

**TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR RECIDIVANTE ACOMPAÑADO DE
SÍNTOMAS MELANCÓLICOS DESDE EL ENFOQUE COGNITIVO-
CONDUCTUAL**

LAURA ORTIZ HERNÁNDEZ



**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
FACULTAD DE PSICOLOGIA
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
SEPTIEMBRE
2016**

**TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR RECIDIVANTE ACOMPAÑADO DE
SÍNTOMAS MELANCÓLICOS DESDE EL ENFOQUE COGNITIVO-
CONDUCTUAL**

LAURA ORTIZ HERNÁNDEZ

**En la modalidad de monografía para optar al título de:
ESPECIALISTA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

SUPERVISORA

Ps. Esp. LUZMAR QUINTERO DELGADO



**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
FACULTAD DE PSICOLOGIA
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
SEPTIEMBRE, 2016**

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	10
Descripción Institucional.....	10
MARCO TEÓRICO.....	11
Contextualización teórica.....	11
METODOLOGIA.....	27
Datos demográficos.....	27
Instrumentos de evaluación.....	27
ANÁLISIS DESCRIPTIVO.....	28
Motivo de consulta.....	28
Genograma.....	29
Expectativas del proceso terapéutico de la consultante.....	30
Impresión diagnóstica e hipótesis explicativa.....	30
Evaluación sincrónica.....	31
Evaluación diacrónica.....	36
Listado de principales problemas.....	38
Factores de predisposición.....	39
Factores de adquisición.....	39
Factores desencadenantes.....	39
Factores de mantenimiento.....	39
Factores protectores.....	40
Factores de riesgo.....	40
Objetivos terapéuticos.....	40

Plan de intervención.....	41
Seguimiento.....	48
RESULTADOS.....	49
Resultados de la intervención terapéutica (pre/pos-test).....	50
Resultados técnicas conductuales.....	59
Resultados técnicas cognitivas.....	60
DISCUSIÓN.....	61
CONCLUSIONES.....	67
RECOMENDACIONES.....	69
REFERENCIAS.....	71
ANEXOS.....	74

Lista de tablas

Tabla 1.....	41
<i>Descripción de la Intervención</i>	
Tabla 2.....	53
<i>Resultados Pre-test Inventario de Depresión Estado-Rasgo (IDER)</i>	
Tabla 3.....	53
<i>Resultados Pos-test Inventario de Depresión Estado-Rasgo (IDER)</i>	
Tabla 4.....	57
<i>Seguimiento diario del estado de ánimo durante el proceso terapéutico</i>	
Tabla 5.....	59
<i>Resultados activación conductual</i>	
Tabla 6.....	60
<i>Resultados cambio de pensamiento</i>	

Lista de gráficas

<i>Gráfica 1</i>	19
Modelo contextual de la Depresión	
<i>Gráfica 2</i>	29
Genograma	
<i>Gráfica 3</i>	29
Convenciones utilizadas en el Genograma	
<i>Gráfica 4</i>	50
Resultados de la intervención terapéutica (pre/pos-test)	
<i>Gráfica 5</i>	52
Aplicación pre y pos Inventario de Depresión de Beck-II (BDI II)	
<i>Gráfica 6</i>	54
Aplicación pre y pos Inventario de Depresión Estado Rasgo (IDER)	
<i>Gráfica 7</i>	56
Aplicación pre y pos Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)	
<i>Gráfica 8</i>	56
Aplicación pre y pos Test de Asertividad de Rathus (R.A.S)	
<i>Gráfica 9</i>	58
Evolución del estado de ánimo semanal durante el proceso terapéutico	

Lista de anexos

Anexo 1. Formato Recepción de caso y Consentimiento Informado.....	72
Anexo 2. Formatos Historia Clínica.....	77
Anexo 3. Inventario de Depresión de Beck (BDI-II).....	83
Anexo 4. Inventario de Depresión Estado-Rasgo (IDER).....	88
Anexo 5. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).....	89
Anexo 6. Test de Asertividad de Rathus (R.A.S).....	94
Anexo 7. Medición Estado de ánimo semanal.....	106

Trastorno depresivo mayor recidivante con síntomas melancólicos 8

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR RECIDIVANTE ACOMPAÑADO DE SÍNTOMAS MELANCÓLICOS DESDE EL ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL

AUTOR(ES): LAURA ORTIZ HERNÁNDEZ

FACULTAD: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR(A): LUZ MAR QUINTERO DELGADO

RESUMEN

Los cambios de estado de ánimo son una de las problemáticas que alteran la salud mental con mayor frecuencia en el mundo, según las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud afectan a 350 millones de personas, de igual forma se estima que cada año más de 800.000 individuos se suicidan, convirtiéndose en la segunda causa de muerte. En Colombia se considera que para el 2020 los trastornos del estado de ánimo serán la primera causa general de consulta en el país, siendo las mujeres más propensas a sufrir depresión, resaltando la aparición cada vez más en jóvenes. En la presente monografía se describe el estudio de un caso clínico, cuyo diagnóstico es trastorno depresivo mayor recidivante acompañado de síntomas melancólicos. El proceso de intervención se desarrolló en el Centro de Proyección Social de la Universidad Pontificia Bolivariana situado en el municipio de Piedecuesta, abordado desde el modelo Cognitivo-Conductual, mediante la Terapia Cognitiva de Beck, Terapia Racional Emotiva Conductual, utilizando técnicas como la Reestructuración Cognitiva, Identificación y Detección de Pensamientos Disfuncionales, Entrenamiento en Habilidades Sociales y Asertividad, Estrategias de Autocontrol, Identificación de Emociones y Reforzamiento Diferencial. Para finalizar el estudio reforzó la validez del enfoque cognitivo en el tratamiento de la depresión, resaltando la importancia de la psicoeducación frente al diagnóstico, la alianza terapéutica y el rol activo de la consultante durante el proceso psicológico.

PALABRAS CLAVES:

Depresión, Terapia Cognitiva, Reestructuración Cognitiva, Habilidades Sociales, Reforzamiento Diferencial

Vº Bº DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: MAJOR DEPRESSIVE DISORDER ACCOMPANIED BY
MELANCHOLIC SYMPTOMS FROM COGNITIVE-BEHAVIORAL
APPROACH

AUTHOR(S): LAURA ORTIZ HERNÁNDEZ

FACULTY: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR: LUZ MAR QUINTERO DELGADO

ABSTRACT

The changes of mood, it is one of the issues that disrupt mental health more frequently in the world, according to statistics from the World Health Organization affecting 350 million people, just as it is estimated that every year more than 800,000 people kill themselves, becoming the second leading cause of death. By 2020, Colombia is considered that mood disorder will be the first general cause of consultation in the country, the most likely to suffer depression being women, highlighting the emergence increasingly young. This paper will include the study of a clinical case and the diagnosis of recurrent major depressive disorder is accompanied by melancholic symptoms. The intervention process was developed at the Centro de Proyección Social the Universidad Pontificia Bolivariana, located in the town of Piedecuesta. The case followed the cognitive-behavioral model, Beck Cognitive Therapy, Rational Emotive Behavior Therapy, using techniques such as cognitive restructuring, Identification and Detection Thoughts Dysfunctional, Training in Social Skills and Assertiveness, self-control strategies, Identifying Emotions and Differential Reinforcement. The completion of this study reinforced the validity of the cognitive approach in the treatment of depression, highlighting the importance of psychoeducation over the diagnosis, the therapeutic alliance and the active role of the consultant during the psychological process.

KEYWORDS:

Depression, Cognitive Therapy, Cognitive Restructuring, Social Skills,
Differential Reinforcement

Vº Bº DIRECTOR OF GRADUATE WORK

INTRODUCCIÓN

Descripción Institucional

Centro de Proyección Social de la Universidad Pontificia Bolivariana

El Centro de Proyección Social (CPS) de Piedecuesta, inició sus labores para desarrollar proyectos sociales el 28 de junio de 2006. Creando espacios de formación e investigación. Con el objetivo de "retribuirle a la comunidad piedecuestana en servicio de haber permitido que la Universidad Pontificia Bolivariana tuviera un espacio para la formación e investigación de la ciencia de los profesionales".

El primer proyecto realizado desde el Centro de Proyección Social se llamó: "Reconstrucción del tejido social de las familias de los asentamientos humanos que sufren de desplazamiento forzado y se encuentran ubicadas en el Municipio de Piedecuesta" conocido como "tejido social". Desde el 2010 lidera un proceso de unión interdisciplinar de la UPB, fortaleciendo la orientación de servicios, capacitaciones, consultas psicológicas, Consultorio Jurídico y Centro de conciliación. Así como la implementación de proyectos, con la participación de estudiantes de las facultades de psicología, comunicación social, ingeniería y derecho.

Misión

El centro de proyección de la Universidad Pontificia Bolivariana seccional Bucaramanga, tiene por misión “orientar y desarrollar proceso de intervención y acompañamiento social a la comunidad de Piedecuesta y sus alrededores, con la fiel convicción de prestar un servicio óptimo para el bienestar de la sociedad

Visión

El centro de proyección de la universidad Pontificia Bolivariana seccional Bucaramanga, “tiene como visión ser punto de referencia donde converja la comunidad Piedecuestana y el perímetro circunvecino, involucrando las facultades de la universidad para que participen en desarrollo de proyectos sociales, económicos y productivos”

Objetivos

- Atender de manera igualitaria las necesidades de la comunidad.
- Con base en el respeto, construir una relación de confianza y comunicación entre el Centro de Proyección y la comunidad.
- Prestar de manera oportuna los servicios a la comunidad, creando lazos de cooperación y compromiso.

Actualmente el Centro de Proyección Social (CPS) se encuentra bajo la coordinación y dirección del Ingeniero Rodrigo Suarez Jaimes. Brindando desde el área de psicología servicios de: atención individual y grupal, de pareja, Familiar, Valoración especial, Orientación profesional y vocacional, Asesorías organizacionales a pequeñas y medianas empresas, Acompañamiento mediante proyectos psicosociales a colegios públicos del Municipio de Piedecuesta y Talleres dirigidos a padres de familia. Con tarifas sociales para población en situación de desplazamiento o vulnerabilidad. (Centro de Proyección Social, 2013)

MARCO TEÓRICO

Contextualización teórica

El interés por comprender la mente humana no es nuevo, a través de la historia pensadores han contribuido con aportaciones clásicas desde la época de Aristóteles, Hume, Locke, pasando por Descartes o Kant; nociones mentalistas que perviven hoy en nuestra cultura y disciplina psicológica. (De Vega, 1998)

Tomando como referente dichos pensadores la actual psicología ha proporcionado perspectivas y soluciones nuevas a los viejos problemas psicosociales del ser humano, asimismo el estudio de la mente ganó una fundamentación empírica ausente en la filosofía clásica; aspectos importantes en la adquisición de información sobre los procesos mentales y progreso en la comprensión teórica.

El crecimiento de la psicología cognitiva en los 25 últimos años, se debe a la viabilidad del estudio psicológico de la mente. Gracias a la gran variedad de teóricos con común énfasis en los fenómenos mentales como agentes causales del comportamiento, ejemplificando algunos como la psicología evolutiva de Jean Piaget, la psicolingüística de Chomsky o los análisis del aprendizaje animal y humano. (De Vega, 1998)

Cuando se menciona el origen del paradigma cognitivo, se debe tener en cuenta sus inicios en ámbitos académicos desde el conductismo y neoconductismo, cuyos postulados se basaban en el análisis asociacionista de la conducta y la negación o minimización del valor funcional de los procesos mentales. (De Vega, 1998).

Presupuestos abandonados progresivamente por la aceptación creciente de los procesos cognoscitivos, dando paso a la crisis y transición del conductismo al cognitivismo surgida a finales de la década de los 50s, durante el marco del II Simposio sobre teoría de la información, el 11 de septiembre de 1956, celebrado en el instituto Tecnológico de Massachusetts. (Larios y Rodríguez, 2008)

El modelo cognitivo propone que todas las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamiento, que influye en el estado de ánimo y en la conducta de los pacientes. Por lo tanto una evaluación realista y consiguiente modificación de pensamientos distorsionados conllevan una mejoría en dichos estados de ánimo y comportamientos. (Beck, 2000). Asimismo esta mejoría permanente resulta de la modificación de las creencias disfuncionales subyacentes.

Dentro del paradigma cognitivo se proponen una serie de terapias de intervención, como es la terapia cognitivo conductual (TCC) modelo filosófico y epistemológico;

definido según Beck, Rush, Shaw y Emery (1983) como un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar un amplio conjunto de alteraciones psiquiátricas y distintas poblaciones; cuyo objetivo es la comprensión y cambio de esquemas presentados por el individuo.

La TCC como modelo de intervención o tratamiento desarrollado por Aaron Beck en la década de 1960, está basada en la teoría con un fuerte compromiso hacia el empirismo científico. La meta es la eficacia, es decir generar en el sujeto un cambio perdurable en el menor tiempo posible, sus principales objetivos son controlar los pensamientos o cogniciones automáticos negativos, identificar la interrelación entre cognición, conducta y afecto, finalmente examinar la evidencia a favor y en contra de los pensamientos distorsionados presentes en el individuo. Actualmente la Terapia Cognitivo – Conductual de Beck, es la estrategia de intervención más utilizada y con mejores resultados en todo el mundo. (Antón, García y García, 2016).

La segunda herramienta de intervención más importante desde el pensamiento cognitivo es la Terapia Racional Emotiva (TREC) de Albert Ellis, partiendo de 12 ideas irracionales derivadas de la observación, clasificadas en tres categorías 1. Autorreferenciales (uno mismo), 2. Sobre los demás y 3. Existenciales (la vida o el mundo). La TREC examina además la filosofía básica del individuo, que constituye la base sobre la que surgen estas inferencias. (Cabezas y Lega, 2006).

La TREC, enfatiza en la importancia de utilizar la teoría ABC (Activating Event, Belief System, Consequence). Representando “A” como el acontecimiento activador, “B” los pensamientos o creencias y “C” las consecuencias emocionales-conductuales; proponiendo una explicación biológica, psicológica y social de la conducta y las emociones humanas, partiendo de la premisa ABC emocional. Posteriormente ampliada a “D” debate de las creencias irracionales, y finalmente “E” para evaluar la efectividad del debate de creencias. (Cabezas y Lega, 2006).

A través de las diferentes investigaciones realizadas en el campo académico e investigativo se ha aportado gran evidencia a través de la cual el modelo cognitivo es de

gran ayuda en el tratamiento de un gran número de trastornos mentales considerados los más frecuentes, por ejemplo los trastornos del sueño, del apetito, de ansiedad, bipolaridad y en especial uno caracterizado por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, sensación de cansancio y falta de concentración. (OMS, 2016).

Referenciando lo anterior según la literatura especializada sobre el tema clínico, el principal trastorno del estado de ánimo es la depresión mayor (DM), con investigaciones que abordan distintos aspectos como su epidemiología, genética, etiología y fisiopatología. (Cruzblanca et al., 2016). Exponiendo a continuación algunos datos,

Se estima que afecta a 350 millones de personas en el mundo, con una tasa de prevalencia = 3-6%, la depresión puede convertirse en un problema de salud serio, causando sufrimiento y alteración en una o más áreas de interacción humana (familiar, escolar y laboral). Se estima que es la cuarta causa de pérdida de calidad de vida (OMS, 2016).

En el curso de la depresión los episodios pueden variar de intensidad y clasificarse como leves, moderados o graves; y en algunos casos conllevan al suicidio. Según las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud cada año se suicidan más de 800.000 personas, convirtiéndose en la segunda causa de muerte en el rango de los 15 a 29 años de edad, siendo los pacientes depresivos quienes tienen 30 veces más riesgo de intento de suicidio que la población general; asimismo un 15% de los pacientes internados consiguen llevarlo a cabo.

Con respecto a esta problemática, el psicólogo español Rafael Santandreu en el 2003, realizó un estudio estimando la prevalencia como parte de la Encuesta Mundial de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud, la Universidad de Harvard y la Universidad de Michigan en donde el 30% de la población en España y Estados Unidos sufre depresión o ansiedad, con un riesgo de morbilidad = 20 %. Considerando que para el

2050 esta cifra incrementará; El 50% de las personas estarán muy deprimidas y tomarán psicofármacos.

Las estadísticas a nivel de Colombia según el estudio Nacional de Salud mental, realizado en el 2013, reveló que aproximadamente 8 de cada 20 colombianos presentaron trastornos psiquiátricos alguna vez en la vida en los últimos 12 meses, siendo frecuentes los trastornos de ansiedad y los cambios de estado de ánimo. (El heraldo, 2015).

Siguiendo con lo anterior Arango (2012), psiquiatra, médico cirujano y jefe del área de psiquiatría y psicología de la Fundación Valle de Lili, en una entrevista realizada por el diario Colombia.com asegura que para el año 2020 la depresión será la primera causa general de consulta en el país. Por lo tanto es de gran importancia para los clínicos Colombianos instruirse y desarrollar con base en la academia métodos efectivos y cortos a futuro, para la precisa evaluación es decir instrumentos estandarizados y técnicas eficaces en el tratamiento de los trastornos del estado de ánimo que estén avalados en el país debido a la gran prevalencia que se calcula surgirá a mediano plazo.

Otro estudio a nivel mundial realizado por científicos de la Universidad de Queensland reveló información según el sexo, donde las mujeres muestran ser más propensas a sufrir depresión, algo que ya se sabía con anterioridad. Adicionalmente resaltan la aparición cada vez más en jóvenes quienes resultan ser los afligidos por este flagelo.

Siendo los rangos de edades entre 20 y 24 los más afectados, seguidos por el rango de 24 a 30 y curiosamente, los mayores de 60 años, que siempre se ha creído que son más susceptibles a la depresión, parecen gozar de mejor salud mental que los jóvenes, argumenta Alize Ferrari, coautora del trabajo investigativo concluido en el 2013.

Reforzando lo anterior la depresión es más común en las mujeres (2 a 3 veces más) que en los hombres. Una de cada 10 mujeres tiene un episodio depresivo mayor en las 16 primeras semanas del parto. Asimismo entre dos y cuatro de cada diez madres de países en

desarrollo sufren de depresión durante el embarazo o postparto con un riesgo de Depresión post parto 25 % en mujeres con antecedentes de depresión, un 50 % con antecedentes de depresión post parto, un 75 % con antecedentes de depresión en un embarazo. Y finalmente más o menos el 70 % no sabe o reconoce que padece depresión, afirma Rodríguez (2012), Asesor Principal en Salud Mental de la OPS/OMS, durante el marco del Día Mundial de la Salud Mental, resaltando y concluyendo las estadísticas en América Latina y el Caribe con afectación en 5% de la población adulta.

Siguiendo con el orden de ideas y después de exponer las anteriores estadísticas del trastorno, desde las teorías que explican la depresión se encuentran principalmente cuatro enfoques: 1. La teoría conductual (como falta de refuerzo), 2. La teoría cognitiva (como resultado de pensamientos inadecuados), 3. La indefensión aprendida (como la incapacidad para resolver algún problema) y 4. La teoría biológica (como un desequilibrio de los neurotransmisores). A través del desarrollo teórico se irán exponiendo poco a poco los enfoques mencionados para tratar de dar una mirada a este trastorno del estado de ánimo.

