

Aplicación de terapia de activación conductual en un caso de trastorno depresivo grave

Cristian Alonso García Hernández



**Escuela de Ciencias Sociales
Facultad de Psicología
Especialización en Psicología Clínica
Universidad Pontificia Bolivariana
Bucaramanga
2019**

Aplicación de terapia de activación conductual en un caso de trastorno depresivo grave

Cristian Alonso García Hernández

Proyecto de grado presentado como requisito para optar al título de:

Especialista en Psicología Clínica

Asesora:

Ps. Esp. Paula Fernanda Pérez Rivero



**Escuela de Ciencias Sociales
Facultad de Psicología
Especialización en Psicología Clínica
Universidad Pontificia Bolivariana
Bucaramanga
2019**

Contenido

Introducción	3
Objetivos	9
Método	10
Resultados	13
Discusión.....	28
Conclusiones	32
Referencias.....	33
Anexos.....	36
Anexo 1	36
Mini International Neuropsychiatric interview	36
Anexo 2	45
Formato de observación de consultante en sesión	45
Anexo 3	46
Formato de autoregistro conductual para la casa	46
Anexo 4	47
formato de historia clínica del Instituto de proyección social.....	47
Anexo 5	55
Formato de consentimiento informado	55
Anexo 6 Formulación de caso.....	59
Anexo 7 Plan de trabajo.....	70

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: APLICACIÓN DE TERAPIA DE ACTIVACIÓN CONDUCTUAL EN UN CASO DE TRASTORNO DEPRESIVO GRAVE

AUTOR(ES): CRISTIAN ALONSO GARCIA HERNANDEZ

PROGRAMA: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR(A): PAULA FERNANDA PEREZ RIVERO

RESUMEN

En el presente estudio de caso único se presenta la comprensión, análisis y formulación de un plan específico de intervención para un diagnóstico de "trastorno depresivo grave con síntomas melancólicos", llevado a cabo en 10 sesiones, basado en la terapia de activación conductual de Martell, Dimidjian y Herman-Dunn implementando técnicas de activación y técnicas cognitivas, principalmente la reestructuración cognitiva, técnicas de resolución de problemas, autorregistros, técnicas de información y ensayo conductual. Para la evaluación del caso se utilizó la entrevista clínica, observación y la aplicación de la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional. Mediante los resultados de la evaluación inicial, se formuló un plan de intervención con objetivos suscritos a la exposición de reforzadores ambientales por parte de la consultante y disminución de los síntomas depresivos. Al final del proceso se observó una disminución de los síntomas depresivos, un cambio tanto en sus esquemas mentales como en su conducta. Los procedimientos programados en el tratamiento se cumplieron y se realizó un seguimiento telefónico a las dos semanas. Concluyendo que una postura activa por parte del consultante ante los eventos estresantes es fundamental para la disminución de los síntomas, por lo tanto, la terapia de activación conductual resultó siendo efectiva. Uno de los aspectos que no se logró abordar fue la implicación del núcleo familiar al proceso terapéutico por petición de la consultante, aunque se recomienda llevar a cabo un proceso de terapia familiar para evitar recaídas y mejora en la calidad de vida.

PALABRAS CLAVE:

Depresión, activación conductual, reestructuración cognitiva, evaluación, intervención

Vº Bº DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: BEHAVIORAL ACTIVATION THERAPY ON A MAJOR DEPRESSIVE DISORDER

AUTHOR(S): CRISTIAN ALONSO GARCIA HERNANDEZ

FACULTY: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR: PAULA FERNANDA PEREZ RIVERO

ABSTRACT

The present study case presents the compression, analysis and formulation of a specific intervention plan for a diagnosis of "major depressive disorder with melancholic symptoms", implemented in 10 sessions, based on the behavioral activation therapy by Martell, Dimidjan and Herman-Dunn. using behavioral activation techniques and cognitive techniques, mainly cognitive restructuring, problem-solving techniques, self-records techniques, information techniques and behavioral test. to the case evaluation were used the clinical interview, observation and the application of the Mini International Neuropsychiatric Interview. Based on the results of the first evaluation the intervention plan was formulated with objectives related to the exposition to environmental reinforcers by the consultant and reduction of depressive symptoms. At the end of the process, there was a decrease in depressive symptoms, a change in her mental schemes and her behavior. the procedures programmed on the treatment were reached and a telephone follow-up was accomplished two weeks after. In conclusión the active attitude by the consultant to face the stressful events is very important to depressive symptoms decrease, for that reason the behavioral activation therapy was effective. There was One aspect that could not be working with was the participation of the family in the therapeutic process by request of the consultant, however it is recommended to start a family therapy process to avoid relapse and improve life quality .

KEYWORDS:

Depression, behavioral activation, cognitive restructuring, evaluation, intervention

Vº Bº DIRECTOR OF GRADUATE WORK

Introducción

1.1 Presentación

En el siguiente texto el lector encontrará el abordaje clínico mediante la terapia de activación conductual de un caso de una consultante con diagnóstico de depresión mayor. En el primer capítulo, se abordarán los conceptos teóricos psicológicos de la depresión, así como también su epidemiología a nivel nacional y mundial, además se explicará de forma breve la conceptualización de la depresión desde distintos autores y también desde el modelo de activación conductual. En el segundo capítulo, se mencionarán el objetivo general y los objetivos específicos del estudio de caso. El tercer capítulo corresponde al método, diseño seleccionado, participantes, instrumentos utilizados y procedimiento. El cuarto capítulo estará enfocado en los resultados obtenidos, así como la formulación del caso y sus respectivas hipótesis. Para el quinto capítulo, se encontrará la discusión y las conclusiones. Por último, se presentarán las referencias y anexos.

1.2. Elementos teóricos

La depresión es un trastorno mental, que actualmente se considera como un problema de salud pública ya que afecta a más de 300 millones de personas, lo que es equivalente al 4,4% de la población mundial (Organización Mundial de la Salud, 2017). En Colombia, la última Encuesta Nacional de Salud Mental halló que un 10% de la población colombiana sufre de depresión siendo mayor en mujeres (6,5%) que en hombres (3,5%) (Ministerio de Salud, 2015).

Desde el modelo cognitivo-conductual, la depresión se comprende como un problema psicológico en donde existe una estructura mental negativa a través de la cual las personas interpretan las diferentes situaciones cotidianas y sucesos vitales (Rivadeneira, Dahab & Minici, 2013).

En relación con esta idea, Beck (1967) propuso que el sufrimiento emocional derivado de la depresión proviene de ideas autodestructivas que son irracionales y difíciles de comprobar empíricamente. Para este autor, la forma como las personas estructuran el mundo a través de sus cogniciones, explicaría el desarrollo de los trastornos depresivos.

En este sentido, se entiende que, todo proceso depresivo presenta e involucra un esquema de pensamiento consistente en una visión negativa de sí mismo, del entorno en el que la persona está inmiscuida y del futuro; a este esquema se le conoce como la triada cognitiva; por lo que el paciente se ve a sí mismo como incapaz e inútil (Dahab, Rivadeneira & Minici, 2002). Así mismo, desde este modelo, se considera que la depresión hace que los individuos tengan respuestas pasivas y pensamientos de resignación, los cuales les impiden cambiar su situación actual (Beck, et al., 1979).

Por su lado, Ellis (1990) sostiene que la depresión se desarrolla debido a los pensamientos irracionales o automáticos, caracterizados por un fuerte componente moralizador y culpabilizante, que han sido adquiridos por tradición, transmitidos por el núcleo familiar, la sociedad y las instituciones. Estos estilos de pensamiento favorecen un bajo grado de tolerancia a la frustración, así como también pensamientos rumiantes, los cuales la persona no puede controlar ya que son invasivos y conllevan finalmente a la compulsión y en este caso a la depresión (Ibáñez, Onofre & Vargas, 2012). Se hipotetiza que, gran parte de los seres humanos funcionan bajo estas reglas falsas e irracionales, provenientes de su ambiente, favoreciendo sintomatologías de ansiedad y depresión (Landriscini, 2012)

Para Caballo (1997) la depresión surge como un producto de factores ambientales y disposicionales, en otras palabras, sostiene que este trastorno se entiende como el resultado final de cambios iniciados por el contexto, el componente afectivo y las cogniciones; existiendo, además, factores situacionales que funcionan como eventos gatillantes o desencadenantes, mientras que las cogniciones son factores moderadores.

Por otra parte, en el modelo de activación conductual (AC), la depresión se entiende como un problema derivado de la reducción de la tasa de reforzamiento, conduciendo a los síntomas emocionales y conductuales propios de este trastorno (Lewinsohn & Ferster, 1973). Según Ferster (1973) las conductas depresivas, tienen lugar debido a una disminución en la frecuencia de las conductas ajustadas a las demandas del contexto y un incremento en los comportamientos con funciones de evitación y escape que cumplen una funcionalidad; por lo tanto la propuesta de cambio, concierne una selección de estrategias que dirigen al cambio de la función de evitación, con el fin de que el individuo incremente su implicación en actividades que conlleven a otros reforzadores más adaptativos.

Lewinsohn (1974) añade que el refuerzo poco contingente por parte del contexto es muy importante en el desarrollo de la conducta depresiva; por lo que propone incrementar las tasas de refuerzo positivo a través de la programación de actividades.

Es importante señalar que Lewinsohn incluyó elementos cognitivos al modelo de AC, argumentando que los pensamientos resultan tener estrecha relación en la aparición y mantenimiento de la depresión, dando paso a explicaciones coherentes con las terapias cognitivo-conductuales (Santiago-Rivera, Kanter, Benson, Deroose, Illes & Reyes, 2008).

En resumen, puede afirmarse que el estado de ánimo depresivo es consecuencia de la pérdida de contacto de una persona con el reforzamiento que produce el ambiente. Por lo tanto, existe una relación importante entre una conducta y el contacto con los diversos entornos de los cuales la persona hace parte (Barraca, 2010).

Teniendo en cuenta lo anterior, la AC hace énfasis en el uso de estrategias que lleven a que las personas no obtengan reforzamiento por actuar de forma depresiva y que, por el contrario, se busquen y se otorguen reforzadores positivos para la persona, cada vez que se comporte de una

forma “sana” o no depresiva, según terminología propia de la terapia de activación conductual (Barraca, 2010).

La AC menciona que existen dificultades cotidianas de los individuos vulnerables que reducen en gran medida, la capacidad de estos para experimentar la recompensa de sus entornos, desencadenando sintomatología depresiva; por consiguiente la AC plantea ayudar a los clientes a la hora de generar y adoptar una conducta determinada que la consideraran como placentera y que mejorará a su vez, sus situaciones vitales, proporcionando recompensas que actuarán como mayores reforzadores (Martell, Dimidjian & Herman-Dunn, 2010).

