con el fin de reducir el malestar que ha generado o bien poner fin a una situación dolorosa; la consecuencia es que no dejan de ser soluciones temporales, que no van a eliminar el cuadro ansioso, sino que a largo plazo puede aumentar su intensidad y frecuencia.(Caballo 1995 y Caballo, Buela, & Carrobles, 1995).

La ansiedad como trastorno tiene una serie de recuperaciones, en el plano personal; la ansiedad tergiversa el curso del pensamiento haciéndolo poco objetivo, dada la tendencia a sumir distorsiones cognitivas o malas interpretaciones de la realidad; resulta característico la propensión a volver una y otra vez sobre ideas de muerte, sufrimiento y catastrofismo. En definitiva la persona vive un estado subjetivo continuamente pendiente de sí mismo. El problema ansioso solo es observado en toda su dimensión por la persona que lo padece. La evidencia terapéutica ha hecho ver en múltiples ocasiones que los síntomas y su localización en el organismo no son un producto del azar, sino que en cierto modo la persona ansiosa selecciona inconscientemente donde somatizar. Además el sujeto ansioso vive usualmente en un estado hipervigilante con miedo latente o manifiesto al advenio de nuevas crisis (Caballo 1995).

Algunos de los desencadenantes de la ansiedad son:

- Toda situación que incluye cambios o novedades en especial si son significativos
- Situaciones de baja predictibilidad con bajo grado de ambigüedad
- La incertidumbre
- La inminencia de la situación ansiosa
- Calidad o mecanismos de respuesta empobrecida o poco viable

- Situaciones previas que se han experimentado como ansiosas y se presentan con gran incidencia
- Situación que se entiende trascendente, o sea, con obligación de acometerse, sin excusa, irremediables, en general que responde al mandato autoimpuesto del “tengo que”.

Ahora bien, al momento de elegir el tratamiento para un paciente depresivo hay que tener presente: el tipo de trastorno depresivo, la severidad de los síntomas, los antecedentes y la respuesta y tolerancia a los medicamentos Baronet, (2010). Pues el tratamiento pueden ser farmacológico, psicoterapia, redes de apoyo y tratamientos naturales. Lo que la evidencia recomienda es que no solo se elija uno, sino que sean combinados para obtener rápidos y mejores resultados. Tanto el tratamiento farmacológico como la Terapia cognitiva Conductual (TCC) son eficaces en el abordaje de la depresión mayor Rosselló, Duaité, Bernal & Zuluaga. (2011). En últimas lo importante es que la intervención eficaz sea aquella que altere la función de las conductas desadaptativas y las presentaciones sintomáticas Hayes, Wilson, Gifford, Follette, y Strosahl, (1996) citados por (Navarro & Hernández, 2013). Ya será decisión del clínico elegir la mejor estrategia de evaluación para cada consultante al igual que los objetivos de tratamiento que se establecen en consulta junto con el consultante.

En el presente trabajo se intervino la problemática desde un enfoque cognitivo conductual TCC teniendo en cuenta que la evidencia señala que es la mejor alternativa para intervenir los trastornos depresivos y ansiosos Rosselló, Duaité, Bernal & Zuluaga. (2011). A continuación se describen algunos aspectos relevantes de la TCC.

Terapia Cognitivo Conductual

Es un sistema terapéutico que implica principios teóricos y técnicas de dos tipos. A) Conductuales y B) cognitivos. Centrandose en problemas del aquí y ahora, en lugar de centrarse en las causas de su angustia o síntomas del pasado. Para la comprensión del caso se tiene en cuenta los aportes cognitivos de la segunda generación como: la terapia de Beck para la depresión, terapia cognitiva centrada en esquemas, y terapia de reestructuración cognitiva. En cuanto a los aportes cognitivos conductuales se da prioridad a las terapias de tercera generación como: la activación conductual, la psicoterapia analítica funcional, la terapia de aceptación y compromiso y la terapia cognitiva basada en la consciencia plena. Estas últimas se caracterizan por que se basan en el conductismo radical, analizan el comportamiento a la luz del contexto en el que ocurre, no examinan el comportamiento de manera histórica, sino como un continuo,

enfaticando en la búsqueda de repertorios conductuales más amplios, flexibles y efectivos; a diferencia de otras terapias no se centran en la eliminación de los problemas claramente definidos, se utiliza a la relación terapéutica como herramienta principal de cambio, otorgan un énfasis al análisis funcional de la conducta. No se hace una distinción entre la conducta observable y la privada, los eventos privados, se centran en la interacción que se da entre el terapeuta y el usuario dentro de la propia consulta, extendida como interacción social, y por lo tanto, contexto socio-verbal. (Navarro & Hernández 2013). No obstante, a pesar de tener muchos aspectos en común cada una se diferencia por sus dinámicas y modalidades de intervención, por lo que más adelante se especifica cada una de ellas.

En ese orden de ideas el enfoque cognitivo busca la atención y reestructuración de los pensamientos negativos que formula la persona con depresión. A su vez trata de mitigar las alteraciones emocionales y aquellos síntomas prevaletentes en este trastorno. Los medios de intervención que se emplean para el cumplimiento de la finalidad de ésta terapia, se centran en las interpretaciones erróneas del paciente, en su conducta contraproducente y en sus actitudes inadecuadas. Plantea que las personas suelen padecer psicopatologías no por las situaciones en sí, sino por la interpretación que suelen hacer de estas. El objetivo de la evaluación en esta terapia, es la identificación de pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y creencias centrales. Beck & Freeman, 1990; Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979 citados por (Toro, 2013).

Dentro del enfoque cognitivo se encuentra el modelo de depresión que presento Beck, el cual consta de tres elementos básicos: 1. Triada cognitiva negativa, 2. Esquemas negativos 3 distorsiones cognitivas. La triada consiste en tres patrones de ideas y actitudes negativas que caracterizan a los individuos deprimidos, opiniones negativas de sí mismos, del mundo y del futuro.

Implica patrones cognitivos que inducen a una visión idiosincrática negativa de sí mismo, sus experiencias y su futuro, la visión negativa que el sujeto tiene de sí mismo lo lleva a considerarse torpe e inútil, indeseable, con escasa valía o defectos, atribuyendo su experiencias desagradables a una anormalidad física, psíquica o moral y pensando que no posee los atributos esenciales para alcanzar alegría y felicidad y que es culpable de todas las circunstancias negativas que le rodean. (García , 2005, p.10).

Estos aspectos cognitivos explican gran parte de los síntomas que caracterizan al síndrome depresivo, tales como apatía, indecisión, desamparo, fatiga, etcétera.

Los esquemas son patrones de pensamientos estables y duraderos que representan las generalizaciones de una persona acerca de experiencias pasadas; determina la manera como se percibe, almacena y se recuerda la información Zapata & Londoño (2010). Las personas propensas a la depresión tienden a responder a su ambiente de una manera rígida y negativa y, desde una perspectiva lógica interpretan las experiencias nuevas de forma inexacta. Los esquemas patológicos se infieren a partir de las pautas o pensamientos automáticos revelados en las actitudes disfuncionales. Las técnicas de terapia dirigidas a la modificación de los esquemas emplean la representación de papeles, la intención paradójica y las tareas diseñadas para ayudar al paciente a comportarse de un modo diferente. La mayoría de los teóricos cognitivos plantean que debe lograrse un profundo cambio de las actitudes o los esquemas antes de que puedan esperarse beneficios a largo plazo.

Por otro lado el pensamiento perturbado de la depresión y de la manía procede del procesamiento erróneo o idiosincrático de la información que nos llega. Los individuos deprimidos a menudo parecen interpretar erróneamente las situaciones, asociando más significados negativos a, o alcanzando conclusiones más pesimistas sobre las situaciones. Los individuos deprimidos traen más fácilmente a la memoria recuerdos negativos congruentes con el estado de ánimo y tienden a descartar o minimizar la información contraria o más positiva (Beck, 1976; Haaga, Dyck y Ernst, 1991). Algunos de los errores de las opiniones disfuncionales que tiene de sí mismo el individuo depresivo son:

Razonamiento Emocional. La suposición, la persona cree que sus emociones negativas reflejan necesariamente la forma como son las cosas. Pensamiento Absolutista dicotómico. La tendencia a clasificar toda experiencia según una o dos categorías. Abstracción selectiva. Centrarse en un detalle específico extraído de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, es decir, extraer una conclusión negativa basándose en un muestreo sesgado de la información. Inferencia arbitraria. Proceso de llegar a una determinada condición en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria a la conclusión. Generalización excesiva. Es el proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a situaciones ajenas. Magnificación y minimización. Se refiere a los errores cometidos al anular la significación o magnitud de un acontecimiento. Personalización. Es la tendencia y

facilidad del paciente para atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe ninguna base para realizar dicha conexión. Recuerdo selectivo. Se refiere a un sesgo en la recuperación de la memoria cuyo resultado es un recuerdo desproporcionado de una material relevante para la depresión. Adivinación. Es decir, predecir una respuesta negativa. Descalificación de lo positivo, o sea, trivializar o minimizar la importancia de la información positiva que cuestiona o refuta el estado depresivo. (Beck, 1976; Burns, 1980).

Las distorsiones cognitivas son nocivas para el individuo no sólo por la lectura desajustada de los estímulos que este efectúa y por lo tanto a la evidente inadaptación a la que se somete la persona sino por la elevada carga emocional que poseen.

Los pensamientos automáticos negativos son otro de los componentes de la teoría cognitiva de la depresión y constituyen las clases particulares de cogniciones que acompañan a la activación emocional; los pensamientos automáticos se experimentan como involuntarios e invasores. Son automáticos porque la persona no se da cuenta del proceso de interpretación ni incluso del mismo pensamiento, sino solamente de la consecuencia emocional del mismo.

En las intervenciones cognitivas iniciales, se analiza el contenido cognitivo con respecto a los pensamientos, creencias y suposiciones disfuncionales que pueden mediar el problema o interferir con su solución. Habiendo identificado los “culpables” cognitivos, el terapeuta y el paciente examinan estos pensamientos y suposiciones como hipótesis que han de ser evaluadas y comparadas empíricamente. Utilizando ejercicios y tareas para casa, los pacientes aprenden a recoger datos que apoyen o contradicen la hipótesis en cuestión. Una vez que se recogen datos, se anima al paciente para que evalúe los datos de forma lógica y alcance sus propias conclusiones relativas a la validez y utilidad de la hipótesis. La clave de este proceso es la capacidad del paciente para aprender a modificar la disforia utilizando esas estrategias cognitivas de afrontamiento.

En términos globales el enfoque cognitivo conductual, mantiene que los síntomas depresivos pueden aliviarse por medio de la intervención en los niveles cognitivo, conductual o afectivo. El énfasis de la terapia es educativo y orientado hacia el problema. El terapeuta y el paciente trabajan conjuntamente. Trabajando como un equipo, el paciente y el terapeuta descomponen la perturbación del paciente en problemas objetivo específicos. Estos problemas se traducen luego a términos cognitivos y conductuales y se desarrolla un plan de tratamiento diseñado

individualmente basándose en la formulación de caso. En las depresiones graves las intervenciones terapéuticas tempranas confían notablemente en las intervenciones conductuales, como el registro de actividad, la planificación de actividades agradables y la asignación de tareas para casa progresivas.

Además de la terapia cognitiva propuesta por Beck también se retomó aspectos de la terapia cognitiva centrada en esquemas, para una mayor comprensión al momento de realizar el análisis funcional de la conducta dentro de la fase de evaluación.

Terapia Cognitiva Centrada en Esquemas

Terapia cognitiva centrada en esquemas, afirma que a lo largo de la niñez pueden desarrollarse patrones de pensamiento extremadamente estables, disfuncionales y duraderos convirtiéndose en esquemas maladaptativos tempranos (EMT), que generan pautas inadaptadas de conducta que a su vez, los refuerzan. Según Young citado por Zapata & Londoño (2010) los EMT sirven como marco para el procesamiento de experiencias posteriores; son creencias incondicionales, quizá por eso son más rígidos, se perpetúan a sí mismos son resistentes a cualquier cambio. Adicional pueden conducir a los pensamientos automáticos negativos e influenciar la forma en la que se comportan las personas; son algunas veces vistos como creencias incondicionales, condicionales o normas de comportamiento.

Young destaca los siguientes esquemas: privación emocional, abandono desconfianza/abuso, vulnerabilidad al daño y a la enfermedad, entrapamiento, auto-sacrificio, inhibición emocional, estándares inflexibles (2/ perfeccionismo), estándares inflexibles (1/autoexigencia), derecho/grandiosidad, insuficiente autocontrol/ autodisciplina. Para Young uno de los elementos relevantes de la conducta es el contenido maladaptativo de los esquemas que presentan los trastornos de la personalidad y otros trastornos psicopatológicos (Zapata & Londoño 2010).

Reestructuración Cognitiva

Pretende reducir los pensamientos automáticos negativos y aminorar los esquemas desadaptativos. Partiendo que los factores cognitivos influyen en las emociones y el comportamiento de la gente. Es así como depresión o la ansiedad es el resultado de las distorsiones en estos factores cognitivos. A menudo describe tres grados de disfunciones cognitivas: pensamientos automáticos, suposiciones desadaptativas y esquemas disfuncionales. Su fin es ayudar al consultante identificar los tipos de pensamientos negativos, comprendan como influyen en sus respuestas emocionales y conductuales ante situaciones estresantes y cambien

esta mentalidad de sustituir las ideas negativas con otras más adaptativas y saludables. Se vale de la refutación directa, la relación colaboradora con el consultante para explorar la solidez de las distorsiones cognitivas, o examinar la lógica de los pensamientos, aplicar un análisis ventajas y desventajas de una idea particular, recomposición positiva y el role playing. (Nezu, Manguth y lombardo 2006).

La Terapia Racional- Emotivo Conductual

Plantea que los trastornos son producto de las interpretaciones irracionales, absolutistas, punitivas, desesperanzadoras y autoderrotistas de los acontecimientos que hace la persona de su vida diaria a causa de una escasa variedad, multiplicidad, diferenciación y elección presente en la evaluación de los eventos. En resumen es un modelo explicativo del trastorno basado en la fórmula del A-B-C, en que, las B corresponden a las creencias irracionales, las cuales tienen un papel co-causal en el mismo, pues conducen a consecuencias perturbadoras (C) emocionales y conductuales, razón por la cual son objeto específico de intervención terapéutica a través de diferentes debates que buscan que el paciente las desafíe, con el propósito de que las replantee de forma más racional. Con todo, el blanco de acción terapéutico de la REBT se ha centrado en los contenidos de las creencias irracionales. (Ellis, 1991,1993; Dryden, David, Ellis, 2009 citada por Ramirez, L. 2011).

Es así como la TCC se han convertido en uno de los tratamientos psicosociales más eficaces para la depresión. Junto con la psicoterapia interpersonal (American Psychiatric Association, 2000). Además, hay indicios de que pueden poseer un perdurable sentido que protege a los pacientes contra la posterior recaída o recurrencia después de la terminación del tratamiento. Por último, hay indicios de que incluso puede prevenir la aparición inicial de los primeros episodios o la aparición de los síntomas en personas en riesgo que nunca han estado deprimidos al mencionar que las cogniciones negativas y las actitudes inadecuadas fomentan la predisposición a la depresión y por tanto favorecen las recaídas. (Vallejo, Gasto, 1990). Adicional la terapia cognitiva conductual permite manejar la distorsión de la percepción de la realidad por medio de la modificación de los pensamientos y comportamientos haciendo referencia al momento actual que rodea al individuo.

Anteriormente se mencionaron algunas características de las terapias de tercera generación o contextuales, ahora se procederán a describir de manera individual cada terapia aplicada, teniendo presente sus avances y la flexibilidad para abordar problemáticas en las que la eficacia

terapéutica fue tradicionalmente más limitada y que en este trabajo facilitaron la comprensión y abordaje del caso. Terapia de Aceptación y Acompromiso ACT (Hayes, Strosahl, y Wilson, 1999); (Wilson y Luciano, 2002); Psicoterapia Analítico Funcional FAP (Kohlenberg y Tsai, 1991) y la Terapia Cognitiva basada en la Conciencia Plena MBCT (Segal, Williams y Teasdale, 2002).

Terapia Cognitiva Basada En La Conciencia Plena –MBCT

Conciencia plena: implica presentar atención de un modo en particular con un fin en el momento presente y sin juzgar. Relacionado esto con la prevención de recaídas depresivas, permite que el paciente esté atento a cualquier signo de recaída.

El simple acto de reconocer sus pensamientos como pensamientos puede liberarle de la distorsionada realidad, así como un mayor sentido de control sobre su vida. Con la terapia cognitiva basado en la conciencia plena se dio importancia si la persona podría aprender a adoptar una perspectiva descentrada con respecto a sus patrones de pensamientos, es destacable lo liberador que puede ser percibir su pensamientos como simples pensamientos. Si fuera cierto, entonces no habría necesidad de cambiar el contenido de los pensamientos; sino solamente el modo en el que se relacionaban con este contenido. Y no como se venía trabajando en la importancia de las relaciones que mantenían los pacientes con sus pensamientos y emociones negativas.

Es así como esta orientación de la conciencia plena que postula que nos encontramos con frecuencia arrastrados por las corrientes de emociones y pensamientos vinculados con el pasado, presente o el futuro, olvidando la vivencia del momento presente, cuando se es capaz decidir en el momento presente somos más conscientes de las opciones que se nos presentan.

El objetivo de la MBCT es ayudar a los sujetos a establecer un cambio en la relación de los pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales que contribuyen a la recaída depresiva y lograr esto mediante cambios en la comprensión a un nivel profundo. Por lo tanto el entrenamiento pretende enseñar, a los individuos, formas de llegar a ser más conscientes de su modo de funcionamiento mentales disfuncionales en un momento en particular así como las habilidades para desengancharse de modos de funcionamiento disfuncionales y unirse a modos más útiles. Para lo que deben aprender a reconocer los dos principales modos en los que opera la mente y enseñar las habilidades para pasar de uno a otro. El modo hacer y el modo ser.

Modo hacer, se inicia cuando la mente registra discrepancias entre la idea de cómo son las cosas (como se esperan que sean) y la idea de cómo se desearía que fueran las cosas o como deberían ser. Discrepancia que provocan efectos: primero desencadenan automáticamente alguna forma de sentimiento negativo y segundo pone en marcha patrones habituales negativos para reducir el malestar. *Modo ser*, aceptar y permitir lo que es sin ninguna presión inmediata para cambiarlo. Se caracteriza por una experiencia directa inmediata e inédita del presente, los pensamientos sentimientos y emociones en este modo son eventos pasajeros, que surgen, se convierten en objetos de la consciencia y se van.

La habilidad esencial que aspira a enseñar el programa de la MBCT en los periodos de una recaída potencial, es reconocer y desengancharse de los estados mentales caracterizados por patrones autoperturbadores de pensamientos negativos y de naturaleza rumiante (Segal, Williams y Teasdale, 2002).

Cabe señalar que la aplicación de la MBCT está en clara expansión y hay estudios en los que aplicaron este modelo a pacientes depresivos con trastornos de ansiedad comórbidos, así como en el trastorno de ansiedad generalizada y pacientes con problemas de salud. Ofrece herramientas para elegir el tratamiento en función del paciente y no hacer coincidir al paciente con el modelo. Si el paciente tiene un estilo rumiador, discutir el contenido de pensamiento podría dificultar el descentramiento; desde esta perspectiva, cuestionar el contenido del pensamiento es menos importante que reconocer que los pensamientos no son más que hechos mentales. (Rosselló, Bernai, & Rivera-Medina, 2008).

Terapia Analítica Funcional – FAP

Es un tipo de terapia ideográfica que busca una experiencia terapéutica intensa, emotiva y profunda. A partir de una relación afectuosa, genuina, confidencial, comprometida y emotiva con su cliente. Está fundamentada en el conductismo radical, como teoría que intenta llegar a la raíz de la conducta humana, con principios como: el contextualismo, una visión no mentalista de la conducta y que incluso la conducta verbal más íntima tiene su origen en el ambiente.

Se basa en estudiar las formas que pueden utilizarse el reforzamiento, la especificación de conductas clínicamente relevantes y la generalización. Entendiendo el termino *reforzamiento* para referirse a las consecuencias o contingencias que afectan aumentando o disminuyendo la fuerza de una conducta; Puede definirse algo como reforzado sólo después de haber mostrado un efecto para aumentar o disminuir la fuerza de la conducta. El reforzamiento entre mayor cercanía

espacio temporal entre la conducta y sus consecuencias, mayor será el efecto. Siendo de uso preferiblemente el reforzamiento natural que el arbitrario ya que fortalece una amplia gama de respuesta, tiene en cuenta el nivel de habilidad de la persona, beneficia a la persona que realice el reforzamiento y es habitual o normal en el ambiente natural. Las especificaciones de las conductas clínicamente relevantes aluden al término de conducta clínica relevante abarcando conductas problema como conductas objetivo teniendo en cuenta que la observación directa y la definición de conductual de los problemas y conductas objetivos que presentan los clientes solo pueden llevarse a cabo si: 1. La conducta relacionada con el problema aparece durante la sesión y puede ser directamente observada y 2. Si el terapeuta y los observadores han sido cuidadosamente seleccionados entre aquellos que tengan en su propio repertorio las conductas objetivos de su cliente. Por último la generalización pretende que si el paciente mejora en el ambiente psicoterapéutico, las mejoras se transfieran a su vida diaria, por lo que la mejor manera de planificar la generalización es hacer la terapia en el mismo ambiente en que se dan los problemas. (Kohlenberg y Tsai2007).

Por un lado, se describen los objetivos, las Conductas Clínicamente Relevantes (CCR) y, por otro, unas Reglas Terapéuticas a seguir.

Las CCR son todo el comportamiento del cliente y se diferencian tres tipos:

Las CCR tipo 1 son los problemas del cliente que ocurren durante la sesión. Suelen estar bajo control de estímulos aversivos y son conductas de evitación. Pueden implicar pensamientos, percepciones, sentimientos, emociones, recuerdos, etc.

Las CCR tipo 2 son las mejorías del cliente que ocurren durante la sesión.

Las CCR tipo 3 son las interpretaciones del cliente de su propia conducta y lo que cree que la causa. Implican observaciones y descripciones de la conducta de uno mismo y de los estímulos reforzantes, discriminativos y evitadores que están asociados con ella.

Se proponen unas Reglas que ayudan a evocar, identificar, reforzar e interpretar las conductas del cliente:

La Regla N° 1 consiste en observar las posibles CCR durante la sesión terapéutica.

La regla N° 2 propone construir un ambiente terapéutico que evoque las CCR.

La regla N° 3 estriba en organizar el reforzamiento positivo de las CCR tipo 2.

La regla N° 4 trata de desarrollar un repertorio para observar las propiedades reforzantes de la conducta del terapeuta en relación con las CCR del cliente.

Finalmente, la regla N° 5 consiste en generar en el cliente un repertorio de descripción de las relaciones funcionales entre las variables de control y las conductas García y Aguayo (2015).

Terapia de Activación Conductual – AC

Es un tratamiento para la depresión y tiene como objetivo lograr en los pacientes deprimidos aprendan a organizar sus vidas y cambiar su entorno para que se establezca su contacto con fuentes de reforzamiento positivo, para que se contrarresten patrones de evitación, distanciamiento e inactividad que los síntomas depresivos generan Nezu, Manguth y lombardo (2006). La AC mantiene como objetivo que las cogniciones distorsionadas desaparezcan del paciente, pero espera que esos cambios se produzcan como consecuencia de la activación misma Kanter et al., 2007; Lejuez et al., 2001; Martell et al. (2001) citado por (Barraca 2010). Está orientada a incrementar conductas que aumenten contingencias ambientales reforzantes y que a su vez produzcan cambios en el pensamiento, humor en el estado de ánimo y calidad de vida. Es muy utilizada en la depresión ya que es característico el déficit conductual (el paciente deja de hacer).

La idea principal es la de enseñar algunas habilidades ausentes en el repertorio conductual del paciente y de activar otras que sí están pero en déficit. De esta manera, se trabaja con Moldeamiento conjuntamente con Reforzamiento y Feedback, ya que el propio paciente observa cómo va incrementando su actividad diaria, logrando la mejoría y la cura. En resumidas es 'activar' a la persona en la medida de sus posibilidades actuales y de acuerdo con sus intereses y valores (Pérez Álvarez, M; 2007). Pues bien, la AC ha mostrado ser tan eficaz como la medicación en la depresión mayor (Dimidjian, Hollon, Dodson et al, 2006). En este sentido, la AC viene a contribuir igualmente a la Desmedicalización de la depresión.

Las estrategias de activación son: activación focal, emprender actividades específicas ya identificadas como reforzadoras, asignación gradual de actividades, asignar tareas cada vez más difíciles; modificación de la evitación fomentar la evitación para evitar los comportamientos evitativo; regulación de la rutina establecer una rutina para las acciones básicas diarias y atención a la experiencia, fomentar la capacidad del consultante para entender mejor la función de las rumiaciones depresivas como medio de disminuir su frecuencia. (Nezu, Manguth y lombardo 2006).

Terapia De Aceptación Y Compromiso – ACT

Es una forma de psicoterapia flexible experiencial, conductual y cognitiva basada en la teoría de los marcos relacionales, del lenguaje y la cognición humana, que enfatiza el papel de la evitación experiencial, la fusión cognitiva, la ausencia o debilitamiento de los valores y la rigidez de e ineficacia conductual resultantes. A su vez se atiende a una filosofía que consiste en tener presente el sufrimiento humano, tener una perspectiva cultural, ofrece una perspectiva psicopatología al trastorno de evitación experiencial y promueve la orientación de la vida en lugar del ensañamiento en los síntomas.(Wilson y Luciano 2002).