La literatura también distingue tres clases de componentes presentes en la depresión: cognitivos, afectivos y conductuales, asimismo destaca la denominada triada depresiva: pensamientos negativos del yo, el mundo y el futuro. Y hacen referencia sobre la variabilidad de este trastorno dependiendo de los cambios habituales del estado de ánimo del individuo y las respuestas emocionales cortas frente a los problemas de la vida; por lo tanto y mediante, estudios de carácter científico sobre la etiología la depresión se ha concluido que es el resultado de interacciones entre factores sociales, psicológicos y biológicos. Asimismo resaltan que aquellos individuos que hayan pasado por situaciones vitales adversas tienen mayor probabilidad de sufrir de este trastorno del estado de ánimo.

Existen principalmente dos tratamientos para combatirla, el psicofarmacológico con medicamentos tricíclicos que actúan directamente sobre algunos receptores específicos en el cerebro; y el psicológico, como la activación conductual, la terapia cognitiva conductual

y la psicoterapia interpersonal, de igual manera el proceso terapéutico puede ser individual o grupal, apoyo social o familiar.

Enfatizando lo anterior relacionado al tratamiento, existen un sinnúmero de investigaciones para diferenciar el efecto de los tratamientos con fármacos y los psicológicos; concluyendo similitud a corto plazo en cuanto a la eficacia, aunque la terapia evidencia mejores resultados a largo plazo, con una tasa de abandono y recaídas inferior a la medicación. (De Maat et al., 2006; Imel, Malterer, McKay y Wampold, 2008).

El enfoque cognitivo es con una alta probabilidad la terapia más utilizada para el tratamiento de la depresión, y el que más se ha comparado con el uso de fármacos. (Álvarez, 2007). Siguiendo con lo anterior la psicoterapia que evidencia mayor efectividad en el tratamiento de los trastornos del estado de ánimo es la terapia cognitivo-conductual, la terapia de solución de problemas o la terapia interpersonal y la activación conductual. (Cuijpers et al., 2009).

Ahora trayendo a colación un estudio de Antón, García y García (2016), mediante el cual exponen que haciendo uso de una adecuada intervención del modelo cognitivo-conductual se logra que los síntomas depresores decrezcan, se toma como referencia para encaminar el presente caso de estudio desde el modelo terapéutico anteriormente nombrado.

De acuerdo con el modelo cognitivo de la depresión, sustenta que los individuos depresivos tienen ciertos esquemas cognitivos (creencias) que les predisponen a interpretaciones negativas de los eventos de la vida (distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos), las cuales a su vez conducen a conductas depresivas (disminución de actividades y humor bajo). (Pérez, 2007). Por lo tanto la Terapia

Cognitiva abarca técnicas enfocadas a la activación de conductas, a las distorsiones cognitivas o pensamientos automáticos y a los esquemas maladaptativos o creencias subyacentes.

La activación conductual como método de intervención busca la recuperación de obligaciones domésticas, laborales y sociales, logrando que las personas deprimidas aprendan a cambiar su entorno y organizar su vida. Es decir va encaminada al incremento de conductas clínicamente relevantes, reforzantes que generen un cambio en el estado anímico, pensamiento y a su vez una mejora en la calidad de vida del individuo. (Barraca, 2010). Mediante la programación de objetivos vitales, la jerarquización de tareas, la realización de conductas gratificantes y el reforzamiento de conductas de contacto social.

La siguiente gráfica expone el modelo contextual de la depresión según una investigación de Marino Pérez en el 2007, sobre la activación conductual y la desmedicalización de la depresión.

Modelo contextual de la depresión



Según el Modelo contextual de la depresión graficado anteriormente, en la Activación Conductual se representa la situación depresiva como una interacción entre diversos aspectos del contexto; es decir los eventos vitales pueden estar asociados con la disminución de reforzamiento positivo o incentivos de vida, los cuales pueden llevar a problemas secundarios de evitación y asimismo a diversos síntomas depresivos. Resaltando que los síntomas considerados como la “depresión” no son sino un aspecto de toda una situación que termina envolviendo al individuo. (Pérez, 2007) Suponiendo una situación en la que las cosas valiosas hasta entonces han perdido su valor o interés.

En concordancia con lo mencionado en el párrafo anterior y trayendo a colación otra investigación de Morris et al. (2010) se menciona que un predictor importante como son los factores etiológicos (autoestima, de ansiedad, problemas escolares y dificultades en la dinámica familiar) en edades comprendidas entre los 12 y 18 años pueden ser los desencadenantes para generar un posterior trastorno del estado de ánimo, en la adultez.

Haciendo alusión a lo anterior se hizo uso de la Activación Conductual en el presente caso; debido a que la AC es una de las terapias conductuales más ideográficas en comparación con las tradicionales, ya que centra en medida un poco más la atención en las circunstancias personales mantenedoras de la conducta depresiva en el sujeto, de igual forma elabora un análisis funcional de conducta depresiva así como las actividades propuestas.

Aunque la terapia cognitiva suele empezar por las técnicas conductuales, se entiende que su eficacia se debe sobre todo a las técnicas cognitivas; y tanto más en la medida en que se reestructuren los esquemas depresógenos subyacentes.

Causantes principales de la depresión según la hipótesis cognitiva argumentada en la teoría de Beck (1979); estos esquemas son estructuras cognitivas latentes que dirigen la percepción, la codificación, la organización y la recuperación de la información del entorno y que, al contener almacenadas actitudes disfuncionales de contenido depresivo, hacen vulnerables a la depresión a los individuos que las poseen; induciéndoles a errores cognitivos.

Por lo tanto la TC es un paquete multicomponente, que abarca todos los aspectos de la depresión, de corta duración, alto porcentaje de eficacia, mantenimiento de resultados a largo plazo y prevención de futuras recaídas. (Pérez, 2007)

Enumerando otra de las técnicas utilizadas en las TCC, la Reestructuración cognitiva desarrollada por Meichenbaum en 1969, tiene como objetivo modificar el modo de interpretar las cosas, el tipo de pensamiento y las valoraciones subjetivas que hacemos acerca del entorno. Facilitando en el individuo recursos para hacer su vida más llevadera frente a conflictos o problemas que surjan en su accionar cotidiano; por lo tanto en la medida en que se modifiquen las valoraciones y/o pensamientos subjetivos en la persona depresiva, se generan nuevas interpretaciones sobre las situaciones y asimismo más opciones en cuanto a las situaciones referidas como problemas.

Según lo anterior este autoentrenamiento sustituye el dialogo que lleva a cabo la persona al realizar cualquier tarea o problema, modificando sus autoverbalizaciones por otras más apropiadas. Dicho esto al introducir ese cambio habrá una transformación en el comportamiento manifiesto, que le llevará al éxito ante una situación o tarea determinada.

En la RC los pensamientos se consideran hipótesis, en dónde terapeuta-consultante trabajan juntos en la recolección de datos que determinen si las hipótesis son correctas o útiles. (Bados y García, 2010). Permitiendo detectar y modificar los pensamientos automáticos, cambiar creencias desadaptativas (sobre aspectos de la vida), fomentar la identificación y gestión de emociones, adoptando un estado psicológico adecuado y así alcanzar un mayor bienestar emocional, con estilos conductuales saludables y calidad de vida óptima.

La Reestructuración Cognitiva combinada con otras técnicas ha evidenciado mayor eficacia en el tratamiento de diferentes problemáticas como los trastornos de ansiedad, depresión mayor, trastorno bipolar, trastornos de alimentación, trastornos somatomorfos, por abuso de sustancias, algunos trastornos de personalidad, otros motivos de consulta como insomnio, agresión sexual, dificultades de pareja, problemas de salud, intentos de suicidio, evitación del afecto, baja autoestima y conflictos interpersonales. (Bados y García, 2010)

En el tratamiento de la depresión es imprescindible profundizar sobre los autoreforzamientos y la necesidad de incrementar aquellos con calificativos positivos, debido a que el modelo conductual de la depresión postula que la disminución en la proporción de reforzamiento positivo contingente con la conducta juega un papel fundamental como estímulo desencadenante de las conductas depresivas. Por lo tanto las dificultades generadas en la habilidad social para lograr reforzamiento social disponible se han asociado con la depresión; asimismo deficiencias en la conducta asertiva y las habilidades sociales con terceros predicen la depresión posterior. En el mismo estudio de Antón, García y García (2016) muestran que los sujetos depresivos tienden a ser más sensibles a las contingencias sociales aversivas que los grupos de sujetos normales. Queriendo decir que estas personas perciben de manera más aversiva las consecuencias de la interacción social negativa, por ejemplo desaprobaciones o críticas.

En este sentido a través de la generalización de conductas y su estabilidad en el tiempo, la introducción de refuerzos sociales como sonrisas, palabras de aprobación y aplausos, ayudan al consultante a minimizar el concepto negativo y los componentes cognitivos de la depresión. Dichas conductas con la finalidad de darle a la persona aquellos refuerzos carentes, teniendo en cuenta que la literatura expone que la depresión se debe a una falta de refuerzos que impiden que el individuo no actúe, debido a la inactividad el deprimido no encuentra refuerzos suficientes en la sociedad y en consecuencia su trastorno se perpetúa a través del tiempo. (Antón, V., García, P. y García, J. 2016).

Como se evidenció en lo argumentado en los párrafos anteriores una de las problemáticas presentes implícitamente en el caso de estudio es la carencia de habilidades sociales, definidas por León (2013) como una mezcla de comportamientos eficaces en las relaciones interpersonales, conductas adaptativas que permiten la adecuación a determinados contextos sociales, desde la literatura se considera a la

familia como constructora o determinante de la personalidad, puesto que es el primer ambiente de adquisición de conocimientos, creencias, valores, actitudes y comportamientos que determinan la capacidad para solucionar problemas, habilidades de escucha, comunicación asertiva, factores protectores y los estilos de afrontamiento con los cuales los infantes se enfrentaran a la vida.

En concordancia con lo anterior en un programa de entrenamiento en habilidades sociales (León, 2013) la relación y/o vínculo creado con los padres basado en el cariño y respeto, es un índice significativo y protector frente a futuras situaciones complejas de interacción y desarrollo de los hijos. Asimismo el colegio como institución primaria de socialización permite el desarrollo de aquellas capacidades sociales de ajuste e interacción entre pares, de aquí a que gran cantidad de las falencias en dichas habilidades interpersonales sean más notorias con la edad, se exacerben en la adolescencia y se perpetúen en la edad adulta.

Así es como en psicoterapia y con base en lo anterior; el proceso va encaminado básicamente al entrenamiento en ciertos aspectos que comprenden el conjunto de capacidades sociales: habilidades básicas de interacción social, conversacionales, habilidades relacionadas con los sentimientos y emociones, de afrontamiento y resolución de problemas, y finalmente relacionales con adultos, donde estas destrezas se desarrollen y fortalezcan para una mejor adaptación en el medio interpersonal.

Muy de la mano con las habilidades sociales como ya se mencionó y en el tratamiento de la depresión se encuentra la asertividad, definida como la habilidad social personal que permite expresar sentimientos, opiniones y pensamientos en el momento oportuno, de forma adecuada y sin negar ni desconsiderar los derechos de los demás. Es decir interactuar efectivamente en cualquier situación, siendo claros, francos y directos, sin menospreciar la valía de los otros. Debido a que la literatura expone que una persona que no ha desarrollado habilidades sociales, no sabe identificar cuáles son los comportamientos adecuados a cada momento o situación. (Caballo, 2014). Por lo tanto al hacer uso de un

entrenamiento en habilidades sociales como recursos para el desarrollo de fortalezas se le brinda al sujeto herramientas que le permiten generar habilidades de comunicación asertiva, aceptación positiva y conductas adecuadas frente a las relaciones interpersonales en los diferentes ámbitos.

A través de la intervención se menciona la importancia de la psicoeducación como una herramienta terapéutica para patologías como la ansiedad y la depresión, en estos casos reúne la acción terapéutica y la estrategia informativa, explicando cuales son los mecanismos relacionados frente al diagnóstico y así favorecer la comprensión y tratamiento; mediante información se ayuda a bajar los niveles de incertidumbre en el consultante; así mismo favorece el desarrollo de nuevos recursos y capacidades de afrontamiento frente a situaciones que resultan estresantes o amenazantes, de un modo más adaptativo. (Bulacio, Vieyra y Mongiello, 2003)

Mediante el proceso de intervención se brinda estrategias de autocontrol definidas como una habilidad para regular los impulsos, emociones, deseos y acciones. Relacionado con un conjunto de prácticas que pueden aprenderse y desarrollarse con la experiencia. Su tratamiento referido al uso de la triada propuesta por Caballo (1995) citando a Cautela (1985) se busca psicoeducar frente a la relación existente entre pensamiento, emoción y conducta, exponiendo tres puntos esenciales: 1. Detección de pensamientos, 2. Control de respuestas fisiológicas y 3. Reforzamiento positivo. Permitiendo en el consultante ejercer dominio sobre sí mismo, tanto en sus pensamientos como en su actuar, evitando que se desencadenen reacciones o pensamientos negativos; brindando la posibilidad de ser consciente de sus decisiones o actos, controlando las emociones e impulsos destructivos, y finalmente mediando la capacidad para canalizar de forma adaptativa las emociones y sentimientos.

Dando por terminadas las técnicas se hace alusión a dos utilizadas para complementar el proceso terapéutico abordado durante el marco conceptual, la primera de

ellas hace referencia al role-playing (expresión inglesa para definir el juego de roles) como herramienta de enseñanza facilita la comprensión de contenidos; estimula y motiva a partir de lo experiencial; mediante la improvisación bajo una consigna delimitada, tiene la particularidad de ser una actividad cooperativa en donde sus participantes son actores y espectadores en algún momento del proceso.

Estos ejercicios de simulación e interpretación de roles son uno de los métodos educativos más antiguos, usados para el entrenamiento en muchísimas disciplinas. El precursor en este tema es el psiquiatra, teórico y educador Jacob Levy Moreno quien trabajó el psicodrama como una forma de psicoterapia inspirada en la improvisación teatral. Durante los años '60 se realizaban las llamadas terapias de juego orientando su enfoque hacia un aspecto lúdico-educativo especialmente dirigido al trabajo con niños. (Solís, 2012). Técnica utilizada por la facilidad en la que se trabaja sobre unos objetivos relacionados con las actitudes de las personas sin distinguir edades.

Y la segunda herramienta de la cual se hizo uso fue las metáforas. Ahora, muchos terapeutas más que cambiar las distorsiones del pensamiento a través de métodos lógico-rationales, parten de la base de que no existe un modo racional de ver la realidad sino metáforas más útiles que otras en determinados casos y lo que intentan cambiar o trabajar son las metáforas que emplea el sujeto sobre su realidad. Por lo tanto las metáforas que se emplean en terapia se podrían clasificar en dos grandes grupos: A) las que expone el terapeuta y B) las que identificamos en el relato del cliente.

Esta herramienta presenta diferentes beneficios durante las diferentes sesiones por ejemplo: Las metáforas pueden constituir un buen inicio, su uso es otra forma de contemplar el problema (una nueva forma de hacerlo para el sujeto); durante el proceso de solución de problemas, una comprensión analógico-metafórica puede, constituir una

solución, iniciar el camino hacia la misma o cambiar substancialmente el enfoque del problema; se fomenta la participación activa del sujeto, la imaginación y la creatividad si se necesita de repente su papel se convierte en más activo. Las metáforas presentan otras ventajas, una de ellas es que resultan fáciles de recordar. La eficacia de las metáforas también radica en que permite al cliente externalizar el problema y analizarlo con más distancia. Asimismo, las metáforas permiten el contacto con y la expresión de emociones (Moix, 2006)

Sin embargo con la existencia de tratamientos eficaces para la depresión, más de la mitad de los afectados en todo el mundo (y más del 90% en muchos países) no recibe tratamiento alguno. (OMS, 2016). Y según el diario el Heraldó en su publicación del mes de septiembre del 2015 a nivel del país solo una de cada 10 personas con un trastorno mental recibió atención psiquiátrica.

Para finalizar De Vega (1998) resalta que el psicólogo cognitivo-conductual debe basarse en los datos escasamente fiables de la observación introspectiva (datos conductuales) extrayendo inferencias sobre los procesos mentales (datos cognitivos), haciendo uso de los dos componentes presentes en el enfoque y así aplicarlo a la práctica de la psicología clínica.

Concluyendo y cerrando, el enfoque cognitivo conductual en psicoterapia no se propone cambiar el ambiente como tal, sino la mente del sujeto. Resaltando que los problemas psicológicos ya no surgirían (como consecuencia) de las condiciones de la vida, sino de las percepciones que tienen los individuos sobre las situaciones en sí. (Pérez, 2007).

METODOLOGÍA

Datos Demográficos

Nombre completo: A.Y.S.B.

Edad: 48 años

Género: Femenino

Estado civil: Unión libre

Nivel de escolaridad: Técnico

Profesión: Modista

Ocupación: Confecciones

Fecha de recepción: septiembre de 2015

Remitido: No aplica

Instrumentos de evaluación

Para la recolección de información y evaluación se utilizaron los siguientes instrumentos

Formato De Historia Clínica: Instrumento diseñado por el Laboratorio de neurociencias y comportamiento de la Universidad Pontificia Bolivariana. (Ver anexo 2)

Entrevista Neuropsicológica Internacional (MINI): En su versión al español (Ferrando, Bobes y Gilbert, 2000).

Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II): Se empleó la última revisión del test en su adaptación en español (Sanz, Vázquez, Vallar, De la Guía y Hernández, 2011). (Ver anexo 3)

Inventario de Depresión Estado-Rasgo (IDER): Adaptación española (Buela-Casal y Agudelo, 2008). (Ver anexo 4)

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI): Última revisión del test en su adaptación al español (Sanz, Vallar, De la Guía y Hernández, 2011). (Ver anexo 5)

Test de Asertividad de Rathus (R.A.S): Adaptación española (León y Vargas, 2009). (Ver anexo 6)

Asimismo, se solicitó la realización de autoregistros de actividades diarias donde consignara el estado de ánimo y sus pensamientos. Adicional se creó en conjunto una escala tipo likert para evaluar el estado de ánimo, mediante la cual se consignaría en tres momentos del día la puntuación que más se aproximara a su estado emocional. (Ver anexo 7)

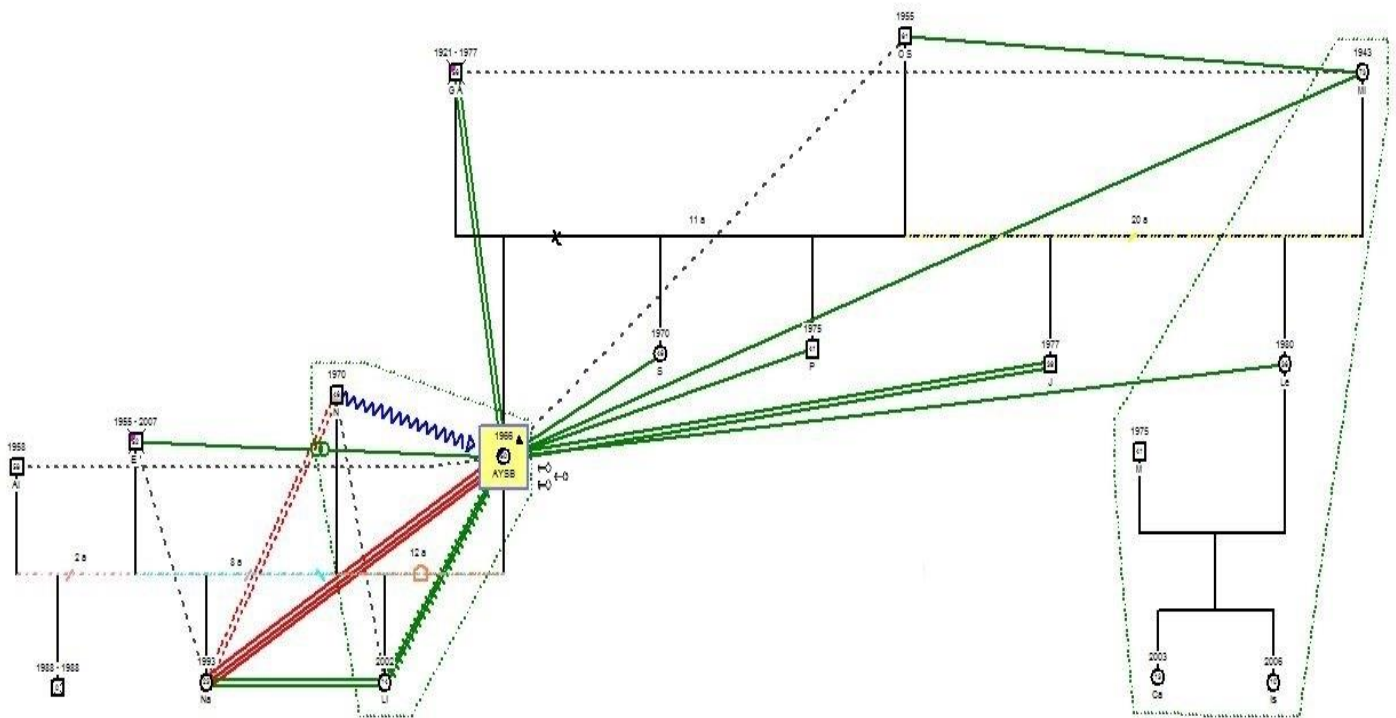
Estos registros, aunque fueron asignados como ejercicios para casa se llevaron a las sesiones.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO

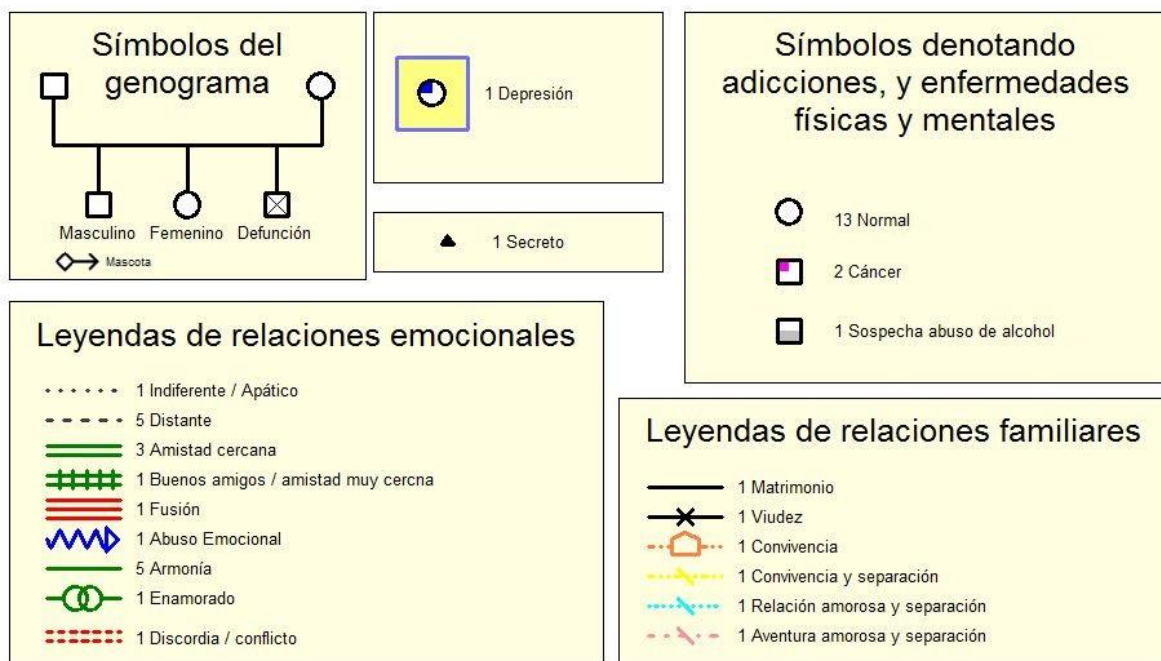
Motivo de consulta

La paciente refiere “No le veo el sentido a la vida, como en exceso, no tengo ganas de salir, siento que mi esposo es el problema, constantemente me la paso lamentándome, fui diagnosticada con depresión y tengo miedo de volver a tener una recaída”

Gráfica 2. Genograma



Gráfica 3. Convenciones utilizadas en el genograma



Expectativas del proceso terapéutico de la consultante

- “Encontrar la manera de salir adelante”
- “Ser una persona independiente”
- “Tener el carácter para decir NO”
- “Aprender a tomar mis propias decisiones y no la de los demás”
- “Saber llevar la depresión por mí misma y sin la ayuda de pastillas”

Impresión diagnóstica e hipótesis explicativa

Mujer de 48 años de edad, llega a consulta psicológica de manera voluntaria, evidencia vestimenta limpia acorde a su ciclo vital y rol en la sociedad, buena higiene personal, sin maquillaje en su cara, cabello limpio y recogido de manera descomplicada, escaso contacto ocular, constante mirada al piso, expresión facial triste y en ocasiones nula, tono de voz bajo y entrecortado, su discurso presenta olvidos constantes de palabras con pausas y dificultades para expresar pensamientos, postura inclinada, mostrando cansancio y enlentecimiento corporal con marcha lenta. Estatura baja evidenciando sobrepeso, para su talla. Funcionamiento sensorial sin ningún problema, en el contenido de su pensamiento no se evidencian delirios, alucinaciones auditivas, visuales o kinestésicas, obsesiones, fobias o compulsiones. Manifiesta pérdida de memoria y olvidos esporádicos relacionados con las actividades y rutina diaria.

Vislumbra desorientación en el tiempo y espacio, dificultades en la lateralidad, estado de ánimo bajo y pérdida de placer e interés por todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días; desaliento profundo, hipersomnia, retraso psicomotor, disminución de la capacidad para pensar, concentrarse y tomar decisiones; problemas de pareja y desesperación.

De acuerdo con la información recolectada en las sesiones trabajadas con A., cumple con la totalidad de criterios establecidos dentro del manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM- 5) para un trastorno depresivo mayor, grave-moderado, sin

síndrome psicótico, con características melancólicas, en remisión total desde hace cuatro años.

Presenta una disfunción en la relación conyugal, asociado a la calidad en la interacción, debido a un deterioro funcional en los dominios 1. Conductuales evidenciados en la dificultad para la resolución de conflictos, 2. Cognitivos manifestos en atribuciones negativas constantes a las interacciones del otro y rechazo de los comportamientos positivos de la pareja, 3. Afectivos, caracterizados por apatía, rabia crónica contra su pareja y niveles elevados de emoción expresada en la familia.

Asimismo, manifiesta antecedentes de violencia física desde hace aproximadamente 4 años con proceso en fiscalía, hacia su cónyuge N. con quien lleva 12 años de convivencia en unión libre, mantiene con él un vínculo distante y conflictivo. Expresa ambivalencia debido a situaciones de maltrato psicológico, agresiones verbales, humillaciones constantes por parte de N. y maltrato psicológico.

Finalmente, estas conductas causan en la A. un malestar clínicamente significativo y deterioro social, laboral, familiar u otras áreas importantes del funcionamiento.

Evaluación sincrónica

A continuación, se describe el estado actual de A. en los diferentes dominios

Emocional-afectivo

- Su rutina se limita a estar en casa la mayoría de la semana sin realizar actividades placenteras, manifiesta retrasos en la entrega de su trabajo, en ocasiones por los problemas con la lateralidad realiza mal las costuras ocasionándole más tiempo en la realización de estos. Algunas veces no realiza las tareas relacionadas con el hogar por falta de motivación, manifiesta desinterés en salir de casa y realizar actividades que impliquen la interacción con demás personas.

- Insomnio inicial y medio, A. refiere que casi todos los días tiene problemas para conciliar el sueño, y en ocasiones problemas para permanecer dormida debido a sus constantes sentimientos de desesperanza, soledad y culpa, preocupaciones constantes e intranquilidad.
- Afecto embotado, teniendo en cuenta el primer acercamiento con la consultante se evidencio una reducción de la expresión emocional.
- Sensación de agotamiento y constante cansancio corporal
- Sentimientos repetitivos de culpa e inutilidad
- Sentimientos de soledad
- Pérdida de interés en las actividades que usualmente eran placenteras
- Aumento de apetito
- Enlentecimiento psicomotor

Cognoscitivo-verbal

- Lenguaje con pausas constantes, tono de voz baja y entrecortada, olvidos frecuentes de palabras ocasionando dificultades en la elaboración del contenido de su discurso.
- Desorientación en tiempo, espacio y lateralidad.
- Pensamientos de desesperanza sobre el futuro
- Evocación constante de recuerdos y meditación sobre el pasado
- Pensamientos negativos sobre sí misma, el mundo y del futuro
- Pérdida frecuente de memoria y olvidos en la realización de actividades
- Dificultades en la toma de decisiones
- Desconfianza en sí misma
- Dificultades para la concentración

Área social

- Su rutina se limita a estar en casa la mayoría del tiempo, manifiesta desgano y baja motivación para salir del hogar y relacionarse con los demás.
- Manifiesta no tener amigos considerados cercanos, a excepción de una amiga con la cual no se habla hace años.
- A. presenta baja interacción con pares y vecinos.
- Carece de participación en grupos sociales.

Área laboral

- Trabaja independiente en modistería, desde su casa debido al nacimiento de su segunda hija; alternando el tiempo para trabajar y hacer los quehaceres del hogar.

Condiciones médicas

- Actualmente A. no manifiesta ninguna dificultad a nivel médico.

A continuación, se describe el estado actual de A. en los diferentes contextos

Académico

A. Refiere mantenerse en constante actualización realizando cursos online sobre modistería

Familiar

A. es la hija mayor de cinco hermanos, de una unión matrimonial de 12 años.

En la actualidad la relación con su progenitora y hermanos es cercana, destacando un vínculo de apego hacia su tercer hermano.

Su núcleo familiar está constituido por N. su pareja y sus dos hijas de 13 y 22 años, de acuerdo a la descripción brindada por la consultante, N. se desempeña como mecánico siendo el mayor proveedor monetario en el hogar. La relación de pareja es conflictiva, A. refiere frecuentes discusiones con N. caracterizadas por el constante uso de un lenguaje en tono recriminatorio y fuertes críticas o juzgamientos hacia ella.

En la relación parento-filial A. presenta un significativo vínculo de afecto con su hija mayor, de igual forma manifiesta apego hacia su hija menor, aunque preferencia por su primogénita. De igual manera se evidencia una alianza entre A. y sus dos hijas, principalmente en la toma de decisiones de la casa y durante discusiones de pareja, donde las hijas toman partido por su progenitora, situación que dificulta la relación entre ellas y N. con quien mantienen una relación distante y conflictiva.

La relación fraternal presenta un vínculo cercano de afecto, con demostraciones de apego y compañerismo entre ellas, caracterizado por respeto y tolerancia, con funciones específicas dentro del rol de hermanas en la familia.

Comportamiento sexual

A. refiere que con su tercer y actual N. pareja lleva 12 años de convivencia en unión libre, tiempo en el que nació su segunda hija.

En la relación de pareja se presenta una disfunción asociada a la calidad en la interacción, un vínculo conflictivo y hostil con abuso emocional, asimismo violencia psicológica y física con proceso en fiscalía, debido a un deterioro funcional en los dominios cognitivos, conductuales y afectivos.

Condiciones ambientales

A. Vive a las afueras, en un barrio estrato tres del pueblo. Manifiesta que ningún familiar vive en Piedecuesta y no tiene interacción con sus vecinos, hace énfasis en que la casa está a nombre de una hermana de su pareja y aunque no están en arriendo manifiesta verbalmente el deseo de buscar otro lugar donde vivir.

Según el anterior análisis funcional de la conducta en los diversos contextos A. no logra tener un funcionamiento general apropiado, presenta dificultades a nivel personal y conyugal. Le preocupan sus pensamientos de desesperanza y sentimientos negativos sobre su relación de pareja y hacia el futuro, asimismo presenta distorsiones en el autoconcepto.

El motivo de consulta fue constante durante las sesiones trabajadas, manifestando repetitivamente las preocupaciones generadas por la alteración de su estado anímico y bajo interés por la realización de diferentes actividades, ya sean personales, familiares o sociales, suscitado por los constantes inconvenientes con N. Su interés de cambio está basado en querer superar cualquier pensamiento negativo que se presenta cuando discute con su pareja y tener más tranquilidad y autonomía para tomar decisiones en su vida.

En A. se evidencian sentimientos de abandono debido a la salida de casa de su hija mayor (con quien refiere un vínculo muy cercano y apego emocional elevado), evento motivado por constantes conflictos y discusiones con su padrastro, dichos sentimientos que han generado en A. desde su infancia (a causa de la pérdida de su figura paterna por quien refiere tener una gran conexión y cercanía, de igual forma estos sentimientos fueron reforzados por la muerte de su segunda pareja) generando un gran vacío a nivel afectivo, asimismo conllevaron a una dificultad en la construcción de relaciones de apego significativas a largo plazo, pensamientos distorsionados sobre sí misma, los demás y el mundo.

Evaluación diacrónica

Historia de desarrollo

A. es la hija mayor de cinco hermanos, de una unión matrimonial de 12 años, tipología familiar nuclear hasta el fallecimiento de su padre cuando tenía 11 años, a causa de un cáncer, luego de la muerte de su progenitor su madre convivio durante 20 años con su nuevo compañero. Manifestando un vínculo distante hacia él.

Con su progenitora y hermanos la relación durante la niñez, adolescencia y adultez joven fue conflictiva y hostil.

A continuación se presenta la historia de desarrollo de A. desde las diferentes etapas del ciclo vital:

Primera Infancia

- Nacimiento por parto natural
- No manifiesta dificultades en su desarrollo motriz
- Sin complicaciones en el desarrollo del lenguaje
- Manifiesta sufrir crisis asmáticas

Infancia

- A los 11 años su padre fallece a causa de un tumor cerebral, con quien refiere un vínculo muy cercano.
- Ese mismo año su padrastro se mudó a convivir con su madre.
- Manifiesta un deterioro en la relación con su progenitora debido a la nueva pareja de convivencia.

Adolescencia

- A los 14 años sufrió constantemente abuso y manoseo por el hermano de su niñera.
- Refiere no haber tenido dificultades escolares ni bajo rendimiento en el transcurso de la primaria y bachillerato.

Juventud

- A los 21 inicio y durante 8 años mantuvo una relación sin convivencia con E. (padre de su hija mayor), refiriendo un vínculo afectivo muy cercano con él.
- A los 22 años mantuvo encuentros sexuales con el esposo de su tía quedando en embarazo, pero él bebe nació muerto.
- Se desempeñó 2 años como mercaderista
- Durante 6 años trabajo desempeñando oficios varios hasta el embarazo de su segunda hija.

Periodo de Madurez

- A los 26 años nació Na. su primogénita
- En el 2002 y con 35 años nació L. (segunda hija).
- En el 2003 inicia la convivencia con N. con quien lleva 12 años en unión libre. Mantiene con él un vínculo distante y conflictivo.
- Desde hace 13 años aproximadamente trabaja independiente en modistería, desde su casa
- A los 30 años trabajó como acompañante y trabajadora sexual durante un año, situación que solo conoce su hermana menor y una amiga que la relaciono en el trabajo.
- En el 2007 muere E. (padre de su primera hija), a causa de un tumor cerebral refiere un vínculo afectivo muy cercano hasta su fallecimiento, manifiesta que mantenía constantemente contacto con él, mientras vivía con su pareja actual, asimismo destaca problemáticas a nivel emocional por la pérdida y dificultades en la elaboración del duelo.

- Manifiesta que hace cinco años (2010) terminó sus estudios técnicos de modistería en el SENA.
- Desde el 2011 presenta antecedentes de violencia de pareja: situaciones de maltrato psicológico, agresiones verbales con proceso en fiscalía.
- Hace cuatro años (2011) fue diagnosticada con depresión mayor, remitida a psiquiatría para tratamiento con fármacos (trazadona, lorazepan y setralina), acompañada de psicoterapia. A. reporta que nunca se tomó la medicación y abandonó al poco tiempo el proceso terapéutico.
- Desde enero del 2015 su hija mayor decide salir de casa debido a contantes discusiones con su padrastro, situación que originó problemas de pareja, sentimientos de abandono y pérdida.
- Manifiesta que aproximadamente hace un mes duerme en el sofá de la casa, debido a problemas con su pareja.
- Actualmente decide iniciar nuevamente acompañamiento debido a problemas familiares y olvidos recurrentes que interfieren en su desempeño laboral y personal, descuido personal, baja autoestima, desesperanza al futuro, comida y sueño excesivo.
- Refiere tener pocos amigos cercanos, por falta de energía y ganas de salir de su casa.

Listado de principales problemas

- Estado de ánimo alterado
- Dificultades en la relación de pareja
- Maltrato psicológico y físico
- Sentimientos de abandono
- Falta de comunicación asertiva
- Pensamientos disfuncionales

Factores de predisposición

- Muerte de su padre a los 11 años de quien manifiesto su vínculo afectivo principal
- Desestructuración familiar
- Entrada de la nueva pareja de su madre y reestructuración del hogar
- Relación hostil con su madre
- Antecedentes de abuso sexual en la adolescencia
- Carencia de vínculos afectivos significativos durante su niñez y adolescencia, después de la muerte de su padre

Factores de adquisición

- Muerte de su primer hijo
- Constantes dificultades en la relación con su núcleo familiar
- Rechazo de sus hermanos
- Ruptura con su primer pareja

Factores desencadenantes

- Muerte de su expareja
- Distanciamiento con su familia
- Relación hostil con su pareja de convivencia
- Constante abuso emocional por su pareja
- Desaprobación y fuertes críticas negativas
- Violencia intrafamiliar
- Independencia de su hija mayor debido a conflictos con su padrastro
- Desestructuración familiar
- Sentimientos de abandono

Factores de mantenimiento

- Nulas relaciones con pares
- Maltrato verbal

- Constante desaprobación de su pareja
- Abuso emocional
- Pensamientos de tipo rumiativo
- Afectividad negativa
- Baja asertividad

Factores protectores

- Apoyo de sus hijas
- Vinculo cercano con su hija mayor
- Deseo de querer evitar nuevas recaídas

Factores de riesgo

- Prostitución
- Relaciones sexuales sin protección
- Conflictos conyugales
- Aislamiento social
- Pocos vínculos significativos con personas cercanas

Objetivos terapéuticos

- Control terapéutico por episodio depresivo mayor.
- Desarrollar la comunicación asertiva en la expresión de discrepancias hacia su pareja.
- Modificar los pensamientos distorsionados sobre si misma
- Disminuir los pensamientos irracionales sobre el abandono
- Aumentar la capacidad de resolución de conflictos
- Descartar comorbilidad entre depresión y un posible trastorno de ansiedad

Plan de intervención

A continuación se describe el proceso realizado a través de la terapia psicológica con la consultante durante las sesiones asistidas, mediante el cual se buscó mejorar el estado anímico de A., modificar aquellos pensamientos distorsionados sobre si misma, aumentar la comunicación asertiva, desarrollar estrategias de afrontamiento y finalmente prevenir futuras recaídas.