La finalidad de la AC es colocar al consultante ante fuentes naturales de reforzamiento y generar comportamientos adaptativos guiados por la planeación de actividades, habiendo conocido previamente las necesidades específicas de los clientes puesto que el proceso de aprendizaje puede verse limitado y como consecuencia se puede producir un abandono de la terapia, siendo este, un método evitativo de la misma depresión (Becerra, Reynoso, Bravo & Ordaz, 2017).

En cuanto a las técnicas utilizadas por la AC, no distan mucho de las tradicionales, siendo las más frecuentes: la extinción, considerada como técnica netamente conductual para la eliminación de conductas no deseadas; el moldeamiento, consistente en el aprendizaje de una determinada conducta a partir de la observación de un modelo y el desvanecimiento, que se conoce como el cambio gradual de un estímulo que controla un tipo específico de ensayo de conducta (Barraca, 2009). Otra de las técnicas utilizadas es la exposición en vivo que se caracteriza por la creación voluntaria de las sensaciones que el consultante teme y que provoca ansiedad o depresión; para a continuación, comprobar que los pensamientos automáticos son falsos y a su vez familiarizarse con el estado fisiológico de estrés para que paulatinamente se disminuya (Espada, Van der Hofstadt & Galvan, 2007). La técnica de entrenamiento en habilidades sociales también es utilizada, debido a que es una herramienta transversal que se aplica para mejorar los diferentes estilos de interacción adaptativa que adoptan las personas para ser funcionales socialmente

(Caballo, 2007). Finalmente, se encuentra la técnica de resolución de problemas, que se centra en la mejora de las estrategias de afrontamiento; término referente a las actividades que las personas realizan para intentar manejar situaciones estresantes (Rosa-Melchor, Ramírez, Garza-Elizondo, Riquelme-Heras, Rodríguez-Rodríguez & Duran-Gutiérrez, 2013).

Como anteriormente se había mencionado, en el modelo de AC se pueden integrar componentes cognitivos (Santiago-Rivera, et al., 2008) debido a que los esquemas mentales contribuyen al mantenimiento de las conductas depresivas.

Por esta razón, en la AC se pueden utilizar técnicas cognitivas que lleven a los consultantes a que identifiquen y cuestionen pensamientos irracionales y desadaptativos, para luego cambiarlos por otros menos rígidos y más funcionales, reduciendo el malestar emocional y cambiando conducta (Bados & Eugeni, 2010).

En cuanto a la evidencia científica, podría afirmarse que la AC están siendo cada vez más utilizada por los terapeutas, debido a su eficacia, la cual ha sido demostrada en estudios comparativos de casos de personas con depresión, en los que se ha observado que los pacientes intervenidos con AC muestran mejoría con mayor rapidez que aquellos tratados con terapia cognitivo conductual tradicional (Bianchi-Salguero & Muñoz-Martínez, 2014).

En otros estudios, cuya finalidad era la de comparar la activación conductual, la terapia cognitiva y la medicación antidepresiva mediante la utilización de un ensayo de grupo al que se le administro un placebo; se produjeron resultados sobre la demostración de la activación conductual como tratamiento comparable con la eficacia de la medicación antidepresiva, además de poseer mayor eficacia que la terapia cognitiva (Baddour & Rivera, 2013).

Si bien, los tratamientos farmacológicos son utilizados por los consultantes, cabe mencionar que a pesar de su eficacia, sus efectos secundarios los convierten en una opción con una mala percepción social para la sociedad, puesto que los efectos secundarios abarcan aumento de peso,

efectos cardiovasculares, neurológicos, sedación, insomnio, cefalea, erupciones cutáneas. Mientras que con la implementación activación conductual, se obtienen resultados favorables, mejores con menores riesgos de recaída y costos más bajos de tratamiento (Baddour & Rivera, 2013).

Adicionalmente, la activación conductual ha resultado beneficiosa en entornos de salud pública, ya que los demás métodos de intervención son difíciles de llevar a cabo, debido a la escasez de tiempo y recursos de las personas (O'Neill, Samaan, McCabe, Tabak, Key, Litke & Vanstone, 2019). Por esta razón, la AC se ha utilizado en el tratamiento de síntomas emocionales de pacientes oncológicos en estado de hospitalización observándose que, ha resultado ser un procedimiento oportuno para atender las necesidades del consultante y repercutir favorablemente en su condición de salud (Becerra, Lugo & Reynoso, 2013).

Además, se han realizado numerosos estudios, buscando demostrar la efectividad de la activación conductual principalmente en depresión, tales estudios han consistido en diseños experimentales de caso único e investigaciones nomotéticas, lo que ha permitido a su vez, la elaboración de metaanálisis que arrojan una efectividad alta en comparación con otras intervenciones tanto farmacológicas como psicológicas (Mazzuchelli, Kane & Rees, 2013).

El impacto en Iberoamérica de la activación conductual ha sido favorable no solo para el ámbito clínico, sino también para programas de formación de psicólogos en universidades y revisiones teóricas para proyectos investigativos, lo cual ha proporcionado beneficios para la optimización de la formación en profesionales en psicología (Bianchi & Henao, 2015).

Objetivos

2.1. Objetivo general

Intervenir mediante el modelo de activación conductual, a una consultante con diagnóstico de depresión mayor con características melancólicas.

2.2. Objetivos específicos

Formular desde los parámetros del modelo cognitivo-conductual los problemas psicológicos de la consultante.

Diseñar un plan de intervención terapéutico desde el modelo de activación conductual, para el abordaje de las conductas problemas de la consultante.

Ejecutar el plan terapéutico a través del desarrollo de las actividades terapéuticas y el uso de las técnicas del modelo de activación conductual.

Evaluar los resultados obtenidos de la intervención clínica, con base en los objetivos terapéuticos previamente establecidos.

Método

3.1 Diseño

Se propuso un estudio de caso único con diseño ABA en el que se incluyó una primera fase de evaluación o recolección de datos (A), una segunda fase de tratamiento (B) y una tercera fase de retirada y asimismo finalización de la intervención (A) (Montero & Leon, 2002).

3.2. Participantes

De 10 consultantes atendidos, se seleccionó a uno de ellos para la formulación y estudio de caso, dicha selección se hizo teniendo en cuenta los siguientes criterios de inclusión: número de sesiones realizadas, cumplimiento y permanencia en el proceso terapéutico, motivación al cambio y posibilidad de realizar seguimiento.

3.2. Instrumentos

Mini entrevista Neuropsiquiatría Internacional (Ver anexo 1) (Sheehan, Janavs, Baker, Harnett, Knapp y Sheehan, 1992); traducida al español de (Fernando, Bobes, Gibert y Soto, 2005). Este instrumento es una entrevista diagnóstica estructurada de corta duración, que explora de manera estandarizada cada uno de los criterios necesarios para establecer los principales diagnósticos concernientes a la Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª edición (CIE-10) y al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales (DSM IV).

Formato de registro en sesiones (Ver anexo 2), elaborado por el terapeuta. La finalidad del formato radicaba en la posibilidad que ofrecía al terapeuta en el momento de la sesión, el poder evaluar el comportamiento tanto verbal como no verbal y llevar a cabo una comparación de

comportamiento con el pasar de las sesiones. El formato permitía evaluar el contenido del discurso suministrado por la consultante facilitando la observación de evolución de la sintomatología frente al terapeuta

Formatos de autorregistro conductual en casa (Martell, Dimidjan & Herman-Dunn, 2010)(ver anexo 3) diligenciado por la consultante; tenían la función de monitorizar las actividades y estado anímico de la consultante afuera del consultorio y donde el psicólogo no está presente, para obtener una visión individualizada de la activación conductual en la cotidianidad.

Formato de historia clínica desarrollado por el Centro de Proyección Social de Piedecuesta (Anexo 4), con el cual se registró la información pertinente de la vida del consultante; como lo es el motivo de consulta, situación familiar, social, laboral, percepción subjetiva de la situación, examen mental a la hora de la consulta, intentos previos de resolución, historial de consumo de sustancias psicoactivas y demás situaciones de riesgo.

Formato de consentimiento informado (Ver anexo 5), que se procede a explicar al inicio de la terapia y que es diligenciado por la consultante, dicho consentimiento fue elaborado siguiendo los estatutos de la ley 1090 de 2006

3.3 Procedimiento

La totalidad del proceso se llevó a cabo en tres fases:

Una primera fase de evaluación, en la cual en primer lugar, se realizó la firma del consentimiento informado por parte del consultante según lo establecido por el código deontológico del psicólogo, después se llevó a cabo el diligenciamiento de la historia clínica, para la cual fueron destinadas las dos primeras sesiones iniciales de 1 hora cada una, donde fueron utilizados la Entrevista Mini Neuropsiquiatría Internacional y la historia clínica de la consultante,

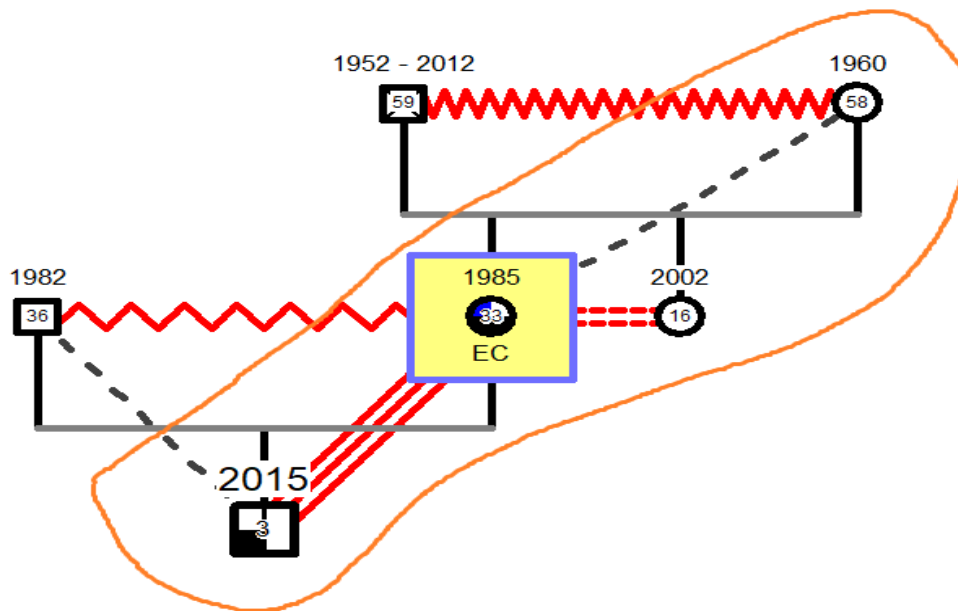
para posteriormente constatar mediante el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM 5) la presencia o no de trastorno clínico.