La aceptación no significa resignación, la aceptación como primer paso fundamental, nos permite llegar a ser plenamente conscientes de las dificultades y después, si fuera apropiado, responder de una manera habilidosa en vez de reacción de modo instintivo poniendo en práctica automáticamente algunos de las viejas formas disfuncionales de afrontamiento

Cabe señalar que la flexibilidad de estas terapias al permitir la combinación con terapias cognitivas como la de Beck o incluso con otras terapias contextuales, aplicadas para problemáticas de depresión y ansiedad generalizada, han dado cuenta de su mejoría en la sintomatología, incluso después de un seguimiento de seis meses como lo indica Gaynor y Scott (2002) citado por García y Aguayo (2015) en un estudio realizado con adolescentes que presentaban depresión. Al mismo tiempo se ha combinado FAP con ACT se ha aplicado en el tratamiento de un consultante con depresión mayor y síntomas psicóticos, presentándose notables mejoras en la depresión, aceptación y relaciones sociales (Baruch, Kanter, Busch & Juskiewicz, 2009) citados por (García y Aguayo 2015). Por otro lado se ha propuesto la integración de AC con FAP para un caso de un hombre que presentaba un trastorno mixto ansioso depresivo mostrando buenos resultados. En general, FAP es una terapia beneficiosa y rentable en el tratamiento de trastornos psicológicos, y que puede ayudar a los terapeutas a mejorar sus intervenciones. Del mismo modo ACT al poder combinarse con muchos otros aspectos y procedimientos ha sido utilizada en variedad de formas para poblaciones específicas, diferentes problemas, y distintos grupos terapeutas, con duración en el tratamiento que han variado por la cantidad de sesiones de decenas incluso a cuatro sesiones. De igual forma se ha implementado en problemáticas como estrés laboral, ansiedad, dolor, depresión, desórdenes alimenticios, problemas familiares, problemas de drogas y alcohol, entre otros (Wilson y Luciano 2002).

Análisis funcional de la conducta

La evaluación funcional de la conducta tiene su origen conceptual en el trabajo experimental y filosófico de B. F. Skinner; bajo la premisa básica que la conducta humana (o de cualquier otro organismo) se puede concebir como una variable dependiente del ambiente o variable independiente (Skinner, 1953), por lo que las manipulaciones sistemáticas del ambiente deben producir cambios sistemáticos en la conducta Giraldo (2013). En otras palabras, si la relación entre causa y efecto entre los eventos del medio ambiente y la conducta del individuo puede ser determinada, esta relación puede ser alterada, y como resultado obtener una disminución en la ocurrencia de los problemas de conducta.

La Evaluación Funcional de la Conducta puede ser clasificada en tres niveles (de menos complejo a más complejo)

- a) Evaluación Indirecta (entrevistas y pruebas)
- b) Evaluación Directa en el ambiente Natural.
- c) Análisis Funcional (análogo)

La evaluación conductual como el análisis funcional tienen su fundamento científico, y ayudan a elegir las mejores estrategias de evaluación y a integrar la información recogida en juicios válidos y útiles; haciendo hincapié en el uso de varios métodos de evaluación, en la obtención de medidas con garantías psicométricas sólidas y adecuadas, en la medición realizada en distintas situaciones, contextos y momentos y en la observación directa del comportamiento. Además permite establecer las relaciones funcionales o secuencias que caracterizan una conducta, analizando los antecedentes y consecuentes que explican que la conducta se dé y se mantenga en el tiempo; es decir identifica las relaciones funcionales, causales y no causales. Es una hipótesis dinámica que permite conocer exactamente qué ocurre (pensamientos, sentimientos, emociones, reacciones) identificando cual es la conducta problema, en qué circunstancias contextuales se presenta (ante que estímulos personas o eventos sucede) y que efectos o consecuencias tiene en el medio (beneficios, pérdidas, sentimientos). Siendo así un análisis funcional hipotético e ideográfico, único en cada caso que permite tener claro cuál es la conducta sus antecedentes, respuesta y consecuentes. Su validez puede restringirse a determinadas situaciones o contextos. Haciendo énfasis en los problemas más relevantes y en las variables causales más importantes y modificables. (Kaholokula, Godoy, O'Brien, Haynes, & Gavino 2013).

Las ventajas de un análisis funcional es que una vez es posible detectar la función de la conducta de manera sistemática se puede desarrollar una intervención que:

1. Altere las condiciones antecedentes
2. Altere las consecuencias, y
3. Enseñe conductas alternativas

Por último, un factor a tener presente es la prevención de la recaída, ya que después de un episodio depresivo mayor durante 13 meses el 33% recaen después de sentirse bien durante al menos ocho semanas (Caballo, 1995). En muchos casos se ha intervenido sólo con farmacológica, el resultó parece no ser suficiente por la reincidencia de depresión y el empeoramiento de episodios controlados. Los fármacos suprimen los síntomas, más no identifican las causas del episodio, lo que hace que las recaídas se incrementa y que el intervalo de las recaídas se acorte con el tiempo; por ello la psicoterapia juega un papel importante al momento de ayudar al consultante a manejar las consecuencias interpersonales, reduciendo así el riesgo de una recaída, ya que ha mostrado efectividad disminuyendo el número de recaídas y porque prolongaba más el intervalo de recaídas; reduciendo la posibilidad de que volviera a aparecer la depresión. Además que la evidencia señala que aquellos pacientes en que el tratamiento farmacológico es discontinuo a partir de su recuperación presentaban altas recaídas. Por lo que se recomienda, que las sesiones finales de la terapia cognitiva-conductual abordan normalmente la prevención de recaídas.

Se anima a los pacientes para que identifiquen situaciones de alto riesgo y ensaye afrontar estas circunstancias usando los métodos de la terapia cognitiva cuyo objetivo para prevenir la recaída es la de ayudar a los pacientes desengancharse de procedimientos mentales meditados y autoperpetuantes cuando se sienten tristes o bien en otras ocasiones de recaída potencial. De igual manera la terapia cognitiva basa en la conciencia plena son tratamientos psicológico utilizados para prevenir la recaída en comparación con la medicación (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979/1981), (Segal, Williams y Teasdale, 2002).

Finalmente tras hacer una descripción del fundamente teórico al cual se acudió para la realización del caso, se procederá a describir la metodología en la fase de evaluación, como se plantea el análisis de caso, el plan de intervención, resultados y seguimiento.

Remisión:

Persona que acude a consulta psicológica al Centro de Proyección Social de la Universidad Pontificia Bolivariana en Piedecuesta Santander; inicialmente la pasante de Psicología realiza una entrevista inicial y luego la remite para ser atendida por la practicante de la especialización en psicología clínica y así realizar el estudio de caso y diseño de intervención.

Instrumentos De Evaluación

Para la fase de evaluación se utilizaron varios instrumentos:

- a) Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional [MINI], acompañada con entrevista clínica, no estructurada.
- b) *Inventario de Depresión de Beck –II*: el BDI II (Beck, Steer y Brown, 1996); se empleó la versión en español (Sanz, García-Vera, Espinosa, Fortín y Vázquez, 2003; Sanz, Perdigón y Vázquez, 2003).
- c) *The Automatic Thought Questionnaire* ATQ (Hollon y Kendall, 1980) son 30 ítems con el fin de medir la frecuencia de pensamientos automáticos negativos, su adaptación española utilizada fue Cano-García y Rodríguez-Franco (2002).
- d) *El Inventario De Depresión Estado Rasgo* IDER, la adaptación realizada con población colombiana por Agudelo (2009).
- e) *Cuestionario De Esquemas De Yung* YSQ-L2 Castrillón, Chávez, Ferrer, Londoño, Maestre, Marín y Schnitter (2005).
- f) *Inventario de Ansiedad de Beck* BAI (1988) citado por Gonzales. (2007) valorar la severidad de los síntomas y discriminar de manera fiable entre ansiedad y depresión.
- g) *Escala De Afrontamiento De Lazarus* Folkman Lazarus (1984).

Además se le solicitó a la consultante que realizara autoregistros en los que se evidenciaran las actividades diarias asociadas con estado de ánimo y pensamientos. Este autoregistro consistía en que la consultante respondería a las siguientes preguntas: qué situaciones relevantes experimentó en el día?, cuáles fueron los pensamientos que surgieron ante dicha situación?, cuál es el estado de ánimo del día?, qué comportamientos realizó? Y cuáles fueron las consecuencias?. El registro debería llevarlo siempre que asistiera a sesión ya que era una tarea de casa, además se le facilitó la opción de realizar un cuadro o un párrafo, siempre y cuando se guiara por las preguntas indicadas en la sesión y facilitaran la comprensión y funcionalidad de cada conducta y pensamiento.

Por otro lado en colaboración con MF se estableció un *termómetro del estado de ánimo* que pudiera utilizar todos los días y formara parte de sus autoregistros; consistía en una puntuación de 0 a 10, siendo 0 un estado de ánimo pésimo y 10 un estado de ánimo excelente. Dicha medición se acordó realizarla 3 veces durante el día para determinar su estado de ánimo promedio del día y a nivel semanal; como ya lo decía (Barraca, 2010) este tipo de estimaciones están sesgadas por la subjetividad, pero aportan una información rápida y sencilla que resulta de gran utilidad para el proceso.

La entrevista clínica no estructurada junto a la MINI resultaron útiles para conocer los aspectos más relevantes del caso y plantear hipótesis iniciales. No obstante el IDER facilitó identificar el estado de la paciente en el momento de la valoración. Los demás instrumentos fueron de apoyo no sólo para la evaluación inicial, sino para ver su evolución y en la fase de evaluación final.

A partir de los resultados de las estrategias de evaluación se planteó el análisis funcional de la conducta.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Motivo de consulta:

“Siento nerviosismo, temblor, susto, como mucho; ganas de llorar constantemente, melancolía, sensación de soledad, tristeza. Pensé que lo que tenía era grave porque fui por el médico y el señor con el afán de atenderme rápido y como le dije que no podía dormir, me sentía estresada y lloraba todo el tiempo, me dijo que tenía que internarme, pero no estuve de acuerdo y recordé que antes había asistido a psicología acá y decidí venir, dado que no quiero asistir a psicología en el seguro porque pienso que me pueden internar y la atención no es igual”.

Expectativas del proceso terapéutico de la paciente:

- “Encontrar una guía que me ayude”.
- “Controlar mi nerviosismo, para que esas situaciones que he vivido antes no se repitan”
- “Aprender a controlarme, las cosas nuevas me cuestan muchísimo”.
- “No quiero que me internen en una clínica de reposo mental”.
- “No quiero llegar a tener que tomarme la droga que me receto el medico”.
- “Entender que es lo que me pasa, quiero saber que tengo, necesito saber que si tiene solución y que puedo hacer de mi parte”.
- “Que mi estado de ánimo dependa de “mi misma y no de una pastillita”.

Impresión Diagnóstica:

Mujer de 32 años que asiste consulta, de manera voluntaria, evidencia organización y limpieza en su vestimenta, sin maquillaje en su cara, escaso contacto ocular, boca tensa, en ocasiones muerde su labio inferior, expresión triste, llanto esporádico, cabello organizado, cabeza erecta al frente, postura personal algo inclinada, hombros al frente, brazos rígidos y continuo movimiento en las manos acompañadas de sudoración y piernas en constante movimiento en ocasiones cruzadas. Su marcha es lenta y coordinada, mantiene una distancia lejana, evita el contacto corporal y escucha activa constante. Se verifica Funcionamiento sensorial, sin ningún problema a nivel motor, ni de oído, vista, tacto u olfato. Lenguaje y comunicación fluida, en algunas ocasiones hace pausas y presenta agitación en la fluidez de la expresión acentuando o finalizando las frases con pequeños golpes en la mesa; recurre constantemente a movimientos con las manos para explicar lo que dice, cambios de voz constante, con contenido coherente. En el contenido de su pensamiento no se hizo evidente delirios, alucinaciones, fobias, obsesiones o compulsiones. Con correcta orientación espacio temporal e hipervigilante a cualquier estímulo o movimiento. En el consultorio evidencia agitación psicomotora e intranquilidad, dificultad para expresar pensamientos, respiración agitada y movimiento constante de la pierna derecha.

Estado de ánimo triste, se identifica ansiedad, preocupación, por temas como la soledad. Relación distante con padres y hermana. Utiliza constantemente mecanismos de evitación y resistencia.

ESTADO ACTUAL – EVALUACIÓN SINCRÓNICA:

Por medio de las siguientes tablas, (tabla 2 y 3) se describe el estado actual de la consultante en sus diferentes dominios y contextos, después de haber aplicado los diferentes instrumentos de evaluación.

Tabla 2: Estado actual de la consultante, de acuerdo a los dominios.

DOMINIOS	DESCRIPCION (SINCRONICA)
EMOCIONAL / AFECTIVO	Según la MINI International Neuropsychiatric Interview, (MINI) M.F presenta sintomatología depresiva: <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="406 1795 1356 1837">• Anhedonia, M.F renunció al trabajo, su rutina se limita a estar en casa

la mayor parte de la semana sin realizar actividades de su agrado, únicamente las relacionadas con las tareas del hogar. Manifiesta no tener interés en salir, en realizar actividades diferentes y en querer compartir con otras personas, pero siente no tener las habilidades ni tema para iniciar una conversación.

- Insomnio inicial y en ocasiones insomnio medio, M.F refiere que hay días en que no logra conciliar el sueño, incluso durante toda la noche o que cuando logra dormir presenta interrupciones en diferentes periodos de tiempo, generándole dificultad para conciliar nuevamente el sueño. Situación que se da como respuesta a pensamientos de inutilidad y autorreproche; sentimientos de desesperanza, incertidumbre y rumiación constante que conlleva a la agitación psicomotora y síntomas ansiosos que en M. F se manifiestan en levantarse de la cama varias veces, dar vueltas en forma circular en la sala, sentarse, estar de pie, ir a la cocina comer y nuevamente a la sala; este círculo se repite durante varias horas en la noche.
 - Aumento de peso en los últimos meses según relata M.F al diligenciar historia clínica y tras confirmarlo con fotos.
 - Estado de ánimo disfórico, de acuerdo a lo manifestado y observado en consulta, la evidencias en los registros diarios y la línea de evaluación diaria del estado de ánimo.
 - Afecto embotado, reducción significativa de la intensidad de la expresión emocional, teniendo presente la observación de M.F en la primera sesión.
 - Llanto frecuente al hablar de temas como la soledad, no solo es una conducta que se evidencia en consulta; M.F. continuamente presenta llanto sin explicación alguna y prefiere ocultarlo y que sus padres no lo noten, manifestando después del llanto tranquilidad.
 - Irritabilidad.
 - Sensación de cansancio agotamiento.
-

-
- Presenta un cuadro de ansiedad según escala de ansiedad de Beck con sintomatología somática: Taquicardia, respiración entrecortada, sensación de ahogo, de sofoco; nudo u opresión en la garganta, síntomas que también se notaron en consulta o conductas clínicamente relevantes tipo 1.
 - Agitación psicomotora al hablar de la problemática actual como una conducta clínicamente relevante tipo 1.
 - Teniendo presente el inventario de depresión de Beck M.F. la puntuación obtenida aplicado dicho instrumento indica una Depresión moderada. Adicional a esto, el resultado de la aplicación de IDER y entrevista clínica M.F corroboran la presencia al momento de la evaluación de un episodio depresivo con reacciones emocionales negativas de carácter temporal, asociada a eventos específicos que generan malestar general, miedo tristeza, ansiedad hostilidad disgusto y soledad; con disposición general para responder de forma negativa ante situaciones de la vida, interpretándolas de manera desfavorable y generando vulnerabilidad frente al desarrollo de reacciones depresivas.

Con la presencia de algunos síntomas propios de la angustia como: elevación de la frecuencia cardiaca, sudoración, sensación de ahogo, miedo de perder el control, miedo a morir, escalofríos o sofocamientos. Aclarando que no siempre se presentan todos los síntomas y con la misma intensidad según lo relata M.F.

**COGNOSCITI
VO /VERBAL**

- Consultante con lenguaje y comunicación controlada, con pausas constantes, tono de voz baja y contenido coherente; sin evidencia de alucinaciones. Acompañamiento de mensajes no verbales del tipo de repetición, sustitución y regulación continuamente de acuerdo a la observación realizada en consulta.
 - Ante pensamientos negativos que generan en M.F una respuesta fisiológica de ansiedad, acude a la ingesta compulsiva de alimentos,
-

como conducta de seguridad que le permita sentirse mejor.

- Con funcionamiento cognoscitivo correcto, orientación espacio temporal adecuado e hipervigilante.
- Pensamientos negativos y de desesperanza, evocación de recuerdos, al igual que pensamientos negativos de sí misma, del mundo y del futuro negativos de acuerdo a resultados del IDER y del discurso de M.F durante la consulta.
- Presenta dificultades de distraibilidad en tareas que realiza cotidianamente en su hogar en base al registro diario de actividades.
- Según en ATQ MF presenta pensamiento automáticos relacionados con autorreproche, sentimiento de culpa y altas exigencias consigo misma, pensamientos de indefensión y autoconcepto negativo.
- Según resultados al aplicar el cuestionario de esquemas de Young YSQ-L2 M.F presenta puntuación alta en los esquemas de: autosacrificio, estándares Inflexibles 1, vulnerabilidad al daño o la enfermedad, abandono e inhibición emocional.

**INTERACCIO
N SOCIAL**

- La interacción social de M.F es baja, la mayor parte del tiempo convive con su núcleo familiar y sólo comparte con una vecina de igual edad a la mamá.
- Manifiesta no tener amigos y tener una relación de pareja con una persona 20 años mayor.
- Presenta dificultades en habilidades sociales al momento de iniciar conversaciones, (situación por la cual había acudido antes a consulta psicológica).
- Aislamiento social, su rutina diaria está limitada a estar la mayor parte del tiempo en la casa manteniendo conversaciones esporádicas con sus familiares.

**REPERTORI
OS
RELACIONA**

- Actualmente M.F no presenta ninguna dificultad médica. No obstante se muestra angustiada ya que uno de los motivos por los cuales acude a consulta es el haber asistido a medicina general 20 días atrás, donde
-

DOS CON LA SALUD	fue remitida a psiquiatría y allí le informaron que presentaba depresión de modo que una opción era estar hospitalizada o iniciar un proceso psicoterapéutico acompañada de fármacos (trazadona, lorazepan y sertralina) formulados por el psiquiatra y que ella tras un par de días de consumo decidió voluntariamente no continuar con el tratamiento farmacológico y buscar ayuda psicológica.
-------------------------	---

Tabla 3: *Estado actual de la consultante, de acuerdo a los contextos.*

CONTEXTOS	
ACADEMICO	M.F. el año anterior terminó los estudios de técnica en gastronomía. Durante su primaria, bachillerato y últimos estudios no presentó ningún problema académico, al contrario se destacó por ser una estudiante disciplinada, responsable y con buen rendimiento académico.
FAMILIAR	<p>El núcleo familiar se constituye por padre, madre, hermana y consultante.</p> <p>M.F no tiene la certeza si el papá tiene dos hijos fuera del matrimonio menores a ella; situación que le genera, molestia y termina evitando hablar de su relación con el padre. Infiriendo que mantiene una relación distante y sumisa a lo que él decida.</p> <p>Los papas conocen del proceso terapéutico que inició M.F, dado que son quienes le ayudan económicamente, sin embargo según M.F se muestran al margen de la situación restándole importancia a la problemática, por otra parte de acuerdo a lo comentado por M.F le hermana le ha verbalizado que su comportamiento tuviera como fin centrar la atención de los padres.</p> <p>De acuerdo a la descripción que realiza M.F de su familia, el papá es el hombre proveedor en el hogar, radical en sus decisiones, ausente y la mamá sumisa a todo lo que su pareja decía en el hogar, muy cariñosa y pendiente de sus hijas. La hermana, soltera, trabaja,</p>

mantiene constantes discusiones con M.F quien la define como el polo opuesto y de quien se siente juzgada con frecuencia. En el hogar M.F es la encargada de cocinar, hacer aseo, orden de la casa y estar pendiente de la salud de la mamá.

En la familia, las expresiones de cariño son escasas, la comunicación se limita a las horas de la comida en el comedor algunas veces y existe poco tiempo para compartir otras actividades en familia.

**COMPORTAMIE
NTO SEXUAL**

Al momento de la consulta inicial M.F. sostenía una relación de pareja con una persona separada y con una hija, sin embargo no se sentía a gusto y esperaba terminar manifestando fastidio por la otra persona y la familia no aprobaba la relación. Indicó no tener ninguna dificultad ni interés relacionado con el tema sexual; explicando que la sexualidad no es un tema de preocupación para ella.

**CONDICIONES
AMBIENTALES**

La consultante vive en un barrio de Piedecuesta estrato tres, retirado del centro del pueblo, un barrio de senderos peatonales, casas de un promedio de 65 a 70 m². En el mismo barrio y pueblo no vive ningún familiar cercano. En la cuadra donde está ubicada la casa de la consultante viven sólo personas mayores de edad.

HISTORIA – EVALUACIÓN DIACRÓNICA

M.F es la hija mayor en una familia nuclear, mamá, papá y hermana; según ella el papá es un hombre “controlador, machista, imponente, inflexible, agresivo pasivo” y la mamá una mujer “sumisa y abnegada invisible ante las decisiones del marido y sus infidelidades”. M.F mantiene una relación cercana, respetuosa, mas no de confianza con su hermana, quien según M.F constantemente critica su actuar, ya que compara los logros obtenidos de cada una y asume una actitud de reproche por no ser M.F una mujer independiente y seguir viviendo con los papas; por lo que le manifiesta verbalmente a M.F que su comportamiento es una forma de llamar la atención de la familia dándole importancia a una situación problema que no la amerita; dichas valoraciones negativas indisponen a M.F puesto que se presentan con frecuencia, terminando en distanciamientos que implican no hablarle, evitar el contacto o no realizarle favores por varios días. Por otra parte M.F sabe que debido a infidelidades dentro del matrimonio por parte del

papá, tiene dos hermanos menores un niño y niña de 18 y 13 años con los cuales no ha tenido ni desea tener ningún tipo de comunicación. Lo anteriormente mencionado ha generado distanciamiento con el padre, por lo cual M.F tiene una relación unidireccional, donde se limita a contestar preguntas del padre y obedecer indicaciones. El papá constantemente la ha comparado con la hermana haciendo juicios valorativos como: “tengo una hija rara, montuna que me hace quedar mal”. A diferencia la relación con la mamá es cercana de ayuda constante, de complacerla con el fin de evitarle preocupaciones o problemas con el papá por decisiones o acciones que ella realice; la describe como una mamá protectora, complaciente constantemente inquietada por el bienestar de sus hijas. Pero, a pesar que cree tener más confianza y comprensión por parte de la mamá, M.F evita regularmente que ella y en general la familia note su estado de ánimo o llanto cuando este se produce, puesto que le incomoda que le digan: “por qué llora sino hay motivo, no lloré”!. En general M.F se ha inhibido emocionalmente para evitar cuestionamientos y juicios de valor por parte de la familia, por quienes no se ha sentido comprendida, pero sí evaluada y juzgada.

Un evento significativo en la vida de M.F fue la primera relación de pareja a los 15 años, con un hombre cinco años mayor a ella, noviazgo que duro más de 8 años, cuatro de ellos de convivencia. M.F relata que durante la convivencia los primeros meses todo era normal, pero luego aburrido, porque permanecía sola la mayor parte del tiempo, tanto así que decidió volver a vivir con los papas y continuar con la relación de pareja. Sin embargo, el novio sin dar explicaciones desapareció y volvió 4 meses después, iniciando así una relación intermitente, con continuas interrupciones y reconciliaciones por 7 años más. Al momento de la consulta M.F remite que mantiene una relación con un hombre 20 años mayor a ella; noviazgo que no es aceptado por la familia, pero que ella ha continuado por contar con una persona que le ofrezca afecto, compañía y atención; aclarando que es el mismo motivo por el que duro tanto tiempo su primera relación de noviazgo.

A continuación por medio de un cuadro se plante una línea cronológica de los posibles episodios depresivos que M.F pudo haber presentado antes de realizar la valoración psicológica actual ya que se consideran relevantes al momento de realizar el análisis funcional. Se aclara que se construye en base a lo indagado en la entrevista y a los registros (historia clínica y lista de asistencia) que se encontraron en el CPS (Ver Tabla 4).

Tabla 4: Línea cronológica de los posibles episodios depresivos presentados M.F en los últimos 10 años.

EPISODIO	FECHA	SÍNTOMAS	DURACIÓN	EVENTOS SIGNIFICATIVOS
1	2003	<ul style="list-style-type: none"> • Insomnio inicial • Estado de ánimo depresivo • Distimia • Aumento de peso • Ansiedad evidente en sobre ingesta de comida. • Sensación de cansancio agotamiento. • Agitación psicomotora. • Distraibilidad constante • Pensamientos fatalista incluidos pensamiento de muerte. • Aislamiento social. 	4 meses	<p>Abandono por parte de la primera pareja estable desde los 15 años con quien llevaba 8 años de relación y 4 de convivencia.</p> <p>Pareja ausente durante el tiempo de convivencia. Asistió a psicología, sin embargo no le dio continuidad al proceso, al experimentar mejoría, según ella.</p>
2	2010	Se repite el episodio depresivo en el 2003	1 mes y medio	<p>Nuevamente ruptura con la primera pareja con la cual había reanudado la relación de manera intermitente desde el 2003 al 2010, hasta que él decidió irse y no continuar con la relación.</p> <p>Retoma estudios.</p> <p>Asiste a psicología para mejorar habilidades sociales.</p>
3	2012	<p>Los mismos síntomas de los anteriores episodios, sumado a ello:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Taquicardia, • Melancolía • Respiración entrecortada, sensación de ahogo, de sofoco. • Nudo u opresión en la garganta • Evocación de recuerdos negativos 	2 meses	<p>Problemas con la pareja actual</p> <p>Desempleo</p> <p>Inconformidad a nivel familiar.</p>

M.F refirió que del 2010 al 2012 todo “estuvo muy bien”, terminó de estudiar y trabajó en una panadería realizando lo que según ella le gusta y considera hace bien. Acepta que había días tristes, experimentando soledad, ansiedad, desesperanza y anhedonia, pero no superaban los dos días, y eran ocasionales, no todas las semanas o todos los meses. Durante este tiempo M.F ante pensamientos o eventos activadores como: autorreproches, valoraciones negativas, críticas y comparaciones de terceros que generan ansiedad y depresión, terminaba asumiendo conductas protectoras para evadir el malestar. Dichas conductas protectoras han sido los modo de afrontamiento como: distanciamiento, huida, inhibición emocional y la no aceptación de la situación problema al minimizar su importancia. De igual forma no sólo se identifica la constante evitación conductual, sino la cognitiva también. Reforzando diferentes patronos como la posible dependencia afectiva, pensamientos de indefensión y autoconcepto negativo, y esquemas de aprobación, inhibición emocional, autosacrificio han hecho que la sintomatología depresiva y ansiosa.