De igual forma uno de los principales intereses fue generar en la consultante una buena adaptación y compromiso con el proceso terapéutico, evitar la interrupción y posterior abandono del mismo.

El plan se creó en conjunto con A., teniendo en cuenta las expectativas frente a la terapia brindadas por ella al iniciar la consulta.

Tabla 1. Descripción de la Intervención		
Sesión	Objetivo	Desarrollo de la sesión
1	Iniciar primer contacto con el caso	Recepción de caso, se indaga sobre el motivo de consulta referido por la consultante. Apertura de la historia clínica.
	Realizar el contrato terapéutico	Se realiza un encuadre, estableciendo las reglas durante la sesión como el espacio, duración, proximidad de las mismas y firma de consentimiento.
	Establecer compromisos a realizar en casa	Para finalizar se asigna actividad para casa, consultar sobre el modelo cognitivo conductual.
2	Diligenciar historia clínica	Mediante la entrevista semiestructurada se dirigió el discurso de A. profundizando sobre el motivo de consulta, indagando sobre el historial de la

	Instruir sobre la terapia cognitiva	problemática, antecedentes familiares, personales y laborales. Se brindó información sobre el modelo, teniendo en cuenta el primer acercamiento de A. sobre la actividad dejada para casa, la consultante tuvo un rol más activo durante la sesión, para finalizar se aclaran dudas e inquietudes acerca de las sesiones o el proceso terapéutico que se inicia.
	Comprobar estado de animo	Valoración del estado de ánimo, con la participación de A. se crea una tabla cuya finalidad es medir el estado de ánimo, en una serie ascendente de 1-10, donde el uno es pésimo y diez es excelente. Se establece que la medición se haría en tres momentos del día: mañana, tarde y noche, durante todos los días a partir de la fecha. Para así poder llevar un control anímico de la semana.
	Establecer compromisos a realizar en casa	
3	Diligenciar historia clínica	Se profundiza sobre la historia personal, relaciones interpersonales y vínculos afectivos con su núcleo familiar. Evidenciándose múltiples rupturas en las relaciones de pareja.
	Describir historia familiar:	Se recolecta información para la creación del genograma.
	Establecer compromisos a	Se instruyó a la consultante en la creación de los autoregistros diarios de pensamiento asociados a

	realizar en casa	eventos, en donde anote sucesos relevantes, emociones, pensamientos frente a la situación y comportamientos.
4	Diligenciar historia clínica Evaluar la problemática Retroalimentar sobre los autoregistros de la semana.	Se continúa indagando sobre la historia personal, orientando la sesión en los diferentes contextos, actividades realizadas en el tiempo libre, gustos y preferencias personales. Manifestando la escasa interacción con personas fuera de su núcleo familiar, no realiza actividades en su tiempo libre y ratifica que su rutina diaria se caracteriza principalmente por las actividades del hogar y realizar sus tareas de costura (trabajo). Se le administra la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional MINI según el protocolo. Con base en los autoregistros brindados por A. durante la semana anterior se trabajó y se resolvieron inquietudes surgidas durante la realización de la actividad para la casa.
5	Evaluar la problemática Comprobar estado de ánimo Revisión de autoregistros	Se administra el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI II) para comprobar o descartar un trastorno depresivo. Se dialoga sobre la tabla del estado de ánimo semanal Comprobar la realización de los autoregistros en casa, durante la semana anterior.
6	Evaluar la	Se aplica el Inventario de Depresión Estado-Rasgo

	problemática	(IDER) para corroborar la presencia de un trastorno depresivo mayor.
	Comprobar estado de ánimo y autoregistro	Se revisa el compromiso terapéutico de las actividades hechas en casa (autoregistros y tabla de ánimo). Se trabaja con el objetivo de identificar las distorsiones cognitivas presentes en A.
7	Evaluar la problemática	Se aplica el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) para descartar comorbilidad con un trastorno depresivo. Adicional se suministra una escala de autoreporte tipo Likert sobre asertividad (Test de Rathus R.A.S).
	Comprobar estado de animo	Con base en la tabla del estado de ánimo, y los autoregistros se trabaja sobre el reconocimiento de emociones presentes en los eventos cotidianos.
	Identificación de emociones	
8	Retroalimentar resultados	Se socializan los hallazgos arrojados a través de los instrumentos psicológicos aplicados durante el proceso de evaluación.
	Plantear objetivos terapéuticos	- Entrevista MINI - Inventario Depresión de Beck-II (BDI II) - Inventario de Depresión Estado-Rasgo (IDER) - Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) - Test de asertividad de Rathus (R.A.S)
	Revisión de actividades para el hogar	
9	Psicoeducación	Se brinda orientación sobre la depresión desde el modelo terapéutico cognitivo- conductual y la necesidad de seguir en proceso psicológico para evitar
	Favorecer la	

		evidencia válida para comprobar o desmentirlos. - Pensamientos automáticos negativos: “No sirvo para nada, todo me sale mal” “mi hija se fue de la casa porque soy una mala madre” “No tengo amigos porque no soy una persona interesante” - Pensamientos automáticos positivos: “Algunas cosas no me salen bien, pero en otras soy muy buena” “Todos los hijos en algún momento salen del hogar, y la decisión de mi hija no es porque sea una mala madre” “Tengo algunos amigos, por lo tanto soy interesante, aunque debo esforzarme en salir y socializar con otras personas”.
11	Aumentar pensamientos positivos Revisión de actividades para el hogar	- Revisión de pensamientos positivos sobre sí misma y favorecer el desarrollo de los mismos. - Aumentar los comportamientos eficaces en las relaciones interpersonales. - Reforzar la importancia de la relación pensamiento, conducta, emoción.
12	Introducir refuerzos sociales Incrementar el autorrefuerzo	Se trabajó sobre refuerzos sociales, brindando ejemplos claros: sonrisas, palabras de aprobación, aplausos. Se incentivó en A. el incremento de autorrefuerzos positivos, mediante la generalización de conductas y su estabilidad, favoreciendo la autonomía, dejando claro que estos no dependen de los demás. Con el fin de

		disminuir la visión negativa de sí misma, el mundo y el futuro, asimismo los autoreproches presentes a lo largo de su discurso.
13	Trabajar sobre la asertividad Mejorar las habilidades sociales	Desde la psicoeducación se brindó herramientas para favorecer la asertividad en la comunicación con su familia y/o terceros. Asimismo haciendo uso del role-playing se buscó mejorar la expresión de discrepancias, la facilidad para rechazar propuestas, decir NO, y dar el punto de vista frente a sucesos de su vida o en su entorno. Para finalizar se retroalimentó el ejercicio, destacando los aspectos positivos de A. Entrenamiento en habilidades sociales
14	Brindar estrategias de Autocontrol Evaluar la problemática (pos-test)	Haciendo uso de la triada de autocontrol propuesta por Caballo (1995) citando a Cautela (1985) se brindó estrategias basadas básicamente en la relación existente entre pensamiento, emoción y conducta. Exponiendo tres puntos esenciales: - Detección de pensamiento - Control de la respuesta fisiológica - Reforzamiento positivo Se aplican nuevamente los instrumentos psicológicos utilizados durante el proceso de evaluación - Inventario de Depresión Estado-Rasgo (IDER) - Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

La consultante verbaliza que anímicamente se encuentra bien, aunque ya no realiza la valoración diaria, ni los autoregistros de pensamiento, sigue realizando las actividades en su tiempo libre, sale mucho más de casa y ha logrado empoderarse personalmente de sus propias decisiones y del hogar.

Progresivamente ha aceptado la salida de casa de su hija mayor, aunque la extraña en ocasiones, entiende que es un proceso normal dentro del ciclo vital familiar, disminuyendo los sentimientos de culpa y abandono frente a la situación.

Refiere una mejoría significativa en la relación con N. ya no discuten con frecuencia y la comunicación es más asertiva entre ellos, resalta que no existe abuso emocional por parte de su pareja, ni recriminaciones.

Para finalizar manifestó el cambio de trabajo, en donde adquirió un rol más activo y participativo, resaltando la importancia de las relaciones con terceros. Aunque sigue dificultándosele conocer nuevas personas, es más abierta en la interacción con pares y en la exteriorización de emociones, así como la expresión de discrepancias, y aceptación de críticas, diferentes demandas y situaciones no gratas.

RESULTADOS

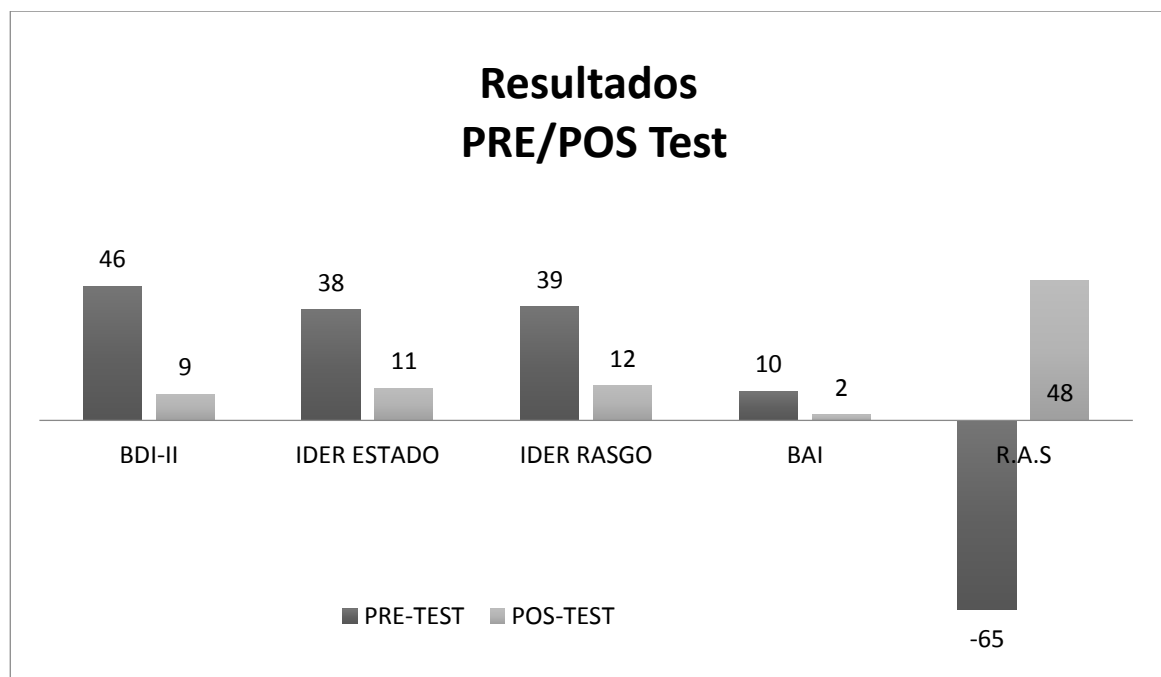
Se presentan los resultados correspondientes a:

1. la fase de evaluación (pre-test) y luego de la fase de intervención (pos-test), comparando el proceso desde los dos momentos inicial y final de los siguientes instrumentos:
 - a. Inventario Depresión de Beck-II (BDI II)
 - b. Inventario de Depresión Estado-Rasgo (IDER)
 - c. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)
 - d. Test de asertividad de Rathus (R.A.S)

e. Evolución estado de animo

2. Resultados después de la utilización de las técnicas conductuales: motivación focal y activación conductual
3. Resultados después de la utilización de técnicas cognitivas: reestructuración cognitiva

Teniendo en cuenta las herramientas psicológicas de autoregistro aplicados a la consultante, los resultados a nivel general son:



Gráfica 4 Resultados de la intervención terapéutica (pre/pos Test)

Como se evidencia en la gráfica anterior los resultados de la intervención arrojan una notable diferencia en la mayoría de las puntuaciones de los autoinformes correspondientes a la medición global de los instrumentos aplicados durante la fase de Evaluación, comparándolos con una segunda aplicación en la fase de Cierre, se puede probar una reducción en el nivel de los componentes afectivos de la depresión, teniendo en cuenta la

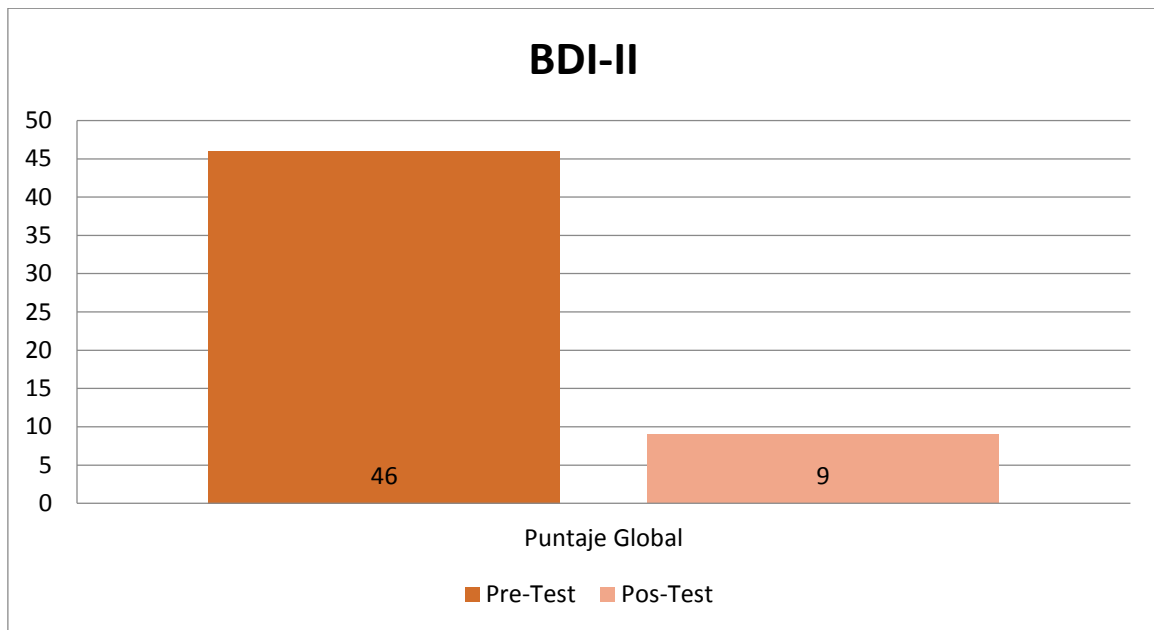
primera aplicación donde mostró una puntuación alta en el BDI-II, según los datos iniciales se pasó de 46 (depresión extrema), a 9 (altibajos normales). En el IDER mediante la intervención se logró disminuir significativamente los síntomas en las escalas Estado (38) - Rasgo (39) hasta los correspondientes al retest escala Estado (11) - Rasgo (12), ejemplificando una disminución en la puntuación global del test.

De igual forma se resalta una reducción en los resultados del BAI, aunque en la fase de evaluación no arrojó alta presencia de sintomatología ansiosa, se logró reducir de “leve” a “mínima”; cabe mencionar que la intervención no tenía como foco de atención específicamente el tratamiento de esta variable, dado que en la fase inicial el nivel global obtenido por A. se encontraba dentro de la normalidad (puntuación directa 10), se volvió a medir la sintomatología ansiosa en el post-test para comprobar el mantenimiento de los resultados, y constatar si la intervención en los síntomas depresivos pudo modificar los datos obtenidos en la fase de evaluación, obteniendo una puntuación directa (2), verificando que de manera indirecta se logró también una disminución en estos síntomas ansiógenos.

Finalmente mediante la aplicación del cuestionario de R.A.S se logró conocer de manera global el nivel de asertividad presente en A., durante la fase inicial presentó un nivel “medio: -65”, comparándolo con el post-test arrojó un nivel “muy bueno: 48”, constatando un incremento positivo en la escala asertiva.

A continuación se presentan los resultados de manera individual nombrados anteriormente:

1. la fase de evaluación (pre-test) y luego de la fase de intervención (pos-test):
 - a. Inventario Depresión de Beck-II (BDI II)



Gráfica 5 Resultados Inventario Depresión de Beck-II

En la gráfica anterior se puede observar una reducción significativa en el puntaje global correspondiente a la sintomatología depresiva arrojado durante la fase de evaluación (P.46), en comparación con la segunda aplicación después de la intervención (P.9) y finalización del proceso terapéutico.

b. Inventario de Depresión Estado-Rasgo (IDER)

A continuación las tablas 2 y 3 presentan los resultados arrojados por el Inventario de Depresión Estado-Rasgo (IDER), durante las dos fases de aplicación del instrumento psicológico.

Fase de evaluación

Pre-test

Durante esta aplicación según los resultados arrojados en la fase de evaluación, el nivel de síntomas depresivos arroja un porcentaje alto en el puntaje global de las dos

escalas Estado (pc99) y Rasgo (pc99). De igual manera en sus cuatro subescalas, el percentil puntúo alto.

		PD	PC	NIVEL
ESTADO	DISTIMIA	18	99	ALTO
	EUTIMIA	20	99	ALTO
PUNTAJE GLOBAL		38	99	ALTO
RASGO	DISTIMIA	19	99	ALTO
	EUTIMIA	20	99	ALTO
PUNTAJE GLOBAL		39	99	ALTO
Tabla 2. Resultados pre-test Inventario Depresión Estado-Rasgo				

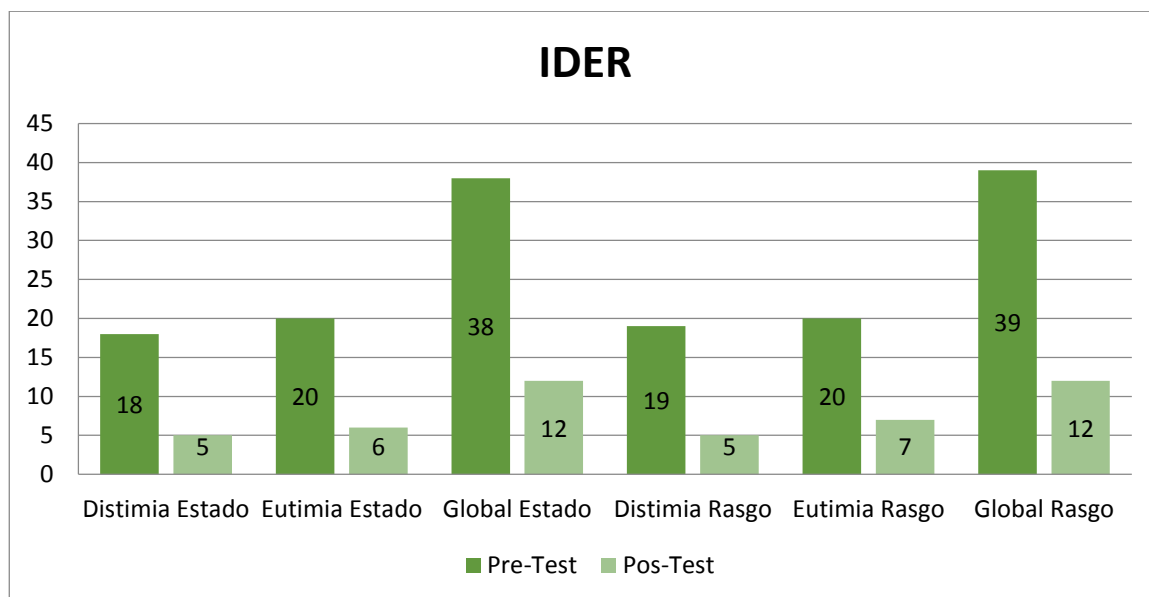
Fase de Intervención

Pos-Test

Durante la segunda aplicación los resultados arrojados después de la fase de intervención, el nivel de los síntomas depresivos disminuyo significativamente el porcentaje en el puntaje global de las dos escalas Estado (pc10) y Rasgo (pc10). De igual manera en las subescalas, el percentil puntúo bajo.