Una segunda fase correspondiente a la intervención, que tenía por objetivo central lograr una mayor activación conductual de la consultante en las esferas sociales, personales y laborales, posibilitando la postura activa frente a las situaciones estresantes. Dentro del plan de trabajo se implementaron los formatos de autorregistro y de observación conductual en cada sesión. Fueron un total de 13 sesiones de 45 minutos cada una donde se emplearon las técnicas de activación conductual, reestructuración cognitiva, diálogo socrático y resolución de problemas (Ver anexo 7).

Finalmente se realizó una fase de seguimiento la cual tuvo una duración de 2 sesiones telefónicas de 30 minutos cada una, debido a dificultades de asistir a sesión presentadas por la consultante por su nuevo horario laboral; en esta última fase se replicó la implementación de la entrevista Mini y se proporcionó la retroalimentación final, concernientes a factores de riesgo y evitación de recaídas, así como también la relevancia de hábitos de vida saludables.

Resultados

4.1. Presentación del caso



EC es una mujer de 33 años, soltera, natural de Bucaramanga, reside en Piedecuesta. Tiene una única hermana menor de 17 años; además tiene un hijo producto de una relación sentimental pasajera y conflictiva. Actualmente trabaja en establecimientos comerciales en horario nocturno como mesera y convive con su madre, hermana e hijo. La consultante perteneció durante su infancia a un núcleo familiar disfuncional con ausencia de figura paterna y agresión verbal por parte de su madre, además de dificultades económicas de vivienda y alimentación. Realizó estudios formales de básica secundaria y estudios técnicos en administración. Dentro de los antecedentes relevantes se reporta un evento depresivo ante relación sentimental significativa fallida y posterior duelo por fallecimiento de pareja a la edad de 20 años, lo que ocasionó a su vez un trastorno de sueño clínico (insomnio) diagnosticado y tratado con lorazepam. Adicionalmente, el proceso de gestación y nacimiento de su hijo tuvo complicaciones importantes debido a que el infante nació con hidrocefalia.

La consultante refirió en la sesión inicial que sus objetivos consistían en disminuir tanto los episodios de llanto durante el día como los pensamientos de minusvalía “dejarme de sentir tan inútil” y de culpabilidad excesiva “siento que todo esto es culpa mía, por no conseguirle un buen padre a mi hijo”, así como también en recuperar su vida “volver a ser yo misma”. Al momento de indagar acerca de las estrategias de afrontamiento utilizadas hasta el momento para eliminar los pensamientos y los sentimientos refirió que se quedaba en casa sin hacer ninguna actividad en compañía de su hijo y durmiendo la mayor parte del día.

Teniendo en cuenta lo reportado por la consultante y dado que las estrategias implementadas no habían resultado eficaces, se decidió que la implementación de la Terapia de Activación Conductual podría resultar útil para solucionar los problemas de EC. Por lo tanto, la intervención psicológica se encaminó a promover acciones que paulatinamente produjeran en la consultante el tener contacto con recompensas positivas del ambiente; así como también cuestionar la veracidad de los pensamientos de carácter irracional que le hacían mantener esquemas mentales rígidos, en vista de cambiarlos por otros más adaptativos.

Historia de ciclo de vida

Embarazo: la consultante no reportó información. Afirmó que no tenía conocimiento de cómo fue su embarazo, ni los eventos relativos a su nacimiento.

Infancia: la consultante refirió durante infancia la vivencia de episodios de violencia física y verbal dentro de su núcleo familiar, por parte de su padre hacia su madre lo que le generaba estados de tristeza y ansiedad. Su núcleo familiar estaba conformado por sus dos padres y ella. El tipo de relación que mantenía con su padre era de hostilidad, aunque niega violencia física contra ella, mientras que, con su madre, fue una relación distante.

Adolescencia: La consultante comentó que cuando ella tenía 16 años nació su hermana menor y que su padre abandonó a la familia, dichos eventos fueron estresantes debido a los

problemas económicos derivados. A la edad de 18 años se graduó de bachiller y comenzó sus estudios técnicos en administración y logística, al tiempo que laboraba en establecimientos nocturnos como mesera. En este periodo de su vida, inició el consumo de alcohol diario, en ocasiones hasta la embriaguez; también tuvo su primera relación de pareja, en la que experimentó diferentes problemáticas, generalmente relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas por parte de él. Como hecho relevante, menciona que esta pareja falleció en un accidente automovilístico, desencadenando en ella, un primer episodio depresivo grave con ideación suicida, sin embargo, no acudió en la búsqueda de ayuda profesional.

Adultez: a la edad de 29 años la consultante inició segunda relación sentimental significativa, sin embargo, la consultante afirmaba que había presencia de agresión verbal constante. La relación sentimental se termina; sin embargo, la consultante quedó embarazada de su pareja después de haber finalizado la relación; ella reportó como “traumático” el tiempo de gestación de su hijo, debido a que el infante fue diagnosticado con hidrocefalia, hecho por el cual, durante los 9 meses prenatales hubo múltiples ingresos a centros de salud, debido a que fue un embarazo de alto riesgo. Ante esta situación su expareja se desentiende de la situación y adoptó una actitud distante con su hijo, lo que generó en la consultante estados de ansiedad y depresión, episodios de llanto agudo, ideas de minusvalía e insomnio. Acudió al médico psiquiatra donde es diagnosticada con insomnio y manejada con lorazepam.

En la actualidad, consultante se encuentra en disputa legal con su expareja por la custodia total de su hijo, hecho que le genera malestar emocional

Análisis funcional

Para el análisis funcional se establece una relación entre conductas problema, los antecedentes y los consecuentes relacionados con dichas conductas, posteriormente se presenta la

formulación, en la cual se describe la integración de estos elementos para explicar el problema de la consultante

Conductas problema

Dimensión verbal

1. Quejas verbales: la consultante afirma “esto es como algo sin fin hace mucho tiempo me vengo sintiendo así, que no valgo nada y que todo lo que le pase a mi hijo es culpa mía, ni siquiera fui capaz de conseguirle un buen padre”. Se percibe un discurso de sobre exigencia y culpabilidad excesiva
2. Pensamientos automáticos negativos: “no sirvo para nada, no hago nada bien”
3. Pensamiento catastrófico: “cuando crezca, mi hijo no me va a querer, por todo esto que está pasando y me va a culpar a mi”
4. Rumiación: la consultante pasaba gran parte del día albergando pensamientos sobre inutilidad, orientados generalmente a distorsiones cognitivas y esquemas irracionales, por lo que se infiere que la consultante experimentara una autoimagen y auto conceptos deteriorados.
5. Dificultad en toma de decisiones: la consultante se le dificultaba tomar un papel activo ante su situación por lo que no generaba decisiones que le permitieran mayor estabilidad emocional

Dimensión emocional

1. Incremento en la frecuencia e intensidad de los episodios de llanto, motivados por pensamientos de tristeza y en ocasiones reactividad emocional agresiva ante las discusiones
2. Apatía: pérdida de interés en actividades que antiguamente generaban disfrute y eran placenteras desde aproximadamente 4 meses

Dimensión fisiológica

1. Alteraciones en el patrón de sueño: insomnio

Dimensión social y relaciones interpersonales

1. Aislamiento social: pasa lapsos de tiempo prolongados en la cama, con escasa motivación a la cotidianidad; asimismo los círculos sociales están disminuidos por lo que corta contacto con red de apoyo de amistad
2. Descuido de presentación personal: escasa motivación en cuanto a su higiene, presentación personal y apariencia física
3. Descuido de su situación económica: desinterés reestablecer su vida laboral, por lo que su trabajo se reduce a turnos esporádicos en establecimientos nocturnos

Antecedentes

Antecedentes remotos

1. Estado de ánimo deprimido durante infancia con exposición a violencia intrafamiliar
2. Episodio depresivo grave posterior al fallecimiento traumático de su primera pareja sentimental.
3. Estado de ánimo deprimido durante segunda relación sentimental por constantes agresiones verbales.
4. Diagnóstico de insomnio durante la adultez
5. Consumo de alcohol constantemente y en ocasiones hasta embriaguez

Antecedentes recientes

1. Condición médica de su hijo al momento de nacimiento
2. Problemas en la relación con el padre de su hijo (expareja)

Consecuentes

1. Estados agudos de malestar y episodios de llanto durante la mayor parte del día
2. Estados de inactividad prolongados dentro de la casa, sin realizar actividad alguna
3. Incapacidad para el desempeño de actividades relajantes o de ocio
4. Pensamientos de inutilidad, desesperanza y minusvalía constantes
5. Incapacidad para ejercer jornadas de trabajo continuas

4.2. Formulación del caso

La conducta de la consultante presentaba un patrón de conducta caracterizado por la inactividad física, dificultad en la resolución de problemas y pensamientos desadaptativos de culpabilidad excesiva, por lo que se derivó en una conducta de auto exigencia muy alta. Además existieron verbalizaciones negativas sobre la situación actual de su hijo con el padre ligadas a la autoexigencia “no fui capaz de conseguirle un buen padre”. Lo que conllevó a la aparición de esquemas inflexibles de pensamiento por los cuales la consultante daba sentido y explicaciones los sucesos que pasaban en su vida (Rivadeneira, Dahab & Minici, 2013). También, estaban presentes síntomas fisiológicos que fueron exacerbados como el insomnio. De igual manera, la resolución de problemas y la toma de decisiones se vieron afectadas a tal punto que generó sentimientos de desesperanza. Por otra parte, las conductas cotidianas estaban disminuidas, lo cual desencadenó situaciones de aislamiento dentro de su casa, lo que disminuyó sustancialmente las interacciones positivas del ambiente que generaban bienestar; por lo tanto, perjudicó su desarrollo social, familiar, laboral, habilidades sociales (Barraca, 2010). Este patrón de conducta presentaba características correspondientes a un trastorno depresivo mayor con características melancólicas e involucró aspectos cognitivos emocionales, motivacionales y comportamentales, donde además se

implicó creencias irracionales acerca de las relaciones afectivas, el papel de madre y auto exigencia (Ver anexo 6).

Hipótesis de origen

Según Huerta, Ramírez, Ramos, Murillo, Falcón, Misare y Sánchez (2016) podría afirmarse que la consultante ha vivenciado situaciones de estrés desde muy temprana edad, que involucran un núcleo familiar disfuncional con escasas demostraciones de afecto entre sus miembros, lo que probablemente da lugar a creencias sesgadas en la consultante sobre el papel de madre, rol de hija y rol de esposa, debido a que la experiencia de maltrato familiar o su vivencia durante la infancia está unida a distorsiones en los esquemas cognitivos adultos, por lo tanto esta distorsión en la forma de pensamiento, se activa por los ambientes estresantes haciendo que la persona adopte síntomas depresivos, sentimientos de soledad y relaciones destructivas. Los individuos que son vulnerables a la depresión tienen representaciones de memoria o estilos de pensamiento que los conducen a apreciar su entorno de manera sistemáticamente negativa, de igual manera si estos sesgos entran en contacto con algún evento vital estresante, conducirán a la persona a introducirse en un ciclo de pensamientos automáticos negativos sobre el yo, el mundo y el futuro (Kircanski, Joormann & Gotlib, 2012). La pérdida de su pareja en la adolescencia, de igual forma llevó a la consultante a experimentar múltiples eventos displacenteros que repercuten en su estado emocional, facilitando la aparición de pensamientos de soledad, vacíos y pensamientos irracionales. Otras situaciones asociadas al origen de la sintomatología fueron las constantes agresiones verbales de pareja y la posterior escasa demostración de afecto de su expareja para con su hijo, sin mencionar las constantes conductas de ingesta de alcohol y alteración de patrón de sueño nocturno debido a su trabajo en locales nocturnos que también han influido en su estabilidad emocional.