Algunas de las ayudas utilizadas por MF para entender y darle solución a la situación actual y lo vivido en ocasiones anteriores, ha sido asistir a psicología, aunque desistía siempre de los procesos que inicia; ayuda espiritual en los momentos de crisis y la ayuda médica o psiquiátrica, que decidió tampoco continuar, puesto que implicaba el consumo de medicamentos que generan somnolencia y mareo según ella.

A través de la historia de MF los estímulos discriminativos que determinan un contingencia han estados mediados por otras personas, sus padres, hermana y pareja.

Repertorios De Autoconocimiento-Autoreferenciación:

MF se reconoce como una persona creativa y buena hija al ser colaboradora en las labores del hogar y cuidado en la salud de la mamá; además callada, de pocos amigos, no muy sociable puesto que considera que tiene dificultades para iniciar conversaciones; con una vida normal, quizás para ella aburrida ya que carece de apoyo familiar. Adicional se describe como una mujer con baja autoestima y un autoconcepto negativo, con alto sentimiento de culpa y reproche constante porque a pesar de ser responsable y entregada con sus compromisos, no obtiene los resultados que ella espera.

Grado De Afectación De La Problemática

En la tabla 5, se describe cada problema o conducta y cómo influye en las diferentes áreas de funcionamiento de la consultante e incluso a otras personas.

Tabla 5: Grado de afectación de la problemática

CONDUCTA PROBELMA	AREA DE FUNCIONAMIENTO AFECTADO Y GRAVEDAD	AFECTACION DE OTRAS PERSONAS
Estado de ánimo deprimido	Funcionamiento familiar e interpersonal, moderado	Genera preocupación en la mamá.
Deterioro social	Funcionamiento familiar, social e interpersonal, con grado de afectación moderado a grave	Círculo laboral, familiares cercanos y demás personas que compartan con ella diferentes eventos.
Cuadro ansioso	Funcionamiento familiar, interpersonal, laboral, profesional y social	Genera preocupación en familia y pareja.
Pensamientos negativos, suicidas, sentimientos de minusvalía, desesperanza, culpa, inutilidad, soledad y vacío	Funcionamiento familiar, interpersonal, laboral, profesional y social	Genera preocupación en familia y pareja; en mayor preocupación en la mamá.
Conductas evitatorias y rumiación cognitiva	Funcionamiento familiar, interpersonal, laboral, profesional y social	Aparentemente a ninguna persona excepto a ella misma.

En comparación con personas de su círculo social y familiar secundario especialmente con mujeres de su misma edad, se siente discriminada por no tener cierta estabilidad económica, independencia y nivel académico profesional. Resaltando que la mayor parte del tiempo está en función de satisfacer expectativas de terceros y no de sí misma.

EVALUACIÓN MULTIAXIAL

EJE I F33.x Trastorno Depresión Mayor Recidivante [296.3x] crónico con síntomas melancólicos; sin recuperación interepisódica total, sin trastorno distímico. Con sintomatología ansiosa.

EJE II Z03.2 Sin diagnóstico en el eje II [V 71.09]. Rasgos de personalidad evitadores.

EJE III Ninguna.

Problemas relativos al grupo primario de apoyo: abandono por parte de la primera pareja, problemas de salud por parte de la mamá, perturbación familiar por infidelidades del papá y relación distante con padres y hermana.

Problemas relativos al ambiente social: apoyo social escaso debido

EJEIV aislamiento social por parte de la consultante.

Problemas laborales: Desempleo, desde dos meses atrás al momento de la primera consulta la candidata decidió no trabajar más debido a trabajo estresante y condiciones laborales difíciles.

Problemas económicos: Economía insuficiente, lo que genera dependencia económica por parte del padre al igual que limitaciones en gastos personales.

EJE V EEAG: 55 al momento de la evaluación Inicial.

ANÁLISIS EXPLICATIVO

a) *Formulación del problema (establecimiento de conductas problema):*

En el plano Conductual:

- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día durante los últimos dos meses.
- Insomnio inicial y medio
- Anhedonia
- Pensamientos suicida
- Problemas de atención y concentración

- Ingesta compulsiva de comida
- Disposición general para responder de forma negativa ante situaciones de la vida, sí misma, del mundo y del futuro
- Estándares inflexibles y altas expectativas.
- Agitación psicomotora y al finalizar el día agotamiento, cansancio
- Taquicardia, respiración entrecortada, sensación de ahogo, de sofoco y nudo u opresión en la garganta.

En el plano cognitivo se identificaron la prevalencia de esquemas maladaptativos como:

- Necesidad de aprobación
- Dependencia afectiva
- Autosacrificio y sumisión
- Inhibición emocional
- Vulnerabilidad al daño o la enfermedad
- Defectuosidad
- Fracaso
- Negatividad/ Pesimismo
- Intolerancia a la frustración
- Pensamientos de minusvalía, inutilidad, autoreproche, soledad y autoconcepto negativo
- Rumiación cognitiva negativa

En el plano social

- Aislamiento social que la lleva a tener una relación distante con miembros familiares escaso contacto interpersonal y poca red de apoyo antes situaciones críticas.
- Dificulta para confiar en otros
- Conductas de Evitación ansiosa

b) Formulación de hipótesis (funcionamiento de conductas objeto):

Se aclara que las siguientes hipótesis planteadas sólo representan una visión del modelo biomédico, con el fin de tener una etiqueta o diagnóstico de la situación de la consultante. No obstante no explica el funcionamiento de la conducta problema. Es así como a partir de la sintomatología depresiva en la tabla 6 se plantearon algunas hipótesis:

Tabla 6: Hipótesis y respectiva validación

HIPOTESIS	VALIDACION
<p>1. Un posible trastorno bipolar I O II</p>	<p>Se descartó esta hipótesis dado que la sintomatología que presentaba al momento de la evaluación inicial M.F y los antecedentes no cumplían los criterios para un trastorno bipolar I o II, siendo los siguientes los síntomas más relevantes de este trastorno según el DSMIV:</p> <p>La presencia de un episodio maniaco o hipomaniaco sin episodios depresivos anteriores o maniacos. Se aclara que durante el proceso de evaluación, M.F no ha presentado sintomatología que cumpla criterios para un episodio de manía o hipomaniaco.</p> <p>El episodio maniaco no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no esta superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno, esquizoafectivo, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no específico.</p> <p>Si bien es cierto ha presentado varios episodios depresivos mayores, no se hallaron antecedentes de un episodio hipomaniaco que pueda ser criterio para la presencia de un trastorno bipolar tipo II.</p> <p>El deterioro social se explica mejor por la presencia y afectación del episodio depresivo mayor que presenta M.F al momento de la evolución, mas no por el déficit de habilidades sociales, lo cual se corrobora en las siguiente sesión de evaluación y a lo largo del proceso terapéutico.</p>
<p>2. Posible trastorno depresivo mayor Episodio único y con dificultades a nivel de habilidades sociales</p>	<p>Contando desde el principio con la presencia de un episodio depresivo, que era la situación problema que tenía M.F al momento de llegar a consulta psicológica, se planteó esta hipótesis de un trastorno depresivo mayor episodio único; no obstante, al retomar los antecedentes se halló la presencia de dos episodios anteriores depresivos mayores como se describió línea cronológica de episodios de la evaluación diacrónica.</p> <p>Por otra parte para confirmar o descartar la dificultad en habilidades</p>

sociales, se hizo necesario tener presente las diferentes variables de contexto que podían dar cuenta de la presencia de alguna dificultad. En este caso es posible que M.F presente dificultades en las habilidades sociales, por la inhibición social y la poca interacción en los diferentes contextos, familiar, social, laboral y académico como se describe en la evaluación sincrónica en la parte de contextos.

Se podría hacer un diagnóstico diferencial, al no ser dificultades en habilidades sociales sino que se cumplen criterios para un trastorno de fobia social según el DSMIV, estos criterios que se evidencian de la Fobia Social son:

- Temor acosa y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o la posible evaluación por parte de los demás.
- Temor excesivo o irracional reconocido por la persona, situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o son experimentadas con ansiedad o malestar intenso.
- La exposición a las situaciones sociales, provocan casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad que puede desencadenar en crisis de angustia.

No obstante estos criterios no son los únicos, y dan cuenta más del comportamiento de M.F únicamente al estar expuesta a situaciones sociales, sin tener presente que la ansiedad se presenta en otros momentos, ante otras situaciones y en otros contextos. Por lo que es posible, y más idóneo ya que cumple con más criterios diagnósticos, el trastorno de ansiedad generalizada como se expondrá más adelante.

3. Posible trastorno distímico.

De igual forma se descartó la presencia de un trastorno distímico, puesto que no cumplía con los criterios del DSMIV:

- Presencia de estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día la mayoría de los días; durante al menos dos años. Sin
-

experimentar estos síntomas por un tiempo mayor a dos meses.

- No contar con la presencia de episodios depresivos mayores

También se descartó la presencia de síntomas psicóticos, trastornos esquizoafectivos y demencia.

Por otra parte, los síntomas que presenta M.F al momento de la evaluación no son debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o enfermedad médica.

<p>4. Trastorno Depresión Mayor Recidivante crónico con síntomas melancólicos; sin recuperación interepisódica total, con sintomatología ansiosa.</p>	<p>De acuerdo con los criterios diagnósticos del DSMIV el Inventario de ansiedad de Beck y la entrevista realizada, se cumple algunos criterios diagnósticos del trastorno de ansiedad generalizada, más no cumple con todos los criterios para indicar la presencia de un trastorno.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ansiedad y preocupación excesivas sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades, que se prolonga más de seis meses; dicho criterio se cumple ya que MF refiere que los síntomas se han presentado en los dos últimos meses al momento de la evaluación inicial. 2. De igual forma M.F verbalizaba que le resultaba difícil controlar y explicar el estado de constante preocupación, el cual es un segundo criterio propio de este trastorno. 3. La ansiedad se asocia a tres de los seis síntomas siguientes algunos de los cuales han persistido más de seis meses: Inquietud o impaciencia, dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco, irritabilidad, alteración del sueño dificulta para conciliar o mantener el sueño. 4. Al mismo tiempo los síntomas ansiosos y de preocupación se limitan a los síntomas de otro trastorno que en este caso sería el trastorno depresivo mayor recidivante. 5. Los síntomas ansiosos, la preocupación o síntomas físicos si provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la vida de la persona.
---	---

-
6. Las alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica., pero sí aparecen en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo.

Es vital tener presente que no siempre pero con frecuencia según lo manifestado por M.F se presentan crisis de angustia como: elevación del ritmo cardiaco, sudoración, sensación de ahogo o de falta de aliento, miedo a perder el control, miedo a morir, escalofríos sofocaciones

Para concluir este apartado de los diferentes hipótesis y sus respectivas validaciones, que a su vez facilitaron realizar un diagnóstico diferencial, y poder establecer un diagnóstico como se mencionó al inicio, se concluyó que: la hipótesis número cuatro es la más completa porque integra todos los síntomas que M.F revela por medio de los inventarios, la entrevista y su conducta en consulta.

A continuación en la Tabla 7 se intenta realizar un análisis explicativo desde un modelo más contextual, ideográfico y funcional de las conductas problema en pro de explicar y comprender mejor la situación actual de la consultante.

HIPÓTESIS EXPLICATIVA

Posiblemente M.F. presenta de base esquemas maladaptativos como: vulnerabilidad al daño o la enfermedad, estándares inflexibles e inhibición emocional, los cuales se han construido en su niñez y reforzado a lo largo de su vida. Es así que ante eventos relevantes en su contexto como el abandono por parte de su pareja de varios años de convivencia, una familia ausente con escasa comunicación y apoyo, una hermana crítica ante todas sus actuaciones, un papá que según ella es exigente rígido, frío y machista, que constantemente la compara con su otra hija o con personas de la misma edad de ella, exigiéndole más logros, y una mamá que pareciera tener un rol sumiso ante todas las decisiones del esposo; más otros eventos significativos como: aislamiento la mayor parte del tiempo de familiares y amigos, inestabilidad laboral e insatisfacción en el nivel académico. Sean posibles factores desencadenantes y a la vez reforzadores negativos de esquemas ya existentes y de otros tales como: estándares inflexibles, autosacrificio, abandono e inhibición emocional, los cuales terminan evidenciándose en manifestaciones a nivel conductual, cognitivo y social, semejando los criterios propios de un

Episodio depresivo mayor. Puesto que este episodio depresivo, no sólo está al momento de la evaluación inicial, sino que se ha presentado en varias ocasiones en los últimos diez años de vida de M.F; sin identificar ni tratar adecuadamente, se ha convertido en un trastorno depresivo mayor recidivante; que adicional lo acompaña síntomas ansiosos como: taquicardia, respiración entrecortada, sensación de ahogo, de sofoco, sudoración en las manos, agitación psicomotora y nudo u opresión en la garganta.

En ese orden de ideas ante la presencia de estos síntomas que generan malestar en M.F ella posiblemente utiliza estrategias de afrontamiento como: evitación constante (por ejemplo, sobre ingesta de alimentos y desempeño de labores domésticas), rumiación, distanciamiento, escape, aislamiento, inhibición emocional, pensamientos automáticos de autorreproches y autoconcepto negativo. Tales conductas de tipo evitativo funcionan con el fin de no experimentar malestar a corto plazo, sin embargo ante la aparición de nuevas situaciones desconocidas como: pensar en el futuro o pasado (especialmente lo que dejó de hacer, lo que ha vivido con sus parejas que considera una pérdida de tiempo, sentirse evaluada por otros, la sensación de fracaso y no logro de sus metas, la incertidumbre de no lograr lo que otras mujeres a su edad han logrado, no contar con una estabilidad económica, emocional y familiar como ella desea), se desencadena nuevamente pensamientos de frustración, fracaso, inutilidad y culpa; activando y reforzando las creencias irracionales y esquemas ya existentes como: la búsqueda de aprobación constante, la dependencia y el temor al fracaso; precipitando así la aparición nuevamente del episodio depresivo con síntomas ansiosos y de angustia, pero quizás con mayor intensidad. Llevando a que M.F vuelve a utilizar las mismas estrategias de afrontamiento, reforzando estas cada vez más y generando mayor malestar clínico significativo en todos los contextos; y esto explicaría porque no ha tenido recuperación interepisódica y M.F ha presentado tres episodios depresivos mayores en los últimos diez años de su vida.

Como factores mantenedores además de la presencia de base y el autoreforzamiento de esquemas, pensamiento y creencias irracionales, el entorno y las contingencias que rodean a M.F se caracterizan por poseer escasos estímulos reforzantes positivos y una marcada dificultad para acceder a estas fuentes de reforzamiento positivo más valiosos, lo que aumenta la probabilidad de que las conductas depresivas se mantengan con el transcurrir del tiempo.

Tabla 7: Hipótesis planteadas y la respectiva validación:

PROBLEMA	
<p>M.F ha presentado varios episodios con duración de más de dos semanas, caracterizados por: llanto fácil sin saber porque, insomnio, ánimo triste la mayor parte del día todos los días, falta de interés por cosas o actividades que antes eran placenteras para ella; pensamiento suicida al igual que pensamientos negativos de sí misma los demás y el futuro, rumiación cognitiva, pensamientos de minusvalía, inutilidad, soledad y vacío, autoconcepto negativo, autoreproches, con dificultades de atención y concentración en actividades de su diario vivir. Conductas de sumisión ante los padres y parejas, aunque con los padres mantiene una relación distante, principalmente con el padre su figura de autoridad. Sumado a esto presenta sintomatología ansiosa manifestada en taquicardia, respiración entrecortada, sensación de sofoco, nudo en la garganta, agitación psicomotora y agotamiento físico. Constante mente evoca recuerdos recurrentes de situaciones aversivas de su pasado, relacionadas con el abandono por parte de la primera pareja e insatisfacción con sus logros en relación a su proyecto de vida.</p> <p>Por otra parte preocupación por su sobrepeso de los últimos dos meses.</p>	
HIPOTESIS 1	VALIDACION
<p>MF creció en un entorno familiar, social hostil, enfrentándose a acontecimientos vitales fuera de su control, inesperados, como formar su propia familia, situación fallía y el abandono de su pareja, que pusieron a prueba su capacidad de afrontamiento para responder a las mismas, estrategias que no fueron favorables y que sumado a una posible vulnerabilidad de base en MF, actuaron como factores precipitantes para generar en ella un trastorno depresivo mayor.</p>	<p>“Uno de los aspectos de la conducta depresiva viene dado por las condiciones de la vida que anteceden la depresión. Estas condiciones pueden consistir en eventos negativos actuales o recientes fácilmente identificables o en circunstancias biográficas predisponentes” (Perez-Alvarez, 2007)</p> <p>Desde la perspectiva contextual en relaciona a la depresión cabe considerar que las condiciones antecedentes hayan estado presentes por largo tiempo, incluso años, sin que el propio individuo pueda dar cuenta de ellas. (Pérez 2007) y teniendo presente que las personas suelen actuar</p>

Por otra parte está el escaso reforzamiento positivo por parte del papá y la hermana. de una manera que pueden mantener la condición depresiva

HIPOTESIS 2

VALIDACION

Los eventos privados de MF posiblemente ejercen control en la conducta, puesto que tras experimentar recuerdos, situaciones de su pasado, presente o futuro que evoquen pensamientos negativos de insatisfacción al comparar su situación actual tras las expectativas que tenía en la realización de su proyecto de vida a nivel familiar, laboral, profesional, generan una respuesta fisiológica de ansiedad además de depresión; lo cual con el fin de no experimentar dicho malestar y buscar seguridad y sentirse mejor, termina asumiendo conductas de tipo evitación e inhibición emocional y social. Las cuales solamente reducen temporalmente el malestar.

“La dificultad por intentar controlar los eventos privados como se controlan otras cosas en el mundo, no solo produce el efecto deseado sino que lo que se desea suprimir, se fortalece y extiende” (Luciano y Valdivia, 2006)
 La naturaleza paradójica de la evitación, la persona que evita está implicada en hacer lo que entiende que debe hacer para eliminar el sufrimiento, empleando tiempo y esfuerzo; sin embargo lo que obtiene a la larga es que aquello que le hace sufrir está cada vez más presente y su vida cada vez más cerrada, en tanto que le impide seguir adelante para lograr sus metas y valores. (Luciano y Wilson 2002). La evitación como circulo vicioso mantenedor de la depresión.

HIPOTESIS 3

VALIDACION

El tener una relación distante con la mayoría de los miembros de su familia, pensamientos de autoconcepto negativos, de desesperanza y de autorreproches, como se evidenció en los resultados del ATQ, la relación de dependencia afectiva con su primera pareja y de

Los esquemas maladaptativos se desarrollan en etapas tempranas de la vida del individuo, consolidando núcleos tanto del autoconcepto como de la concepción del ambiente y la relación con el mismo. Su carácter autopertuante y resistente al cambio, se debe fundamentalmente a que estos esquemas resultan familiares y cómodos, hasta tal punto que la

aprobación con el padre se reforzaron negativamente tras el abandono de su pareja, fortaleciendo esquemas de abandono en MF y dependencia afectiva, las cuales al ser activadas por diferentes situaciones, llevan a MF al aislamiento e inhibición emocional y social y autosacrificio, para mostrarse como una mujer fuerte y nada vulnerable por las situaciones adversas de su pasado y presente ante la familia y círculo social, dando cabalidad a su creencia de necesidad de aprobación por otros.

amenaza de cambio resulta un desestabilizador de la organización cognitiva central, llevando al individuo a distorsionar la información y utilizar maniobras cognitivas para mantener valido e intacto el esquema. Los cuales se elaboran a lo largo de la vida y son estables, duraderos y significativamente disfuncionales.

Los esquemas maladaptativos tempranos se forman gracias a patrones constantes de experiencias nocivas, que experimenta un individuo al relacionarse con su entorno (padres, hermanos, amigos) durante los primeros años de vida. Más que la consecuencia de un evento traumático particular, son el producto de las interacciones entre experiencias disfuncionales de quienes rodean al niño y su propio temperamento innato. (Young 1990).

HIPOTEIS 4

VALIDACION

Sus esquemas inflexibles pueden ser el resultado de un historial de refuerzo negativos por parte del papá quien exigió y genero siempre altas expectativas en su hija, reforzando lo anterior con comparaciones continuamente con su hermana menor y ejerciendo una figura de imposición y miedo ante la familia.

Para conservar los esquemas, en el nivel cognitivo, se realizan procesos donde se minimiza o se niega aquella información que contradice o se maximiza o resalta aquella información que lo confirma. Dentro de los procesos cognitivos que contribuyen a la conservación de los esquemas, se encuentran las distorsiones cognitivas descritas por Beck (Beck 1967), en las cuales se hace una distorsión de la información que lleva a la confirmación y reforzamiento del esquema. Y en el nivel conductual el individuo se vale de conductas autoderrotistas, que siendo guiadas por los contenidos esquemáticos, pudieron haber sido útiles durante el

ambiente familiar infantil y se perpetúan al exterior del contexto familiar para reforzar los esquemas y mantenerlos intactos a lo largo de la vida.

HIPOTEIS 6

VALIDACION

El autosacrificio, sumisión y apego pueden ser conductas por aprendizaje vicario por parte de la mamá quien parece ser una mujer sumisa ante toda decisión por parte de su esposo, sin autoridad en el hogar y dependiente económica y afectivamente.

La teoría del aprendizaje social, basada en el condicionamiento clásico y operante explica los procesos del desarrollo en términos de cómo la maduración física, emocional y comportamental del niño tienen un efecto e indirecto en su comportamiento posterior, de acuerdo a figuras de socialización, maduración y el contexto Shaffer 2002 citado por (Izquiero & Gomez 2013). Además el aprendizaje por observación como medio para adquirir nuevos patrones de conducta. Explicando que los individuos aprenden nuevas conductas a partir de la observación de conductas de otras personas llamados modelos. Hazan y Shaver 1994 citados por (Izquiero & Gómez 2013) mencionan que el comportamiento adulto en relaciones cercanas está moldeado por las relaciones de niño con sus cuidadores primarios.

HIPOTESIS 7

VALIDACION

El historial de episodios depresivos en MF sin recuperación total interepisódica, el no consumo de fármacos tras medicación psiquiátrica, más la minimización de la problemática por parte de MF han reforzado en ella esquemas de vulnerabilidad daño a la

Keller mencionado por Caballo, Buela y Carrobles(1995) refiere que después de un episodio depresivo mayor durante 13 meses el 33% habían recaído después de sentirse bien durante al menos ocho semanas. Las estimaciones más recientes sugieren que al menos 50% de los pacientes que se recuperan de un episodio inicial de depresión

depresión, además de hacerla vulnerable a futuras recaídas. padecerían al menos un episodio depresivo posterior y los pacientes con un historial de dos o más episodios anteriores presenta una probabilidad de recaída situada entre el 70 a 80%.

Por las altas puntuaciones del IDER se evidenció, disposición general para responder de forma negativa ante situaciones negativas de la vida, interpretándolas de manera desfavorable y generando vulnerabilidad frente al desarrollo de reacciones depresivas y cuadros psicopatológicos y cuadros del estado del ánimo. Y las altas puntuaciones en la subescala eutimia rasgo hacen referencia al mantenimiento en el tiempo de una actitud desinteresada con sentimientos permanentes de desesperanza.

HIPOTESIS 8

VALIDACION

El contexto familiar y social y las contingencias presentes en MP se caracterizan por escasez de estímulos reforzantes positivos, además de la dificultad para identificarlos, lo cual incrementa el valor de los reforzadores en la conducta depresiva. Acudiendo siempre a conductas de tipo motor (huir del lugar), cognitivo (minimizar el problema) y evitativo (no salir) que no permiten mejoría del problema a largo plazo sino solo por el momento, evitando el malestar inmediato.

Desde la teoría del apego es posible afirmar que las personas se forman de acuerdo a sus experiencias, repertorios o formas de responder a situaciones, estímulos o a sí mismos. Convirtiéndose en patrones conductuales que utiliza para afrontar acontecimientos, el futuro planes y demás interacciones Feeney, Cassidy & Ramos, 2008 citados por (Izquiero & Gómez 2013).

Hipótesis que se sustentaría también desde el contextualismo funcional que indica que la conducta está gobernada por reglas, siendo regla cualquier enunciado en que se hace referencia a una relación de contingencia y desde la teoría de los marcos relacionales, que propone

leyes que establecen condiciones para la formación y alteración de funciones reforzantes, aversivas, motivacionales y discriminativas de aproximación y evitación. Wilson & Luciano 2002)

HIPOTESIS 9

VALIDACION

Desde la terapia de Activación Conductual se podría plantear que la evitación que se hacía visible en la sobre ingesta de alimentos, la rumia cognitiva, ocuparse en quehaceres del hogar y los síntomas depresivos y ansiosos, favorecerían un reforzamiento negativo inmediato que sería escapar a los sentimientos desagradables y cualquier malestar producido tras sentimientos de minusvalía, frustración autoreproche, pero que lógicamente cada vez dicha evitación y respuesta ansiosa provocaba mayor cansancio y malestar impidiendo acceder a reforzadores positivos y más valiosos.

La evitación cognitiva corresponde a aquellos intentos voluntarios o automáticos, que bloquean imágenes y pensamientos que al haber sido asociados con el esquema, pueden desencadenar su activación. La despersonalización, la represión, la supresión y la negación, son ejemplos de procesos a favor de la evitación cognitiva.

La evitación afectiva busca bloquear, de una manera voluntaria o automática, los sentimientos que aparecen con la activación del esquema. Este tipo de evitación, no está necesariamente acompañada de una evitación cognitiva, pues hay individuos que experimentan plenitud emocional y cabalidad de sus cogniciones.