		PD	PC	NIVEL
ESTADO	DISTIMIA	5	1	BAJO
	EUTIMIA	6	10	BAJO
PUNTAJE GLOBAL		11	10	BAJO
RASGO	DISTIMIA	5	1	BAJO
	EUTIMIA	7	15	BAJO
PUNTAJE GLOBAL		12	10	BAJO
Tabla 3. Resultados pos-test Inventario Depresión Estado-Rasgo				

En la siguiente gráfica aparecen los resultados arrojados por el Inventario de Depresión Estado-Rasgo (IDER), contrastando los dos momentos de aplicación del instrumento psicológico, según las tablas de resultados 2 y 3 anteriormente mencionadas.



Gráfica 6 Resultados Inventario Depresión Estado-Rasgo

En la fase de evaluación puntuó alto en todas las escalas Distimia-Estado (18), Eutimia-Estado (20), Global Estado (38), Distimia-Rasgo (19), Eutimia-Rasgo (20) y Global Rasgo (39); En comparación con los resultados después de la fase de intervención, donde puntuó bajo, se evidenciando una disminución significativa en los porcentajes de las escalas Distimia-Estado (5), Eutimia-Estado (6), Global Estado (11), Distimia-Rasgo (5), Eutimia-Rasgo (7) y Global Rasgo (12).

Este inventario permitió disponer de un primer índice global del componente afectivo de la depresión en las escalas Estado y Rasgo arrojando un rango alto, asimismo se manifiesta información más específica sobre sus cuatro subescalas (Eutimia-E, Distimia-E, Eutimia-R, Distimia-R), permitiendo un perfil individual, donde la puntuación global fue alta en el pre-test.

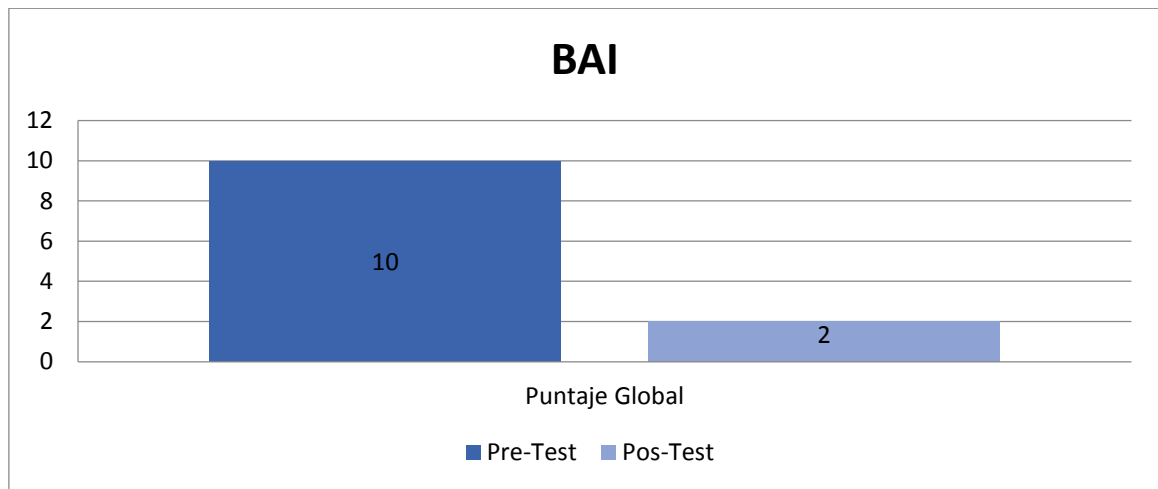
Según los resultados arrojados en la escala Depresión Estado referida a una condición puntual, con presencia de síntomas dentro de un período de al menos dos semanas, el puntaje global fue alto es decir presencia de un episodio depresivo mayor o un

trastorno depresivo mayor. Asimismo en la subescala Distimia Estado una puntuación alta se interpreta como presencia de reacciones emocionales negativas de carácter temporal. En la subescala Eutimia Estado una puntuación alta se interpreta como carencia de interés, entusiasmo, nivel de alerta mental y capacidad para experimentar placer ante situaciones específicas del entorno, cuyo carácter es temporal.

En la escala Depresión Rasgo referida a una disposición general de la afectividad, de mayor duración aunque de menos intensidad a la anterior y que genera vulnerabilidad frente a la posibilidad de desarrollar reacciones depresivas. Una puntuación alta evidencia la presencia de reacciones depresivas y/o trastornos bipolares. En la subescala Distimia Rasgo un percentil alto evidencia baja disposición general para responder de manera positiva a las diversas situaciones de la vida, interpretando los acontecimientos de manera favorable. Igualmente en la subescala Eutimia Rasgo una alta puntuación hace referencia a la disminución de una actitud interesada, falta de sentimientos de esperanza, evitando una interpretación favorable de situaciones cotidianas, disminuyendo la posibilidad de responder cognitiva, afectiva y conductualmente de forma positiva.

c. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

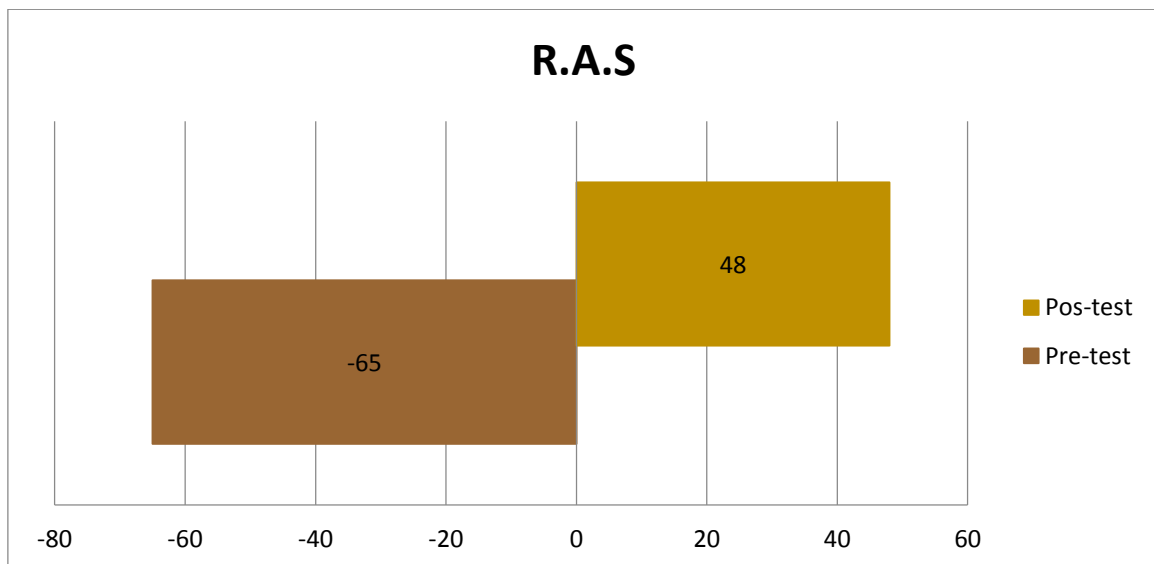
Los resultados arrojados mediante el inventario permitieron conocer el nivel de ansiedad presente en A. en el momento de la fase de evaluación, arrojando una puntuación leve (10), en comparación con la segunda aplicación después de la intervención, donde se redujo la puntuación a mínima (2).



Gráfica 7 Resultados Inventario de Ansiedad de Beck

d. Test de asertividad de Rathus (R.A.S)

Mediante la aplicación del test de autoreporte se logró evaluar y conocer el nivel de asertividad presente en A. al momento del pre-test; arrojó un nivel (medio -65), comparado con el pos-test, los datos incrementaron positivamente puntuando en (muy buena asertividad 48).



Gráfica 8 Resultados Test de asertividad de Rathus

Según lo arrojado una puntuación media en el pre-test, indica la presencia de falencias en la capacidad de defenderse y dar su opinión en cualquier situación que se encuentre, debido a que sólo es asertiva en situaciones donde se encuentre realmente cómoda, pero fuera de su zona de confort se cohibe y se muestra más pasiva. En comparación con el post-test, se logró incrementar el nivel de asertividad a muy buena aumentando la capacidad para decir no en situaciones que molestan y la transmisión de inconformidades frente a personas cercanas; se buscó mejorar la expresión para rechazar propuestas, y dar el punto de vista frente a sucesos de la vida o en el entorno, expresando directa y adecuadamente los sentimientos (positivos como negativos) en cualquier situación social. Igualmente reconocer y respetar los sentimientos, opiniones y deseos de los demás de una forma no impositiva.

e. Evolución estado de animo

En la tabla se presenta el seguimiento diario del estado de ánimo, iniciando el control desde la segunda sesión.

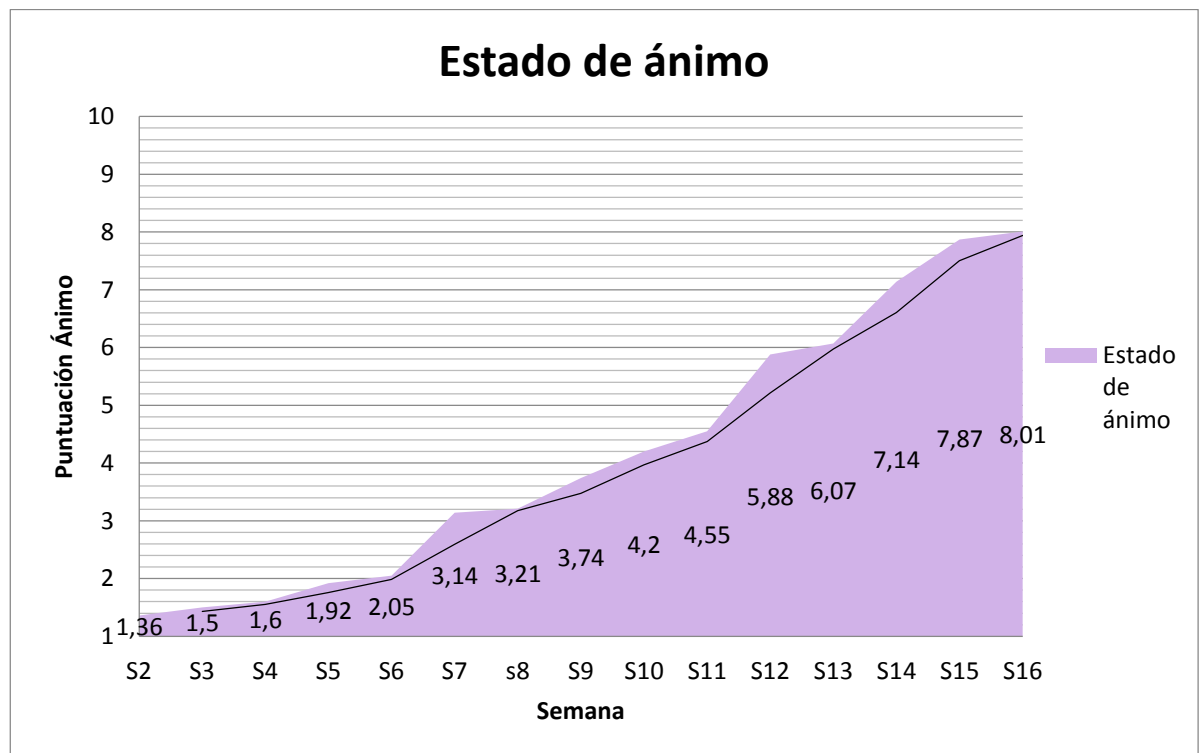
Tabla 4. Seguimiento estado de ánimo durante el proceso terapéutico

Semana	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Prom/Sem
1								
2			1.3	1.6	1.3	1.6	1	1.36
3	1.6	2	2	1.3	1.6	1	1	1.5
4	1.3	2	2	2	1.3	1.3	1.3	1.6
5	2	1.3	1.6	2.3	2	2.3	2	1.92
6	2.3	2.3	2.3	2.3	2.3	1.6	1.3	2.05
7	2.6	2.6	2.6	3.3	3.6	4	3.3	3.14
8	3.3	3.3	3.6	3	3	3.3	3	3.21

Trastorno depresivo mayor recidivante con síntomas melancólicos 58

9	3.6	3	3.6	4	4	4	4	3.74
10	3.6	4	4.6	4.3	5	4.3	3.6	4.2
11	4.3	4.6	4	5	5	5	4	4.55
12	5	5.6	6	6	6.3	6.3	6	5.88
13	5.6	6	6	6.3	5.6	7	6	6.07
14	7.6	7.6	7	7.3	7.6	6.6	6.3	7.14
15	7.3	7.6	8.3	7.6	8	8.3	8	7.87
16	7.6	8.3	7.6	8.3	8	8	8.3	8.01

En la siguiente gráfica se representa la evolución semanal correspondiente al estado de ánimo.



Gráfica 9 Seguimiento estado de ánimo semanal

Los datos anteriores se suministraron tomando como base la tabla semanal que evaluaba de manera subjetiva el estado de ánimo de A., teniendo en cuenta tres momentos específicos del día: mañana, tarde y noche, arrojando un promedio por día, y finalmente uno semanal, esta medición se hizo a partir de la segunda sesión (semana 2), hasta la última (semana 16). Donde se puede observar un incremento progresivo en su estado anímico a través de su proceso terapéutico.

2. Resultados después de la utilización de las técnicas conductuales: motivación focal y activación conductual

A continuación se presentan los resultados de la utilización de las técnicas conductuales como la motivación focal y la activación conductual, logrando la recuperación de obligaciones domésticas, laborales y sociales, favoreciendo la integración progresiva de la consultante en la sociedad.

Tabla 5. Resultados Activación conductual	
Conductas Activadas	Conductas Extinguidas
• Pagar los recibos del hogar • Salir progresivamente a hacer ejercicio • Buscar e inscribirse en algún curso • Llevar las tareas de costura personalmente • Visitar a la familia • Retomar contacto con su mejor amiga • Saludar a los vecinos	• Sobre ingesta de alimentos • Aislamiento • Repertorios de evitación, inactividad y distanciamiento • No expresión de sus emociones

• Manifestar desacuerdos, inconformidades y gustos con la familia	
---	--

Los resultados anteriores estaban enfocados a actividades que implicaban salir de casa y la ocupación del tiempo libre, situaciones encaminadas principalmente a minimizar los síntomas depresivos presentes en A., logrando extinguir repertorios de evitación, inactividad (evidenciada en actividades de su trabajo y tareas del hogar) y distanciamiento presentes en la interacción con personas de su entorno social (familia, conocidos y vecinos), de igual manera repertorios de evitación con personas fuera de su zona de confianza.

3. Resultados después de la utilización de técnicas cognitivas: reestructuración cognitiva

Para finalizar la siguiente tabla evidencia el cambio de pensamientos automáticos en A, mediante el uso de la reestructuración cognitiva, cuyo objetivo fue identificar y corregir los patrones de pensamiento negativo, mediante la discusión socrática de estas “hipótesis” negativas que A. producía en situaciones de perturbación emocional, y su sustitución por nuevas autoverbalizaciones más racionales a medida que estos pensamientos eran puestos en duda.

Tabla 6. Cambio de pensamiento	
Pensamientos automáticos negativos	Nuevas verbalizaciones
• “No sirvo para nada, todo me sale mal” • “Mi hija se fue de la casa porque soy	• “Algunas cosas no me salen bien, pero en otras soy muy buena” • “Los hijos en algún momento salen del hogar, y la decisión de mi hija no

una mala madre” • “No tengo amigos porque no soy una persona interesante”;	infiere que sea una mala madre” • “Tengo algunos amigos, por lo tanto soy interesante, aunque debo esforzarme en salir y socializar con otras personas”
---	--

El anterior proceso permitió en A. modificar el modo de interpretar las cosas, el tipo de pensamiento y las valoraciones subjetivas que hacia acerca del entorno, facilitando en la consultante recursos para hacer su vida más llevadera frente a conflictos o problemas que surgían en su accionar cotidiano; modificando sus verbalizaciones por otras más apropiadas, después de la recolección de datos que determinaron si estas hipótesis eran correctas o útiles.

DISCUSIÓN

Durante el estudio de caso se presentó el proceso terapéutico con A. una mujer adulta que cumple los criterios para el diagnóstico de depresión mayor recidivante con síntomas melancólicos, con la principal finalidad de mejorar el estado de ánimo de la consultante y reducir los síntomas depresivos bajo la mirada de un enfoque cognitivo-conductual, asimismo las metas secundarias estaban encaminadas en brindar herramientas de autocontrol, a detectar los pensamientos distorsionados, impulsar a la consultante en la identificación de emociones, entrenar en habilidades sociales y mejorar la asertividad.

Se pudo evidenciar cambios significativos, como son el cumplimiento de los objetivos propuestos y las expectativas definidas al inicio del proceso, destacando lo nombrado anteriormente según la sintomatología depresiva mediante la aplicación del inventario IDER se dispuso de un primer índice global del componente afectivo de la

depresión, asimismo se manifiesta información más específica sobre las escalas estado y rasgo, permitiendo un perfil individual de ambas mediciones. En donde se logró reducir la sintomatología y por consiguiente una mejora en el estado de ánimo de A., por tanto se pudo reforzar lo evidenciado en un estudio de Antón, García y García (2016), en donde mediante una adecuada intervención cognitivo-conductual lograron que los síntomas depresores decrecieran. Aspectos evidenciados en los resultados después de la intervención con A. donde la consultante logro una disposición general para responder de manera positiva a las diversas situaciones de la vida, interpretando los acontecimientos de manera favorable. Igualmente desarrollo el mantenimiento de una actitud interesada, con sentimientos de esperanza, provocando una interpretación favorable de situaciones cotidianas, incrementando la posibilidad de responder cognitiva, afectiva y conductualmente de forma positiva.

En otra investigación de Morris et al., en el 2010 menciona que un predictor importante como son los factores etiológicos (autoestima, de ansiedad, problemas escolares y dificultades en la dinámica familiar) en edades comprendidas entre los 12 y 18 años pueden ser los desencadenantes para generar un posterior trastorno del estado de ánimo, comparando lo anterior con el caso de A. su historia personal estuvo caracterizada por una disfunción a nivel familiar después de la muerte de su padre (desestructuración familiar), las diferentes parejas de convivencia de su madre (creando una nueva organización de su entorno familiar), las relaciones conflictivas con sus hermanos y el abuso sexual en su adolescencia contribuyeron al posterior desarrollo de la depresión en su adultez; evidenciando que estos factores etiológicos presentes a través de la adolescencia de A. actuaron como desencadenantes de la depresión reforzando lo mencionado anteriormente por Morris, argumentando así que mediante el análisis funcional realizado en el caso se contribuyó a definir de forma concreta los elementos del contexto personal, haciendo especial hincapié en dichos antecedentes asociados a la conducta problema.