Según la terapia de activación conductual (Martell, Dimidjan & Herman-Dunn, 2010), una conducta adaptativa consta de un comportamiento en el cual, la consultante incrementa la probabilidad de entrar en contacto con contingencias medioambientales reforzantes, mediante la

realización de una o más actividades enfocadas en alcanzar un bienestar emocional (Bianchi-Salgueiro & Muñoz-Martínez, 2015). Por esta razón y debido al aislamiento que le produce la sintomatología, la consultante pierde contacto con reforzadores del ambiente (Barraca, 2010); es importante mencionar que los contextos y conductas que la consultante abandonó tenían una significancia para ella como lo era su trabajo, espacios con sus redes de apoyo de amistad y preocupación por su higiene y apariencia personal, produciendo así un bloqueo contextual que repercute en su estabilidad y desarrollo emocional.

Hipótesis de mantenimiento

La problemática de la consultante es mantenida por un procesamiento de esquemas de pensamiento irracional e inflexible de culpabilidad excesiva que se refleja a su vez en una conducta con predominancia de episodios de llanto, irritabilidad, imagen negativa de sí misma y una disminución de acciones. Para Beck (2010) los componentes de la triada cognitiva se centran en la visión negativa de la consultante acerca de sí misma, atribuyendo todas sus malas experiencias a un defecto propio, mental o físico; así como también la tendencia de la consultante a interpretar sus eventos personales de una forma negativa, encontrando explicaciones del entorno para su problemática, haciendo que finalmente la consultante tenga una visión negativa acerca de su futuro. Paralelamente, esto ocasiona consecuencias que actúan como reforzadores positivos y negativos; siendo el reforzador positivo la atención brindada por el esposo a su hijo debido a la conducta de la consultante, mientras que el reforzador negativo se basaría en quedarse en la casa sin realizar acción alguna y evitando ver a su expareja. Adicionalmente la condición médica de su hijo se cataloga como un factor de estrés que ayuda tanto a la aparición como al mantenimiento de la sintomatología depresiva.

Por otra parte el aislamiento social una de las principales características de la conducta problema, para Bianchi-Salgueiro y Muñoz-Martínez (2014) la terapia de activación conductual aborda la depresión desde una visión contextualista, explicándola como conductas que

se dan en función del contexto, es por esto que es necesario hacer cambios en las acciones de la consultante, que permitan la interacción de las personas con distintos contextos, favoreciendo el acceso a nuevas y variadas fuentes de reforzamiento y por ende que la persona vuelva a funcionar; ahora bien, en base a un aislamiento y la baja motivación por la cotidianidad de la consultante, es imposible que acceda a estos reforzadores anteriormente mencionados, constituyéndose por lo tanto como un factor mantenedor de síntomas.

Para el seguimiento y formulación del caso se tuvieron en consideración:

- A. Verbalizaciones y acciones que hicieran referencia a una mayor activación conductual en su cotidianidad
- B. Implicación en cuestiones prácticas que situaran a EC en la dirección de alcanzar sus objetivos seleccionados por ella misma

Impresión diagnóstica

Mediante la evaluación clínica realizada en las sesiones se concluyó el siguiente diagnóstico:

296.33 (F33.2) Trastorno de depresión mayor: episodio grave recurrente con características melancólicas.

Según la sintomatología de la consultante y utilizando el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales quinta edición (2014), se logró constatar el cumplimiento de los siguientes criterios diagnósticos en la consultante: 1. estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días según información subjetiva, 2. disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días, 3. Insomnio casi todos los días, 4. Sentimientos de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada casi todos los días, 5. Pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado., 6. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas

importantes del funcionamiento. 7 el episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia u otra afección médica 8. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un diagnóstico del espectro de la esquizofrenia 9. Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco. El cumplimiento de los anteriores criterios diagnósticos son suficientes para dictaminar un trastorno de depresión mayor (American Psychiatric Association, 2014)

Ahora bien, para diagnosticar las características melancólicas se cumplieron los siguientes criterios: 1. Pérdida de placer por todas o casi todas las actividades 2. Falta de reactividad a estímulos generalmente placenteros 3. Desaliento profundo 4. Culpa excesiva o inapropiada 5. La depresión acostumbra a ser peor en la mañana. El cumplimiento de los anteriores criterios diagnósticos son suficientes para dictaminar en un trastorno depresivo, la presencia de características melancólicas. (American Psychiatric Association, 2014).

4.3. Resultados de la intervención

Como resultado general de la intervención, la consultante logró realizar conductas que la pusieran en contacto con reforzadores del ambiente, además de que ella entendió el origen, de sus esquemas mentales, los factores mantenedores de estos y las consecuencias negativas de sus ideas irracionales de culpabilidad y las repercusiones que tenían en el desarrollo de su vida.

La evolución es puesta en manifiesto con verbalizaciones como: “extrañaba ser yo misma, he estado recuperando parte de mi personalidad” o “entiendo que lo que paso con mi hijo y su padre, sé que la relación no es la mejor, pero no puedo controlar las acciones de su padre, por lo tanto, no tengo por qué sentirme culpable”

Para realizar un seguimiento de la evolución de la consultante se tomaron tres clases de registros: 1) puntuaciones con base en formatos de autorregistros diligenciados por la consultante, 2) puntuaciones con base en formatos de observación conductual durante las sesiones de

intervención, 3) evaluación de sintomatología con base en la Mini Entrevista Neuropsiquiatría Internacional

A continuación, se presentan los resultados de estas tres categorías

Resultados de las puntuaciones del formato de autorregistro

Siguiendo lo propuesto por la terapia de activación conductual sobre la importancia de la utilización de formatos de autoregistro (Martell, Dimidjian & Herman-Dunn, 2010), se llevó un registro de la actividad conductual de la consultante donde también se evaluaba la cantidad de pensamientos de culpabilidad, sentimientos de minusvalía y sensación de logro al realizar las acciones (Martell, Dimidjian & Herman-Dunn, 2010). Estos formatos se suministraban al inicio del tratamiento para su posterior diligenciamiento durante la semana siguiente hasta la nueva sesión, donde era entregado al terapeuta, el cual hacía una retroalimentación y se entregaba un formato nuevo al finalizar la consulta. A través de este seguimiento se evaluaba el curso de la evolución de la consultante, considerando las áreas relevantes y midiendo además los efectos del proceso terapéutico (Ver figuras 1, 2 y 3).

Figura 1. Número de pensamientos de culpabilidad semanal

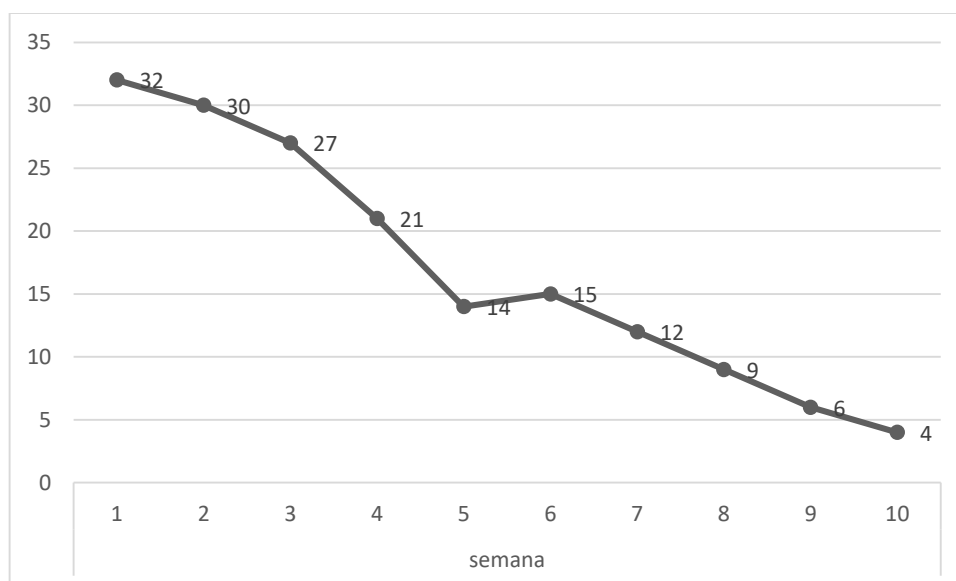


Figura 2. Número de pensamientos de minusvalía semanal

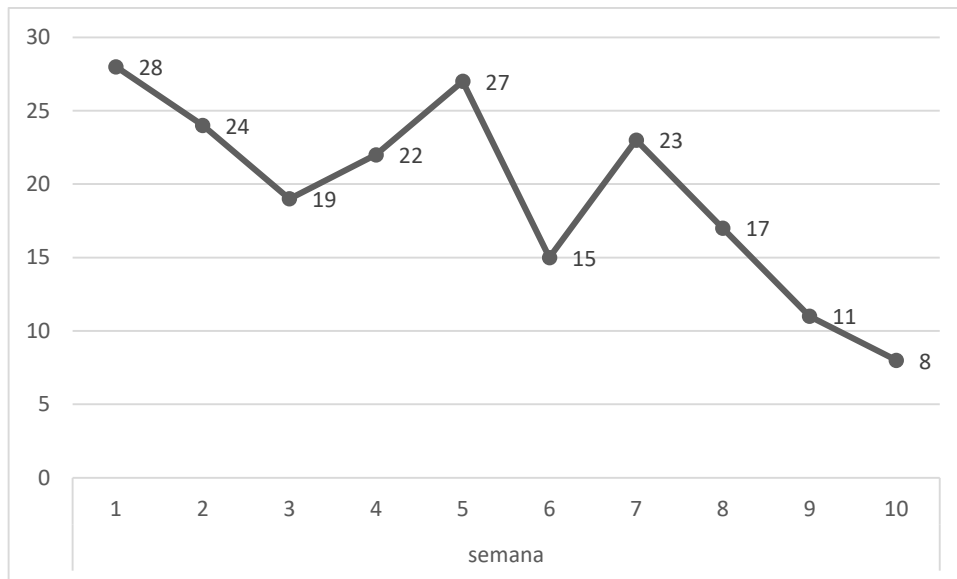
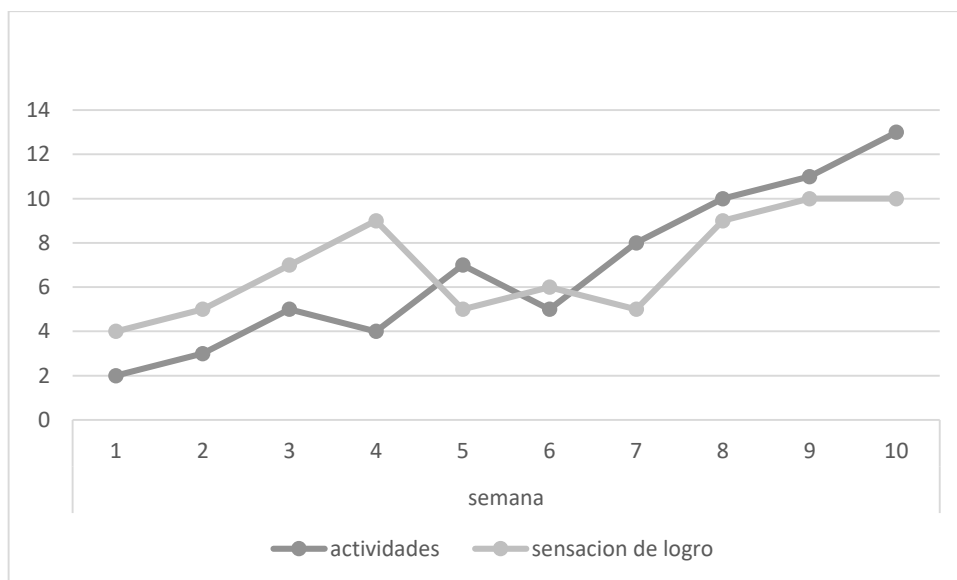