Y la evitación conductual está relacionada con el bloqueo de situaciones y circunstancias reales, que pueden llevar a la activación de esquemas dolorosos

Nezu, Maguth & Lombardo (2006) mencionan que quien presenta un episodio depresivo mayor con frecuencia manifiestan otros síntomas como: ansiedad, fobias, preocupaciones sobre su salud física, pensamientos obsesivos, irritabilidad y quejas por malestares. Sumado manifestaron que la presencia de trastornos de ansiedad parece tener un

efecto negativo en el resultado del tratamiento para la depresión.

El temor del curso ansioso lleva al individuo a desarrollar conductas agitativo-motorico, como es el caso de la huida; de tipo cognitivo, como las incesantes automensajes (pensamientos, frases e incluso imágenes) y de tipo invitatorio que pueden ir desde permanecer en el mismo lugar huir, vincularse a situaciones subjetivas de peligro, negativa a realizar ciertas actividades; todo con el fin de reducir el malestar que ha generado o bien poner fin a una situación dolorosa.

PLAN DE INTERVENCIÓN

Objetivo General:

Buscar el mejoramiento del estado de ánimo y la perdida de interés en actividades placenteras, concentrándose el logro de relaciones ocupacionales, académicas y sociales; al modificar pensamientos disfuncionales, aumentar habilidades de afrontamiento, y habilidades sociales, al igual que mejorar la tasa de reforzamiento que permita conductas más funcionales en pro de una mejor calidad de vida de la consultante.

El plan de intervención presentado a continuación describe el trabajo realizado con la paciente en las sesiones en las que ella asistió; teniendo presente que del total de sesiones programadas, no asistió a dos sesiones. Además de buscar suplir las expectativas y necesidades expresadas por la consultante. (Ver Tabla 8)

Tabla 8: Descripción plan de Intervención

SESI ON N°	OBJETIVO ESPECÍFICO	DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN
1	• Realizar encuadre terapéutico con M.F.	En esta sesión se recibió el caso, se diligencia el consentimientos

-
- Propiciar un ambiente de confianza, informados, (ver anexo), igual se diligenciaron algunos datos básico de la empatía, preocupación e interés que historia clínica y se va planteando la impresión diagnóstica, guiada por la genere el enganche de MF con el entrevista semiestructurada y observación conductual. proceso. Por otra parte se indaga por el motivo de consulta, las expectativas de M.F,
 - En conjunto con M.F ajustar situaciones actuales y antecedentes a la situación problemas. Después de expectativas del proceso de ello se expone cual sería el proceso a realizar, se establecen acuerdos y intervención y así mismo clarificar compromisos, entre esos compromisos se incluye el autoregistro diario que objetivos a corto y largo plazo. facilitaba que M.F anotara situaciones relevantes, pensamientos en
 - Realizar retroalimentación de primera relación a la situación, estado de ánimo, comportamiento y consecuencias. impresión diagnóstica (ver anexo)
 - Establecer compromisos por parte de la consultante, que facilite la participación activa y realización de tareas en casa.

-
- 2
- Normalizar sintomatología que presenta En esta sesión, M.F llega antes de la hora acordada para la sesión, se M.F con el fin de reducir síntomas procede al análisis funcional de conductas, recurriendo a historia clínica y ansiosos y lograr mayor compromiso registro diarios del paciente. Y desde la terapia de aceptación y con la terapia. compromiso, mediante el uso de metáforas se normaliza las conductas
 - Iniciar proceso de evaluación, teniendo presentes y se aborda la importancia del sufrimiento y la no utilización de en cuenta el motivo de consulta y mecanismos de evitación experiencial. planteándose las diferentes hipótesis -Entrevista de evaluación
 - Identificación de: Se sigue el protocolo de la Mini (International Neuropsychiatric Interview, -Pensamientos automáticos MINI).
-

<ul style="list-style-type: none"> - Estado de ánimo de la consultante - Corroborar sintomatología ansiosa. • Asignación de primeras tareas a la consultante para la casa. • Identificación de conductas clínicamente relevantes tipo 1. • Realizar Psicoeducación sobre la depresión 	<ul style="list-style-type: none"> -Se aplica el inventario de ansiedad y depresión de Beck (ver anexo) -Cuestionario de pensamientos Automáticos (ATQ) -Hoja de autoregistro, aunque en la primera sesión se había solicitado como tarea para esta sesión, en base a lo que M. F se le dan nuevas indicaciones, permitiendo que realice este registro ya sea por medio de preguntas respuestas o por un párrafo siempre y cuando permita ver los diferentes eventos, pensamientos, conductas y consecuencias. -Valoración diario del estado de ánimo según escala acordada, dicha escala funciona como un termómetro del estado de ánimo, consistía en una puntuación de 0 a 10, siendo 0 un estado de ánimo pésimo y 10 un estado de ánimo excelente. Dicha medición se acordó realizarla 3 veces al día para determinar su estado de ánimo promedio del día y a nivel semanal (Ver resultados).
<p>3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Confirmar o descartar la presencia de un trastorno depresivo mayor • Valoración semanal del estado de ánimo para complementar línea base al mismo tiempo que sirva de indicador de progreso. • Acompañar en el reconocimiento de las emociones presentes en la vivencia de los distintos eventos de su 	<p>En esta sesión y en base a la impresión diagnóstica e historia diacrónica de M.F se decide aplicar el cuestionario del IDER y el inventario de depresión de Beck y así confirmar o descarta un trastorno depresivo mayor. Por otra parte se revisa el cumplimiento de las tareas asignadas en casa a M.F con el autoregistro de eventos y el termómetro del estado de ánimo diario. De igual manera que se realizaba con el autoregistro, se indago por eventos significativos durante los últimos años de M.F. pensamientos, estado de ánimo, comportamientos y consecuencias relacionados con los diferentes eventos.</p>

<p>historia de vida.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visualizar los recursos y herramientas de MF para interrumpir el ciclo depresivo. 	<p>Desde la terapia de ACT se establece escala de valores de M.F en comparación con situación actual. Además se trabaja en evocar y reforzar conductas clínicamente relevantes.</p>
<p>4</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar esquemas maladaptativos. • Confirmar presencia de sintomatología ansiosa. • Descartar problemas del estado de ánimo debido a enfermedad médica. 	<p>En esta sesión además de revisar las tareas que se asignan en casa, se aplicó el cuestionario de esquemas de Young YSQ-L2. Y por otra parte como parte del proceso de evaluación se le solicita a M.F asiste a chequeo médico, para descartar posible problema de tiroides sospecha de hipertiroidismo por el peso ganado en los últimos meses.</p>
<p>5</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retroalimentar los resultados hallados durante el proceso de evaluación previo en las sesiones anteriores. • Evidenciar la pauta interaccional que ha generado se repitan episodios depresivos y la responsabilidad de la paciente con los mismos. • Plantear objetivos terapéuticos a trabajar en las próximas sesiones • Revisar y reforzar la realización de tareas para la consultante en casa. 	<p>Socializar informe de resultados de las pruebas aplicadas, el IDER, el inventario de depresión de Beck, el inventario de ansiedad de Beck, la entrevista MINI, cuestionario ATQ, Cuestionario de Esquemas Maladaptativos de Young y lo que hasta el momento se ha encontrado con la escala de evaluación diaria del estado de animo</p> <p>Psicoeducación del trastorno depresivo mayor recidivante y la sintomatología ansiosa.</p> <p>Se trabaja en consulta y se asigna como tarea para la casa la técnica de respiración diafragmática.</p> <p>Se revisan tareas asignadas en la sesión anterior para la casa como llevar la escala diaria del estado de ánimo.</p> <p>Se refuerza positivamente por el compromiso que ha mostrado hasta el</p>

-
- Explicación del análisis funcional de las conductas. momento la paciente

6	<p>Establecer conductas clínicamente relevantes tipo 2 para que sean generalizadas a su cotidianidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reducir estado de ánimo depresivo. • Reducir las conductas ansiosas de la candidata. • Disminuir conductas evitatorias • Atenuar Dificultades de insomnio • Control de toma de decisiones. • Fijación de metas a corto plazo que permitan aumentar repertorio de autoreforzamientos positivos. 	<p>Entrenamiento en la Técnica de respiración diafragmática</p> <p>Compensación de conductas, modificación de hábitos</p> <p>Iniciación actividades deportivas</p> <p>Aproximación y simulación de ingesta de comida.</p> <p>Se vigilan ciclos de sueño o dificultades para conciliar mantener el sueño</p> <p>Hábitos de higiene del sueño.</p> <p>Psicoeducar a MF en evitación experiencial y como esta ha influido en su problemática.</p> <p>Ocupación de tiempo libre</p> <p>Refuerzo de conductas alternativas.</p>
---	---	--

7	<p>Activación de conductas con el fin de disminuir el comportamiento evitativo y el aislamiento social.</p>	<p>Inventario de ansiedad de Beck.</p> <p>Conductas a activar:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Realizar acercamientos de aproximación con otras personas, diferentes a su núcleo familiar. b) Retomar grupos de amigos y conocidos afines c) Retomar clases de guitarra
---	---	--

		<ul style="list-style-type: none"> d) Retomar manualidades, creación y colección de recetas. e) Intentar actividades que implicaran estar fuera de casa f) Manifestación de inconformidad, desacuerdos y gustos con miembros de la familia. g) Retomar rutinas de ejercicio iniciando por camina o aeróbicos
		<p>Conductas a extinguir</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Reducir la rumia cognitiva por medio de Mindfulness b) Reducir conductas ansiosas como movimiento circulares en la noche durante horas en la sala de la casa y sobre ingesta de alimentos. d) Disminuir el aislamiento y la no expresión de sus emociones
		<p>Seguimiento de tareas asignadas para casa valoración del estado de ánimo y ansiedad.</p>
8	<p>Favorecer la reflexión acerca de las creencias, pensamientos automáticos y concepciones sobre sí mismo que han conllevado a la aparición de depresión.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disminuir pensamientos disfuncionales: -Pensamientos de autoconcepto negativo -Pensamientos de autorreproches -Pensamientos de desesperanza. • Modificar esquemas 	<p>Utilización de resultados de la aplicación del inventario (ATQ) y del registro diario de actividades</p> <p>Resultados Cuestionario de esquemas de Yung YSQ-L</p> <p>Terapia de reestructuración cognitiva, ayudando al paciente a identificar mejor y después alterar los pensamientos desadaptivos.</p> <p>Detección de pensamiento automáticos</p> <p>Búsqueda de evidencia para comprobar la validez de los pensamientos automáticos</p> <p>Psicoeducación de hipótesis de adquisición de esquemas y el papel que estos han tenido a lo largo de la vida de MF.</p>

maladaptativos.

- Necesidad de aprobación
- Dependencia afectiva
- Autosacrificio y sumisión
- Vulnerabilidad al daño o la enfermedad
- Defectuosidad
- Fracaso
- Inhibición emocional
- Intolerancia a la frustración

-
- 9
- Optimizar la capacidad de resolución de problemas
 - Psicoeducación de la evitación para resolverlos. Se seleccionaron diversas situaciones que podían ser precipitantes de episodios depresivos, luego se minimizo el grado en que el cuadro depresivo pudiera afectar cualquier intento de afrontamiento; igual que identificando habilidades que pudieran contribuir a la eficacia de la solución de problemas.
- Jerarquización en la toma de decisiones.
- Resultados Cuestionario Estilos de Afrontamiento de Lazarus
- Socialización hipótesis dinámica común de resolución de problemas o situaciones que generen malestar.

-
- 10
- Desarrollar vínculos diferentes con las Psicoeducación de la técnica de Mindfulness su uso y utilidad
-

sensaciones, pensamientos y sentimientos, especialmente la aceptación consciente y el reconocimiento de sentimientos y pensamientos no deseados, en vez de seguir con rutinas preprogramadas automáticas y habituales.

Realiza registros diarios
Consciencia plena de la respiración y actividades del diario vivir.
Desde la terapia de aceptación y compromiso la comprensión y aceptación del sufrimiento.

- 11
- Incrementar las habilidades de autocontrol
Terapia de autocontrol
Terapia de resolución de problemas.
 - Mejorar habilidades sociales interpersonales en búsqueda de nuevas interacciones
Terapias de habilidades de afrontamiento.
Entrenamiento en habilidades sociales.
 - Optimizar la capacidad de resolución de problemas
-

- 12
- Mejorar las tasas de reforzamiento positivo, con el fin de disminuir sentimientos de minusvalía, auto reproche y visión negativa de sí misma el mundo y el futuro.
- Activación conductual
Entrenamiento en identificación de refuerzos y aprender a aplicar el auto refuerzo.
Terapia de reestructuración cognitiva.
-

- 13
- Enseñar a la M.F habilidades que ayuden a prevenir una recaída
- Psicoeducación de la depresión y recaída.
-

	Establecer posibles caminos para buscar apoyo si se presentan futuras recaídas	
14	Iniciar cierre progresivo, iniciando por aplicar nuevamente los test utilizados en la fase de evaluación.	<ul style="list-style-type: none"> • Inventario de Depresión de Beck –II (BDI II) • The Automatic Thought Questionarie ATQ • El Inventario De Depresión Estado Rasgo IDER • Inventario de Ansiedad de Beck BAI <p>Cuestionario De Esquemas De Yung YSQ-L2</p>
15	Calificar instrumentos aplicados post tratamiento BDI-II, ATQ, IDER, BAI, YSQ-L2. Retroalimentar y explicar los resultados hallados del BDI-II, ATQ, IDER, BAI, YSQ-L2.	<p>Cuantificación y cualificación de resultados</p> <p>Identificación de logros alcanzados por parte de la consultante y dificultades.</p> <p>Revisión de tareas asignadas para la casa.</p>
16	Realizar el cierre del proceso con la paciente, y reforzar positivamente los diferentes cambios identificados.	<p>Se hace un resumen de todo el proceso, desde el proceso de evaluación, los objetivos abordados y los resultados en comparación con las expectativas de la consultante.</p> <p>Recomendaciones.</p> <p>Se explicó la necesidad de seguir llevando a cabo una observación similar a la mostrada en consulta, análisis funcional ante nuevas situaciones vitales potencialmente desencadenadoras de depresión del mismo modo que darle continuidad a los autoregistros y técnicas abordados durante el proceso. Y continuar con un proceso terapéutico</p>

SEGUIMIENTO

Una vez terminado el proceso en el mes de agosto del año 2013, tres meses después se escribió vía correo electrónico a M.F con el fin de verificar como se encontraba y ella manifestó: todo estar mejor que antes y sentir que día a día nota pequeños mejorías, al seguir practicando la técnica de respiración diafragmática y mayor activación conductual; reconoció que no ha seguido con los autoregistros con la misma intensidad. En su discurso evidenciaba una visión más positiva los diferentes aspectos de su vida, nuevos estilos de afrontamiento y resaltó un mejor estado de ánimo y mayor comprensión y control de su problemática. Aunque le preocupaba que en ocasiones le generaba cierto miedo el salir a la calle, porque experimentaba síntomas de ansiedad.

En mayo del 2014, 9 meses después de finalizar el proceso, M.F escribe para comentar que había tenido dificultades, principalmente al salir de casa y exponerse a situaciones desconocidas, según lo que describió, parecía una crisis de angustia. Por ello se le resalta la importancia de asistir de nuevo a psicología y tener presente lo que se había tratado en consulta.

Por lo que en julio del 2014, 11 meses después de finalizar el proceso terapéutico, se le escribió nuevamente a M.F vía correo electrónico, dando cuenta que estaba pasando por situaciones incómodas que ponían a prueba todos sus cambios y su comprensión de la problemática, pero que a pesar de ello reconocía que no todo era negativo y resaltaba varias cosas positivas, como el contacto con nuevas personas, salidas de casa cortas pero sin experimentar tanto malestar y haber retomado actividad física. Por lo descrito se confirma que se mantienen algunas variables en el contexto como, inestabilidad laboral y la relación de familia con el padre y la hermana que posiblemente no son precisamente reforzadores positivos, sino al contrario. Se resaltó la actitud de M.F por seguir buscando soluciones a su problemática y mayor motivación.

En octubre del 2014 se le escribe nuevamente a M.F vía correo electrónico, ella manifiesto estar cada día mejor y no presentar ansiedad, lo cual lo notaba al comer menos y salir más sin tanto temor; reconoció que aún le generaba pánico estar en medio de mucha gente pero, no era impedimento para hacer sus actividades. Por otro lado indicó que le seguía preocupando no contar con la estabilidad laboral, porque ello implicaba depender en algunos aspectos de los padres situación que le generaba malestar.

Finalmente en junio del 2015, 22 meses después del proceso realizado, M. F refiere que aunque no está como quisiera, si ha estado mejor, en comparación de su último episodio depresivo, indicando que hasta el momento no ha experimentado nuevamente esa sintomatología. Se Describe y evidencia más motivada y con una visión del futuro más esperanzadora, relata que comprende y ha podido tener mayor control de pensamientos que influían en el cuadro depresivo y ansioso, lo cual no genera malestar significativo en ella. Sin embargo indica que experimenta sentimientos de culpa al creer lo indican otras personas en su entorno, que no ha avanzado a nivel laboral, profesional y académico.

RESULTADOS

a) Aplicación pre y pos de los autoregistros:

- *Inventario de Ansiedad de Beck BAI*
- *Inventario de Depresión de Beck –II (BDI II)*
- *El Inventario De Depresión Estado Rasgo IDER*
- *The Automatic Thought Questionarie ATQ*
- *Escala de afrontamiento de Lazarus EAL*

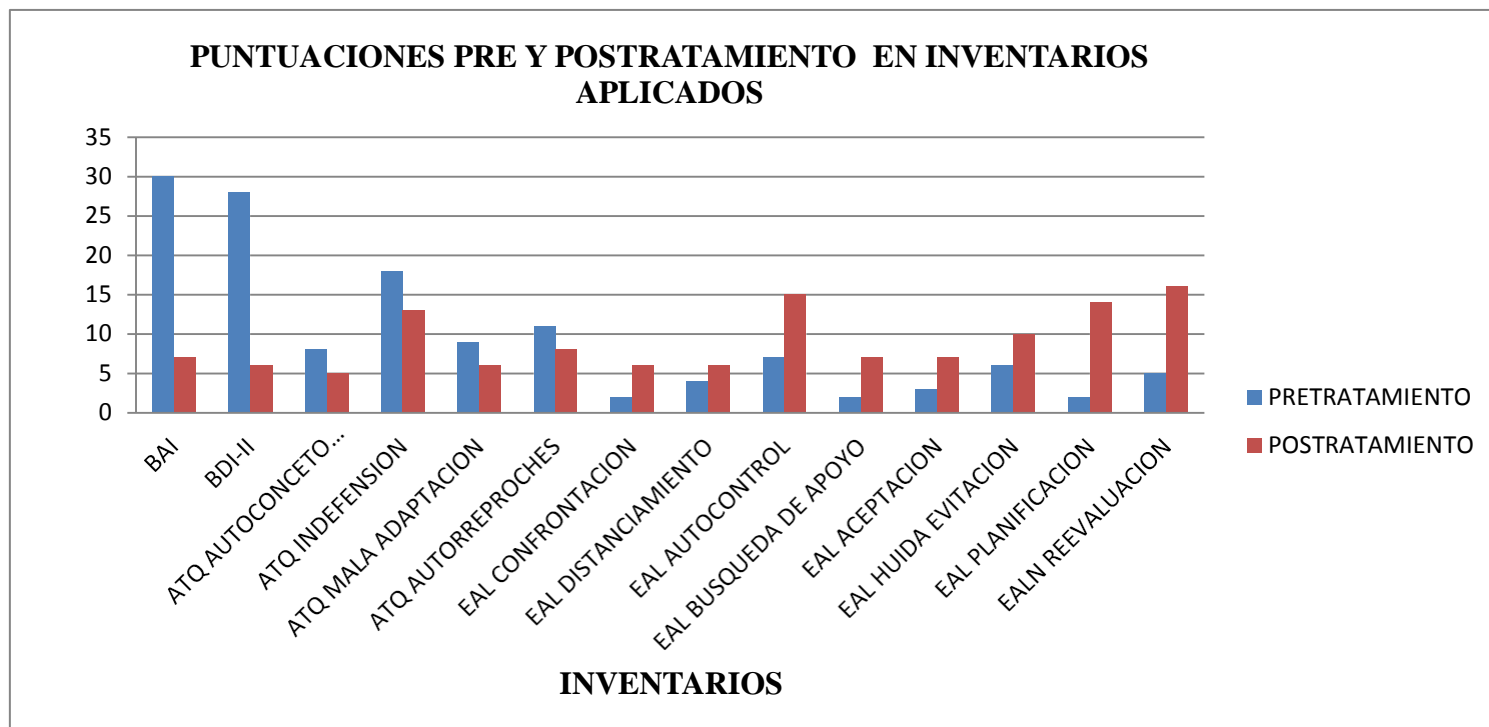


Figura 7: Se observa los resultados del Inventario de Ansiedad de Beck BAI, en la evaluación inicial una puntuación de 30 y en la evolución final 7. En el Inventario de Depresión de Beck –II (BDI II), en la aplicación inicial la puntuación fue de 28 y en la aplicación final de 6. En cuanto al Cuestionario de pensamientos automáticos ATQ la subescalas con mayor puntuación en la fase inicial fueron las subescalas Indefensión y la de autoreproches. En la ala de afrontamiento de Lazarus EAL las sub escalas que puntuaron más alto en la fase de evaluación fueron: autocontrol, huida o evitación y reevaluación.

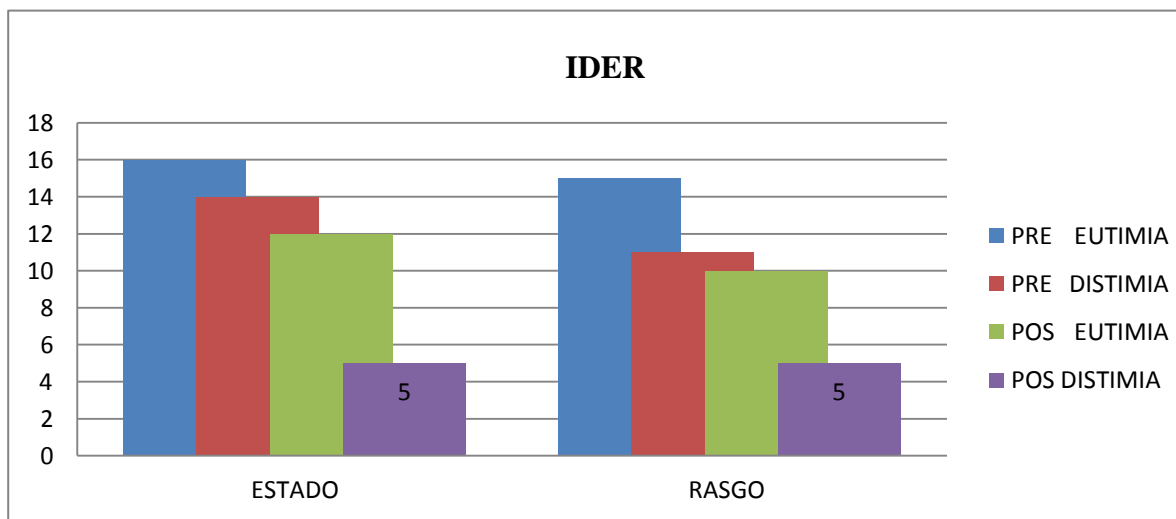


Figura 8: se observa los resultados del Inventario De Depresión Estado Rasgo IDER pre tratamiento y postratamiento, en la escala de *estado* la subescala eutimia en fase inicial puntuó 16 y en fase final 12, en a subescala distímia en la fase inicial puntuó 14 y en la fase final 5. En la escala de *rasgo* la subescala eutimia en fase inicial puntuó 15 y en fase final 10, en a subescala distímia en la fase inicial puntuó 11 y en la fase final 5.

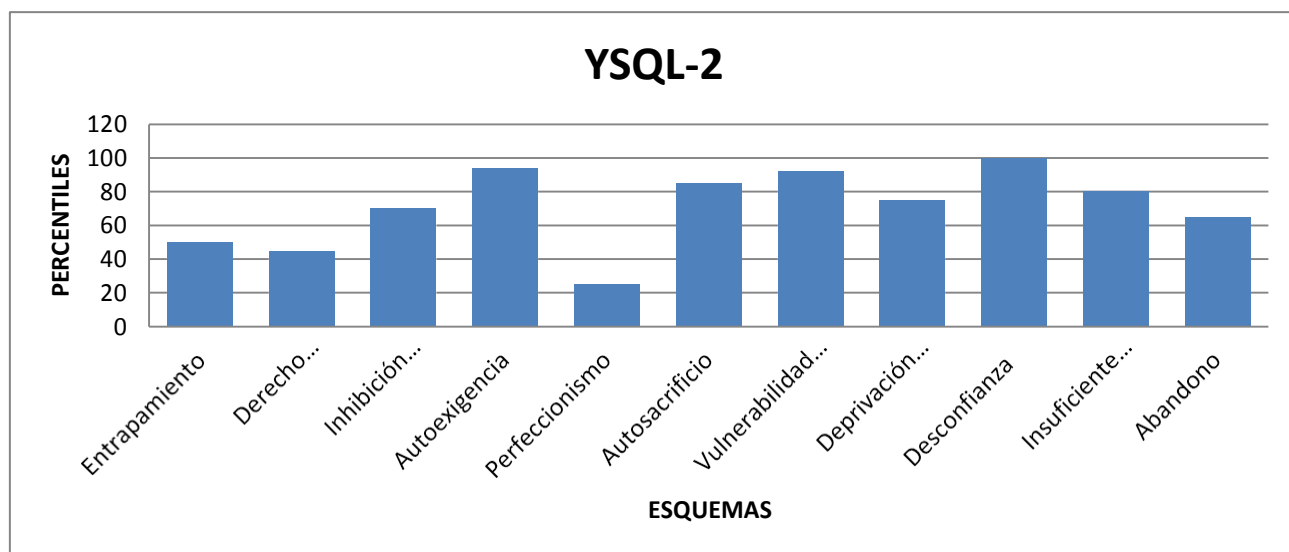


Figura 9: Se observa la aplicación cuestionario de esquemas de Young YSQ-L2 resaltando que los esquemas de mayor puntuación fueron los esquemas de: Desconfianza, Autoexigencia, Vulnerabilidad a la enfermedad, autosacrificio e insuficiente autocontrol.