En concordancia con los resultados el uso de técnicas conductuales con el fin de aumentar el reforzamiento positivo en el tratamiento de la depresión mayor son consideradas en la literatura como un paso inicial y preparatorio para el uso posterior de técnicas cognitivas, que posibilitan una mejoría en el cuadro depresivo, mayor estabilidad y duración a futuro, favoreciendo la prevención de posibles nuevas recaídas. (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979). Teniendo como referente lo anterior mencionado y aplicándolo a la intervención realizada con A. primero se utilizaron dos técnicas de tipo conductual: 1. La Activación Conductual, logrando extinguir repertorios de evitación, inactividad y distanciamiento presentes en la interacción con personas de su entorno social, como familia, conocidos y vecinos, de igual manera repertorios de evitación con personas fuera de su zona de confianza y la inactividad evidenciada en las actividades de su trabajo y las tareas del hogar.

La siguiente técnica conductual utilizada fue 2. La Motivación Focal, se logró con A. la recuperación de obligaciones domésticas, laborales y sociales, favoreciendo la integración progresiva de la consultante en la sociedad, motivando la creación de metas a realizar con base en la información brindada durante los primeros encuentros, sobre gustos y preferencias, mediante la construcción de un plan de objetivos a corto plazo, que fueran realistas y estuvieran al alcance de A. dichos objetivos básicamente estaban enfocados a actividades que implicaban salir de casa y la ocupación del tiempo libre, ejemplificando algunas se encomendó : pagar los recibos del hogar, salir progresivamente a hacer ejercicio, inscribirse en algún curso, llevar las tareas de costura personalmente, visitar a la familia, retomar contacto con su mejor amiga y saludar a los vecinos. Las anteriores actividades asignadas iban encaminadas principalmente a minimizar los síntomas depresivos presentes en la consultante.

De acuerdo con la AC gran parte de los síntomas en las personas deprimidas se dan por la evitación de conductas que cumplen una función sobre el ambiente, de manera que dichas conductas van desde la permanencia en casa “retirándose” de las actividades habituales, como los “pensamientos rumiativos” pasando por “modos depresivos” de

interacción con los demás. (Pérez, 2007) por lo tanto se puede concluir que la sintomatología de la depresión es una forma de evitación que impide al sujeto abordar los problemas e imposibilitan nuevas posibilidades para su vida. Comparándolo con A. se evidenciaban situaciones de evitación en actividades habituales como no realizar las tareas del hogar y las referidas a su trabajo, asimismo esta sintomatología evitaba generar y vislumbrar posibilidades en su vida.

A la par de las técnicas conductuales, se hizo uso de las cognitivas como la detección de pensamientos automáticos y reestructuración cognitiva, tomando como base los autoregistros y las verbalizaciones presentes en A. con la finalidad de reemplazarlos o modificarlos, buscando evidencia válida para comprobar o desmentirlos y asimismo resaltar las características positivas. Algunos de los resultados fueron el cambio de pensamientos automáticos negativos: “No sirvo para nada, todo me sale mal” “mi hija se fue de la casa porque soy una mala madre” “No tengo amigos porque no soy una persona interesante”; las verbalizaciones anteriores se modificaron por pensamientos automáticos positivos: “Algunas cosas no me salen bien, pero en otras soy muy buena” “Los hijos en algún momento salen del hogar, y la decisión de mi hija no infiere que sea una mala madre” “Tengo algunos amigos, por lo tanto soy interesante, aunque debo esforzarme en salir y socializar con otras personas”. Los anteriores cambios de pensamientos fueron generados por la implementación de técnicas cognitivas durante la intervención en el caso con A. como la reestructuración cognitiva; técnica básica de la TCC que se utiliza principalmente para identificar y corregir los patrones de pensamiento negativo, mediante la discusión socrática de los pensamientos automáticos negativos que se producen en situaciones de ansiedad o cualquier otro tipo de perturbación emocional, y su sustitución por creencias o pensamientos más racionales a medida que estos pensamientos son puestos en duda. (Bados y García, 2010). En el transcurso de la intervención también se trabajó sobre el aumento de pensamientos positivos sobre sí misma, favoreciendo el desarrollo de los mismos, aumentando comportamientos eficaces en las relaciones interpersonales y reforzando la importancia de la relación pensamiento, conducta y emoción.

Mediante las sesiones se profundizó sobre los autorefueros y la necesidad de incrementar aquellos con calificativos positivos, a través de la generalización de conductas y su estabilidad, también se fueron introduciendo refuerzos sociales mediante ejemplos claros, como las sonrisas, palabras de aprobación y aplausos, para ayudar a minimizar el concepto negativo y los componentes cognitivos de la depresión. Dichas conductas con la finalidad de darle a la consultante aquellos refuerzos carentes en ella, teniendo en cuenta que la literatura expone que la depresión se debe a una falta de refuerzos que impiden que la persona no actúe, debido a la inactividad el deprimido no encuentra refuerzos suficientes en la sociedad y en consecuencia su trastorno se perpetua a través del tiempo. (Antón, García, y García, 2016). Las anteriores conductas se utilizaron también como herramientas para prevenir futuras recaídas, asimismo favorecer la autonomía de la consultante después de generar el cierre terapéutico empoderándola de su trastorno y psicoeducando frente al diagnóstico y tratamiento con el fin de disminuir la visión negativa de sí misma, y aquellos autoreproches presentes a lo largo de su discurso.

Siguiendo con la intervención se trabajó sobre la carencia de habilidades sociales definidas por León (2013) como una mezcla de comportamientos eficaces en las relaciones interpersonales, conductas adaptativas que permiten la adecuación a determinados contextos sociales, desde la literatura se considera a la familia como constructora o determinante de la personalidad de los niños, puesto que es el primer ambiente de adquisición de conocimientos, creencias, valores, actitudes y comportamientos que determinan la capacidad para solucionar problemas, habilidades de escucha, comunicación asertiva, factores protectores y los estilos de afrontamiento con los cuales se enfrentaran a la vida. En la psicoterapia con A. y con base en lo anterior el proceso fue encaminado básicamente a un programa de entrenamiento en ciertos aspectos que comprenden el conjunto de capacidades sociales: habilidades básicas de interacción social, conversacionales, habilidades relacionadas con los sentimientos y emociones, de afrontamiento y resolución de problemas, y finalmente relacionales con terceros, donde estas destrezas se fortalecieron para una mejor adaptación en el medio interpersonal, mediante el role-playing se ejemplifico situaciones en donde A. debía exponer y defender

firmemente su postura personal, hablar con personas desconocidas, pedir favores, rechazar ofertas e iniciar conversaciones sobre diferentes temáticas.

Muy de la mano con lo anterior se trabajó sobre la asertividad, debido a que la literatura expone que una persona que no ha desarrollado habilidades sociales, no sabe identificar cuáles son los comportamientos adecuados a cada momento o situación. (Caballo, 2014). Según lo arrojado por el test de Rathus se obtuvo una puntuación media en un principio (pre-test), lo cual indica que A. presentaba falencias en cuanto a la capacidad de defenderse y dar su opinión en cualquier situación que se encontraba, debido a que sólo era asertiva en las situaciones en las que se encontraba realmente cómoda, pero fuera de su zona de confort se cohibía y se mostraba mucho más pasiva. Por lo tanto mediante la psicoeducación se brindó herramientas para favorecer la asertividad en la comunicación con su familia y/o terceros en la expresión de discrepancias. De igual manera haciendo uso del role playing y en ocasiones de metáforas en donde A. debía exponer su postura de manera activa, defender sus derechos y dar su opinión sin tapujos, con confianza en sus propios criterios y sin que esto afectara el hecho de estar en desacuerdo con los demás, se logró incrementar el nivel de asertividad a muy buena (post-test), aumentando la capacidad para decir no en situaciones que le molestan y la transmisión de inconformidades frente a personas cercanas; se buscó mejorar la expresión para rechazar propuestas, y dar el punto de vista frente a sucesos de su vida o en su entorno, identificando, expresando directa y adecuadamente sus sentimientos (positivos como negativos) en cualquier situación social. Igualmente reconocer y respetar los sentimientos, opiniones y deseos de los demás de una forma no impositiva, A. también consiguió aceptar sus limitaciones con madurez y sensatez.

Cerrando el proceso de intervención se brindaron estrategias de autocontrol haciendo uso de la triada propuesta por Caballo (1995) citando a Cautela (1985) se psicoeduco básicamente frente a la relación existente entre pensamiento, emoción y conducta, exponiendo tres puntos esenciales: 1. Detección de pensamientos, 2. Control de respuestas fisiológicas y 3. Reforzamiento positivo. Permitiendo en A. ejercer dominio

sobre sí misma, tanto en sus pensamientos como en su actuar, evitando que se desencadenaran reacciones o pensamientos negativos; brindando la posibilidad de ser consciente de sus decisiones o actos, controlando las emociones e impulsos destructivos, y finalmente mediando la capacidad para canalizar de forma adaptativa las emociones y sentimientos.

Finalmente cabe resaltar que a través de toda la evolución en el proceso clínico realizado con A. un aspecto de gran importancia en la intervención fue la psicoeducación frente al trastorno, ya que generó un impacto significativo en el control de los síntomas depresivos, para la presencia y prevención de futuras recaídas. Mediante la evocación de aprendizajes introyectados; a través de las diferentes sesiones se buscó reforzar los avances positivos, y el análisis de la evolución frente al motivo de consulta. Y así poder resaltar el control de las conductas que requerían seguimiento posterior después del cierre del caso con la consultante.

Para sellar este apartado la terapia cognitivo-conductual a nivel individual muestra una alta validez; según los resultados del presente estudio apoyan su eficacia en el tratamiento para la reducción de la sintomatología depresiva; Se concluye que mediante el uso y aplicación del modelo en la intervención clínica se logró obtener resultados significativos que conjeturan nueva evidencia y una aportación más a la literatura y trabajo de campo existente sobre el tratamiento de los trastornos del estado de ánimo.

CONCLUSIONES

La Terapia Cognitiva es una de las más usadas en el tratamiento de los problemas relacionados con el estado de ánimo, debido a su alta eficacia, corto plazo y prevención de futuras recaídas.

Este modelo de atención psicológica brinda a los consultantes las herramientas para que sean ellos mismos quienes se empoderen, asumiendo un rol más activo en el proceso terapéutico, instruyéndolos frente a la problemática, psicoeducándolos en el tratamiento y así posteriormente ellos puedan detectar futuros episodios o recaídas. Del enfoque se destaca la importancia de una buena alianza terapéutica, rapport y creación de un óptimo clima de confianza entre terapeuta-consultante, evitando repercutir de manera negativa en el logro de los objetivos terapéuticos propuestos en el transcurso del proceso de intervención psicológica.

El enfoque CC aplicado a la depresión tiene en cuenta en su tratamiento todos los componentes del trastorno; trabajando sobre el comportamiento del sujeto mediante la activación conductual, el reforzamiento diferencial; y sobre sus cogniciones, haciendo uso de técnicas como la reestructuración cognitiva, detección de pensamientos, distorsiones y creencias disfuncionales; asimismo ofrece herramientas para fomentar en los consultantes habilidades sociales, de afrontamiento, autocontrol, solución de problemas, mejorar la asertividad y la comunicación, como se evidenció en el caso de A. habilidades carentes o desarrolladas en bajos niveles que reforzaban o mantenían el transcurso y presencia de los síntomas y el episodio depresivo.

Y para finalizar la terapia cognitivo-conductual a nivel individual muestra alta eficacia, como evidencian las investigaciones previas; los resultados del presente estudio clínico apoyan la validez del tratamiento para la reducción de la sintomatología depresiva; la intervención en el caso de A. como objetivo principal arrojó la disminución de los síntomas depresivos, asimismo también se fortalecieron las habilidades sociales, se impulsó a la consultante en la identificación de emociones, a detectar los pensamientos distorsionados, se entrenó en autocontrol y su nivel de asertividad aumento de manera positiva. Se concluye que mediante el uso y aplicación de técnicas cognitivo-conductuales en la intervención se logró obtener resultados eficaces que conjeturan nueva evidencia y una aportación más a la literatura y trabajo de campo existente sobre el tratamiento de la depresión.

Las experiencias brindadas mediante la práctica de la clínica, permitieron evidenciar aquellas falencias que se tienen al momento de ejercer desde esta área en específico, pues algunos módulos vistos durante la especialización se exponen tiempo después de haber presentado las falencias en la práctica académica, cuando ya se han cometido mal los procesos con los consultantes, situación que dificulta la contextualización del caso para la posterior realización de la monografía, pues de nuevo se tiene que volver a retomar información brindada por la persona.

A través de las prácticas se favoreció el surgimiento de nuevos aprendizajes, desarrollar habilidades de observación, elaboración de hipótesis y formulación de casos desde el enfoque cognitivo-conductual, asimismo conocer más a fondo las técnicas de este modelo aplicadas a los trastornos del estado de ánimo; también el reforzamiento de conocimientos adquiridos durante el pregrado, asimismo la actualización teórica y experiencial permitiendo estar a la par de los nuevos avances y métodos en la práctica por se.

Dicha experiencia académica consolidó de igual forma la población de preferencia a trabajar durante la práctica clínica y cual presenta un nivel más de dificultad establecer el rapport, teniendo siempre presente la responsabilidad a través del ejercicio de la profesión.

RECOMENDACIONES

En cuanto al caso de A. es necesario la vinculación de la familia al proceso terapéutico como fortalecimiento a la red de apoyo y fuente de refuerzos naturales para la prevención de futuras recaídas.

De igual manera es valioso en un futuro si se sigue presentando dificultades en la relación con N., iniciar un proceso psicoterapéutico, con prioridad en la intervención de pareja teniendo en cuenta los antecedentes de violencia intrafamiliar.

Se recomienda al CPS la adquisición de pruebas de evaluación psicológica que permitan contar con herramientas y fortalecer el proceso de evaluación con los consultantes que acuden en búsqueda de este servicio, y evitar el uso de instrumentos que no estén actualizados o estandarizados en la población con la cual se trabaja.

En lo relacionado con la intervención clínica se recomienda realizar la práctica académica después de terminar todos los módulos teóricos, pues dificulta a los estudiantes después del proceso de evaluación tener mayor rigurosidad en la aplicación de las técnicas con base a los casos clínicos a intervenir y los objetivos a plantear a través de los diferentes procesos terapéuticos.

REFERENCIAS

- Álvarez, M. (2007). La activación conductual y la desmedicalización de la depresión. *Papeles del Psicólogo*, 28(2), 97-110.
- Antón, V., García, P. y García, J. (2016). Intervención cognitivo-conductual en un caso de depresión en una adolescente tardía. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 3(1), 45-52.
- Bados, A. y García E. (2010) La técnica de la Reestructuración Cognitiva. Universidad de Barcelona. Barcelona-España.
- Barraca, J. (2010). Aplicación de la Activación Conductual en un paciente con sintomatología depresiva. *Clínica y Salud*, 21(2), 183-197.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). Cognitive therapy of depression. Nueva York: Guilford
- Beck, A., Emery, G., Rush, J. y Shaw, B. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Editorial Desclee de Brouwer, S.A.
- Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Bulacio, J., Vieyra C. y Mongiello, E. (2003) Uso de la Psicoeducación como estrategia terapéutica. *Fundación de Investigación en Ciencias Cognitivas Aplicadas (ICCAp)*
- Cabezas, H. y Lega, L. (2006). Relación empírica entre la Terapia Racional Emotivo Conductual (TREC) de Ellis y la Terapia Cognitiva (TC) de Beck en una muestra Costarricense. *Revista educación*, 30, 101-109.
- Caballo, V. (1995) *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Siglo veintiuno de España ed. S.A. España.

Caballo, V. (2014) Asertividad: definiciones y dimensiones. *Journal Estudios de Psicología*, 4, 51-62.

Centro de Proyección Social (UPB, 2013). *Información Institucional*. Recuperado el 20 Octubre, 2015, de <http://cps.bucaramanga.upb.edu.co/>

Cuijpers, P., van Straten, A., van Shaick, A. y Andersson, G. (2009). Psychological treatment of depression in primary care: A meta-analysis. *British Journal of General Practice*, 59, 120-127.

Cruzblanca, H., Luprecio, P., Collas, J. y Castro, E. (2016) Neurobiología de la depresión mayor y de su tratamiento farmacológico. *Salud mental*, 39 (1), 47-58.

El mundo triste de la depresión. (16 de noviembre de 2013). *Semana*. Recuperado de <http://www.semana.com/vida-moderna/articulo/depresion-en-paises-violentos/364663-3>

De Vega, M. (1998). *Introducción a la Teoría Cognitiva*. Madrid: Alianza Editorial, S.A.

De Maat, S., Dekker, J., Schoevers, R. y De Jonghe, F. (2006). Relative efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: A metaanalysis. *Psychotherapy Research*, 16, 566 –578.

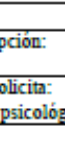
La depresión es el trastorno mental más frecuente en el mundo. (09 de Octubre de 2012). *Colombia.com*. Recuperado de <http://www.colombia.com/vida-sana/salud/sdi/47915/la-depresion-es-el-trastorno-mental-mas-frecuente-en-el-mundo>

Larios, B. y Rodríguez, E. (2008). Psicología conductista y psicología cognitiva. Enhebrando hilos de su historia. *Revista Búsqueda Cesar*, 9, 98- 109.

- León, C. M. (2013) *Implementar el diseño de un Programa de entrenamiento en Habilidades Sociales para adolescentes desde el modelo Integrativo focalizado en la Personalidad. Colegio Fiscal Ambrosio Andrade, Suscal – Ecuador*. (Tesis de maestría). Universidad del Azuay. Cuenca –Ecuador.
- Moix, J. (2006) Las metáforas en la psicología cognitivo-conductual. *Papeles del Psicólogo*. 27(2), 116-122.
- Morris, C., Ciesla, J. A. y Garber, J. (2010). A prospective study of stress autonomy versus stress sensitization in adolescents at varied risk for depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 119, 341-354.
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) *Nota descriptiva N°369*. Recuperado el 05 de abril, 2016, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- Pérez, M. (2007). La activación conductual y la desmedicalización de la depresión. *Papeles del psicólogo*. 28(2), 97-110
- Posada, V. J., Camacho, J. C., Valenzuela, J. I., Argüello, A., Cendales, J. G., & Fajardo, R. (2010). Major Depressive Disorder Epidemiology: Colombian Mental Health National Study. *Revista Academia Nacional de Medicina*, 90. Recuperado de <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/academedicina/vola-90/laepidemiadeltranstorno/>
- Ríos, L. (2 de septiembre de 2015). La depresión acecha a Colombia, que se dice feliz. El heraldo. Recuperado de <http://www.elheraldo.co/tendencias/la-depresion-acecha-colombia-que-se-dice-feliz-214966>
- Solís, M. (2012) Role Playing como herramienta de enseñanza. *Reflexión Académica en Diseño y Comunicación*, 19, 1-215

ANEXOS

Anexo 1. Formato Recepción de caso y Consentimiento Informado.