Figura 3. Número de acciones y sensación de logro semanal



De acuerdo con el registro, la consultante tuvo una mejoría progresiva que fue observable a lo largo del proceso terapéutico. La recaída correspondiente a las sesiones 5 y 7 estuvieron relacionadas con los encuentros legales con los abogados y su expareja para la custodia de su hijo.

Resultados de formato de observación conductual

Adicionalmente también se llevó a cabo un registro de observación conductual durante las sesiones donde se evaluaba comportamiento verbal y no verbal durante la sesión. Estos formatos son diligenciados por el terapeuta semanalmente. A través de este seguimiento se evaluaba el curso de la evolución de la consultante, considerando las áreas relevantes y midiendo además los efectos del proceso terapéutico (Ver figura 4 y 5)

Figura 4. Lenguaje no verbal durante la sesión

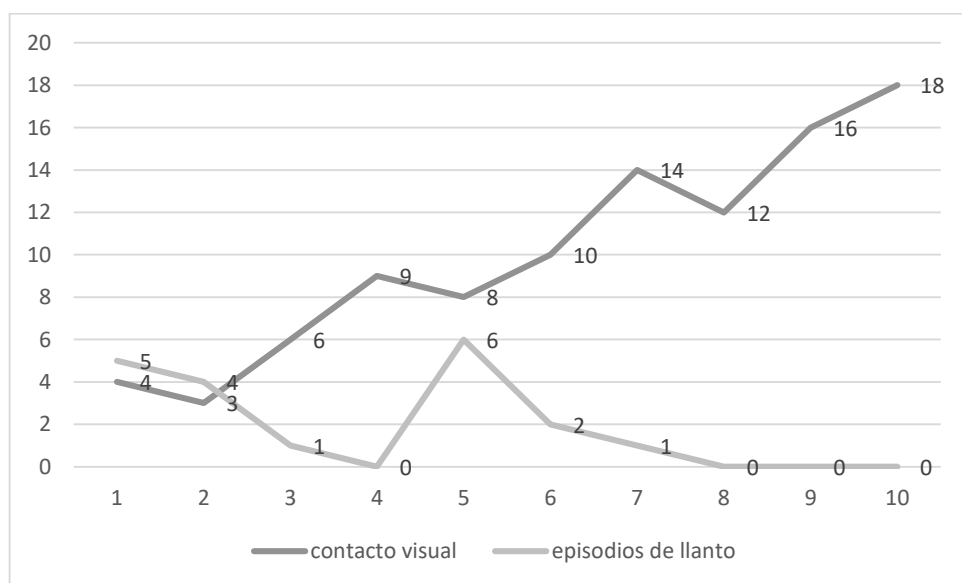
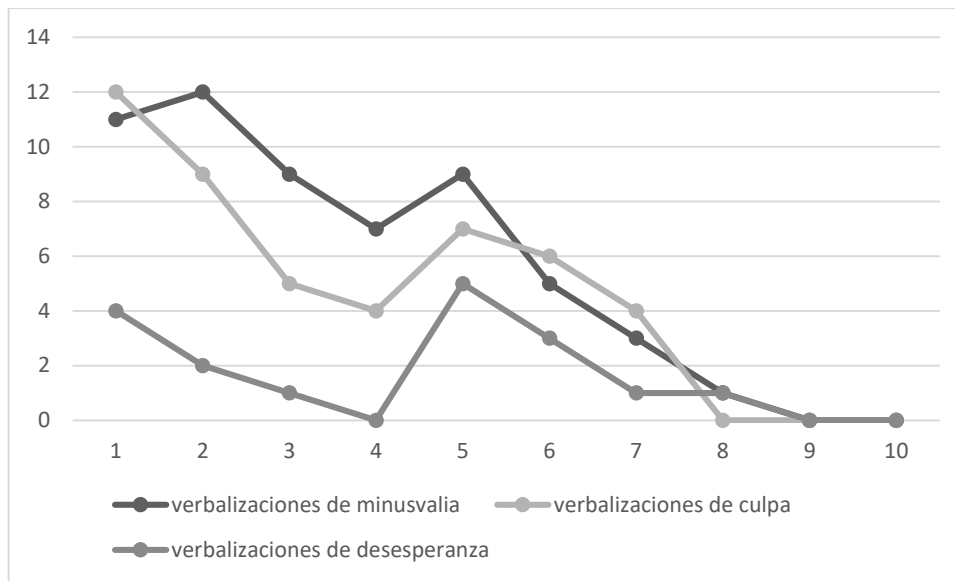


Figura 5. Lenguaje verbal durante la sesión



De acuerdo con el registro de observación en sesión, la consultante modificó paulatinamente el contenido del lenguaje verbal, disminuyendo verbalizaciones de minusvalía y desesperanza, así como también los episodios de llanto y aumentando el contacto visual entre sesiones. La recaída correspondiente a las sesiones 5 y 7 están relacionados a los encuentros legales con los abogados y su expareja para la custodia de su hijo.

4.4. Resultados de la Mini entrevista neuropsiquiátrica internacional

Con respecto a los resultados obtenidos a partir de la aplicación de la Mini entrevista psiquiátrica internacional; inicialmente se obtuvo como resultado un diagnóstico de trastorno de depresión mayor.

En la aplicación inicial se evidenció un estado de ánimo triste durante un periodo de dos semanas, además de pérdida de interés en actividades que anteriormente generaban placer, asimismo, dificultad para dormir casi todas las noches, sensación de falta energía durante el día, así

como también presencia de sentimientos de culpa e inutilidad, pensamientos autolesivos y de suicidio.

Después de la intervención. Se llevó a cabo nuevamente la aplicación de la Mini entrevista neuropsiquiátrica internacional, dando como resultado una puntuación, la cual no se relacionaba con un trastorno depresivo mayor o cualquier episodio depresivo; debido a que su estado de ánimo durante las últimas dos semanas estuvo estable, sin la presencia de episodios de llanto, la consultante afirmaba percibir mayor energía para afrontar la cotidianidad; además retoma las acciones placenteras que anteriormente había bloqueado. Adicionalmente desaparecieron los pensamientos de culpa, inutilidad, autolesivos y suicidas.

Discusión

En este estudio de caso se presentó el abordaje terapéutico de una consultante con problemas emocionales, que en su conjunto se definieron de acuerdo a los criterios diagnósticos, como depresión. A partir de la evaluación psicológica de estos problemas y del análisis funcional se determinaron los objetivos terapéuticos, el modelo y las técnicas psicoterapéuticas.

La activación conductual fue la terapia elegida debido a que como lo muestra el análisis funcional, la conducta problema principal de la consultante se caracterizaba por un patrón de evitación en el comportamiento, que se transmitía en una baja realización de acciones diarias; por lo tanto, se ha podido constatar que, la consultante entre más contacto tomaba con actividades gratificantes, la sintomatología decrecía y por ende su estado de ánimo mejoraba.

Con base en los resultados obtenidos a partir de la intervención realizada, se puede afirmar que se ha logrado alcanzar el objetivo principal del proceso, el cual consistía en el aumento en la actividad conductual de la consultante, haciendo que esté en contacto con los reforzadores propios del ambiente, logrando así una reducción de sintomatología problema consistente en episodios de llanto, ideación de minusvalía, pensamientos suicidas y largos periodos de tiempo sin realizar acción alguna, lo que conlleva finalmente a una mejora en el estado anímico de la consultante. Es importante señalar que la integración de las técnicas de activación conductual y la reestructuración cognitiva, resultó efectiva para esta intervención terapéutica.

El presente caso fue formulado bajo la terapia de activación conductual de Martell, Dimidjian y Herman-Dunn (2010) la cual afirma que las personas que experimentan depresión reducen su capacidad para experimentar la recompensa positiva de sus entornos y desencadenan los síntomas y conductas, por lo tanto la activación conductual ayuda a los consultantes a adoptar una conducta que en último término consideraran placentera o productiva o que mejorará sus situaciones vitales de tal modo que proporcionen recompensas mayores.

La problemática identificada en el análisis de caso hace referencia principalmente a la presencia de esquemas de pensamiento rígido y desadaptativo, a partir de experiencias de vida previas que son consideradas como displacenteras, que junto con otros factores predisponentes como lo es el consumo de alcohol y el insomnio, genera la sintomatología problema, reprimiendo a su vez la activación conductual con estilos de afrontamiento de evitación y huida, disminuyendo así los reforzadores del ambiente.

Por otra parte, según los trabajos investigativos descritos en este documento, permiten visualizar y apoyar la importancia que representa la terapia activación conductual en conjunto con técnicas como el entrenamiento en habilidades sociales, reestructuración cognitiva y toma de decisiones; a la hora de intervenir sintomatología depresiva, como también se evidencia en las investigaciones de Ortega, Kendzierski y Aranda (2016), quienes plantean que si en un primer momento se aborda la realización de actividades gratificantes y paralelamente se trabaja con el componente cognitivo relacionado a esquemas mentales disfuncionales; se facilitan los procesos de toma de decisiones y se aumenta el control que percibe el consultante ante situaciones estresantes.