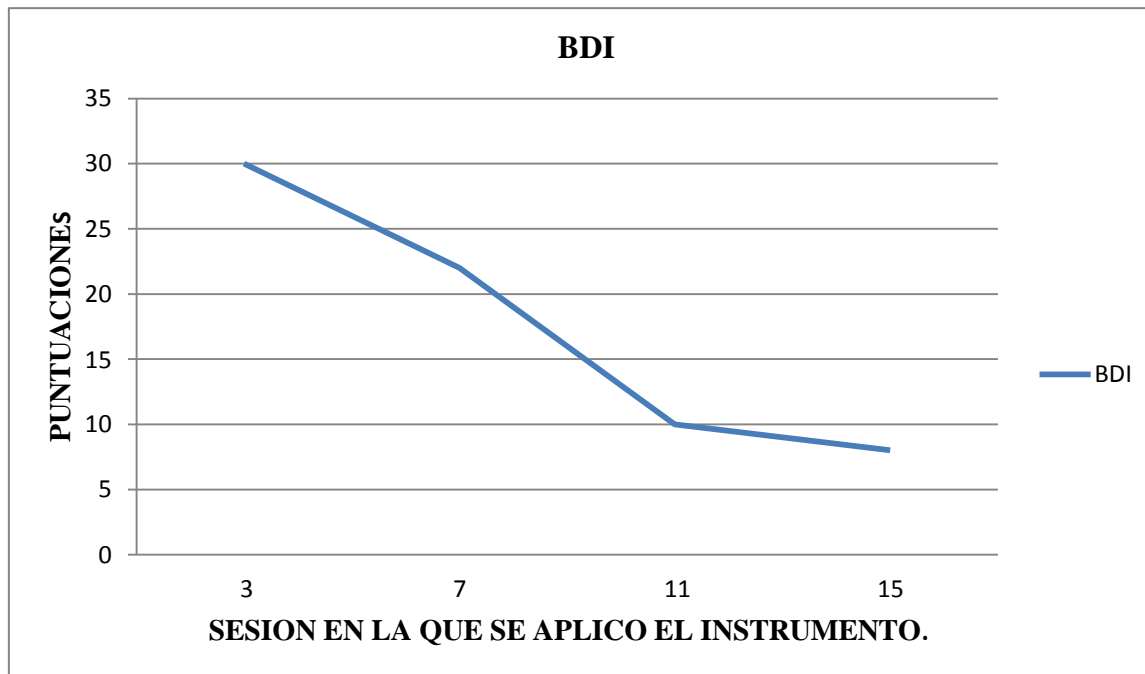


Figura 10: Se observan los resultados de la aplicación del Inventario de Ansiedad de Beck BAI en diferentes sesiones a lo largo de proceso, notándose claramente un descenso de mayor intensidad a menor intensidad relacionado con la presencia de sintomatología ansiosa.

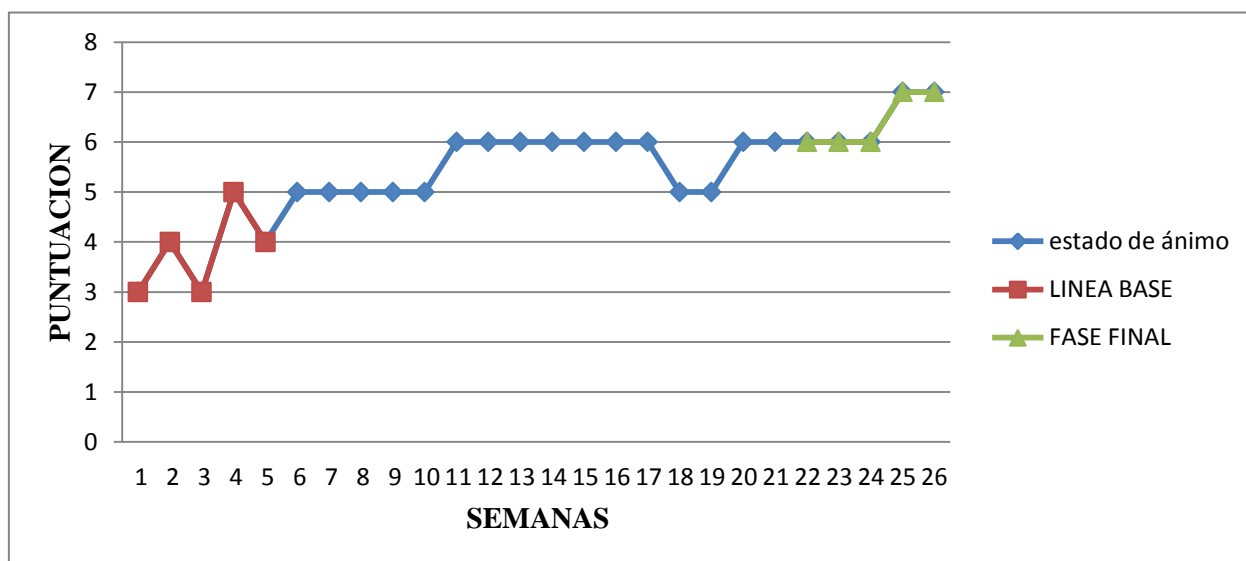


Figura 11: Esta figura se hace en base a los resultados obtenidos en la tabla 9 para mayor comprensión de la evolución del estado de Ánimo, desde la fase inicial hasta la fase final.

- a) Valoración subjetiva de la paciente en relación a la frecuencia de refuerzos positivos y la descripción de los mismos.

Tabla 9: Seguimiento Diario Del Estado De Ánimo De M.F Durante El Proceso

SEGUIMIENTO DEL ESTADO DE ANIMO									
SEMANA	FECHA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO	PROMEDIO SEMANA
1	22-24/02/13					P: 3	P:3	P:3	P:3
2	25-03/03/13	P: 3	P:3	P:3	P:6	P:5	P:3	P:5	P:4
3	04-17/03/13	P: 3	P:4	P:3	-	-	-	P:4	P:3
4	18-24/03/13	P:4	P:4	P:5	P:6	P:4	P4	P:5	P:5
5	25-31/03/13	P: 4	P:4	P:4	P:4	P:3	P:5	P:4	P:4
6	01-07/04/13	P:5	-	-	-	P:4	P:4	P:6	P:5
7	08-14/04/13	P: 5	P:6	P:5	P:5	P:7	P:5	P:4	P:5
8	15-21/04/13	P:5	P:6	P:5	P:5	P:5	P:5	P:4	P:5
9	22-28/04/13	P:6	P:5	P:6	P:6	P:4	P:4	P:4	P:5
10	29-05/05/13	P:6	P:6	P:4	P:5	P:5	P:6	P:6	P:5
11	06-12/05/13	P:5	P:6	P:5	P:6	P:5	P:7	P:6	P:6
12	13-19/05/13	P:5	P:6	P:6	P:6	P:6	P:7	P:6	P:6
13	20-26/05/13	P:6	P:6	P:7	P:6	P:6	P:6	P:6	P:6
14	27-02/06/13	P:5	P:6	P:6	P:6	P:5	P:6	P:5	P:6
15	03-09/06/13	P:5	P: 5	P:6	P:6	P:5	P:6	P:6	P:6
16	10-16/06/13	P:6	P:5	P:6	P:6	P:6	P:7	P:6	P:6
17	17-23/06/13	P:6	P:6	P:6	P:5	P:5	P:6	P:5	P:6
18	24-30/06/13	P:5	P:5	P:6	P:5	P:5	P:5	P:5	P:5
19	01-06/07/13	P:5	P:5	P:5	P:5	P:6	P:6	P:5	P:5
20	08-14/07/13	P:7	P:6	P:6	P:6	P:6	P:7	P:6	P:6
21	15-21/07/13	P:5	P:6	P:6	P:5	P:6	P:6	P:5	P:6
22	22-28/07/13	P:5	P:6	P:6	P:5	P:6	P:6	P:7	P:6
23	29-04/08/13	P:6	P:6	P:6	P:6	P:7	P:6	P:5	P:6
24	05-11/08/13	P:7	P:5	P:7	P:7	P7	P:7	P:7	P:7
25	12-18/08/13	P:7	P:7	P:7	P:7	P:7	P:5	P:6	P:7
26	19-21/08/13	P:7	P:7	P:7	P:6	P:7	P:7	P:7	P:7

Tabla 10: Evolución práctica semanal de la técnica de Respiración Diafragmática.

UTILIZACION Y SEGUIMEINTO DE LA TECNICA DE RESPIRACION DIAFRAGMATICA		
SEMANA	TAREA	RESULTADO
25-31/03/13	RESPIRACION EN 3 TIEMPOS: RESPIRA: 2 Segundos SOSTIENE: 2 segundos EXPULSA: 2 segundos REPETICION: 2 Veces diarias 2X2X2 X3	MF refiere dificultad para realizar el ejercicio tras intentar un par de veces y desistir.
01-11/04/13	2X2X2 3 VECES DIARIAS	MF manifiesta dificultad para realizar el ejercicio el cual se le modelo en consulta, sin embargo dice haberlo intentado como ella entendió que debe hacerlo y por lo que también duda lo haya hecho bien. Se realizan varios ejercicios en consulta en diferentes momentos.
12/04- 06/05/13	3X3X3 3 VECES DIARIAS	MF refirió incomodidad y cierto grado dificultad al realizar el ejercicio sin embargo lo realizó según indicaciones dadas.
07-15/05/13	3X3X3 5 VECES DIARIAS	MF refirió incomodidad y cierto grado dificultad al realizar el ejercicio sin embargo lo realizó según indicaciones dadas.
16-22/05/13	4X3X4 5 VECES DIARIAS	MF refirió menor incomodidad en comparación con las anteriores semanas, al igual que más facilidad al realizar el ejercicio sin embargo lo realizó según indicaciones dadas.
23/05- 04/06/13	4X3X4 7 VECES DIARIAS	MF realizo el ejercicio según las indicaciones proporcionadas refiere: intranquilidad y angustia.
05-13/06/13	3X3X4 7 VECES DIA	MF realizo el ejercicio, manifiesta: sensación de “estar en movimiento, como falta de equilibrio de querer moverme”.
14/06- 07/07/13	3X4X5 8 VECES DIA	“Siento que aún me cuesta trabajo, pero lo hago y con mayor frecuencia, finalizo con llanto”
08/07- 04/08/13	3X4X5 8 VECES DIA	“Siento que aún me cuesta trabajo, pero lo hago y con mayor frecuencia, finalizo con llanto”
05-18/08/13	4X4X5 CADA HORA Y MEDIA	“Es como verme a mí misma y querer sacar lo malo y hay momentos en que lloro y lloro mucho y me siento mejor al final. Me ayudado a

		perdonarme a mí misma y aceptar lo que he vivido y lo que estoy viviendo”
19.../08/13	5X5X6 CADA HORA O CADA QUE LO RECUERDE	En esta última sesión MF reconoció lograr más tiempo en el ejercicio al igual que manifiesta estar realizándolo más veces de las acordadas y sentirse más tranquila. “Totalmente cambios, ante me cerraba, no quería hacerlo y ahora lo hago y me siento bien conmigo misma al finalizar el ejercicio”.

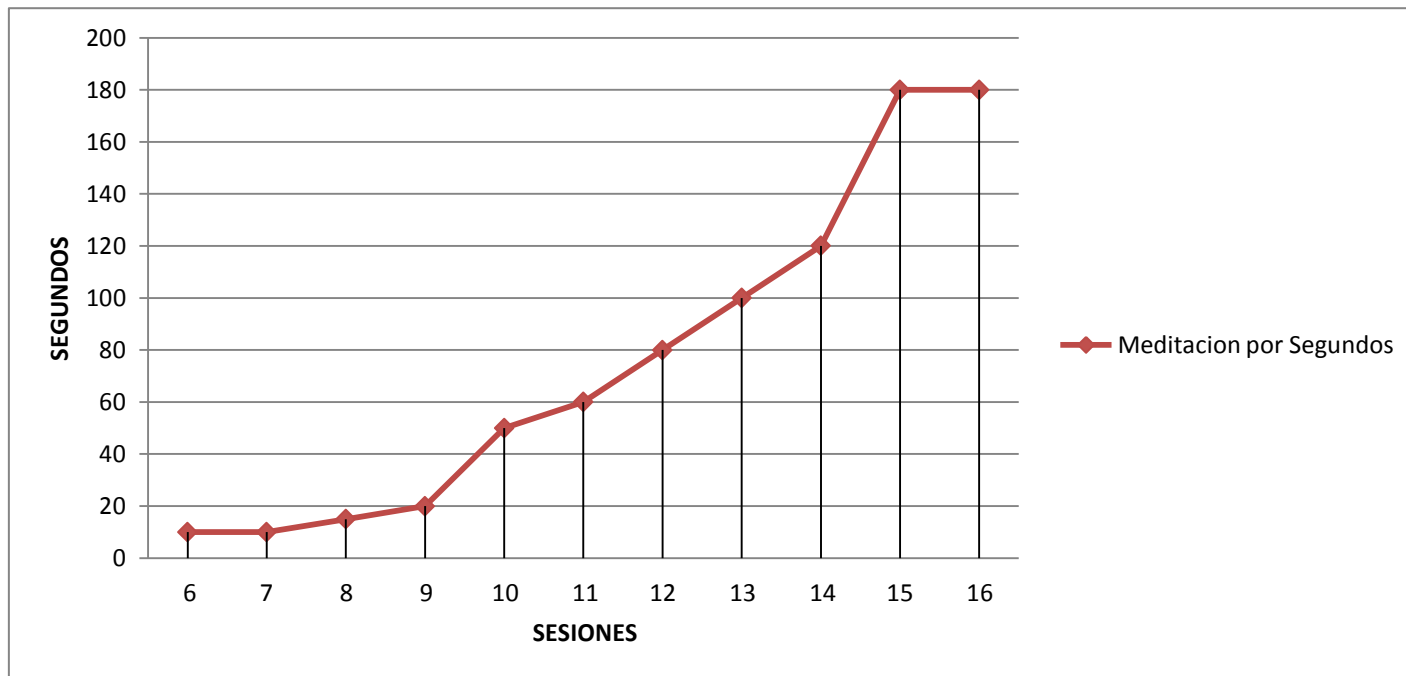


Figura 12: En esta figura se observa la evolución de la práctica semanal de la técnica de Mindfulness, iniciando en la semana 6 del proceso terapéutico hasta la última semana.

Tabla 11: Resultados de la utilización de la Técnica de Activación conductual.

CONDUCTAS ACTIVADAS	CONDUCTAS EXTINGUIDAS
1. Retomar clase de guitarra una vez por semana	a) Disminuir la rumia cognitiva por medio de Mindfulness
2. Retomar actividades de manualidades, tejidos, pintura y bisutería.	b) Disminuir conductas de sobre ingesta de alimentos.
3. Integración con un grupo de tercera edad	c) Disminuir movimiento circulares durante horas en la sala de la casa
4. Retomar grupos de amigos y conocidos afines	d) Disminuir el aislamiento y la no expresión de sus emociones
5. Salida cada fin de semana por más de una hora y preferiblemente sola.	
6. Manifestación de inconformidad, desacuerdos y gustos con miembros de la familia.	
7. Retomar rutinas de ejercicio iniciando por caminata o aeróbicos	
8. Retomar coro de la iglesia.	
9. Búsqueda de nueva oferta de cursos en el SENA	
10. Inició a trabajar en negocio propio	
11. Toma de consciencia para hacer las cosas y actividades, por ejemplo salir, caminar, cocinar.	

La tabla 12 se basa en las conductas clínicamente relevantes presentadas en consulta, con el fin de evidenciar los cambios en la primera sesión a la última, las CC1 describe las conductas de la primera sesión con MF al igual que las CC3 son la explicación dada en la primera sesión que daba MF del problema inicialmente. Y las CC2 son las mejorías que se identificaron en la última sesión con MF. Se aclara que las CC1 no describen el proceso de evaluación completa, sola que se toman como indicadores de cambio al confrontarlos con las CC2.

Tabla 12: Conductas Clínicamente Relevantes Manifiestas En Consulta

los problemas del cliente que se manifiestan en la sesión (CCR1):	Las mejorías del cliente que se producen durante la sesión (CCR2)	Las explicaciones que proporciona el cliente de su conducta (CC3)
Falta de contacto ocular sostenido	Contacto ocular permanente	“Lo que yo tengo y me he puesto a pensar creo que se debe a que tengo baja
Movimiento constante de los pies, cruzar y descruzar de piernas repetidamente	Raras veces se mueve o cruza las piernas Quietud corporal en general	

<p>Cabeza rígida y en ocasiones dirigida al pecho Mirada desviada a lados o al piso Movimientos constantes del cuerpo estando sentada Tono de voz fuerte, entre cortado y agitado Frases inconclusas Expresión plana Respuestas monosilábicas Dificultad de atención fija Evitación hablar de la relación que mantiene con el papá y hermana, normalizando la situación “no bien, todo bien. No quiero saber del tema, no me interesa” Rigidez en extremidades superiores, sujetándose el bolso de mano, en ocasiones manos temblorosas y constantes golpes de la mano contra la mesa. Expresión fácil de preocupación, tensión y tristeza Inhibición emocional, intenta disimular el llanto. “me da pena que me vean llorando, me dicen por qué llora si no ha pasado nada” Silencios constantes Y se evidenciaba distante de la terapeuta. Constante quejas negativas de su vida y futuro “soy la persona más negativa del mundo” Duda para dar respuestas Desconocimiento del problema y minimización de la misma. “El medico por hacer las cosas rápidas me dijo que lo que tenía era grave y tenía que internarme, y yo no tengo nada tan grave” Esquema de defectuosidad “no tengo una vida normal, no sé cómo hacer” Dependencia afectiva “quizás estoy con el novio actual, por compañía, que es muy cariñoso, me escucha, puedo hablar de mi” Tono de voz fuerte y golpe fuerte en la mesa al hablar de la relación de la mamá con el papá, definiéndola como relación sumisa. Interés de saber que le sucede “necesito saber que me pasa” MF verbalizo sentirse muy nerviosa y en posteriores consultas deseos fuerte de huida y salir corriendo.</p>	<p>Expresiones de rabia, alegría y desacuerdo. Visión esperanzadora del futuro Ideas completas y posibles explicaciones a lo que ha vivido. Tono de voz suave y fluidez en el discurso dentro de lo normal Manifestación de desacuerdo ante el padre y explicación de la relación con él y hermana. Identificación de la importancia que tiene la relación con el padre. Mayor atención y concentración Menos rigidez corporal Proposición de ideas y compromiso para continuar con el proceso. Menos pausas y más participativa en el proceso. Más cercanía con la terapeuta. Mayor seguridad al hablar Reconocimiento del problema y compromiso para continuar un proceso psicológico y de autoconocimiento. Satisfacción con el proceso realizado y con los cambios notados en ella misma como lo verbaliza MF.</p>	<p>autoestima” “Un novio con quien tuve una relación complicada, se iba volvía y así varios años” “Es melancolía, como soledad” “No tengo muchas amistades, no soy sociable, no tengo una vida normal, solo tengo una amiga que es vecina y tiene 55 años” “Sólo tenía una gripa, el médico general me remitió a psiquiatría y mencione que en el 2003 intente quitarme la vida y solo por eso dijo que tenía que internarme” “Yo necesito es una guía”</p>
--	---	--

MANIFESTACIÓN SUBJETIVA POR PARTE DE LA CONSULTANTE

Al finalizar el proceso terapéutico se abordaron los logros alcanzados ante lo cual M.F manifestó lo siguiente:

“Me ayudado mucho el control de ánimo, el ejercicio de respiración diafragmática y el ejercicio de encontrarse conmigo misma; ha sido un proceso que me ha costado mucho, pero que al final empiezo a sentirme más satisfecha”

“Siento que la parte de ansiedad y el sentimiento de sentirme estancada ha mejorado, por las actividades que he retomado y al ver que las cosas avanzan y logro cosas que creía no podía lograr”

“Reconozco que antes estaba más pegada a alguien y ahora más independiente, ya no estanco busco diversas opciones”

“No se han vuelto a presentar dificultades para volver a dormir bien, tampoco paso tiempo dando vueltas en la sala”

“He aceptado mis errores, mi familia... Antes por cualquier cosa me daba mal genio y contestaba agresiva, ahora más tranquila”.

“Noto cambios en mi estado de ánimo, mejor ahora que antes”.

“He empezado a retomar conversaciones con otras personas, al principio no sé qué tema tomar, pero ya me siento más tranquila para hacer esos acercamientos, por ejemplo mayor interacción con el grupo de la tercera edad, donde en el primer encuentro no quería estar, a los 10 minutos quería irme y ahora soy la secretaria del grupo”

“Siento que estoy recuperando mi identidad, porque antes vivía para ser como la otra persona quería; y reconozco que vivo mucho del que dirán, tiendo a compararme”.

“Ahora tengo más seguridad que antes, por ejemplo para tomar decisiones”

“Veo las cosas diferentes como las veía antes, antes no veía salida, me sentía súper estancada”

“Ahora tengo un inconveniente pero pienso en más alternativas”.

“Satisfacción de ver que la gente me diga que le gusta lo que yo preparo y que me sugieran”.

“A nivel emocional no hay afán de estar sola, igual así mejor porque me estoy conociendo más”.

“Me doy cuenta que soy muy paciente y que ahora tengo que aprender a ser más paciente y darle prioridad a mis cosas; es como consentirse uno, algo que había dejado de hacer hace muchos

años... Como caminar bajo la lluvia. Me siento bien conmigo misma siento que soy yo, son cosas que solo yo las puedo sentir”.

“En la relación familiar no cambia, pero ya puedo decirle a mi papá en que cosas no estoy de acuerdo; la costumbre es que me decían algo y yo agachaba la cabeza y me escuchaban suspirar y de una me decían está llorando y terminaba en la habitación llorando”

“Ahora pongo mis límites”

“Mi mamá me ha dicho que ahora tengo más carácter”

“Al principio muy incómodo, es incómodo escribir sobre uno mismo, pero ahora mejor; ya he modificado hábitos”

“En la primera sesión las expectativas era buscar que me ayudaran porque no me sentía yo, era como que si tuviera otra persona, expectativas y ayuda que he obtenido y más de la que esperaba, porque ahora me conozco más a mí misma”

“Era muy rígida muy dura conmigo misma y ahora no, ya es menos”

”Actualmente lo que me preocupa es la parte física, que he sentido que estoy gordita”

“A como yo llego y ahora es un cambio grandísimo porque he visto muchas cosas en mí he ido aceptando más cosas”.

Citas textuales de la penúltima sesión con MF

DISCUSIÓN

A lo largo de este apartado se retoman los resultados más relevantes contrastados con la teoría, los aportes de dichos resultados, se aborda la efectividad de las técnicas y se sugiere, en forma breve, mejoras en próximas intervenciones para dichas problemáticas. Dentro de los hallazgos más destacados se encuentra: el logro de los objetivos y expectativas planteadas al inicio del proceso, entre los que se resalta reducción en los síntomas depresivos y ansiosos; como se puede observar en el apartado de los resultados. M.F logró la comprensión de la problemática, lo cual permitió la prevención de futuras recaídas; se identificaron y reforzaron nuevas habilidades para el enfrentamiento de situaciones nuevas y estresantes que permitieran cambiar su estilo de afrontamiento evitativo; el aumento de repertorios de autoreforzos positivo, al igual que, mayor interacción social y el prescindir del consumo de medicamentos dado los efectos positivos de la psicoterapia. Por otra parte, como resultado significativo esta la integración de técnicas cognitivas y técnicas de tercera generación, que facilitaron la comprensión de la situación

problema y su intervención. Lo anterior tiene como soporte los resultados de los diferentes inventarios utilizados en la evaluación inicial y final, más las CCR2 observadas y las mejorías verbalizadas por la paciente, las cuales se encuentran en el apartado de los resultados.

A partir de los resultados hallados en el inventario de BDI II el BAI, IDER, el seguimiento del estado de ánimo, las conductas clínicamente relevantes tipo 2 y las mejorías verbalizadas por M.F al final del proceso e incluso después en algunos seguimientos; se permite afirmar que cuando se emplea la combinación de técnicas cognitivas y técnicas cognitivo-conductuales o de tercera generación en este caso la reestructuración cognitiva, la respiración diafragmática, mindfulness, AC, TAC y FAP son significativamente eficaces para intervenir trastornos del estado de ánimo y ansioso como era el caso de M.F quien tras un proceso de evaluación se concluyó la presencia un trastorno depresivo mayor recidivante; esto deja ver lo planteado por (Gaynor y Scott 2002 citado por García y Aguayo 2015) en cuanto a la alta flexibilidad y efectividad de las terapias de tercera generación en la intervención de sintomatologías depresivas y ansiosas incluso después de seguimiento de meses como lo afirma

A continuación se hace necesario resaltar los diferentes aportes de cada una de las terapias utilizadas en el proceso realizado. La utilización de técnica de respiración diafragmática, confirma lo mencionado por Nezu, Maguth, y Lombardo (2006) quienes indican que el objetivo de la respiración profunda en problemas ansiosos es evitar que la persona se hiperventile por medio de inhalaciones y exhalaciones más lentas, controladas y relajadas; pues a lo largo del proceso terapéutico y tras las verbalizaciones de M.F se evidenció como disminuyó la sintomatología ansiosa. Esta técnica fue de gran utilidad y en la tabla 10 del apartado de resultados, se describe claramente como se le indicó a M.F que realizará el ejercicio semanalmente, como este iba aumentando cada semana en cuanto a tiempo y número de veces realizado diariamente, al igual que los cambios que M.F iba experimentando. Psicoeducar a M.F en esta técnica para que la utilizara constantemente y no sólo ante situaciones estresantes, generó un impacto significativo en el control de los síntomas físicos de la ansiedad ya que se aminoraron de manera progresiva, tal como lo muestra la *Figura 13*, que describe los resultados del Inventario de Ansiedad de Beck BAI aplicado en diferentes momentos a lo largo de la intervención terapéutica.