 Universidad Pontificia Bolivariana SECCIONAL BUCARAMANGA	UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA CENTRO DE PROYECCIÓN SOCIAL FORMATO DE RECEPCIÓN DE CASO ☐ Consulta Particular ☐ Remitido																																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Fecha de Recepción:</td> <td style="width: 50%;"># de Historia Clínica:</td> </tr> </table>		Fecha de Recepción:	# de Historia Clínica:																																	
Fecha de Recepción:	# de Historia Clínica:																																			
Servicio que Solicita: ☐ Evaluación psicológica ☐ Psicoterapia Individual ☐ Psicoterapia de Pareja ☐ Psicoeducación																																				
INFORMACION DEL PACIENTE																																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="4">Nombre del Paciente:</td> <td>Número de Cédula</td> </tr> <tr> <td>Fecha de Nacimiento:</td> <td>Edad:</td> <td>Género: ☐ M ☐ F</td> <td>Escolaridad:</td> <td>Ocupación:</td> </tr> <tr> <td colspan="3"> Estatus de Empleo: ☐ Empleado Tiempo Completo ☐ Empleado Tiempo Parcial ☐ Desempleado ☐ Estudiante </td> <td colspan="2"> Estado Civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Unión libre ☐ Divorciado ☐ Separado ☐ Viudo </td> </tr> <tr> <td colspan="2">Dirección:</td> <td colspan="3">Estrato: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Teléfono Fijo:</td> <td colspan="3">Celular:</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Nombre del Acudiente:</td> <td colspan="3">Relación con el Paciente:</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Dirección:</td> <td colspan="3">Teléfonos:</td> </tr> </table>		Nombre del Paciente:				Número de Cédula	Fecha de Nacimiento:	Edad:	Género: ☐ M ☐ F	Escolaridad:	Ocupación:	Estatus de Empleo: ☐ Empleado Tiempo Completo ☐ Empleado Tiempo Parcial ☐ Desempleado ☐ Estudiante			Estado Civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Unión libre ☐ Divorciado ☐ Separado ☐ Viudo		Dirección:		Estrato: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6			Teléfono Fijo:		Celular:			Nombre del Acudiente:		Relación con el Paciente:			Dirección:		Teléfonos:		
Nombre del Paciente:				Número de Cédula																																
Fecha de Nacimiento:	Edad:	Género: ☐ M ☐ F	Escolaridad:	Ocupación:																																
Estatus de Empleo: ☐ Empleado Tiempo Completo ☐ Empleado Tiempo Parcial ☐ Desempleado ☐ Estudiante			Estado Civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Unión libre ☐ Divorciado ☐ Separado ☐ Viudo																																	
Dirección:		Estrato: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6																																		
Teléfono Fijo:		Celular:																																		
Nombre del Acudiente:		Relación con el Paciente:																																		
Dirección:		Teléfonos:																																		
INFORMACION DE REMISION																																				
Nombre de la Persona que Remite:																																				
Institución:																																				
Dirección:																																				
Teléfono:																																				
MOTIVO DE CONSULTA																																				
Describa la situación que motivo a solicitar acompañamiento psicológico (frecuencia, duración e intensidad)																																				

Trastorno depresivo mayor recidivante con síntomas melancólicos 75

MOTIVO DE CONSULTA
<i>Naturaleza de la problemática actual. ¿Qué fue lo último que sucedió para que determinara buscar acompañamiento psicológico?</i>

CUADRO CLÍNICO
<i>¿Desde cuándo comenzó la situación?</i>
<i>¿Como fue la última ocasión en que ocurrió la situación?</i>
<i>Factores desencadenantes. ¿Qué ocurría en su vida antes de que surgiera la situación?</i>
<i>Nivel en que afecta la situación al consultante según su percepción:</i> ☐ Muy bajo ☐ Bajo ☐ Moderado ☐ Alto ☐ Muy alto

SINTOMATOLOGÍA (Adaptado de Nova Southeastern University)									
Por favor, indique la frecuencia en la que se presentaron los síntomas en los últimos seis meses. Si es el o la acudiente (en casos de niños y adolescentes), por favor indique los síntomas concernientes a su niño o adolescente.									
Síntoma	Nunca	Pocas veces	Algunas veces por mes	Casi todos los días	Síntoma	Nunca	Pocas veces	Algunas veces por mes	Casi todos los días
Sentimientos de culpa					Desesperanza sobre el futuro				
Preocupación					Pensamientos de muerte				
Exceso de energía					Pensamientos de suicidio				
Agresividad					Problemas familiares				
Temperamento incontrolado					Meditar sobre el pasado				
Miedo del trabajo / escuela					Llanto frecuente o en exceso				
Miedo de salir de casa					Desánimo o tristeza				
Sonambulismo					Pesadillas				
Problemas para quedarse dormido					Sentirse ansioso				
Problemas para permanecer dormido					Sentirse en pánico				
Pérdida de memoria					Problemas con la ira				
Dificultades para tomar decisiones					Sentirse celoso				
Sentimientos de soledad					Impaciencia				
Dificultades en concentración					Desconfianza en sí mismo				
Cambios repentinos de ánimo					Sentir de asfixia o falta de oxígeno				
Inquietud / Intranquilidad					Látidos acelerados				

Trastorno depresivo mayor recidivante con síntomas melancólicos 76

SINTOMATOLOGIA (Adaptado de Nova Southeastern University)									
Por favor, indique la frecuencia en la que se presentaron los síntomas en los últimos seis meses. Si es el o la acudiente (en casos de niños y adolescentes), por favor indique los síntomas concernientes a su niño o adolescente.									
Síntoma	Nunca	Basta vez	Algunas veces por mes	Casi todos los días	Síntoma	Nunca	Basta vez	Algunas veces por mes	Casi todos los días
Se distrae fácilmente					Dolor de pecho				
Dificultades para la convivencia					Sentir irrealidad				
Sentirse inútil					Estar acostado en exceso				
Exceso de cansancio					Problemas en el hogar				
Apetito pobre o ningún apetito					Uso de alcohol				
Comer en exceso					Uso de drogas				
Atracones					Pérdida de conocimiento				
Preocupación por la comida					Dolores estomacales				
Vómitos					Pensamientos incontrolados				
Dormir en exceso					Comportamientos incontrolados				
Escuchar voces					Abuso físico de sí o de otros				
Problemas en el trabajo o escuela					Abuso emocional de sí o de otros				
Robos					Otros				

MEDICAMENTOS O CONDICIONES MEDICAS (Alergias, tiroides, diabetes, etc)

INFORMACION IMPORTANTE
Antes de comenzar el tratamiento: Usted debe ser consciente de los posibles beneficios y riesgos de los servicios de acompañamiento psicológico. La mayoría de las personas, parejas y familias que obtengan servicios de salud mental se benefician del proceso. El proceso terapéutico suele ser bastante útil y puede dar lugar a un mejor estado de ánimo, aumento de la autoestima y una mayor capacidad de tomar decisiones que faciliten la salud física, emocional y relacional, pero existen algunos riesgos. En el curso de procesos terapéuticos las personas pueden experimentar sentimientos no deseados. Si los sentimientos de infelicidad, la ira, la culpa, la frustración o surge un profundo dolor en el asesoramiento, la experiencia puede ser inesperada y angustiante. Además, los individuos, parejas, y las familias pueden encontrar que el proceso de acompañamiento psicológico les lleva a tomar decisiones importantes de la vida. Mientras que su terapeuta honrará y respetará su derecho a tomar decisiones por sí mismo, las personas importantes en su vida pueden no estar de acuerdo con la dirección que usted decide perseguir. Estas experiencias son susceptibles de producir nuevas oportunidades y desafíos únicos. No lo dude para discutir los objetivos o los procedimientos de tratamiento, especialmente si nota alguna molestia inesperada o está preocupado por una resultado del tratamiento.
Psicólogos y psicólogas en formación: Entiendo que el Centro de Proyección Social de la Universidad Pontificia Bolivariana es un centro de formación para estudiantes de pregrado, especialización y posgrado matriculados en la carrera de Psicología. Los y las terapeutas en entrenamiento están bajo la supervisión de psicólogos y psicólogas con licencia. Los y las estudiantes discuten sus casos con sus supervisores. El o la terapeuta en entrenamiento su supervisor o supervisora mantendrán confidencialidad de acuerdo con las regulaciones de privacidades del estado y del Código Deontológico y Bioético del Ejercicio de la Psicología en Colombia (2009). El nombre del terapeuta asignado es _____ y su supervisor o supervisora es _____.

INFORMACION IMPORTANTE

Confidencialidad: La confianza es la piedra angular en una relación terapéutica por lo cual se establece una relación donde los límites están claramente delineados y se mantiene la confidencialidad del proceso. Ante esto, el terapeuta no compartirá la información confidencial sin el consentimiento del Paciente o sin la justificación legal y ética. Se respetará los derechos del Paciente a la privacidad y se evitará la divulgación indebida e injustificable de información confidencial. El o la terapeuta, docentes y personal del Centro de Proyección Social harán todos los esfuerzos posibles para garantizar la privacidad y confidencialidad de la información del Paciente.

Al firmar este documento usted consiente a que las sesiones de acompañamiento psicológico sean discutidas con el supervisor o supervisora del terapeuta. Esta información será compartida solo con propósitos académicos.

La información del proceso terapéutico podrá ser divulgada en las siguientes circunstancias:

- 1) El Paciente o su representante solicitan y firman una autorización para divulgación de información.
- 2) Si usted está involucrado en un procedimiento judicial y se realiza una solicitud de información con respecto a su evaluación, diagnóstico o tratamiento, esta información está protegida por la ley de privilegio del psicoterapeuta-Paciente. En el supuesto de que la autoridad judicial exija la revelación de alguna información, el/la terapeuta estará obligado/a a proporcionar sólo aquella que sea relevante para el asunto en cuestión manteniendo la confidencialidad de cualquier otra información.
- 3) Si tenemos motivos razonables para sospechar que un menor de 18 años es abusado, abandonado o descuidado, o si tenemos motivos razonables para creer que un adulto vulnerable es abusado, descuidado o explotado, la ley exige que presente un informe con la agencia del gobierno apropiada.
- 4) Si un Paciente presenta una probabilidad clara e inmediata de daño físico a otro, podemos estar obligados a tomar medidas protectoras. Estas acciones pueden incluir la notificación a la víctima potencial, ponerse en contacto con la policía, o buscar la hospitalización del Paciente.
- 5) Si un Paciente presenta una probabilidad clara e inmediata de daño físico a sí mismo, podemos estar obligados a buscar la hospitalización del Paciente, o contactar a miembros de la familia u otras personas que puedan ayudar a proporcionar protección.

Horas y disponibilidad: El Centro de Proyección Social ofrece servicios de lunes a viernes en horario de 8:00 am a 12:00 pm y de 2:00 pm a 6:00 pm. En común acuerdo con el terapeuta, usted puede verificar la disponibilidad del servicio de acompañamiento psicológico los días sábado. En el evento de que su terapeuta no está disponible en caso de emergencia, vaya a la sala de emergencias local. Típicamente las sesiones de acompañamiento psicológico se extienden por espacio de **50 minutos**. El espacio que usted acuerda con el o la terapeuta estará disponible exclusivamente para usted. Por tanto, es pertinente que usted llame a cancelar su cita en caso de que no pueda asistir a la misma.

Emergencias: El Centro de Proyección Social ofrece servicios sólo con cita previa. En caso de que usted presente una emergencia, favor contactar al su médico de atención primaria, a una línea de atención en crisis o visitar una sala de emergencias en su localidad.

Costo de consulta y cargos: El pago se debe realizar en efectivo y se espera en el momento en que usted asiste a la consulta. Si el pago no se hace en el momento de la consulta, usted debe cancelar su cuenta en la próxima sesión. Las citas son generalmente **50 minutos de duración**. Se discutirá cualquier cambio en las cuotas con usted de antemano. En aquellos casos en que el Paciente es un menor de edad, quien es responsable de la cancelación de consultas es el padre, madre, o representante. Si necesita cancelar o cambiar una cita, notifique al CPS por lo menos **24 horas** antes de la consulta. Los costos de consulta serán según establezca la Universidad Pontificia Bolivariana mediante la Resolución Rectoral vigente.

Registro de información e historias clínicas: En el Centro de Proyección social los y las terapeutas mantienen un registro clínico de cada Paciente. Este podría incluir información acerca de sus razones para solicitar tratamiento, una descripción de las formas en que el problema afecta su vida, su diagnóstico, los objetivos del tratamiento, su progreso hacia estas metas, la historia clínica y social, su historial de tratamiento, los registros de tratamientos anteriores de otros proveedores y los informes de las consultas profesionales. Usted puede recibir un resumen de su historia clínica así como una copia de los informes que resulten de los procesos de valoración psicológica. La solicitud del resumen de la historia clínica debe hacerse por escrito.

INFORMACION IMPORTANTE
Consentimiento para tratamiento: Como persona con capacidad legal estoy de acuerdo en permitir a los y las estudiantes, docentes y personal del Centro de Proyección Social proporcionar tratamiento a mi representado/a, _____, con número de identificación _____ de _____. Entiendo que tengo el derecho de suspender el tratamiento en cualquier momento sin incurrir en costos adicionales. Sin embargo, es pertinente que usted informe a su terapeuta de la decisión, quien ofrecerá orientación en torno a las implicaciones de la terminación del tratamiento, ante lo cual usted asume las responsabilidades que ello implique.

Su firma en este documento indica que usted ha leído y está de acuerdo con lo que se estipula en el documento.

Nombre del Acudiente Firma del Acudiente Fecha

FICHA DE ASIGNACIÓN DE PACIENTE	
☐ Practicante ☐ Pasante ☐ Especialización ☐ Doctorando ☐ Supervisor Psicología	
Nombre del terapeuta asignado	:
Fecha y hora de cita de seguimiento	:
Fecha de recibido por el terapeuta asignado	:
Firma del terapeuta asignado	:

[illegible]

Anexo 3. Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

Test de Depresión BDI-II

Instrucciones: Este cuestionario está formado por 21 grupos de frases. Por favor, lea cada grupo con atención, y elija la frase de cada grupo que mejor describa cómo se ha sentido durante las últimas dos semanas, incluido el día de hoy. Marque la casilla que está a la izquierda de la frase que ha elegido como respuesta a cada una de las afirmaciones del enunciado. Si dentro de un mismo grupo hay más de una frase que considere aplicable a su caso, rodee aquella que haya tenido una mayor frecuencia en las dos últimas semanas.

1) Tristeza

- ☐ No me siento triste
- ☐ Me siento triste la mayor parte del tiempo
- ☐ Estoy triste todo el tiempo
- ☐ Me siento tan triste o desgraciado/a que no puedo soportarlo

2) Pesimismo

- ☐ No estoy desanimado/a respecto a mi futuro
- ☐ Me siento más desanimado/a respecto a mi futuro que de costumbre
- ☐ No espero que las cosas se resuelvan
- ☐ Siento que mi futuro no tiene esperanza y que sólo irá a peor

3) Fracaso pasado

- ☐ No me siento fracasado/a
- ☐ He fracasado más de lo que debería
- ☐ Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos
- ☐ Creo que soy un fracaso total como persona

4) Pérdida de placer

- ☐ Disfruto tanto como antes de las cosas que me gustan
- ☐ No disfruto de las cosas tanto como acostumbraba
- ☐ Disfruto muy poco con las cosas que me gustaban
- ☐ No disfruto nada con las cosas que me gustaban

5) Sentimientos de culpabilidad

- ☐ No me siento especialmente culpable
- ☐ Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho
- ☐ Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo
- ☐ Me siento culpable siempre

6) Sentimientos de castigo

- ☐ No creo que esté siendo castigado/a
- ☐ Creo que puedo ser castigado/a
- ☐ Espero ser castigado/a
- ☐ Creo que estoy siendo castigado/a

7) Desagrado hacia uno mismo/a

- ☐ Tengo la misma opinión sobre mí que de costumbre
- ☐ He perdido la confianza en mí mismo/a
- ☐ Me siento decepcionado conmigo mismo
- ☐ No me gusto a mí mismo/a

8) Autocrítica

- ☐ No me critico o culpo más que de costumbre
- ☐ Soy más crítico/a conmigo mismo/a que de costumbre
- ☐ Me critico por todas mis faltas
- ☐ Me culpo por todo lo malo que sucede

9) Pensamientos o deseos de suicidio

- ☐ No pienso en suicidarme
- ☐ Pienso en suicidarme, pero no lo haría
- ☐ Desearía suicidarme
- ☐ Me suicidaría si tuviese oportunidad

10) Llanto

- ☐ No lloro más que de costumbre
- ☐ Lloro más que de costumbre
- ☐ Lloro por cualquier cosa
- ☐ Tengo ganas de llorar pero no puedo

11) Agitación

- ☐ No estoy más intranquilo/a o nervioso/a que de costumbre
- ☐ Me siento más intranquilo/a o nervioso/a que de costumbre
- ☐ Estoy tan intranquilo/a o agitado/a que me es difícil estar quieto/a
- ☐ Estoy tan intranquilo/a o agitado/a que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo

12) Pérdida de interés

- ☐ No he perdido el interés por los demás o por las cosas
- ☐ Estoy menos interesado/a por los demás o por las cosas que antes
- ☐ He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas
- ☐ Me resulta difícil interesarme por alguna cosa

13) Indecisión

- ☐ Tomo decisiones casi tan bien como siempre
- ☐ Me resulta más difícil tomar decisiones que de costumbre
- ☐ Me resulta mucho más difícil tomar decisiones que de costumbre
- ☐ Tengo dificultades para tomar cualquier decisión

14) Sentimientos de inutilidad

- ☐ No creo que yo sea inútil
- ☐ No me considero tan valioso y útil como de costumbre
- ☐ Me siento más inútil en comparación con otras personas
- ☐ Me siento completamente inútil

15) Pérdida de energía

- ☐ Tengo tanta energía como siempre
- ☐ Tengo menos energía que de costumbre
- ☐ No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas
- ☐ No tengo suficiente energía para hacer nada

16) Cambios en el sueño

- ☐ No he notado ningún cambio en mi sueño
- ☐ Duermo algo más que de costumbre
- ☐ Duermo algo menos que de costumbre
- ☐ Duermo mucho más que de costumbre
- ☐ Duermo mucho menos que de costumbre
- ☐ Duermo la mayor parte del día
- ☐ Me despierto 1-2 horas antes y no puedo volver a dormirme

17) Irritabilidad

- ☐ No estoy más irritable que de costumbre
- ☐ Estoy más irritable que de costumbre
- ☐ Estoy mucho más irritable que de costumbre
- ☐ Estoy irritable todo el tiempo

18) Cambios en el apetito

- ☐ No he notado ningún cambio en mi apetito
- ☐ Mi apetito es algo menor que de costumbre
- ☐ Mi apetito es algo mayor que de costumbre
- ☐ Mi apetito es mucho menor que antes
- ☐ Mi apetito es mucho mayor que de costumbre
- ☐ No tengo nada de apetito
- ☐ Tengo un ansia constante de comer

19) Dificultades de concentración

- ☐ Puedo concentrarme tan bien como siempre
- ☐ No me puedo concentrar tan bien como de costumbre
- ☐ Me cuesta concentrarme en algo durante mucho rato
- ☐ No me puedo concentrar en nada

20) Cansancio o fatiga

- ☐ No estoy más cansado/a o fatigado/a que de costumbre
- ☐ Me canso o me siento fatigado/a más fácilmente que de costumbre
- ☐ Estoy demasiado cansado/a o fatigado/a para hacer muchas de las cosas que solía hacer
- ☐ Estoy demasiado cansado/a o fatigado/a para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer

21) Pérdida de interés por el sexo

- ☐ No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
- ☐ Estoy menos interesado/a en el sexo que de costumbre
- ☐ Estoy mucho menos interesado/a en el sexo ahora
- ☐ He perdido totalmente el interés por el sexo

Anexo 4. Inventario de Depresión Estado-Rasgo (IDER)

IDER Nombre _____ Profesión _____

Sexo **V** **M** Edad _____ Fecha ____/____/____

INSTRUCCIONES

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

DEBE CONTESTAR EN LA COLUMNA DE SU SEXO.