Otro aspecto importante para tener en cuenta y que se cataloga como otro factor predisponente a la depresión, es la condición médica de su hijo y el rol de la consultante como cuidadora informal. Cabe destacar que, gran parte de los cuidados precisados por estas personas recaen sobre los denominados cuidadores informales, entre los que destacan los cuidados prestados por la familia, que se constituye como el principal proveedor de cuidados de salud, es por esto que la presencia de un miembro que necesite de cuidados, genera una nueva dinámica familiar que provoca importantes cambios dentro de la estructura familiar, roles y patrones de conducta de sus integrantes; estos cambios pueden precipitar una crisis que ponen en peligro la estabilidad de la familia, afectando principalmente al cuidador, que es el miembro de la familia que soporta la mayor parte de sobrecarga física y emocional, generando malestar físico y psíquico, destacándose la

presencia de síntomas depresivos (López, Orueta, Gómez-Caro, Sánchez, Carmona & Alonso, 2009).

Existen también situaciones de la vida de las personas que constituyen eventos vitales, por lo cual, si una persona está expuesta desde temprana edad a determinadas situaciones de carácter social, se crean ciertos estilos de pensamiento y procesamiento de información que en muchas ocasiones son disfuncionales y que representan una predisposición que aumenta la vulnerabilidad al desarrollo de síntomas tanto de estrés como de depresión, por lo que las personas se tornan vulnerables cognitivamente (Cámara & Calvete, 2010). Por esta razón, los consultantes poseen esquemas de pensamiento inflexible y, debido a que, en ocasiones, estos esquemas se vienen gestando desde la niñez temprana, por lo tanto, existe mayor dificultad para cambiar estos esquemas de pensamiento

Uno de los aspectos que se consideran como desventajas de la terapia de activación conductual es la percepción inicial que el consultante pueda tener acerca de las actividades a realizar ya que las observara como un objetivo inalcanzable, lo que afectara en su motivación, por lo que es posible que ofrezca cierta resistencia al cambio; por otra parte muchos consultantes tienen la percepción de que primero se debe cambiar su forma de pensar y después se cambia la conducta, en la activación conductual es lo contrario, por lo que puede si no se realiza un buen encuadre, puede llegar a afectar la motivación del consultante (Martell, Dimidjan & Herman-Dunn, 2010).

En cuanto a las limitaciones presentadas durante la intervención, se destaca la resistencia emocional de la consultante al inicio del tratamiento, debido a sus pensamientos de catastrofismo y desesperanza producto de esquemas mentales desadaptativos lo que generaban una condición incapacitante hacia los ejercicios cotidianos que posibilitarían la activación conductual, adicionalmente la consultante poseía un locus de control externo lo que favorecía a la inactividad física.

Existen condiciones específicas en donde un proceso terapéutico puede verse afectado como por ejemplo la presencia de síntomas graves y prolongados, baja motivación al cambio, resistencia emocional, locus de control externo o dificultad para su introspección, por lo que el proceso terapéutico posee un nivel de complejidad mayor (Herrera, Fernández, Krause, Vilches, Valdés & Dagnino, 2009).

Por otra parte también se debe tener en cuenta los factores externos que influyeron en el desarrollo de la intervención, los cuales tanto el terapeuta como la consultante, no tienen control sobre ellos; como lo son la falta de empleo y los bajos ingresos económicos, estas situaciones influyen negativamente en la efectividad del proceso debido a que facilitan la ausencia de la consultante en algunas sesiones ya que debe solucionar en la mayor brevedad posible su situación socioeconómica, haciendo que su disponibilidad de tiempo sea menor y disminuyendo momentáneamente el compromiso con el proceso terapéutico.

Asimismo, se debe considerar también, que al aplicar una terapia de AC en un entorno de escaso control fuera del consultorio; atribuir los resultados positivos exclusivamente a la intervención como fuente de mejoría de la consultante no sería correcto. Se debe considerar y ser consciente de que dichos cambios podrían explicarse, en ocasiones, por otras variables del entorno de la persona que sufrieron cambios.

Conclusiones

La terapia de activación conductual ha sido eficaz tanto en la evaluación como en la intervención del caso de depresión mayor, atendido en el Centro de Proyección Social de Piedecuesta, permitiendo obtener cambios para la disminución progresiva de sintomatología y mejorando calidad de vida de la consultante.

El núcleo familiar es un factor determinante a la hora de la disminución de síntomas, debido a que es recomendable que la familia ofrezca un ambiente de protección y bienestar ante el displacer. Por el contrario, si la familia es percibida como un factor de riesgo por el consultante, existe la posibilidad de la aparición de síntomas depresivos.

En los trastornos depresivos, existen diversos factores sociales, personales, laborales, afectivos y familiares que juegan un papel importante tanto en la aparición de síntomas como en su mantenimiento, por lo tanto, para el psicólogo clínico resulta de vital importancia tener en cuenta la totalidad de las posibles variables que afecten tanto negativa como positivamente el desarrollo y disminución de sintomatología, para así logra brindar una atención idónea y profesional.

En este sentido, debido a la constante demanda de atención psicológica, son más los casos nuevos y complejos que surgen para su análisis e intervención, por ello el papel del psicólogo clínico debe ser trascendental con respecto a investigación, formación académica, seguimiento de normatividad ética, tener en cuenta sus limitaciones y ser lo más profesional posible como lo dictamina la ley 1090 de 2006.

Referencias

- American Psychiatric Association APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM 5* (5ª ed) Bogotá: Panamericana.
- Baddour, S., & Rivera, G. (2013). ¿Podría la activación conductual reemplazar al tratamiento farmacológico en pacientes con cuadros depresivos? *Revista de Estudiantes de Psicología*, 1 (3), 16-18.
- Barraca, J. (2010). Tratamiento de Activación Conductual para la Depresión (TACD), Descripción, Técnicas y Aplicación. *Prolepsis*, 3(7), 27-39.
- Barraca, J. (2010). Aplicación de la activación conductual en un paciente con sintomatología depresiva. *Clínica y Salud*, 21(2), 183-197.
- Barraca, J. (2009). La activación conductual (AC) y la terapia de activación conductual para la depresión (TACD). Dos protocolos de tratamiento desde el modelo de la activación conductual. *Edupsykhé*, 8(1), 23-50.
- Bados, A., & Garcia, E. (2010). *La técnica de la reestructuración cognitiva*. Barcelona: Universitat de Barcelona.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: The Guilford Press.
- Beck, A. (2010). *Esquizofrenia terapia cognitiva, investigación y terapia (primera edicion)*. Madrid: Paidós.
- Becerra, A., Reynoso, L., Bravo, M.C., & Ordaz, M. (2017). Activación conductual para el control de la depresión en pacientes oncológicos: una revisión. *Psicooncología*, 14(3), 203-216.
- Becerra, A., Lugo, I. & Reynoso, L. (2013). Terapia de Activación Conductual en Pacientes Oncológicos: Una Propuesta de Intervención. *Psicooncología*, 10(12), 163-168.
- Bianchi-Salgueiro, J. & Muñoz-Martínez, A. (2014). Activación conductual: revisión histórica, conceptual y empírica. *Psychologia Avances de la Disciplina*, 8(2), 83-89.
- Bianchi, J., & Henao, A. (2015). Activación conductual y depresión: Conceptualización, evidencia y aplicaciones en Iberoamérica. *Terapia Psicológica*, 33(2), 69-80.
- Becerra, A., Reynoso, L., Bravo, M. & Ordaz, M. (2017), activación conductual para el control de la depresión en pacientes oncológicos: una revisión. *Psicooncologia*, 14(2), 203-216.
- Caballo, V. (1997). *Manual para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de los Trastornos Psicológicos*. Madrid: Siglo XXI de España Editores S.A.
- Caballo, V. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI de España Editores S.A.
- Camara, M., & Calvete, E. (2010). El papel de los esquemas disfuncionales tempranos y el afrontamiento en el desarrollo de síntomas de ansiedad y depresión. *Behavioral Psychology*, 18(1), 491-509.

- Dahab, J., Rivadeneira, C., & Minici, A. (2002). La Depresión desde la Perspectiva Cognitivo Conductual. *Revista de Terapia Cognitivo Conductual*, 2(3), 1-5.
- Ellis, A. & Grieger, R. (1990). *Manual de terapia racional-emotiva*. Bilbao: Editorial Desclee de Brouwer S.A.
- Ellis, A. (1967). *Depression: Causes and Treatment*. Pennsylvania: University of Pennsylvania Press.
- Ellis, A. (1987). A Sadly Neglected Cognitive Element in Depression. *Cognitive Therapy and Research*, 11(1), 121-146.
- Espada, J., Van der Hofstadt, C. & Galván, B. (2007). Exposición en vivo y técnicas cognitivo-comportamentales en un caso de ataques de pánico con agorafobia. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 7 (1), 217-232.
- Fernando, I., Bobes, J., Gibert, J., Soto, M., & Soto, O. (2005). Mini international neuropsychiatric interview versión en español 5.0. Madrid: España. Recuperado de: <http://www.academia.cat/files/425-7297-DOCUMENT/MinientrevistaNeuropsiquatribaInternacional.pdf>
- Ferster, C. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 28 (1), 857-870.
- Gaviria, A., Ruiz, F., Dávila, C.E., Burgos, G., Ospina, M., Osorio, E. & Ramírez, F. (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental*. Bogotá: Ministerio de Salud.
- Gómez-Restrepo, C., Bohórquez, A., Pinto, D., Gil, J., Rondón, M., & Díaz- Granados, N. (2004). Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 16(6), 378-386.
- Herrera, P., Fernández, O., Krause, J., Vilches, O., Valdés, N. & Dagnino, P. (2009). Revisión teórica y metodológica de las dificultades en psicoterapia: propuesta de un modelo ordenador. *Terapia Psicológica*, 27(2), 169-179.
- Huerta, R., Ramírez, N., Ramos, J., Murillo, L., Falcón, C., Misare, M., & Sánchez, J. (2016). Esquemas cognitivos disfuncionales y dependencia emocional en mujeres con y sin violencia en la relación de pareja de la ciudad de lima. *Revista de Investigación en Psicología*, 19(2), 145-162.
- Ibáñez, E., Onofre, G. & Vargas, J. (2012). Terapia Racional Emotiva: Una Revisión Actualizada de la Investigación. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15(4), 1454-1468.
- Kircanski, K., Joormann, J., & Gotlib, I. H. (2012). Cognitive aspects of depression. *Wiley Interdisciplinary Reviews. Cognitive Science*, 3(3), 301–313.
- Landriscini, N. (2006). La Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis. *Norte de Salud Mental*, 1 (25), 126-129.
- Ley 1090. Ministerio de la Protección Social, Bogotá, Colombia, 6 de septiembre de 2006.
- Lewinsohn, P. (1975). Engagement in pleasant activities and depression level. *Journal of Abnormal Psychology*, 84 (1), 729-731.