Otra técnica importante en el abordaje de la sintomatología depresiva y ansiosa, que ratifico una vez más su efectividad, ya que ha sido utilizado en pacientes depresivos con trastornos de

ansiedad comorbidos, así como en el trastorno de ansiedad generalizada; fue la Terapia Cognitiva Basada en la Conciencia Plena. Cuyo soporte consiste en prestar atención de modo particular, con un fin en el momento presente y sin juzgar. Esta premisa puede explicar parte de la disminución de la sintomatología ansiosa, y del estado de ánimo, ya que el entrenamiento con M.F consistía en realizar ejercicios de meditación y de la exploración corporal (ver anexos 10 y 11) y hacer más consciente a M.F de su modo de funcionamiento mental disfuncional y unirse a modos más útiles, que le permitieran contar con las estrategias para prevenir la recaída depresiva. Un ejemplo de mejoría gracias a esta intervención, fue la disminución de la rumia y síntomas ansiosos, pues M.F utilizaba mucho la rumiación, especialmente en horas de la noche lo cual terminaba generando en ella un cuadro de depresivo con síntomas de angustia. En la Figura 6 se muestra la evolución de la práctica semanal de Mindfulness, como un ejercicio de la Terapia cognitiva basada en la conciencia plena (Segal, Williams y Teasdale, 2002).

Otra terapia a destacar por su contribución al logro de los objetivos, es la Terapia de Activación Conductual (AC), utilizada para el abordaje de la sintomatología depresiva, con el fin de aumentar la tasa de reforzamiento positivo que permitieran extinguir repertorios de evitación, inactividad y distanciamiento propios de la depresión. Es así como durante el proceso M.F identificó los comportamientos y actividades que generen refuerzos naturales e interrumpieran el círculo depresivo. En el caso con M.F se trabajó: la motivación focal, por ejemplo retomar clases de guitarra o asistir a la iglesia; asignación gradual de actividades, que consistía en tener salidas semanalmente y modificación de la evitación, ejemplo de ello era promover repertorios para no evitar situaciones que le generaban malestar como llorar, M.F por lo general evita no llorar o asistir a reuniones familiares, situaciones que se motivaron a vivenciarlas, y que al final generaron refuerzos positivos en M.F. Paso de un déficit conductual a estar más “activa” realizando y retomando actividades generadoras de reforzamiento positivo, entre ellas esta involucrarse con un grupo de la tercera edad, retomar manualidades, colección y realización de recetas culinarias, actividad física, asistencia a grupo de alabanza y canto en la iglesia entre otras actividades mencionadas por M.F en la tabla 11 que describe las conductas activadas y extinguidas y en el apartado final de resultados que hace referencia a manifestaciones subjetivas de logro frente al proceso.

También se destacan la Terapia de Aceptación y Compromiso ACT, cuyo principal aporte retomado para la intervención es principalmente la evitación experiencial como una estrategia,

para evadir pensamientos y sentimientos dolorosos, siendo a la vez causal de problemas que afectan significativamente la vida de la persona. En el caso de M.F se trabajó desde ACT con el fin de reducir los repertorios inflexibles que la llevan a la frecuente evitación, como un estilo de afrontamiento presente en ella y corroborado por la escala de afrontamiento de Lazarus EAL cuyos resultados se exponen en la figura 1, al igual que las CC1 manifiestas en consulta.

Para ello se recurrió a metáforas y ejercicios relacionados con la experiencia, obteniendo logros como por ejemplo, frenar el autocastigo rumiativo acerca de fracasos anteriores afectivos, como una forma de evitación cognitiva; aceptación de diferentes situaciones o eventos que le generaban malestar, lo cual lo hace evidente no sólo en la mejoría del estado de ánimo y de ansiedad, sino también en sus manifestaciones verbales. Llevar a la práctica ACT por medio de metáforas con M.F facilitó la comprensión y aceptación de su situación problema, dándole una visión más esperanzadora que fatalista, promoviendo más la orientación de la vida, en lugar del ensañamiento en los síntomas y promover la posibilidad que una vida valiosa puede emerger de la desesperanza tal como lo propone (Wilson y Luciano 2002), visión que se hizo notoria, durante el proceso e incluido en el seguimiento. Otro logro desde ACT para M.F, es haber entrado en contacto con la percepción de sus valores personales; identificando áreas de su vida que le gustaría llegar a fomentar o fortalecer, de ello dan cuenta la mejorías mencionadas en sesión CC2 y el registro diario de actividades que presentaba M. F cada semana.

Por otro lado, se dio gran relevancia a la relación terapéutica, consultante terapeuta y a las conductas clínicamente relevantes CCR teniendo presente la Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) que hace énfasis tanto la relación terapéutica como en las CCR, como herramientas que promueven cambios positivos, generar reforzamientos, disminuyen o extinguen reforzadores negativos y sirven a la vez como indicadores de progreso. En el caso de M.F se logró una relación afectuosa, genuina, confidencial, comprometida y emotiva. Es así como en la tabla 12 se describe las diferentes conductas clínicamente relevantes que se identificaron dentro del proceso. De igual forma se tuvo en cuenta el principio de generalización propuesto por FAP, el cual pretende llevar a la vida cotidiana todo cambio generado en consulta (Kohlenberg y Tsai 2007).

Como ya se ha mencionado anteriormente, la integración de ambos paradigmas cognitivo y conductual conduce a la mayor eficiencia terapéutica, ejemplo de ello está la combinación de varias técnicas como lo es FAP con terapia de Beck; varios estudios muestran que la integración de ésta con otras terapias ha dado y está dando buenos resultados (López, Ferro, y Valero,

2010). Puesto se va adaptando a las características específicas de cada cliente, a sus problemas dentro de la consulta y en su vida cotidiana. Estas características hacen de ella una terapia flexible que se adapta con mayor facilidad que otras tanto a los sujetos como a los trastornos, permitiendo la incorporación de procedimientos terapéuticos provenientes de otras terapias.

Además la teoría cognitiva centrada en esquemas facilitó el planteamiento de hipótesis de inicio como de manteniendo de la conducta problema de M.F, ya que al aplicar el cuestionario YSQ-L2 mostrando que los esquemas más prevalentes en M.F son: autoexigencia, desconfianza, autosacrificio y vulnerabilidad al daño, los cuales posiblemente explican la situación problema (ver hipótesis explicativa) y corroboran lo dicho por Zapata & Londoño (2010), al referirse que los esquemas se convierten en pautas inadaptadas de conducta, adquiridas desde la infancia y reforzadas a lo largo de la vida por diferentes eventos o personas; convirtiéndose en creencias incondicionales, rígidas, resistentes al cambio, que guían el procesamiento de experiencias posteriores.

Ahora bien, se podría decir que depresión no es el resultado del desequilibrio neuroquímico del individuo o de un fallo de pensamiento, sino más bien una respuesta a los problemas de la vida (Martell, Addis y Jacobson, 2001 como queda expuesto en este caso. Desde este punto de vista, la depresión puede servir como una señal al individuo que le indique que necesita hacer un cambio en su vida Martell, Addis y Jacobson, 2001.citado por López, Ferro, y Valero, 2010).

Según el IDER pre/ post y el cuestionario de personalidad de Beck el cuadro depresivo disminuyó notoriamente, no obstante no se puede atribuir este resultado a la psicoterapia únicamente, porque pueden haber más factores externos o por la misma cronología del trastorno depresivo mayor puede que durante este tiempo que MF asistió a psicología no presentara episodios depresivos lo que no se duda que pueda volverse a suceder, teniendo en cuenta que la recaída es una constante en los trastornos del ánimo y en la biografía de M.F.

Sin embargo por manifestación verbal de la consultante, su estado de ánimo ha mejorado, expresando que los síntomas propios de la depresión que estaban presentes al inicio de la fase de evolución actualmente no los experimenta. Lo que implica que M.F logró disminuir el pensamiento disfuncional, mejorar la capacidad de resolución de problemas, mejorar habilidades de autocontrol, mayor tasa de reforzamiento, aumento de habilidades sociales e interpersonales. Como elementos relevantes no hallados en la evaluación final, está la no presencia de ideas suicidas como sí lo verbalizó la consultante al inicio, mayor interés por la salud física en general

y según los seguimientos se puede decir que se redujo las posibilidades de recaída. Logros que serían el resultado de la integración de varios enfoques y terapias. Corroborando así lo mencionado por Toro (2013), en cuanto a la efectividad para este tipo de problemáticas desde el enfoque cognitivo conductual.

Por otra parte como lo afirma Baronet (2010) los trastornos del estado de ánimo generan variedad de signos y síntomas que afectan el comportamiento del individuo, causando una discapacidad funcional tan importante como las enfermedades médicas. Afirmación que se corrobora con el caso evaluado e intervenido; el estado de ánimo de M.F no era el único afectado, sino también la parte laboral, social, afectiva, familiar y la realización de actividades que iban desde la más sencilla hasta la más compleja, disminuyendo notoriamente la calidad de vida.

Uno de los hallazgos corroborados con la teoría, es la comorbilidad de la depresión y ansiedad; la teoría indica que cuando se presentan trastornos del estado de ánimo es frecuente que se presenten trastornos de ansiedad o por lo menos rasgos de ansiedad como se identificó en el proceso de evaluación de M.F. Sumado a lo anterior si se presentan trastornos de ansiedad se tiene un efecto negativo en el resultado del tratamiento para la depresión, ya que necesitan más tiempo para la recuperación Clayton y colaboradores (1991) citados por Nezu, Maguth & Lombardo (2006). Si se contraste el efecto de la ansiedad en la depresión con lo que indican los seguimientos a M.F después de terminado el proceso, tiene sentido, pues aparentemente se logró mejoría en controlar y reducir la sintomatología depresiva, a diferencia de la sintomatología ansiosa, la cual a pesar de los meses se seguía manifestando en menor intensidad ante determinadas situaciones, como lo era estar en contacto con personas desconocidas, situación que generaba síntomas de Angustia en M.F, lo que a su vez puede actuar como factores precipitantes para episodios depresivos y lleve a una recuperación más tardía. Puesto que el comportamiento ansioso afecta muchos aspectos de la vida cotidiana de una persona, como por ejemplo “la eficiencia para resolver problemas, las interacciones con otras personas, la manera como se describen a sí mismos, su capacidad de relajación, su calidad de vida, y por ende su salud” (Sepúlveda-Vildósola, Romero-Guerra, & Jaramillo-Villanueva, 2012).

En cuanto aporte al proceso de intervención clínica y del ejercicio de la práctica se destaca los siguientes aportes :

Aunque los autoregistros aparentemente se vean como una tarea sencilla para el paciente que permite llevar un control y evolución de la problemática, obtener más información y hacer un análisis funcional de la conducta al identificar pensamientos, comportamientos y contingencias que se dan con base a factores desencadenantes; también permite evaluar el nivel de compromiso y colaboración por parte del consultante en el proceso terapéutico y se convierte en un logro terapéutico en la medida que obliga al consultante a escribir sobre su propia vida y a reflexionar a posteriori; llevándolo a mantenerse más alerta en los momentos del día en los que se prevea sentir malestar. Esta técnica tan sencilla alcanza un enorme valor cuando es dirigida y supervisada por el terapeuta quien en colaboración con la consultante, lee y analiza la trayectoria de la problemática ya sea estado depresivo o ansioso que lleva el consultante. En los casos de ansiedad permitirá tener en cuenta la frecuencia y aparición de la agitación, de cómo la contrarresta el consultante, de la intensidad que alcanza, y factores activadores y tendencias de evolución. Permite plasmar situaciones y ello, dado el poder sintetizador que tiene puede permitir ser más objetivo en los juicios que haga de sí mismo el consultante, al igual que le permite estar más vigilante para poder cumplir las metas que se han propuesto, registrando metas y objetivos. Tal como sucedido a lo largo del caso abordado, en el cual el registro del estado de ánimo realizado diariamente por M.F, permitió realizar un seguimiento a la problemáticas actual, acceder a más información relevante, como pensamientos activadores de síntomas ansiosos o depresivos, a la vez que según lo expresado por M.F actuó como técnica en la medida que le permitía mejorar su estado de ánimo y disminuir los síntomas físicos ansiosos, al poder expresar de manera escrita diversas situaciones; sin contar que fue una evidencia clara del compromiso constante por parte de M.F durante todo el proceso (Nezu, Maguth, & Lombardo, 2006).

Con relación a la intervención y sus resultados hay que tener presente la influencia de otras variables externas, en este caso la consultante se integró a un grupo de la tercera edad, situación por la cual se mantuvo ocupada varias horas a la semana, se relacionó con otras personas y realizó actividades diferentes a las de la rutina diaria, aunque es una situación que no pudo ser externa como también el resultado de la activación conductual trabajada en consulta. La terapia cognitiva basada en conciencia plena no fue realizada con la rigurosidad del caso, por lo cual los resultados no pudieron estar significativamente alterados por esta terapia. Por otra parte la familia se mantuvo al margen del proceso, sin integrarse ya en una ocasión se citó a un familiar, pero ninguno asistió. No obstante es necesario que durante el tiempo de intervención, la

consultante no estuvo expuesta a cambios fuertes o situaciones externas que pudieran afectar los resultados finales.

Ya como ejercicio académico, de llevar a la práctica la teoría, se pudo confirmar la relevancia del análisis funcional, al momento de elegir las mejores estrategias de evaluación y a integrar la información recogida en juicios válidos y útiles; haciendo hincapié en el uso de varios métodos de evaluación, en la obtención de medidas con garantías psicométricas sólidas y adecuadas, en la medición realizada en distintas situaciones, contextos y momentos y en la observación directa del comportamiento. Siendo así un análisis funcional hipotético e ideográfico, único en cada caso que permite tener claro cuál es la conducta sus antecedentes, respuesta y consecuentes y en las variables causales más importantes y modificables (Kaholokula, Godoy, O'Brien, Haynes y Gavino 2013).

Por último es importante como psicólogos clínicos mantenerse al día informado de los diferentes avances y evidencias halladas en diversas investigaciones para ofrecer una ayuda más amplia al consultante. Dado que cada caso cuenta con variables de inicio y mantenimiento diferentes, por lo que contar con una mirada desde el enfoque ideográfico al momento de la evaluación es de gran utilidad para su comprensión. Por otra parte se hace útil estimular las diferentes habilidades que requiere el proceso de evaluación e intervención clínica, puesto que desde cualquier enfoque se cuenta con varios tratamientos pero cada uno de ellos demanda habilidades particulares por parte del profesional.

CONCLUSIONES

Tal como lo plantean diferentes autores, la utilización de FAP tiene como ventaja ser una terapia eficaz y efectiva en el tratamiento de trastornos depresivos, mostrando que es posible abordar y solucionar graves problemas depresivos; también que un abordaje estrictamente conductual puede aportar nuevas ideas y formas de tratar problemas complejos, basándose en principios de conducta más simples y bien fundamentados. Además se logra realizar una evaluación de la conducta complementando estrategias de evaluación general o nomotéticas con evaluación individualizada adicional o ideográficas, diseñadas atendiendo a las circunstancias singulares de cada cliente a aspectos particulares de sus problemas y objetivos de tratamiento o a las variables y relaciones funcionales.

Es importante en los pacientes en que exista comorbilidad en cuanto a depresión y ansiedad realizar intervenciones transdiagnósticas, dirigidas a tratar simultáneamente los trastornos, desde un enfoque que podría facilitar minimizar la cronicidad que genera la presencia de dos trastornos o más en un mismo consultante.

La utilización de varias técnicas de intervención, facilitó el logro de los objetivos terapéuticos y resultados de satisfacción para la consultante. Pues durante años se ha utilizado principalmente la terapia cognitiva como mejor enfoque y técnica en la intervención de la depresión, pero en los última década ha ido teniendo más acogida terapias de tercera generación o contextuales que retoman principios tanto del enfoque cognitivo como del enfoque conductual. Y como evidenció con MF durante el proceso de intervención, al igual que lo referido por la teoría, la efectividad de estas terapias, generan buenos resultados facilitando la comprensión e intervención en los trastornos del estado de ánimo y ansiosos de tercera generación. Por lo que su uso puede ser de gran ayuda en la atención a problemas de estado de ánimo y como una herramienta útil para el quehacer de cualquier psicólogo clínico.

A pesar que se intente utilizar las mejores estrategias científicas para la evaluación, el análisis funcional siempre conllevan errores de medición y juicio y, en consecuencia, siempre debe ser considerado como una hipótesis provisional, a partir de la cual se construye un plan de intervención que puede estar sujeto a cambios en el transcurso de su ejecución, si la hipótesis inicial se descarta o se corroboran nuevas hipótesis; de ahí la importancia de hacerle saber al consultante que es una hipótesis, más no un diagnóstico inflexible que no se puede modificar.

El estudio de caso es un proceso dispendioso que requiere de mucha disciplina y rigurosidad, sino se hace así desde un principio se corre el riesgo de no cumplir los objetivos propuestos en consulta y más allá, de eso no ofrecer la ayuda necesaria e idónea; llegando incluso a reforzar otros factores que empeoren la situación del consultante.

Sin duda y sin esperar que haya diversidad de estudios, queda claro que los trastornos del estado de ánimo son de gran prevalencia en la población del CPS y que efectivamente la gran mayoría no recibe tratamiento terapéutico, sea porque desconocen que son trastornos del estado de ánimo o porque no hay muchas instituciones que brinden atención a este tipo de problemáticas.

Un factor clave es la relación consultante terapeuta, es la alianza terapéutica que se convierte en un factor positivo a diferencia de la transferencia, la cual comprende toda la

colaboración por parte del consultante como acudir a sesión o hablar en contra de su deseo o le resulte difícil igual que seguir indicaciones aunque no estén de acuerdo. Y la capacidad del consultante para auto-observarse; y que en la medida que se construya una buena alianza terapéutica, esto mismo repercutirá en el logro de los objetivos terapéuticos establecidos en pro de mejoras para el consultante.

Se resalta la importancia de tener una mirada contextual, en lugar de una biomédica para una comprensión más amplia de la situación problema. Así mismo tener en cuenta al momento de evaluar que la historia tiene un papel relevante, porque en ella se encuentran los factores que dan inicio y a su vez mantiene la conducta problema.

Hay que resalta la efectividad del proceso psicoterapéutico, no obstante los cambios son difíciles mantenerlos, más si perduran variables precipitantes de la problemática y si no se cuenta con el apoyo familiar apropiado; por lo que es necesario realizar seguimiento una vez finalizada la intervención terapéutica.

RECOMENDACIONES

Es importante recordar que las cogniciones negativas del paciente deprimido no son un efecto secundario de la depresión, sino que pueden tener una relación causal en su desarrollo; las cogniciones negativas y las actitudes inadecuadas fomentan la predisposición a la depresión y por tanto favorecen las recaídas. (Vallejo, Gasto, 1990).

En cuanto al caso de M.F es perentorio para avance y prevención de futuras recaídas, la vinculación de la familia al proceso terapéutico como fortalecimiento a la red de apoyo y fuente de refuerzos naturales. Del mismo modo sería prudente realizar una valoración psicológica de personalidad para descartar posible presencia de un trastorno de personalidad por evitación a su vez que un trastorno ansioso. Y como ya se le ha recomendado, es valioso la continuidad de un proceso psicoterapéutico, con prioridad en la intervención en creencias irracionales y sintomatología ansiosos desde el enfoque cognitivo.

Por otra parte no se puede desconocer el aporte de los medicamentos y el trabajo interdisciplinario con psiquiatría en las diferentes problemáticas de salud mental. Aunque en este caso se minimizó el uso y poder de los fármacos, no se puede desconocer la efectividad en complemento con la terapia, por lo que si a futuro los episodios depresivos prevalecen y el trastorno depresivo se exacerba se recomienda una intervención interdisciplinaria.

A nivel social, el CPS como prestadora de servicios sociales a la comunidad Piedecuestana, tiene la posibilidad de promover estrategias o proyectos con la población en general y especial con quienes presentan trastornos del estado de ánimo, con el fin de psicoeducar y prevenir en futuras recaídas. Construir programas grupales que incluyan un amplio conjunto de objetivos terapéuticos, entre otros, sustituir los pensamientos automáticos, reducir estados emocionales de tristeza, ira y ansiedad, así como fortalecer las relaciones sociales, dirigidos a la comunidad atendida en general

De igual forma se recomienda al CPS la adquisición de pruebas de evaluación psicológica que permitan al psicólogo contar con herramientas y fortalecer el proceso de evaluación con los consultantes que acuden en búsqueda de este servicio.

En lo relacionado con la intervención clínica se recomienda tener mayor rigurosidad en la aplicación de las técnicas con base a objetivos fijados con antelación de acuerdo a la evolución del paciente o a sus nuevas dificultades halladas después del proceso de evaluación. A si mismo se hace crucial la constante revisión teórica en relación al tema a intervenir y sus diferentes métodos de intervención, pues la clave del éxito del tratamiento es la elección de una intervención que altere la función de la conducta problema y sus refuerzos.

Algo a no olvidar particularmente en la depresión, es realizar un diagnóstico diferencial y la jerarquización de la problemática, ya que hay casos en que todo el cuadro sintomático que presenta una persona no es depresión, sino una bipolaridad, puesto que comparten varios criterios diagnósticos y se diferencian por la presencia de episodios maníacos o hipomaniacos los cuales se pueden presentar en el transcurso de la problemática sin que se perciban como tal, sino como posibles mejorías; es por eso que un mal proceso de evaluación puede ser crucial en la evolución de un trastorno, llevando a reforzar conductas negativas o de mantenimiento de la problemática, al igual que abordar otras cuyo grado de afectación no sea significativo para la calidad de vida de la persona.

Como una herramienta operativa útil para el desarrollo del proceso se recomienda el uso de grabadora audio, siendo una forma que permita el autoreconocimiento del terapeuta, le ayuda a darse cuenta y mejorar sus habilidades terapéuticas, al igual como un instrumento que facilita el control y seguimiento del proceso terapéutico que se está realizando.

En lo concerniente al programa de especialización, ya que la práctica es el ejercicio que permite llevar la teoría a los diferentes casos que se pueden intervenir, sería bueno contar no solo

con un práctica, sino con dos, que permita abordar diferente población; o en su defecto con un tiempo de practica más extenso, que permita al estudiante el contacto con diversidad de casos y pueda llevar a la practica la teoría dada en clase contando con el apoyo de un asesor, dado la importancia y lo riguroso que debe ser el proceso evaluación e intervención que realiza el psicólogo clínico

De igual se manera se recomienda profundizar en las diferentes técnicas de intervención, en ocasiones se conoce su fundamento teórico, sus objetivos, pero no se tiene claridad al momento de aplicarlas, por lo que la cámara de geselt seria de utilidad para trabajar el uso de las técnicas en diversas problemáticas.

Finalmente, al igual que a lo largo del proceso de pregrado, en la especialización y más si es clínica donde se va estar en constante evaluación e intervención del comportamiento de otros, se recomienda a la par del proceso académico un proceso psicoterapéutico, que sea continuo, teniendo presente que el rol del psicólogo es ser facilitador de cambios en la vida de otros y debería ser modelo de optima salud mental. Pues así como se acude al médico o a un especialista, por qué no acudir a psicología, quizás el motivo de consulta para ir a psicología no muestre aparentemente la misma gravedad que cuando se asiste a medicina, pero puede llegar afectar el desempeño de la persona en cualquiera de sus contextos; sin duda es vital ese constante proceso de autoevaluación, más cuando se vive en una sociedad, expuestos a cambios, a nivel laboral, profesional, personal y familiar convirtiéndose en factores precipitantes de ansiedad, afectaciones al estado de ánimo o la personalidad, sin contar la carga emocional que se puede generar por el mismo ejercicio de la profesión. En conclusión el proceso psicoterapeuco debería ser un requisito dentro del proceso de formación como psicólogos clínicos el proceso terapéutico, no sólo por contar y ser ejemplo de promoción y prevención de salud mental sino además por el crecimiento personal y profesional; obrar con responsabilidad, ética y profesionalismos, que las dificultades del terapeuta no afecten el proceso terapéutico del consultante.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agudelo, D. (2009). Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión Estado/Rasgo (IDER) con adolescentes y universitarios de la ciudad de Bucaramanga. *Pensamientos psicológicos*, 5, 139-160.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Cuarta edición. Washington.
- Baronet, G. (2010). Trastornos del estado de ánimo. *El Farmacéutico Hospitales*, (195),18-24.
- Barraca, J. (2009). Habilidades Clínicas en la Terapia Conductual de Tercera Generación. *Clínica y Salud*, 20, 109-117.
- Barraca, J. (2010). Aplicación de la Activación Conductual en un Paciente con Sintomatología Depresiva. *Clínica y Salud*, 21, 183-197.
- Beck, A. (1983). *Terapia Cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Beck, A., Steer, R., y Brown, G. (1996). *Manual para el BDI-II*. San Antonio: Psychological Corporation.
- Bilbao, A. (2010). *Gestalt para la ansiedad*. México: Alfa omega grupo editor S.A.
- Caballo, V., Buena, G. y Carrobbles, J. (1995). Fundamentos conceptuales; trastornos por ansiedad, afectivos y psicóticos. *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos I*. España: Editores, S.A.
- Caicedo, C. y Urrego, D. (2007). *Manual de la salud, Depresión*. Colombia: Intermedio editores, una división del ciclo de editores S. A.
- Cano, F. J. y Rodríguez, L. (2002). Evaluación del lenguaje interno ansiógeno y depresógeno en la experiencia de dolor crónico. *Apuntes de Psicología*, 20, 329-346.
- Castrillon, Diego. y et al. (2005). Validación del Cuestionario de Esquemas de Yong Forma Larga: Segunda Edición (YSQ - L2) en Población colombiana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37, 3, 541-560.
- Cebolla, I Martí, A. & Miró, B. M. (2008). Efectos de la terapia cognitiva basada en la atención plena: Una aproximación cualitativa. / Efectos de mindfulness basado en la terapia cognitiva: Una aproximación cualitativa. *Apuntes de Psicología*, 26, 2, 257-268. Recuperado el 20 de mayo del 2014 de http://www.cop.es/delegaci/andocci/files/contenidos/vol_26_2_8.pdf

- Chomali, C., Espinosa, C., Galdames, M., y Marin, L. (2015). La depresión menor: ¿ Es un concepto menor?. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 24 (1), 23-33. Recuperado el 20 de junio del 2015 de <http://web.b.ebscohost.com/>
- Cruz, G. (2013). De la tristeza a la depresión. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 15, 4. Recuperado el 23 de junio del 2013 en: <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/principal.html>
- Dio, E. (1999). *La depresión en la mujer*. Madrid: Temas de Hoy.
- Ferrel, R. Peña, A. Gómez, N. y Pérez, K. (2009). Esquemas maladaptativos tempranos en pacientes diagnosticados con cáncer atendidos en tres centros oncológicos de la ciudad de Santa Marta (Colombia). *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 24, 180-204. Universidad del Norte. Colombia. Recuperado el día 20 de noviembre del 2012 disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=21312270009>.
- García, H. (2005). El pensamiento constructivo y su relación con la visión de sí mismo del mundo y del futuro en integrantes de la facultad de ciencias humanas de San Luis. *Fundamentos En Humanidades*, 11, 139-219. Recuperado el 23 de septiembre del 2014 de <http://web.b.ebscohost.com/>
- García, Y. y Botella, L. (2011). Análisis diferencial del proceso y resultado psicoterapéutico en función del motivo de demanda en pacientes con ansiedad y depresión. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*, 11, 3, 347-358. España
- García, R., F. y Aguayo, L., V. (2015) Avances en la psicoteria Analítica Funcional. *Avances En Psicología Latinoamericana*, 33 (1), 15-30 Recuperado el 12 de junio del 2015 en <http://web.b.ebscohost.com/>
- Giraldo, B. (2013). Evaluación funcional de la conducta. Recuperado el 20 de marzo del 2014 en http://educandoconamor.com/uploads/ANALISIS_CONDUCTUAL_APLICADO_-_EVALUACION_FUNCIONAL_DE_LA_CONDUCTA.pdf
- Gómez, C., Bohórquez, A., Masis, D., Gil, J., Sepúlveda, M., y Díaz, N. (2004). The prevalence of and factors associated with depression in Colombia. (English) *Revista Panamericana de Salud Pública*. 16(6), 378-386.
- Gómez-Restrepo, C., Rodríguez, M. N., Díaz, N., Canod, C., y Tamayo, N. (2014). Depresión y satisfacción con la vida en personas mayores de 60 años en Bogotá: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE). (Spanish). *Revista Colombiana De Psiquiatria*, 4365-70.

doi:10.1016/j.rcp.2013.11.008. Recuperado el día 5 de junio del 2015 en <http://web.b.ebscohost.com/ehost>

González, F. (2007). *Instrumentos de evaluación psicológica*. La Habana.