VARONES

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

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

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

MUJERES

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

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

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

Anexo 5. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Test de Ansiedad BAI

Instrucciones: Este cuestionario está formado por 21 síntomas característicos de la ansiedad. Por favor, lea cada uno con atención, e indique cuánto le ha afectado ese síntoma durante la última semana, incluido el día de hoy. Marque la casilla que está a la izquierda de la frase que ha elegido como respuesta a cada una de las afirmaciones del enunciado. Si dentro de un mismo grupo hay más de una frase que considere aplicable a su caso, rodee aquella que haya tenido una mayor frecuencia en la última semana.

Durante la última semana me he sentido...

1) Torpe o entumecido

- ☐ En absoluto
- ☐ Levemente
- ☐ Moderadamente
- ☐ Severamente

2) Acalorado

- ☐ En absoluto
- ☐ Levemente
- ☐ Moderadamente
- ☐ Severamente

3) Con temblor en las piernas

- ☐ En absoluto
- ☐ Levemente
- ☐ Moderadamente
- ☐ Severamente

4) Incapaz de relajarse

- ☐ En absoluto
- ☐ Levemente
- ☐ Moderadamente
- ☐ Severamente

5) Con temor a que ocurra lo peor

- ☐ En absoluto
- ☐ Levemente
- ☐ Moderadamente
- ☐ Severamente

6) Mareado, o que se le va la cabeza

- ☐ En absoluto
- ☐ Levemente
- ☐ Moderadamente
- ☐ Severamente

7) Con latidos del corazón fuertes y acelerados

- ☐ En absoluto
- ☐ Levemente
- ☐ Moderadamente
- ☐ Severamente

8) Inestable

- ☐ En absoluto
- ☐ Levemente
- ☐ Moderadamente
- ☐ Severamente

9) Atemorizado o asustado

- ☐ En absoluto
- ☐ Levemente
- ☐ Moderadamente
- ☐ Severamente

10) Nervioso

- ☐ En absoluto
- ☐ Levemente
- ☐ Moderadamente
- ☐ Severamente

11) Con sensación de bloqueo

- ☐ En absoluto
- ☐ Levemente
- ☐ Moderadamente
- ☐ Severamente

12) Con temblores en las manos

- ☐ En absoluto
- ☐ Levemente
- ☐ Moderadamente
- ☐ Severamente

13) Inquieto, inseguro

- ☐ En absoluto
- ☐ Levemente
- ☐ Moderadamente
- ☐ Severamente

14) Con miedo a perder el control

- ☐ En absoluto
- ☐ Levemente
- ☐ Moderadamente
- ☐ Severamente

15) Con sensación de ahogo

- ☐ En absoluto
- ☐ Levemente
- ☐ Moderadamente
- ☐ Severamente

16) Con temor a morir

- ☐ En absoluto
- ☐ Levemente
- ☐ Moderadamente
- ☐ Severamente

17) Con miedo

- ☐ En absoluto
- ☐ Levemente
- ☐ Moderadamente
- ☐ Severamente

18) Con problemas digestivos

- ☐ En absoluto
- ☐ Levemente
- ☐ Moderadamente
- ☐ Severamente

19) Con desvanecimientos

- ☐ En absoluto
- ☐ Levemente
- ☐ Moderadamente
- ☐ Severamente

20) Con rubor facial

- ☐ En absoluto
- ☐ Levemente
- ☐ Moderadamente
- ☐ Severamente

21) Con sudores fríos o calientes

- ☐ En absoluto
- ☐ Levemente
- ☐ Moderadamente
- ☐ Severamente

Anexo 6. Test de Asertividad de Rathus (R.A.S)

Test de asertividad de Rathus

La asertividad es aquella habilidad personal que nos permite expresar de forma adecuada nuestras emociones frente a otra persona, y lo hacemos sin hostilidad ni agresividad. Una persona asertiva sabe expresar directa y adecuadamente sus opiniones y sentimientos (tanto positivos como negativos) en cualquier situación social.

Para saber el grado de asertividad que tienes contesta el siguiente cuestionario. Califica cada una de las frases que se te proponen:

1. *Creo que mucha gente parece ser más agresiva que yo.*
 - ☐ Sí, es algo muy característico de mí, extremadamente descriptivo.
 - ☐ Bastante característico de mí, bastante descriptivo.
 - ☐ Algo característico de mí, ligeramente descriptivo.
 - ☐ No es algo muy característico de mí, ligeramente no descriptivo.
 - ☐ Bastante poco característico de mí, no descriptivo.
 - ☐ Muy poco característico de mí, extremadamente no descriptivo.
2. *He dudado en solicitar o aceptar citas por timidez.*
 - ☐ Sí, es algo muy característico de mí, extremadamente descriptivo.
 - ☐ Bastante característico de mí, bastante descriptivo.
 - ☐ Algo característico de mí, ligeramente descriptivo.
 - ☐ No es algo muy característico de mí, ligeramente no descriptivo.
 - ☐ Bastante poco característico de mí, no descriptivo.
 - ☐ Muy poco característico de mí, extremadamente no descriptivo.
3. *Cuando la comida que me han servido en un restaurante no está hecha a mi gusto me quejo al camarero/a.*

- ☐ Sí, es algo muy característico de mí, extremadamente descriptivo.
 - ☐ Bastante característico de mí, bastante descriptivo.
 - ☐ Algo característico de mí, ligeramente descriptivo.
 - ☐ No es algo muy característico de mí, ligeramente no descriptivo.
 - ☐ Bastante poco característico de mí, no descriptivo.
 - ☐ Muy poco característico de mí, extremadamente no descriptivo.
4. *Me esfuerzo en evitar ofender los sentimientos de otras personas aun cuando me hayan molestado.*
- ☐ Sí, es algo muy característico de mí, extremadamente descriptivo.
 - ☐ Bastante característico de mí, bastante descriptivo.
 - ☐ Algo característico de mí, ligeramente descriptivo.
 - ☐ No es algo muy característico de mí, ligeramente no descriptivo.
 - ☐ Bastante poco característico de mí, no descriptivo.
 - ☐ Muy poco característico de mí, extremadamente no descriptivo.
5. *Cuando un vendedor se ha molestado mucho mostrándome un producto que luego no me agrada, paso un mal rato al decir "no".*
- ☐ Sí, es algo muy característico de mí, extremadamente descriptivo.
 - ☐ Bastante característico de mí, bastante descriptivo.
 - ☐ Algo característico de mí, ligeramente descriptivo.
 - ☐ No es algo muy característico de mí, ligeramente no descriptivo.
 - ☐ Bastante poco característico de mí, no descriptivo.

- ☐ Muy poco característico de mí, extremadamente no descriptivo.

6. *Cuando me dicen que haga algo, insisto en saber por qué.*

- ☐ Sí, es algo muy característico de mí, extremadamente descriptivo.

- ☐ Bastante característico de mí, bastante descriptivo.

- ☐ Algo característico de mí, ligeramente descriptivo.

- ☐ No es algo muy característico de mí, ligeramente no descriptivo.

- ☐ Bastante poco característico de mí, no descriptivo.

- ☐ Muy poco característico de mí, extremadamente no descriptivo.

7. *Hay veces en que provooco abiertamente una discusión.*

- ☐ Sí, es algo muy característico de mí, extremadamente descriptivo.

- ☐ Bastante característico de mí, bastante descriptivo.

- ☐ Algo característico de mí, ligeramente descriptivo.

- ☐ No es algo muy característico de mí, ligeramente no descriptivo.

- ☐ Bastante poco característico de mí, no descriptivo.

- ☐ Muy poco característico de mí, extremadamente no descriptivo.

8. *Lucho, como la mayoría de la gente, por mantener mi posición.*

- ☐ Sí, es algo muy característico de mí, extremadamente descriptivo.

- ☐ Bastante característico de mí, bastante descriptivo.

- ☐ Algo característico de mí, ligeramente descriptivo.

- ☐ No es algo muy característico de mí, ligeramente no descriptivo.

- ☐ Bastante poco característico de mí, no descriptivo.
 - ☐ Muy poco característico de mí, extremadamente no descriptivo.
9. *En realidad, la gente se aprovecha con frecuencia de mí.*
- ☐ Sí, es algo muy característico de mí, extremadamente descriptivo.
 - ☐ Bastante característico de mí, bastante descriptivo.
 - ☐ Algo característico de mí, ligeramente descriptivo.
 - ☐ No es algo muy característico de mí, ligeramente no descriptivo.
 - ☐ Bastante poco característico de mí, no descriptivo.
 - ☐ Muy poco característico de mí, extremadamente no descriptivo.
10. *Disfruto entablando conversación con conocidos y extraños.*
- ☐ Sí, es algo muy característico de mí, extremadamente descriptivo.
 - ☐ Bastante característico de mí, bastante descriptivo.
 - ☐ Algo característico de mí, ligeramente descriptivo.
 - ☐ No es algo muy característico de mí, ligeramente no descriptivo.
 - ☐ Bastante poco característico de mí, no descriptivo.
 - ☐ Muy poco característico de mí, extremadamente no descriptivo.
11. *Con frecuencia no sé qué decir a personas atractivas del otro sexo.*
- ☐ Sí, es algo muy característico de mí, extremadamente descriptivo.
 - ☐ Bastante característico de mí, bastante descriptivo.
 - ☐ Algo característico de mí, ligeramente descriptivo.

- ☐ No es algo muy característico de mí, ligeramente no descriptivo.
- ☐ Bastante poco característico de mí, no descriptivo.
- ☐ Muy poco característico de mí, extremadamente no descriptivo.

12. *Rehúyo telefonar a instituciones y empresas.*

- ☐ Sí, es algo muy característico de mí, extremadamente descriptivo.
- ☐ Bastante característico de mí, bastante descriptivo.
- ☐ Algo característico de mí, ligeramente descriptivo.
- ☐ No es algo muy característico de mí, ligeramente no descriptivo.
- ☐ Bastante poco característico de mí, no descriptivo.
- ☐ Muy poco característico de mí, extremadamente no descriptivo.

13. *En caso de solicitar un trabajo o la admisión en una institución preferiría escribir cartas a realizar entrevistas personales.*

- ☐ Sí, es algo muy característico de mí, extremadamente descriptivo.
- ☐ Bastante característico de mí, bastante descriptivo.
- ☐ Algo característico de mí, ligeramente descriptivo.
- ☐ No es algo muy característico de mí, ligeramente no descriptivo.
- ☐ Bastante poco característico de mí, no descriptivo.
- ☐ Muy poco característico de mí, extremadamente no descriptivo.

14. *Me resulta embarazoso devolver un artículo comprado.*

- ☐ Sí, es algo muy característico de mí, extremadamente descriptivo.
- ☐ Bastante característico de mí, bastante descriptivo.

- ☐ Algo característico de mí, ligeramente descriptivo.
- ☐ No es algo muy característico de mí, ligeramente no descriptivo.
- ☐ Bastante poco característico de mí, no descriptivo.
- ☐ Muy poco característico de mí, extremadamente no descriptivo.

15. *Si un pariente cercano o respetable me molesta, prefiero ocultar mis sentimientos antes que expresar mi disgusto.*

- ☐ Sí, es algo muy característico de mí, extremadamente descriptivo.
- ☐ Bastante característico de mí, bastante descriptivo.
- ☐ Algo característico de mí, ligeramente descriptivo.
- ☐ No es algo muy característico de mí, ligeramente no descriptivo.
- ☐ Bastante poco característico de mí, no descriptivo.
- ☐ Muy poco característico de mí, extremadamente no descriptivo.

16. *He evitado hacer preguntas por miedo a parecer tonto/a.*

- ☐ Sí, es algo muy característico de mí, extremadamente descriptivo.
- ☐ Bastante característico de mí, bastante descriptivo.
- ☐ Algo característico de mí, ligeramente descriptivo.
- ☐ No es algo muy característico de mí, ligeramente no descriptivo.
- ☐ Bastante poco característico de mí, no descriptivo.
- ☐ Muy poco característico de mí, extremadamente no descriptivo.

17. *Durante una discusión, con frecuencia temo alterarme tanto como para ponerme a temblar.*

- ☐ Sí, es algo muy característico de mí, extremadamente descriptivo.
- ☐ Bastante característico de mí, bastante descriptivo.
- ☐ Algo característico de mí, ligeramente descriptivo.
- ☐ No es algo muy característico de mí, ligeramente no descriptivo.
- ☐ Bastante poco característico de mí, no descriptivo.
- ☐ Muy poco característico de mí, extremadamente no descriptivo.

18. Si un eminente conferenciante hiciera una afirmación que considero incorrecta, yo expondría públicamente mi punto de vista.

- ☐ Sí, es algo muy característico de mí, extremadamente descriptivo.
- ☐ Bastante característico de mí, bastante descriptivo.
- ☐ Algo característico de mí, ligeramente descriptivo.
- ☐ No es algo muy característico de mí, ligeramente no descriptivo.
- ☐ Bastante poco característico de mí, no descriptivo.
- ☐ Muy poco característico de mí, extremadamente no descriptivo.

19. Evito discutir sobre precios con dependientes o vendedores.

- ☐ Sí, es algo muy característico de mí, extremadamente descriptivo.
- ☐ Bastante característico de mí, bastante descriptivo.
- ☐ Algo característico de mí, ligeramente descriptivo.
- ☐ No es algo muy característico de mí, ligeramente no descriptivo.
- ☐ Bastante poco característico de mí, no descriptivo.

☐ Muy poco característico de mí, extremadamente no descriptivo.

20. *Cuando he hecho algo importante o meritorio, trato de que los demás se enteren de ello.*

☐ Sí, es algo muy característico de mí, extremadamente descriptivo.

☐ Bastante característico de mí, bastante descriptivo.

☐ Algo característico de mí, ligeramente descriptivo.

☐ No es algo muy característico de mí, ligeramente no descriptivo.

☐ Bastante poco característico de mí, no descriptivo.

☐ Muy poco característico de mí, extremadamente no descriptivo.

21. *Soy abierto y franco en lo que respecta a mis sentimientos.*

☐ Sí, es algo muy característico de mí, extremadamente descriptivo.

☐ Bastante característico de mí, bastante descriptivo.

☐ Algo característico de mí, ligeramente descriptivo.

☐ No es algo muy característico de mí, ligeramente no descriptivo.

☐ Bastante poco característico de mí, no descriptivo.

☐ Muy poco característico de mí, extremadamente no descriptivo.

22. *Si alguien ha hablado mal de mí o me ha atribuido hechos falsos, trato de hablar con esa persona cuanto antes para dejar las cosas claras.*

☐ Sí, es algo muy característico de mí, extremadamente descriptivo.

☐ Bastante característico de mí, bastante descriptivo.

☐ Algo característico de mí, ligeramente descriptivo.

- ☐ No es algo muy característico de mí, ligeramente no descriptivo.
- ☐ Bastante poco característico de mí, no descriptivo.
- ☐ Muy poco característico de mí, extremadamente no descriptivo.

23. *Con frecuencia paso un mal rato al decir "no".*

- ☐ Sí, es algo muy característico de mí, extremadamente descriptivo.
- ☐ Bastante característico de mí, bastante descriptivo.
- ☐ Algo característico de mí, ligeramente descriptivo.
- ☐ No es algo muy característico de mí, ligeramente no descriptivo.
- ☐ Bastante poco característico de mí, no descriptivo.
- ☐ Muy poco característico de mí, extremadamente no descriptivo.

24. *Suelo reprimir mis emociones antes de hacer una escena.*

- ☐ Sí, es algo muy característico de mí, extremadamente descriptivo.
- ☐ Bastante característico de mí, bastante descriptivo.
- ☐ Algo característico de mí, ligeramente descriptivo.
- ☐ No es algo muy característico de mí, ligeramente no descriptivo.
- ☐ Bastante poco característico de mí, no descriptivo.
- ☐ Muy poco característico de mí, extremadamente no descriptivo.

25. *En el restaurante o en cualquier sitio semejante, protesto por un mal servicio.*

- ☐ Sí, es algo muy característico de mí, extremadamente descriptivo.
- ☐ Bastante característico de mí, bastante descriptivo.

- ☐ Algo característico de mí, ligeramente descriptivo.
- ☐ No es algo muy característico de mí, ligeramente no descriptivo.
- ☐ Bastante poco característico de mí, no descriptivo.
- ☐ Muy poco característico de mí, extremadamente no descriptivo.

26. *Cuando me alaban, con frecuencia no sé qué responder.*

- ☐ Sí, es algo muy característico de mí, extremadamente descriptivo.
- ☐ Bastante característico de mí, bastante descriptivo.
- ☐ Algo característico de mí, ligeramente descriptivo.
- ☐ No es algo muy característico de mí, ligeramente no descriptivo.
- ☐ Bastante poco característico de mí, no descriptivo.
- ☐ Muy poco característico de mí, extremadamente no descriptivo.

27. *Si dos personas en el teatro o en una conferencia están hablando demasiado alto, les digo que se callen o que se vayan a hablar a otra parte.*

- ☐ Sí, es algo muy característico de mí, extremadamente descriptivo.
- ☐ Bastante característico de mí, bastante descriptivo.
- ☐ Algo característico de mí, ligeramente descriptivo.
- ☐ No es algo muy característico de mí, ligeramente no descriptivo.
- ☐ Bastante poco característico de mí, no descriptivo.
- ☐ Muy poco característico de mí, extremadamente no descriptivo.

28. *Si alguien se me cuela en una fila, le llamo abiertamente la atención.*

- ☐ Sí, es algo muy característico de mí, extremadamente descriptivo.

- ☐ Bastante característico de mí, bastante descriptivo.
- ☐ Algo característico de mí, ligeramente descriptivo.
- ☐ No es algo muy característico de mí, ligeramente no descriptivo.
- ☐ Bastante poco característico de mí, no descriptivo.
- ☐ Muy poco característico de mí, extremadamente no descriptivo.

29. *Expreso mis opiniones con facilidad.*

- ☐ Sí, es algo muy característico de mí, extremadamente descriptivo.
- ☐ Bastante característico de mí, bastante descriptivo.
- ☐ Algo característico de mí, ligeramente descriptivo.
- ☐ No es algo muy característico de mí, ligeramente no descriptivo.
- ☐ Bastante poco característico de mí, no descriptivo.
- ☐ Muy poco característico de mí, extremadamente no descriptivo.

30. *Hay ocasiones en que soy incapaz de decir nada.*

- ☐ Sí, es algo muy característico de mí, extremadamente descriptivo.
- ☐ Bastante característico de mí, bastante descriptivo.
- ☐ Algo característico de mí, ligeramente descriptivo.
- ☐ No es algo muy característico de mí, ligeramente no descriptivo.
- ☐ Bastante poco característico de mí, no descriptivo.
- ☐ Muy poco característico de mí, extremadamente no descriptivo.

Anexo 7. Medición Estado de ánimo semanal

Semana: _____

Lunes

Mañana										Tarde										Noche									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
←-----→										←-----→										←-----→									

Martes

Mañana										Tarde										Noche									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
←-----→										←-----→										←-----→									

Miércoles

Mañana										Tarde										Noche									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
←-----→										←-----→										←-----→									

Jueves

Mañana										Tarde										Noche									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
←-----→										←-----→										←-----→									

Viernes

Mañana										Tarde										Noche									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
←-----→										←-----→										←-----→									

Sábado

Mañana										Tarde										Noche									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
←-----→										←-----→										←-----→									

Domingo

Mañana										Tarde										Noche									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
←-----→										←-----→										←-----→									