- Martell, C., Dimidjian, S., & Herman-Dunn, R. (2010). *Activación conductual para la depresión*. Bilbao: Editorial Desclee de Brouwer S.A.
- Mazzucchelli, T., Kane, R., & Rees, C. (2012). Behavioral activation treatments for depression in adults: a meta-analysis and review. *Clinical Psychology*, 5(1), 105-121.
- Ministerio de Salud. (2018). *Boletín de Salud Mental Depresión Subdirección de Enfermedad No Transmisibles*. Bogotá: Colombia. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-depresion-marzo-2017.pdf>
- Montero, I. & León, O. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2 (3), 503-508.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Depresión: Datos y cifras*. Ginebra: Suiza. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- O'Neill, L., Samaan, Z., McCabe, K., Tabaak, T.A., Key, B., Litke, K., & Vanstone, M. (2019). Patient experiences and opinions of a behavioral activation group intervention for depression. *Research on Social Work Practice*, 29(1), 10-18.
- Ortega, M., Kendzierski, M., & Aranda, M. (2016). Intervención conductual en un caso de bajo estado de ánimo. *Revista de Psicoterapia*, 26(102), 175-188.
- Rosa-Melchor, D., Ramírez-Aranda, J., Garza-Elizondo, T., Riquelme-Heras, H., & Duran-Gutiérrez, R. (2013). Eficacia de la terapia de resolución de problemas en pacientes con síntomas físicos medicamente no aplicados. *Atención Familiar*, 20(1), 12-15.
- Roussos, A. (2007). El diseño de caso único en investigación en psicología clínica. Un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16 (3), 261-270.
- Santiago-Rivera, A., Kanter, J., Benson, G., Derose, T., Illes, R., & Reyes, W. (2008). Behavioral activation as an alternative treatment approach for Latinos with depression. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 45, 173-185.
- Sheehan, D., Janavs, R., Baker, R., Harnett-Sheehan, K., Knapp, E., & Sheehan, M. (2000). Mini international neuropsychiatric interview. Recuperado de: <http://www.academia.cat/files/425-7297-DOCUMENT/MinientrevistaNeuropsiquiatriaInternacional.pdf>

Anexos

Anexo 1

Mini International Neuropsychiatric interview

MINI

MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW

Versión en Español 5.0.0

DSM-IV

EE.UU.: **D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K. Harnett-Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan**

University of South Florida, Tampa

FRANCIA: **Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L. I. Bonora, J. P. Lépine**

Hôpital de la Salpêtrière, Paris

Versión en español:

L. Ferrando, J. Bobes, J. Gibert

Instituto IAP – Madrid – España

M. Soto, O. Soto

University of South Florida, Tampa

Asesores de traducción: L. Franco-Alfonso, L. Franco

Copyright 1992, 1994, 1998, 1999 Sheehan DV & Lecrubier Y.

Todos los derechos están reservados. Ninguna parte de este documento puede ser reproducida o transmitida en forma alguna, ni por cualquier medio electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias y sistemas informáticos, sin previa autorización escrita de los autores. Investigadores y clínicos que trabajen en instituciones públicas o lugares no lucrativos (incluyendo universidades, hospitales no lucrativos e instituciones gubernamentales) pueden hacer copias del MINI para su uso personal.

Nombre del paciente: _____	Número de protocolo: _____
Fecha de nacimiento: _____	Hora en que inició la entrevista: _____
Nombre del entrevistador: _____	Hora en que terminó la entrevista: _____
Fecha de la entrevista: _____	Duración total: _____

Módulos	Período explorado	Cumple	
		DSM-IV	CIE-10
		los criterios	
A EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (EDM)	Actual (2 semanas)	299.20-296.26 episodio único	F32.x
	Recidivante	296.30-296.36 recidivante	F33.x
EDM CON SÍNTOMAS MELANCÓLICOS (opcional)	Actual (2 semanas)	296.20-296.26 episodio único	F32.x
		296.30-296.36 recidivante	F33.x
B TRASTORNO DISTÍMICO	Actual (últimos 2 años)		
C RIESGO DE SUICIDIO	Actual (último mes)	300.4	F34.1
	Riesgo:		
	leve moderado alto		
D EPISODIO MANÍACO	Actual	296.00-296.06	F30.x-F31.9
	Pasado		
EPISODIO HIPOMANÍACO	Actual	296.80-296.89	F31.8-F31.9/F34.0
	Pasado	300.01/300.21	F40.01-F41.0

E TRASTORNO DE ANGUSTIA	Actual (último mes)		
	De por vida	300.22	F40.00
F AGORAFOBIA	Actual		
G FOBIA SOCIAL (<i>Trastorno de ansiedad social</i>)	Actual (último mes)	300.23	F40.1
H TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	Actual (último mes)	300.3	F42.8
I ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (opcional)	Actual (último mes)	309.81	F43.1
J DEPENDENCIA DE ALCOHOL	Últimos 12 meses	303.9	F10.2x
ABUSO DE ALCOHOL	Últimos 12 meses	305.00	F10.1
K DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS (no alcohol)	Últimos 12 meses	304.00-.90/305.20-.90	F11.1-F19.1
ABUSO DE SUSTANCIAS (no alcohol)	Últimos 12 meses	304.00-.90/305.20-.90	F11.1-F19.1
L TRASTORNOS PSICÓTICOS	De por vida	295.10-295.90/297.1	F20.xx-F29
	Actual	297.3/293.81/293.82 293.89/298.8/298.9	
TRASTORNO DEL ESTADO DEL ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS	Actual	296.24	F32.3/F33.3
M ANOREXIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	307.1	F50.0
N BULIMIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	307.51	F50.2
ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVA/PURGATIVA	Actual	307.1	F50.0
O TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	Actual (últimos 6 meses)	300.02	F41.1
P TRASTORNO ANTISOCIAL	De por vida	301.7	F60.2

Instrucciones generales

La MINI es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. Estudios de validez y de confiabilidad se han realizado comparando la MINI con el SCID-P para el DSM-III-R y el CIDI (una entrevista estructurada desarrollada por la Organización Mundial de la Salud para entrevistadores no clínicos para la CIE-10). Los resultados de estos estudios demuestran que la MINI tiene una puntuación de validez y confiabilidad aceptablemente alta, pero puede ser administrada en un período de tiempo mucho más breve (promedio de $18,7 \pm 11,6$ minutos, media 15 minutos) que los instrumentos mencionados. Puede ser utilizada por clínicos tras una breve sesión de entrenamiento. Entrevistadores no clínicos deben recibir un entrenamiento más intenso.

ENTREVISTA:

Con el fin de hacer la entrevista lo más breve posible, informe al paciente que va a realizar una entrevista clínica que es más estructurada de lo usual, en la cual se le van a hacer unas preguntas precisas sobre sus problemas psicológicos y las cuales requieren unas respuestas de sí o no.

PRESENTACIÓN:

La MINI está dividida en módulos identificados por letras, cada uno corresponde a una categoría diagnóstica.

- Al comienzo de cada módulo (con excepción del módulo de los trastornos psicóticos), se presentan en un **recuadro gris**, una o varias preguntas **«filtro»** correspondientes a los criterios diagnósticos principales del trastorno.
- Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos.

CONVENIOS:

Las oraciones escritas en «letra normal» deben leerse «palabra por palabra» al paciente con el objetivo de regularizar la evaluación de los criterios diagnósticos.

Las oraciones escritas en «MAYÚSCULAS» no deben de leerse al paciente. Éstas son las instrucciones para asistir al entrevistador a calificar los algoritmos diagnósticos.

Las oraciones escritas en «negrita» indican el período de tiempo que se explora. El entrevistador debe leerlas tantas veces como sea necesario. Sólo aquellos síntomas que ocurrieron durante el período de tiempo explorado deben ser considerados al codificar las respuestas.

Respuestas con una flecha encima (→) indican que no se cumple uno de los criterios necesarios para el diagnóstico. En este caso el entrevistador debe pasar directamente al final del módulo, rodear con un círculo **«NO»** en todas las casillas diagnósticas y continuar con el siguiente módulo.

Cuando los términos están separados por una barra (/) el entrevistador debe leer sólo aquellos síntomas que presenta el paciente (p. ej., la pregunta H6).

Frases entre paréntesis () son ejemplos clínicos de los síntomas evaluados. Pueden leerse para aclarar la pregunta.

INSTRUCCIONES DE ANOTACIÓN:

Todas las preguntas deben ser codificadas. La anotación se hace a la derecha de la pregunta enmarcando SÍ o NO.

El clínico debe asegurarse de que cada dimensión de la pregunta ha sido tomada en cuenta por el paciente (p. ej., período de tiempo, frecuencia, severidad, alternativas y/o).

Los síntomas que son mejor explicados por una causa médica o por el uso de alcohol o drogas no deben codificarse sí en la MINI. La MINI Plus tiene preguntas que explora estos problemas.

Para preguntas, sugerencias, sesiones de entrenamiento o información acerca de los últimos cambios en la MINI se puede comunicar con:

David V Sheehan, M.D., M.B.A.	Yves Lecrubier, M.D./Thierry Hergueta, M.S.	Laura Ferrando, M.D.	Marelli Soto, M.D.
University of South Florida	INSERM U302	IAP	University of South Florida

Institute for Research in Psychiatry Hôpital de la Salpêtrière	Velázquez, 156,	3515 East Fletcher Avenue
3515 East Fletcher Avenue	47, boulevard de l'Hôpital	28002 Madrid, España
Tampa, FL USA 33613-4788	F. 75651 París, Francia	Tampa, FL USA 33613-4788
Tel.: + 1 813 974 4544	Tel.: + 33 (0) 1 42 16 16 59	Tel.: + 1 813 974 4544
Fax: + 1 813 974 4575	Fax: + 33 (0) 1 45 85 28 00	Fax: + 1 813 974 4575
	e-mail: iap@lander.es	e-mail: mon0619@aol.com

A. Episodio depresivo mayor

(→ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

A1	¿En las últimas 2 semanas, se ha sentido deprimido o decaído la mayor parte del día, casi todos los días?	NO	SÍ	1
A2	¿En las últimas 2 semanas, ha perdido el interés en la mayoría de las cosas o ha disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradaban?	NO	SÍ	2
	¿CODIFICÓ SÍ EN A1 O EN A2?	NO	SÍ	

A3	En las últimas 2 semanas, cuando se sentía deprimido o sin interés en las cosas:			
a	¿Disminuyó o aumentó su apetito casi todos los días? ¿Perdió o ganó peso sin intentarlo (p. ej., variaciones en el último mes de $\pm 5\%$ de su peso corporal o ± 8 libras o $\pm 3,5$ kg, para una persona de 160 libras/70 kg)?	NO	SÍ	3
	CODIFICAR sí, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA			
b	¿Tenía dificultad para dormir casi todas las noches (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche, se despertaba temprano en la mañana o dormía excesivamente)?	NO	SÍ	4
c	¿Casi todos los días, hablaba o se movía usted más lento de lo usual, o estaba inquieto o tenía dificultades para permanecer tranquilo?	NO	SÍ	5
d	¿Casi todos los días, se sentía la mayor parte del tiempo fatigado o sin energía?	NO	SÍ	6
e	¿Casi todos los días, se sentía culpable o inútil?	NO	SÍ	7
f	¿Casi todos los días, tenía dificultad para concentrarse o tomar decisiones?	NO	SÍ	8
g	¿En varias ocasiones, deseó hacerse daño, se sintió suicida, o deseó estar muerto?	NO	SÍ	9

¿CODIFICÓ SÍ EN 5 O MÁS RESPUESTAS (A1-A3)?