González, C., Greiff, E., Avendaño, B., (2011). Comorbilidad entre ansiedad y depresión: evaluación empírica del modelo indefensión desesperanza *Psychologia. Avances de la disciplina*, 5, 1, 59-72. Recuperado el 28 de junio de 2015 de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297224114006>.

Gotlib, L. y Hammen C. (2002). *Manual de depresión*. New York: The Guilford press.

Gutierrez, J. R. y Portillo, C. B. (2013). La ansiedad y la depresión como indicadores de problemas de salud mental en los salvadoreños. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 16, 2. Recuperado el día 24 de junio del 2013 en <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/principal.html>

Hollon, S. D. y Kendall, P. C. (1980). Autoafirmaciones cognitivos en la depresión: Desarrollo de un cuestionario de pensamientos automáticos. *Terapia Cognitiva y la Investigación*, 4. 383-395.

Izquierdo, S. A. y Gómez, A. (2013). Dependencia Afectiva: Abordaje desde una perspectiva Contextual. *Psicología: Avances de la disciplina*, 7. 81-91

Kohlenberg, R, Tsai, M, Ferro, R, Valero, L Fernández, A, y Virués, J (2005). Psicoterapia Analítica-Funcional y Terapia de Aceptación y Compromiso: teoría, aplicaciones y continuidad con el análisis del comportamiento. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 5. 349-371.

Kohlenberg, R. y Tsai, M. (2007). Psicoterapia analítica funcional, creación de relaciones terapéuticas intensas y curativas. *Facultad psicología, Universidad de Málaga*. Tomado el 15 de marzo de <http://www.who.int/topics/depression/es/>

Kaholokula, J., Godoy, A., O'Brien, W., Haynes, S., y Gavino, A. (2013). Análisis funcional en evaluación conductual y formulación de casos clínicos. *Clínica Y Salud*, 24(2), 117-127.

Machado, M., Lopera, M., Díaz, J., Jaramillo, L., y Einarson, T. (2008). Farmacoeconomía de antidepresivos en el trastorno depresivo de moderado a severo en Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 24(4), 233-239.

Martínez, M., García, J., y Inglés, C. (2013). Relaciones entre ansiedad escolar, ansiedad rasgo, ansiedad estado y depresión en una muestra de adolescentes españoles. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*, 13(1), 47-64

- Murcia, E., Losada, Y., Rojas, L., y Londoño, P. (2009). Prevalencia de la depresión infantil en Neiva Colombia. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 27(1), 154-164. Recuperado el día 3 de junio del 2015 de <http://web.b.ebscohost.com/>
- Navarro, M., y Hernández, M. (2013). Terapias Cognitivo Conductuales Para El Tratamiento De Los Trastornos De Personalidad. *Acción Psicológica*, 10(1), 33-43.
- Nezu, A. Maguth, C. y Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos Cognitivos conductuales, un enfoque basado en problemas*. Editorial manual moderno.
- Niño, C., Juan, M., y Abril, F. (2014). Episodios de ansiedad y depresión en universitarias de Tunja (Colombia): probablemente asociación con uso de anticoncepción hormonal. 2012. *Investigaciones ANDINA*, 16(29), 1059-1071. Recuperado el 3 de junio de 2015 de <http://web.b.ebscohost.com/>
- López, M., Ferro, R. y Valero, L. (2010). Intervención en un trastorno depresión mediante la Psicoterapia Analítica Funcional. *Psicothema*, 22(1), 92-98
- Luengo., D. (2003) *Vencer la ansiedad, una guía práctica para pacientes y terapeutas*. Paidós ibérica. Barcelona
- Pérez, M. (2007). La Activación Conductual y la Desmedicalización de la Depresión. *Papeles del Psicólogo*, 28, 97-110
- Pérez, M. P. (2010). *Guía para la escritura de artículos científicos en psicología*. Medellín: Editora Revista CES Psicología.
- Pérez, M., García, J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*. 13: 493-510
- Pérez, M. (2001). Afinidades de las terapias nuevas. *Revista Internacional de la Salud y Psicología Clínica*, 1, 15-23.
- Ramírez, L. A. (2011). El debate axiológico como propuesta de intervención terapéutica complementaria a los debates clásicos de la REBT en la depresión. *Revista CES Psicología*, 4(2), 60-81
- Rey, C. (2004). La terapia de aceptación y compromiso (ACT): sus aplicaciones y principales fundamentos conceptuales, teóricos y metodológicos. *Suma Psicológica*, 11(2), 267-284. Recupero el 3 de julio del 2014 de <http://web.b.ebscohost.com/>

- Rivas, A., Tobón, A., Rivas, J., y Miranda, C. (2010). Frecuencia de depresión en pacientes con epilepsia que consultan dos instituciones de tercer nivel en Calí, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(4), 693-704. Recuperado el 3 de junio del 2015 de <http://web.b.ebscohost.com/>.
- Roda, C. (2014) Nuevas terapias psicológicas de la tercera generación. Capítulo 2. Recuperado el día 20 de mayo del 2014 en http://www.psicologia-online.com/psicologia_clinica/nuevas_terapias_psicologicas/
- Romero, A., y Jaramillo, L. (2012). Estrategias de afrontamiento y su relación con depresión y ansiedad en residentes de pediatría en un hospital de tercer nivel. *Boletín Médico Del Hospital Infantil De Mexico*, 69(5), 347-354.
- Rosselló, J., Duaité-Vélez, Y., Bernal, G., y Zuluaga, M. G. (2011). Ideación suicida y respuesta a la terapia cognitiva conductual en adolescentes puertorriqueños/as con depresión mayor. *Revista Interamericana De Psicología*, 45(3), 321-330. Recuperado el 4 de junio del 2015 de <http://web.b.ebscohost.com/>
- Sanz, J. García. M. P. Espinosa, R. Fortín, M. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 16, 121- 142.
- Sanz, J. Perdigón, A. L. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14, 249-280.
- Segal, Z. Williams, J. y Teasdale, J. (2008). *Terapia cognitiva de la depresión basada en la consciencia plena. Un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas*. España: Desclée.
- Sepúlveda, A., Herrera, O., Jaramillo, L., y Anaya, A. (2014). La musicoterapia para disminuir la ansiedad. *Revista Médica del IMSS*, 52S50-S54.
- Soledad. M., Pulido, R., Salome, M., y Gonzalo, Y. (2013). Reconocimiento falso y ansiedad estado/rasgo. *Psicológica*, 34(2), 299-311.
- Spielberger, C. D. (1966). Teoría e investigación sobre la ansiedad. *Ansiedad y comportamiento*. New York: Academic Press.
- Titov, N. Dear, B. Johnston, L. y Terides, M. (2012). Tratamiento transdiagnóstica para la ansiedad y la depresión. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17, 3, 237-260. Sydney, Australia
- Toro, R. (2003). Conducta suicida: Consideraciones prácticas para la implementación de la terapia Cognitiva. *Psychologia*, 7(1), 93-102.

- Valadez, A. (2002). Aplicación de técnicas cognitivo conductuales en un caso de problemas familiares: reestructuración cognitiva, asertividad y manejo de contingencias. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 5, 2. Recuperado el día 24 de junio del 2013 en <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/principal.html>
- Vallejo, J. y Gasto, C. (1990) *Trastornos afectivos ansiedad y depresión*. Barcelona. España: Salvat Editores, S.A.
- Villalobos, F. (2010). Estructura factorial y propiedades psicométricas de una escala de depresión en universitarios de Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 27(2), 110-116.
- Wilson, K. G y Luciano, M. C. (2002) *Terapia de aceptación y compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a valores*. Madrid: Pirámide
- Zindel, V. Segal, J. Markg, W. y John, D. (2008). *Terapia cognitiva de la depresión basada en la consciencia plena, un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas*. Bilbao Editorial Desclée de Brouwer S.A.
- Zapata, A., y Londoño, H. (2010). Evaluación de un programa de educación en salud mental basado en el modelo de la terapia centrada en los esquemas en candidatos a la vida presbiteral. *Revista Lasallista De Investigación*, 7(2), 56-68. Recuperado el día 13 de junio del 2015 de <http://web.b.ebscohost.com/>

**ANEXO 1
FORMATO HISTORIA CLINICA**

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 PRACTICANTE/PASANTE:			
2. INFORMACIÓN FAMILIAR			
Genograma:			

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

3. SITUACIÓN ACTUAL DEL PACIENTE

MOTIVO DE CONSULTA:

OBSERVACIÓN GENERAL DEL CONSULTANTE:

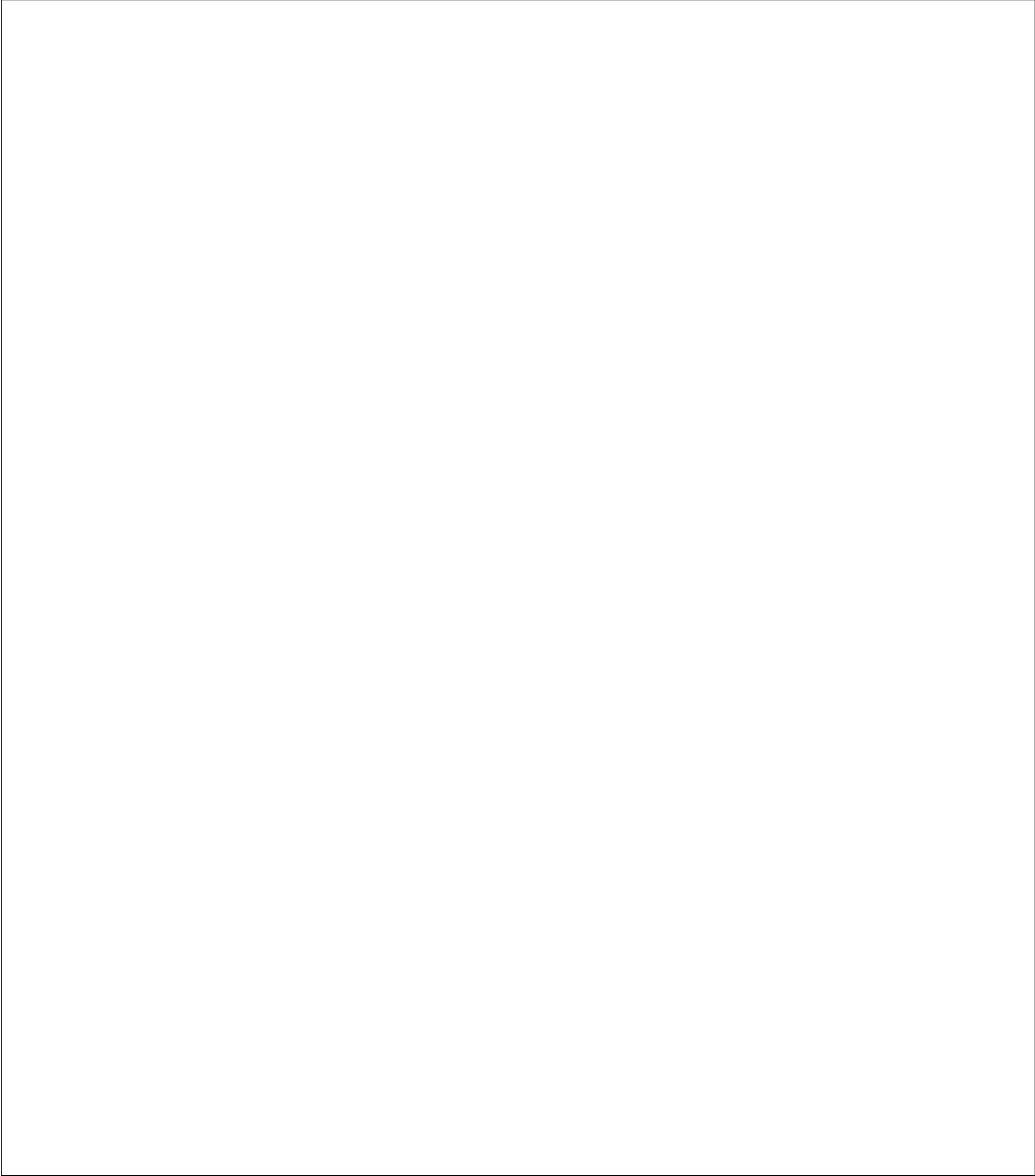
DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ACTUAL: (funcionamiento en diferentes áreas, nivel de afectación, redes de apoyo (percibido y real).

4. ANTECEDENTES PERSONALES

5. ANTECEDENTES FAMILIARES

6. COMENTARIOS

7. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA		
8. PLAN DE INTERVENCIÓN		
FIRMA CONSULTANTE C.C.	FIRMA PRACTICANTE C.C.	FIRMA SUPERVISOR T.P.
9. SEGUIMIENTO		



ANEXO 2 CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. _____ de _____, Manifiesto que conozco que el servicio de Psicología que ofrece los psicólogos estudiantes de especialización en Psicología Clínica de la Universidad Pontificia Bolivariana bajo la supervisión directa de un asesor quien tendrá acceso a toda la información que se recoja durante el proceso, y quien en los casos que se considere pertinente acompañará las sesiones.

Acepto que la información que apporto a través de la entrevista Psicológica podrá ser usada con fines académicos, guardando reserva absoluta de los datos confidenciales de identificación de las personas allí mencionadas.

Reconozco que tengo derecho a solicitar un resumen de la historia clínica así como de los resultados de pruebas si son aplicadas.

Acepto que en los casos que obligue la Ley la información de la historia clínica puede ser presentada a las autoridades pertinentes.

Tengo claro que me puedo retirar del proceso en el momento que lo desee y que asumo las consecuencias que ello implique.

Autorizo para el cabal cumplimiento de los objetivos del proceso terapéutico sean aplicadas las pruebas pertinentes y necesarias.

Acepto que esta sesión sea grabada en video o audio, para fines netamente académicos, información que será supervisada por un asesor y al que tendrán acceso él y quienes participan en el proceso.

Después de haber leído toda la información contenida en este documento y haber recibido del Psicólogo explicaciones sobre la intervención y habiendo dispuesto de tiempo suficiente para reflexionar sobre las implicaciones de mi decisión libre, y voluntaria, manifiesto que he decidido autorizar el inicio de mi proceso de intervención Psicológica.

En consecuencia de lo anterior firmo este documento de consentimiento informado el día _____, en presencia del psicólogo(a) estudiante de Especialización en Psicología Clínica de la Universidad Pontificia Bolivariana _____.

Consultante

Psicólogo(a)

Estudiante en Especialización Clínica

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUDIO

Yo _____ identificada con cédula de ciudadanía número _____ de _____ autorizo a la psicóloga _____ para que durante el proceso se realice la grabación en audio de una o todas las sesiones. Las cuales se llevaran a cabo en el Centro de Proyección Social de la Universidad Pontificia Bolivariana en Piedecuesta Santander.

La finalidad de grabar las sesiones, será para mejor análisis y comprensión del proceso terapéutico, a la vez que sirva como indicador de evaluación y evolución durante las sesiones.

La información obtenida en las grabaciones no será difundida o utilizada para otro propósito, que no sea el académico, por lo que puede tener acceso a ella la psicóloga tratante, su asesora o algunos estudiantes bajo reserva total de la identidad de quien suministra dicha información.

Estoy de acuerdo, tengo claro lo leído y después de pensarlo doy permiso por este medio para que las sesiones sean grabadas en audio para los propósitos anteriormente enunciados.

NOMBRE DEL CONSULTANTE

FIRMA

NOMBRE DE PSICOLOGA TRATANTE

FIRMA

FECHA:

ANEXO 4

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK

NOMBRE _____ **FECHA** _____

Indique para cada uno de los siguientes síntomas el grado en que se ha visto afectado por cada uno de ellos durante la última semana y en el momento actual. Elija de entre las siguientes opciones la que mejor se corresponda:

0= en absoluto

1=levemente, no me molesta mucho

2=moderadamente, fue muy desagradable, pero podría soportarlo

3= severamente, casi no podría soportarlo

		0	1	2	3
1	Hormigueo o entumecimiento				
2	Sensación de calor				
3	Temblor de piernas				
4	Incapacidad de relajarse				
5	Miedo a que suceda lo peor				
6	Mareo o aturdimiento				
7	Palpitaciones o taquicardia				
8	Sensación de inestabilidad física				
9	Terrores				
10	Nerviosismo				
11	Sensación de ahogo				
12	Temblores de manos				
13	Temblor generalizado o estremecimiento				
14	Miedo a perder el control				
15	Dificultad para respirar				
16	Miedo a morir				
17	Sobresaltos				
18	Molestias digestivas o abdominales				
19	Palidez				
20	Rubor facial				
21	Sudoración (no debida al calor)				

ANEXO 5

ESCALA MODO DE AFRONTAMIENTOS DE LAZARUS

NOMBRE _____ **EDAD** _____

SEXO _____ **ESTADO CIVIL** _____

Instrucciones:

El siguiente cuestionario tiene como finalidad ayudarlo a analizar las formas o estilos principales en que usted enfrenta las situaciones problemáticas o conflictivas. Lea por favor cada uno de los ítems que se indican a continuación y escriba el número que exprese en qué medida usted actuó en cada uno de ellos.

0= en absoluto **1**=en alguna medida **2**=bastante **3**=en gran medida

		0	1	2	3
1	Me he concentrado exclusivamente en lo que tenía que hacer (próximo paso)				
2	Intenté analizar el problema para comprenderlo mejor				
3	Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme de todo lo demás				
4	Creí que el tiempo cambiaría las cosas y que todo lo que tenía que hacer era esperar				
5	Me comprometí o me propuse sacar algo positivo de la situación				
6	Hice algo en lo que no cría, pero al menos no me quedé sin hacer nada				
7	Intente encontrar al responsable para hacerle cambiar de opinión				
8	Hable con alguien que podía hacer algo concreto por mi problema				
9	Me critiqué o me sermoneé a mí mismo				
10	No intente quemar mis naves, así que deje alguna posibilidad abierta				
11	Confíe en que ocurría un milagro				
12	Seguí adelante con mi destino (simplemente, algunas veces tengo mala suerte)				
13	Seguí adelante como si no hubiera pasado nada				
14	Intente guardar para mí mis sentimientos				
15	Busque algún resquicio de esperanza, `por así decirlo, intente mirar por su lado bueno				
16	Dormí más de lo habitual				
17	Manifesté mi enojo a las persona responsables del problema				
18	Acepte la simpatía y comprensión de alguna persona				

19	Me dije a mi mismo cosas que me hicieron sentir mejor				
20	Me sentí inspirado para hacer algo creativo				
21	Intente olvidarme de todo				
22	Busque la ayuda de un profesional				
23	Cambie, madure como persona				
24	Espere a ver lo que pasa antes de hacer nada				
25	Me disculpe o hice algo para compensar				
26	Desarrolle un plan de acción y lo seguí				
27	Acepte la segunda posibilidad mejor de lo que yo quería				
28	De algún modo exprese mis sentimientos				
29	Me di cuenta de que yo fui la causa del problema				
30	Salí de la experiencia mejor de lo que entre				
31	Hable con alguien que podía hacer algo concreto por mi problema				
32	Me aleje del problema por un tiempo; intente descansar o tomar unas vacaciones				
33	Intente sentirme mejor, comiendo, bebiendo, tomando drogas o medicamentos, etc.				
34	Tome una decisión muy importante o hice algo muy arriesgado				
35	Intente no actuar demasiado de prisa o dejarme llevar por mi primer impulso				
36	Tuve fe en algo nuevo				
37	Mantuve mi orgullo y puse al mal tiempo buena cara				
38	Redescubrí lo que es importante en mi vida				
39	Cambie algo para que las cosas fueran bien				
40	Evite estar con la gente				
41	No permití que me venciera; rehusé pensar en el problema mucho tiempo				
42	Pregunte a un pariente u amigo y respete su consejo				
43	Oculte a los demás lo mal que me iban las cosas				
44	No me tome en serio la situación, me negué a considerarlo en serio				
45	Le conté a alguien como me sentía				
46	Me mantuve firme y peleé por lo que quería				
47	Me desquite con los demás				
48	Recurrí a experiencias pasada, ya que me había encontrado antes en una situación similar				
49	Sabía lo que iba hacer, así que redoble mis esfuerzos para conseguir que las cosas marcharan bien				
50	Me negué a creer lo que había ocurrido				
51	Me prometí a mí mismo que las cosas serían distintas las próxima vez				
52	Me propuse un par de soluciones distintas al problema				
53	Lo acepte ya que no podía hacer nada al respecto				
54	Intente que mis sentimientos no interfirieran demasiado con mis cosas				
55	Deseo poder cambiar lo que estaba ocurriendo o la forma como me sentía				
56	Cambie algo en mi				
57	Soñé o me imaginé otro tiempo y otro lugar mejor que el presente				
58	Deseo que la situación se desvaneciera o terminara de algún modo				

59	Fantaseé e imaginé el modo en que podría cambiar las cosa				
60	Recé				
61	Me preparé mentalmente para lo peor				
62	Repase mentalmente lo que haría o diría				
63	Pensé como dominaría la situación alguna persona a quien admiro y la tome como modelo				
64	Intente ver las cosas desde el punto de vista de la otra persona				
65	Me recordé a mí mismo cuanto peor podrían ser las cosas				
66	Corrí o hice ejercicio				
67	Intente algo distinto de todo lo anterior (por favor descríballo)				

ANEXO 6

TERMOMETRO DEL ESTADO DE ANIMO

DIA							
MEJOR ESTADO DE ANIMO	9	9	9	9	9	9	9
	8	8	8	8	8	8	8
	7	7	7	7	7	7	7
	6	6	6	6	6	6	6
ESTADO DE ANIMO REGULAR	5	5	5	5	5	5	5
	4	4	4	4	4	4	4
	3	3	3	3	3	3	3
	2	2	2	2	2	2	2
PEOR ESTADO DE ANIMO	1	1	1	1	1	1	1

ESCALA DIARIA DEL ESTADO DE ANIMO

1----2----3----4----5----6----7----8----9----10

- 1: Estado de ánimo pésimo
- 2 a 3: Estado de ánimo malo
- 4: Estado de ánimo regular
- 5: Estado de ánimo estable
- 6: Estado de ánimo Medianamente bien
- 7 y 8: Estado de ánimo bien
- 9: Estado de ánimo muy bien
- 10: Estado de ánimo excelente

ANEXO 7

INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

NOMBRE: _____ EDAD _____ SEXO _____

A continuación aparecerá un grupo de alternativas con una letra de cada una. Estas alternativas están agrupadas por números. Usted debe escoger una de ellas, es decir solo una letra por cada número.

1

- a) No estoy triste.
- b) Siento desgano de vivir, o bien; estoy triste.
- c) Siento siempre desgano de vivir, o bien; estoy siempre triste y no lo puedo remediar.
- d) Estoy triste y me siento tan desgraciado que sufro mucho.
- e) Tengo la impresión que mi futuro es desesperado y que no mejora mi situación.

2

- a) No estoy demasiado pesimista, ni me siento muy desanimado con respecto a mi futuro.
- b) Creo que no debo esperar ya nada.
- c) Creo que jamás me liberare de mis penas y sufrimientos.
- d) Tengo la impresión que mi futuro es desesperado y que no mejorara mi situación.

3

- a) No tengo la sensación de haber fracasado.
- b) Creo haber hecho en la vida pocas cosas que valgan la pena.
- c) Tengo la sensación de haber fracasado más que otras personas.
- d) Si pienso en mi vida veo que no he tenido más que fracasos.
- e) Creo que he fracasado por completo.

4

- a) No estoy particularmente descontento.
- b) Casi siempre me siento aburrido.
- c) No hay nada que me alegre como me alegraba antes.
- d) No hay nada en absoluto que me propicie una satisfacción.
- e) Estoy descontento del todo.

5

- a) No me siento particularmente culpable.
- b) Siento muchas veces que hago las cosas mal o que no valgo nada.
- c) Me siento culpable.
- d) Ahora tengo constantemente la sensación que hago las cosas mal o de que no valgo nada.
- e) Considero que soy malo. Que hago todo mal y que no valgo absolutamente.

6

- a) No tengo la impresión de un castigo.
- b) Creo que me podría pasar algo malo.
- c) Tengo la impresión de ahora o muy pronto voy a ser castigado.
- d) Creo que merezco ser castigado.
- e) Quiero ser castigado.

7

- a) No estoy descontento de mí mismo.
- b) Estoy descontento de mí mismo.
- c) No me gusta a mí mismo.
- d) No me puedo soportar a mí mismo.
- e) Me odio.

8

- a) No tengo la impresión de ser peor que los demás.
- b) Tengo muy en cuenta mis propias faltas y mis propios defectos.
- c) Me hago reproches por todo lo que no sale bien.
- d) Tengo la impresión de que mis defectos son muchos y muy grandes.

9

- a) No pienso ni se me ocurre quitarme la vida.
- b) A veces se me ocurre que podría quitarme la vida pero no lo hare.
- c) Pienso que sería preferible que muriese.
- d) He planeado como podría suicidarme.
- e) Creo que sería mejor para mi familia que yo muriese.
- f) Si pudiera me suicidaría.

10

- a) No lloro más de lo normal.
- b) Llora con mucha frecuencia. Más de lo normal.
- c) Me paso todo el tiempo llorando y no puedo dejar de hacerlo.
- d) Ahora ya no puedo llorar. Aunque quisiera como lo hacía antes.

11

- a) No me siento más irritado que de costumbre.
- b) Me enfado o me irrito con más facilidad que antes.
- c) Estoy constantemente irritado.
- d) Ahora no me irrita las cosas que antes me enfadaba.

12

- a) No he perdido el interés por los demás.
- b) Me intereso por los demás menos que antes.
- c) He perdido casi por completo el interés hacia los demás y siento poca simpatía por otras personas.
- d) Los demás no me interesan nada y todo el mundo me es totalmente indiferente.

13

- a) Tengo la misma facilidad de antes para tomar decisiones.
- b) Ahora me siento segura de mi mismo y procuro evitar tomar decisiones.
- c) Ya no puedo tomar decisiones sin que me ayude alguien a hacerlo.
- d) Ahora me siento completamente incapaz de tomar ninguna decisión, sea la que sea.

14

- a) No tengo la impresión de prestar peor aspecto que de costumbre.
- b) Temo que mi aspecto cause mala impresión o de parecer avejentado.
- c) Tengo la impresión de presentar cada vez peor aspecto.
- d) Tengo la impresión que mi aspecto es feo, desagradable y repulsivo.

15

- a) Trabajo con la misma facilidad que siempre.
- b) Ahora me cuesta más esfuerzo que antes ponerme a trabajar.
- c) Ya no trabajo tan bien como antes.
- d) Tengo que hacer un gran esfuerzo para realizar cualquier cosa.
- e) Me siento incapaz de hacer cualquier trabajo por pequeño que sea.

16

- a) Duermo bien como de costumbre.
- b) Por la mañana me levanto más cansado que de costumbre.
- c) Me despierto una o dos veces más temprano que antes y me cuesta trabajo volverme a dormir.
- d) Me despierto demasiado temprano por la mañana y no puedo dormir más de cinco horas.

17

- a) No me canso antes que de costumbre.
- b) Me canso más pronto que antes.
- c) Me canso de hacer cualquier cosa.
- d) Me agoto mucho de hacer cualquier cosa.

18

- a) Mi apetito no es peor que de costumbre.
- b) No tengo apetito como antes.
- c) Tengo mucho menos apetito que antes.
- d) No tengo en absoluto ningún apetito.

19

- a) No he perdido peso, y si lo he perdido es desde hace muy poco.
- b) He perdido más de 2kg de peso.
- c) He perdido más de 4kg de peso.
- d) He perdido más de 7kg de peso.

20

- a) Mi salud no me preocupa más que de costumbre.
- b) Me preocupo constantemente por mis molestias físicas y mis malestares.
- c) Mis molestias físicas me preocupan tanto que resulta difícil pensar en cualquier otra cosa.

d) No hago nada en absoluto, que pensar en mis molestias físicas.

21

a) No he notado que desde hace poco haya cambiado mi interés por las cosas sexuales.

b) Me intereso menos que antes por cosas relativas al sexo.

c) Me intereso ahora mucho menos que antes por el referente al sexo.

d) He perdido todo interés por las cosas del sexo.

ANEXO 8

VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO DE ESQUEMAS DE YOUNG 559

* Ítems con propiedades psicométricas en una muestra Colombiana de 1419 estudiantes universitarios.

*CUESTIONARIO DE ESQUEMAS DE YOUNG, YSQ-L2**

D. Castrillón, L. Chaves, A. Ferrer, N. H. Londoño, K. Maestre, C. Marín, M. Schnitter (2003)
 Universidad de San Buenaventura – Medellín (Colombia)
 Desarrollado por Jeffrey E. Young, PhD y Gary Brown, Med. Copyright, 1990. N° Protocolo

Edad: _____ Sexo: Masculino (____) Femenino (____)
 Estado Civil: _____
 Estrato socioeconómico: 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 ()

INSTRUCCIONES

Enumeradas aquí, usted encontrará afirmaciones que una persona podría usar para describirse a sí misma. Por favor, lea cada frase y decida que tan bien lo(a) describe. Cuando no esté seguro(a), base su respuesta en lo que usted siente, no en lo que usted piense que es correcto.

1. Completamente Falso de mí.
2. La mayor parte falso de mí.
3. Ligeramente más verdadero que falso.
4. Moderadamente verdadero de mí.
5. La mayor parte verdadero de mí.
6. Me describe perfectamente.

1	Las personas no han estado ahí para satisfacer mis necesidades emocionales.	1	2	3	4	5	6
2	Por mucho tiempo de mi vida, no he tenido a nadie que quisiera estar estrechamente ligado a mí, y compartir mucho tiempo conmigo.						
3	La mayor parte del tiempo no he tenido a nadie que realmente me escuche, me comprenda o esté sintonizado con mis verdaderas necesidades y sentimientos.						
4	Rara vez he tenido una persona fuerte que me brinde consejos sabios o dirección cuando no estoy seguro de qué hacer.						
5	Me preocupa que las personas a quienes me siento cercano me dejen o me abandonen.						
6	Cuando siento que alguien que me importa está tratando de alejarse de mí, me desespero.						
7	Me aflijo cuando alguien me deja solo(a), aún por un corto período de tiempo.						
8	No puedo contar con que las personas que me apoyan estén presentes en forma consistente.						
9	Me preocupa muchísimo que las personas a quienes quiero encuentren a alguien más a quien prefieran, y me dejen.						
10	Necesito tanto a las otras personas que me preocupo acerca de la posibilidad de						

	perderlas.							
11	Me siento tan indefenso(a) si no tengo personas que me protejan, que me preocupa mucho perderlas.							
12	Si alguien se comporta muy amable conmigo, asumo que esa persona debe estar buscando algo.							
13	Me da una gran dificultad confiar en la gente.							
14	Sospecho mucho de las intenciones de las otras personas.							
15	Las otras personas muy rara vez son honestas; generalmente no son lo que parecen.							
16	Usualmente estoy en la búsqueda de las verdaderas intenciones de los demás.							
17	Me preocupa volverme un indigente o vago.							
18	Me preocupa ser atacado.							
19	Siento que debo tener mucho cuidado con el dinero porque de otra manera podría terminar sin nada, en la ruina.							
20	Me preocupa perder todo mi dinero y volverme indigente.							
21	Mis padres y yo tendemos a involucrarnos demasiado en la vida y problemas de cada uno.							
22	Es muy difícil tanto para mis padres como para mí, callar detalles íntimos sin sentirnos traicionados o culpables.							
23	Le doy más a los demás de lo que recibo a cambio.							
24	Usualmente soy el (la) que termino cuidando a las personas a quienes tengo cerca.							
25	No importa que tan ocupado(a) esté, siempre puedo encontrar tiempo para otros							
26	Siempre he sido quien escucha los problemas de todo el mundo.							
27	Me da vergüenza expresar mis sentimientos a otros.							
28	Me es difícil ser cálido y espontáneo.							
29	Me controlo tanto, que los demás creen que no tengo emociones.							
30	Me esfuerzo por mantener casi todo en perfecto orden.							
31	Tengo que parecer lo mejor la mayoría del tiempo.							
32	Trato de hacer lo mejor. No puedo conformarme con lo "suficientemente bueno".							
33	Mis relaciones interpersonales sufren porque yo me exijo mucho.							
34	Mi salud está afectada porque me presiono demasiado para hacer las cosas bien.							
35	Con frecuencia sacrifico placer y felicidad por alcanzar mis propios estándares.							
36	Cuando cometo errores, me merezco fuertes críticas.							
37	Tengo la sensación de que lo que ofrezco es de mayor valor que las contribuciones de los demás.							
38	Usualmente pongo mis propias necesidades por encima de las de otras personas.							
39	Con frecuencia siento que estoy tan involucrado(a) en mis propias prioridades, que no tengo tiempo para dar a los amigos o a la familia.							
40	Parece que no puedo disciplinarme a mí mismo para completar tareas rutinarias o aburridas.							
41	Si no consigo una meta, me frustro fácilmente y la abandono.							
42	Es para mí muy difícil sacrificar una satisfacción inmediata para alcanzar una meta a largo plazo.							
43	Cuando las tareas se vuelven difíciles, normalmente no puedo perseverar para completarlas.							
44	No me puedo concentrar en nada por demasiado tiempo.							
45	No me puedo forzar a hacer las cosas que no disfruto, aun cuando yo sé que son por mi bien.							

ANEXO 9

CONSCIENCIA PLENA DE LA RESPIRACIÓN

Centrarse en la respiración:

- Te trae de vuelta a este mismo momento, el aquí y ahora
- Se encuentra siempre disponible a modo de ancla y refugio, sin importar donde se encuentre
- Puede realmente cambiar su experiencia conectándole con un espacio y perspectiva más amplios desde las cuales observar las cosas.

Fundamentos:

Ayuda el hecho de adoptar una postura recta y dignificada, con la cabeza, el cuello y la espalda alineados verticalmente- la contraparte física de las actitudes internas de autoconfianza, autoconfianza, autoaceptación, paciencia y alerta que estamos cultivando

Practique en una silla o sobre el suelo. Si usted emplea silla, elija una con un respaldo vertical y permita que sus pies se posen sobre el suelo. Si fuera posible, no se apoye en el respaldo de la silla, de modo que la columna se sujete a sí misma

Si usted decide sentarse en el suelo, hágalo sobre un cojín grueso y firme(o una almohada doblada dos o tres veces), que permita que sus nalgas se hallen separadas del suelo entre 8 y 16 centímetros

Consciencia plena de la respiración

1. Instálese en una posición sedante cómoda, ya sea sobre una silla con respaldo recto o bien sobre una superficie mullida en el suelo, con las nalgas apoyadas sobre cojines o un taurete bajo. Si usted emplea una silla, es muy útil sentarse lejos del respaldo, de modo que la columna se sostenga por sí misma. Si usted se sienta en el suelo es aconsejable que sus rodillas realmente lo toquen; experimente con la altura de los cojines o del taurete, hasta que usted se sienta apoyado de un modo cómodo y firme.
2. Permita que su espalda adopte una postura erecta, dignificada y cómoda. Si se sienta en una silla, coloque los pies extendidos sobre el suelo, sin cruzar las piernas. Cierre suavemente los ojos.
3. Traiga su consciencia al nivel de las sensaciones físicas enfocando su atención hacia las sensaciones del tacto y la presión donde su cuerpo entra en contacto con el suelo y

- con lo que usa de apoyo para sentarse. Dedique un minuto o dos a explorar esas sensaciones, tal como en la exploración corporal.
4. Ahora traiga su consciencia a los patrones cambiantes de las sensaciones físicas en la parte inferior del abdomen cuando la respiración lo mueve al entrar y salir de su cuerpo. (la primera vez que intente esta práctica, puede ser útil colocar su mano en la parte inferior del abdomen y llegar a ser consciente del patrón cambiante de sensaciones en el lugar donde su mano se encuentra en contacto con el abdomen. Tras “sintonizar”, de este modo, con las sensaciones físicas en esta área, puede retirar su mano y continuar enfocando las sensaciones en la pared abdominal.
 5. Enfoque su consciencia sobre las sensaciones del ligero ensanchamiento que acontece cuando la pared abdominal se eleva con cada inspiración y al suave proceso de desinflarse cuando cae con cada exhalación. Siga con su consciencia, lo mejor que pueda, las cambiantes sensaciones físicas de la parte inferior del abdomen, durante todo el camino que recorre la respiración cuando sale de su cuerpo con la espiración, percatándose quizás de las ligeras pautas entre una inspiración y la siguiente exhalación, así como entre la última y la siguiente inspiración.
 6. No hay necesidad de tratar de controlar la respiración en ningún sentido: simplemente permita que la respiración siga su proceso por sí misma. Lleve también esta actitud, en la media de sus posibilidades, de permisividad al resto de su experiencia. Nada de resolverse, no se precisa alcanzar ningún estado particular. Simplemente permita, lo mejor que pueda, que su experiencia sea su experiencia, sin necesidad de que se convierta en algo diferente.
 7. Más pronto o más tarde (generalmente lo primero), su mente se distraerá del enfoque en la respiración sobre la parte inferior del abdomen y se centrará en pensamientos, planes, ensoñaciones, propósitos, cualquier cosa. Esto está perfectamente bien: constituye simplemente el modo de obrar de la mente. No conforma un error ni un fracaso detectar que su consciencia ya no se encuentra por primera vez más consciente de su experiencia! Podía desear saber brevemente, donde se ha ido la mente (ah, allí está pensando”). Después, acompañe suavemente a la consciencia de vuelta al enfoque sobre el patrón cambiante de sensaciones físicas en la parte inferior del abdomen, renovando la intención de prestar atención al continuo proceso de inspiración- espiración sin importar lo que encuentre.
 8. Con independencia de la frecuencia con que divagó su mente (y esto ocurrirá con bastante probabilidad una y otra vez, incesantemente) felicítese, lo mejor que pueda, cada vez que se reconecte con su experiencia del momento, acompañando gentilmente la atención de vuelta hacia la respiración y simplemente, reanude el proceso de seguir consciente del patrón cambiante de sensaciones físicas que acontece junto con cada inspiración y espiración

9. Lleve una cualidad de benevolencia a su consciencia, lo mejor que pueda, considerando, quizás las repetidas divagaciones de la mente como oportunidades para llevar la paciencia así como una gentil curiosidad hacia su experiencia.
10. Continúe con la practica durante 15 minutos, o más si lo desea, recordándose, quizás, de vez en cuando, que el propósito consiste simplemente en ser consciente de su experiencia en cada momento, en la medida de sus posibilidades, empleando la respiración como u un ancla para volver a conectarse gentilmente con el aquí y ahora cada vez que observe que su mente ha divagado y que ya no se encuentra centrada en el abdomen, siguiendo la respiración.

ANEXO 10

MEDITACION DE LA EXPLORACION CORPORAL

1. Túmbese, colóquese de un modo cómodo, tumbado sobre la espalda en una esterilla o alfombra sobre el suelo, o en su cama, en un lugar cálido y en el que no le puedan molestar. Permita que sus ojos se cierren suavemente.
2. Tómese algunos momentos para entrar en contacto con el movimiento de su respiración y las sensaciones del cuerpo. Cuando esté preparado, lleve su consciencia a las sensaciones físicas de su cuerpo, especialmente a las sensaciones del tacto o la presión, donde su cuerpo establece contacto con el suelo o la cama. Con cada espiración.
3. No olvide la intención de esta práctica. La meta constituye en sentirse diferente relajando o en calma; esto puede suceder o no. En vez de ello, el propósito es, y en la medida de sus posibilidades, llevar la consciencia a cada parte del cuerpo.
4. Ahora lleve su consciencia a las sensaciones físicas de la parte inferior del abdomen, llegue a ser consciente de los patrones cambiantes de las sensaciones en el interior del abdomen mientras toma aire y cuando lo expulsa. Tómese unos minutos para sentir las sensaciones mientras toma aire y lo expulsa.
5. Tras conectar con las sensaciones del abdomen, lleve el enfoque o “el proyector” de su consciencia hacia el pie izquierdo en el interior del pie izquierdo y fuera, hasta los dedos del pie izquierdo. A su vez, enfoque la atención en cada uno de los dedos del pie izquierdo, llevando una amable curiosidad para investigar la cualidad las sensaciones que encuentra, observando quizás la sensación del contacto entre los dedos una especie de hormiguero, calidez o ninguna sensación en particular.
6. Cuando se encuentre preparado, durante una inspiración, sienta o imagine la respiración entrando en los pulmones y, descendiendo, después hacia el abdomen la pierna izquierda el pie izquierdo y, fuera hacia los dedos del pie izquierdo. Después, con la espiración, sienta o imagine la respiración ascendiendo por todo el camino de vuelta, fuera del pie, en la pierna, hacia arriba a través del abdomen, el pecho, y fuera a través de la nariz. Continúe así, en la medida de sus posibilidades, durante algunas respiraciones, introduciendo el aire hasta los dedos y extrayéndolo desde estos. Puede ser difícil entender esto tan solo practique que “introducción de la respiración” lo mejor que pueda, abordándolo de un modo lúdico.
7. Ahora, cuando se encuentre preparado, y en la espiración, deje marchar la consciencia de los dedos, y desplácela hacia las sensaciones de la planta de pie izquierdo- llevando una consciencia gentil y curiosa a la planta del pie, el empeine, el talón (por ejemplo, observando las sensaciones en el lugar donde el talón hace contacto con la esterilla o cama). Experimente con las sensaciones de la inspiración- siendo consciente de la respiración en un segundo plano, mientras, en un primer término, explora las sensaciones de la parte inferior del pie.

8. Ahora, permita que se expanda a la consciencia el resto de pie _ al tobillo; la parte superior del pie, y dentro de los huesos y las articulaciones. Después, iniciando una respiración ligeramente más profunda, dirigida la consciencia hacia abajo, a la totalidad de pie izquierdo y, cuando la respiración se encuentre en la fase de espiración, abandone completamente el pie izquierdo, permitiendo desplazar el foco de la consciencia a la parte inferior de la pierna izquierda- la pantorrilla, la espinilla, rodilla, etcétera, de un modo sucesivo.
9. Continúe desplazando la consciencia y una gentil curiosidad, hacia las sensaciones físicas de cada parte del resto del cuerpo de un modo sucesivo- parte superior de la pierna izquierda, los dedos del pie derecho, el pie derecho, la pierna derecha, el área pélvica, la espada, el abdomen, el pecho, los dedos de la mano, las manos, los brazos, los hombros, el cuello, la cabeza y la cara. En cada área, y en la medida de sus posibilidades, desplace el mismo nivel detallado de consciencia y curiosidad gentil hacia las sensaciones corporales presentes. Cuando abandone cada área principal, inspire y abandone esa parte con la respiración.
10. Cuando llegue a ser consciente de cierta tensión, o de otras sensaciones interesados en una parte determinada del cuerpo, usted puede “inspirar” hasta tales sensaciones, empleando la inspiración suavemente para llevar la consciencia justo hasta las sensaciones y, en la medida de sus posibilidades, experimentar la sensación de dejarlas seguir, o de liberarlas con la exhalación.
11. La mente se distraerá inevitablemente de la respiración y del cuerpo de vez en cuando. Eso es completamente normal. Eso es lo que hace la mente. Cuando observe eso, reconózcalo suavemente, percatándose de adonde su fue, después, dirija suavemente su atención hacia aquella parte del cuerpo en la que pretendía centrarse.
12. Un vez que usted haya “explorando” de este modo todo el cuerpo, dedique unos minutos a ser consciente de la sensaciones del cuerpo como totalidad así como de la respiración fluyendo libremente hacia el interior y el exterior del cuerpo.
13. Si usted descubre que se está durmiendo, puede encontrar útil apoyar la cabeza en una almohada, abrir los ojos o efectuar la practica sentado en vez de tumbado

ANEXO 11

EL PILOTO AUTOMATICO

En ocasiones podemos conducir durante millas “el piloto automático” sin ser realmente consciente de lo que estamos haciendo. Del mismo modo, podemos no estar realmente “presentes”, momento a momento, durante gran parte de nuestras vidas: a menudo nos podemos encontrar “a varias millas de distancia” sin percatarnos de ello.

En el modo “piloto automático” es más probable que seamos “dirigidos por mecanismos”: los eventos que nos rodean y los pensamientos, sentimientos, sensaciones de la mente (de los cuales pueden que seamos sólo confusamente conscientes) pueden desencadenar viejos hábitos de pensamiento que a menudo, son disfuncionales y pueden conducir a un empeoramiento del estado de ánimo.

Llegando a ser más conscientes de nuestros pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales del momento a momento, nos concedemos la posibilidad de una mayor libertad y elección; no debemos entrar en la mismas viejas “rutinas mentales” que pueden habernos causado problemas en el pasado.

La meta de este programa es incrementar la consciencia de un modo tal que podamos responder a la situaciones con libertad en vez de reacciona automáticamente,. Logramos eso mediante la práctica de llegar a ser más conscientes del lugar en el que se encuentra nuestra atención y cambiando deliberadamente del lugar en que encuentra atención cambiando delibera mente el foco de la atención, una y otra vez.

Para empezar, empleamos la atención en diferentes partes del cuerpo, a modo de foco para anclar nuestra consciencia en el momento, también nos estaremos entrenado para prestar atención y tener consciencia, a voluntad, en diferentes aéreas corporales. Este es el objetivo el ejerció de la exploración corporal que constituye la principal tara para casa durante la próximo semana.

PERMANECIENDO PRESENTE

Las circunstancias difíciles forman parte de la propia vida, Lo que establece la diferencia entre si las dificultades gobiernan (controlan) nuestras vidas o si nos podemos vincular con ellas de un modo más ligero es el modo en que las manejamos. Llegar a ser más conscientes de los pensamientos, emociones y sensaciones corporales evocadas por los eventos nos concede la posibilidad de liberarnos de modos de reacción automáticos y habituales, de manera que podamos en lugar de ello, responder con plena consciencia de forma más habilidosa.

En general, reaccionamos a la experiencia de una de estas tres maneras:

- Con la distancia, o el aburrimiento, de modo de no desviarnos saliendo del momento presente y yendo a algún otro lugar “en nuestra cabeza”.
- Con el deseo de aferrarnos a las cosas- sin permitirnos dejar marchar las experiencias que estamos experimentando en el momento, o desando vivir experiencias que en el momento presente se encuentran ausentes.
- Queriendo que ciertas experiencias se vayan, enfadándonos con ellas en el deseo de que desaparezcan ciertas vivencias del momento o evitando futuras experiencias que no deseamos.

Como se discutirá más a fondo en clase, cada uno de estos modos de reaccionar puede provocar problemas, particularmente la tendencia a reaccionar con aversión a las emociones desagradables. Por ahora, la cuestión principal es llegar a ser más conscientes de nuestra experiencia, de forma que podamos responder con plena consciencia en vez de reaccionar de un modo automático.

La práctica regular de la meditación en postura sedente nos proporciona muchas oportunidades para observar en qué momento nos hemos visto arrastrados de la consciencia del momento, para tratar con una consciencia amigable lo que quiere que se haya llevado nuestra atención, así como a traer de vuelta y de una manera gentil y firme, nuestra atención hacia nuestro punto de enfoque, reconectando con la consciencia momento a momento. El empleo deliberado, en otros momentos del día, del espacio para la respiración siempre que observemos emociones desagradables o una sensación de “agarrotamiento” o “tensión” corporales, suministra una oportunidad para empezar a responder en vez de reaccionar. (Segal, Williams, Teasdale, 2008)

ANEXO 12

INDICACIONES RESPIRACION DIAFRAGMATICA

Pasos para practicarla:

1º) Aprender respiración diafragmática:

- Pon una mano en el pecho y otra sobre el estómago, para asegurarte de que llevas aire a la parte de debajo de los pulmones, sin mover el pecho.
- Al tomar aire, lentamente, lo llevas a la parte de abajo de tus pulmones, hinchando un poco el estómago y barriga, sin mover el pecho.
- Retienes un momento el aire en esa posición.
- Sueltas el aire, lentamente, hundiendo un poco el estómago y barriga; sin mover el pecho.
- Procuras mantenerte relajado y relajarte un poco más al soltar el aire.

2º) Aprender a hacerla más lenta:

- Tomar aire, tal y como se indica en el párrafo anterior (con el estomago y sin mover el pecho), lentamente y contando de uno a 5. Retenerlo, contando de uno a 3.
- Soltarlo lentamente, mientras cuentas de uno a 5.

A tener presente al momento de su uso:

- Al empezar, practica cuando estés más tranquilo. Te resultara más fácil si estas acostado o recostado en algún lugar cómodo, silencioso y con temperatura agradable.
- No tomes mucha cantidad de aire.
- Es mejor que respires por la nariz, pero si tienes algún problema que te lo impida, respira por la boca sin abrirla demasiado.
- Practica varias veces al día (al menos 2 sesiones, de 10 minutos cada una), durante un par de semanas.
- Cuando ya domines la técnica en posición tumbado o recostado, practícala en diferentes posiciones (sentado, de pie, andando) y en diferentes lugares, empezando por los que te resulten más fáciles.
- Una vez aprendida, no será necesario que cuentes mentalmente. Bastará con hacer respiración diafragmática lenta.

- No la utilices para intentar controlar la ansiedad, hasta que sepas respirar de este modo, sintiéndote cómodo y relajado. Para esto, antes tienes que practicar muchas veces.
- La aplicación de esta técnica para afrontar la ansiedad en tu vida cotidiana, supone que seas capaz de ocupar en ella sólo una parte de su atención, mientras dejas libre otra parte de tu mente para atender otras tareas o cuestiones.

ANEXO 13

FOTOGRAFÍAS DE REGISTRO DE SEGUIMIENTO DEL ESTADO DE ANIMO