NO	SÍ
EPISODIO	

<i>DEPRESIVO MAYOR</i>	
	<i>ACTUAL</i>

SI EL PACIENTE CODIFICA POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL, CONTINÚE CON A4, DE LO CONTRARIO CONTINÚE CON EL MÓDULO B:

A4 a ¿En el transcurso de su vida, tuvo otros períodos de dos o más semanas, en los que se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas y que tuvo la mayoría de los problemas de los que acabamos de hablar?

b ¿Ha tenido alguna vez un período de por lo menos dos meses, sin depresión o sin la falta de interés en la mayoría de las cosas y ocurrió este período entre dos episodios depresivos?

→

NO SÍ 10

NO SÍ 11

EPISODIO DEPRESIVO MAYOR RECIDIVANTE

Episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos (opcional)

(→ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

SI EL PACIENTE CODIFICA POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL (A3 = SÍ), EXPLORAR LO SIGUIENTE:

A5 a	¿CODIFICÓ SÍ EN A2?	NO	SÍ	
b	¿Durante el período más grave del episodio depresivo actual, perdió la capacidad de reaccionar a las cosas que previamente le daban placer o le animaban?	NO	SÍ	12
	Si NO: ¿Cuando algo bueno le sucede, no logra hacerle sentirse mejor aunque sea temporalmente?			
	¿CODIFICÓ SÍ EN A5a O A5b?	NO	SÍ	

→

A6 Durante las últimas 2 semanas, cuando se sintió deprimido o sin interés

en la mayoría de las cosas:

a	¿Se sentía deprimido de una manera diferente al tipo de sentimiento que ha experimentado cuando alguien cercano a usted se ha muerto?	NO	SÍ	13
b	¿Casi todos los días, por lo regular se sentía peor en las mañanas?	NO	SÍ	14
c	¿Casi todos los días, se despertaba por lo menos dos horas antes de su hora habitual, y tenía dificultades para volver a dormirse?	NO	SÍ	15
d	¿CODIFICÓ SÍ EN A3c (ENLENTECIMIENTO O AGITACIÓN PSICOMOTORA)?	NO	SÍ	
e	¿CODIFICÓ SÍ EN A3a (ANOREXIA O PÉRDIDA DE PESO)?	NO	SÍ	
f	¿Se sentía excesivamente culpable o era su sentimiento de culpa desproporcionado con la realidad de la situación?	NO	SÍ	16

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE A6?

NO	SÍ
EPISODIO	
DEPRESIVO MAYOR	
CON SÍNTOMAS	
MELANCÓLICOS	
ACTUAL	

C. Riesgo de suicidio

Durante este último mes:

			Puntos:
C1	¿Ha pensado que estaría mejor muerto, o ha deseado estar muerto?	NO	SÍ 1
C2	¿Ha querido hacerse daño?	NO	SÍ 2
C3	¿Ha pensado en el suicidio?	NO	SÍ 6
C4	¿Ha planeado cómo suicidarse?	NO	SÍ 10
C5	¿Ha intentado suicidarse?	NO	SÍ 10

A lo largo de su vida:

C6	¿Alguna vez ha intentado suicidarse?	¿CODIFICÓ SÍ EN POR LO MENOS 1 RESPUESTA?
----	--------------------------------------	---

NO SÍ 4

SI **SÍ**, SUME EL NÚMERO TOTAL DE PUNTOS DE LAS RESPUESTAS (C1-C6)
 RODEAR CON UN CÍRCULO «SÍ» Y ESPECIFICAR EL NIVEL DE RIESGO DE
 SUICIDIO

NO	SÍ
RIESGO DE SUICIDIO	
1-5 puntos	Leve
6-9 puntos	Moderado
10 puntos	Alto

Anexo 2

Formato de observación de consultante en sesión

[illegible]

Anexo 3

Formato de autoregistro conductual para la casa

	lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado	domingo
5:00-7:00							
8:00							
9:00							
10:00							
11:00							
12:00							
1:00 pm							
2:00							
3:00							
4:00							
5:00							
6:00							
7:00							
8:00							
9:00							
10:00							

Fecha de recepción	Día		Mes		Año		No. De historia	
1. DATOS DEMOGRÁFICOS DEL USUARIO								
Datos del Usuario								
Nombres y Apellidos		Edad			Género		Documento de Identidad	
Lugar y Fecha de nacimiento					Dirección de Residencia			
Estrato		No. Teléfono Residencia			No. Teléfono Celular			
Nivel de Escolaridad		Profesión / Ocupación						
Remitido por		Entidad (EPS)						
11:00-12:00								

Anexo 4**formato de historia clínica del Instituto de proyección social**

2. DATOS DEL ACUDIENTE							
Nombres y Apellidos		Parentesco		Edad		Estado Civil	
Dirección de Residencia		No. Teléfono Residencia				No. Teléfono Celular	
3. SITUACIÓN ACTUAL DEL USUARIO							

3.1 Motivo de Consulta

[illegible]

3.2 Historial de la situación

[illegible]

3.3 Intentos previos para solucionarlo

[illegible]

3.4 Percepción de la situación desde el consultante

[illegible]

[illegible]

[illegible]

7. ÁREA SOCIAL, RELACIONAL Y DE PAREJA			
8. ÁREA LABORAL / OCUPACIONAL			
Empresa	Cargo	Tiempo de vinculación	Relaciones interpersonales en el ámbito laboral
Observaciones generales de la historia laboral			
9. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES			

[illegible]

[illegible]

[illegible]

Anexo 5

formato de consentimiento informado

Consentimiento Informado

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

También sé que la información que suministro en el proceso de consulta, podrá ser utilizada para procesos académicos o investigativos; siempre y cuando se resguarde mi identidad. Se me indicó que el procedimiento a seguir es en primera instancia un periodo de evaluación en la que se incluirán la entrevista, la aplicación de pruebas psicológicas y otras formas de evaluación que se consideren pertinentes para valorar mi estado psicológico actual. Posteriormente recibiré un diagnóstico sobre las

problemáticas o condiciones psicológicas en las que me encuentre, y se me dará información sobre las opciones de intervención por parte del psicólogo en formación y otros profesionales; como también sobre el tiempo probable de tratamiento. También se me indicó yo puedo revocar el consentimiento o dar por terminada en cualquier momento la relación entre el psicólogo en formación y yo, cuando lo considere pertinente, sin que ello implique ningún tipo de consecuencia para mí.

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

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

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

Una vez leído y comprendido el procedimiento que se seguirá, se firma el presente consentimiento el día

_____ del mes _____ del año _____,
en la ciudad de _____.

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

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

Anexo 6

Formulación de caso

FORMULACION DE CASO

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

Nombre: EC

Edad: 33 años

Escolaridad: Estudios técnicos en administración y logística

Estado civil: Soltera

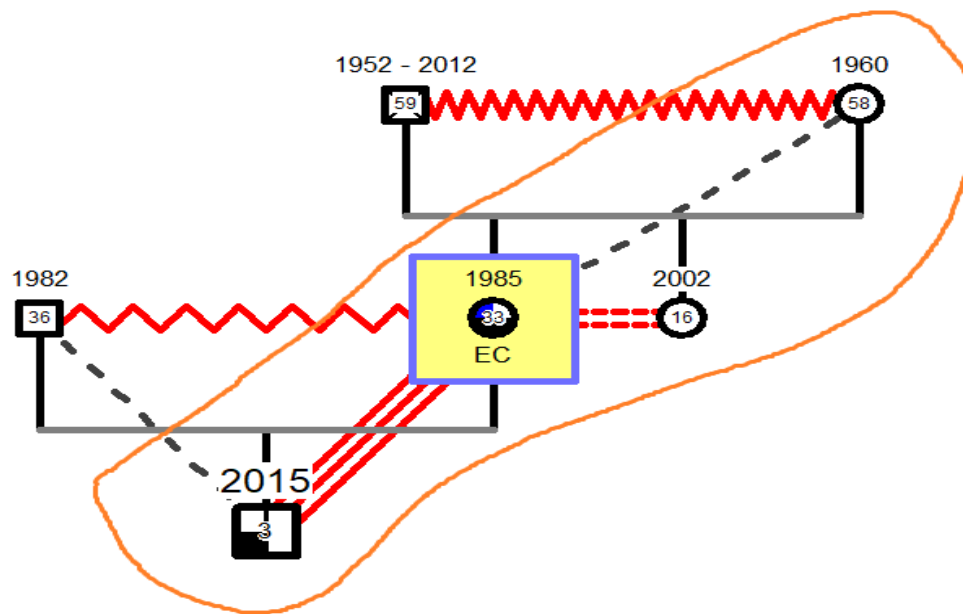
Estrato: 2

Lugar de nacimiento: Piedecuesta, Santander

Residencia actual: Piedecuesta

Tratamiento: Manejo con lorazepam

GENOGRAMA



EC vive con su madre, hermana menor de 17 años y su único hijo de 4 años. La relación con su hijo es muy cercana y adecuada, mientras que con su madre y hermana se torna una comunicación distante. Con su expareja presentan constantes conflictos y agresiones de tipo verbal relacionados con la responsabilidad del padre para con su hijo en temas de manutención. Con su padre ya fallecido llevo también una relación distante

MOTIVO DE CONSULTA

“tuve un embarazo traumático y desde hace un tiempo no me siento yo misma, como si hubiera cambiado mi personalidad, no me dan ganas de hacer nada y lloro mucho en el dia, ya no sé qué hacer”

DESCRIPCION DE LA HISTORIA DE VIDA

EC es una mujer de 33 años de edad, soltera, natural de Bucaramanga, reside en Piedecuesta. Tiene una única hermana menor de 17 años; además tiene un hijo producto de una relación sentimental pasajera y conflictiva. Actualmente trabaja en establecimientos comerciales en horario nocturno como mesera y convive con su madre, hermana e hijo. La consultante perteneció durante su infancia a un núcleo familiar disfuncional con ausencia de figura paterna y agresión verbal por parte de su madre, además de dificultades económicas de vivienda y alimentación. Realizó estudios formales de básica secundaria y estudios técnicos en administración. Dentro de los antecedentes relevantes se reporta un evento depresivo ante relación sentimental significativa fallida y posterior duelo por fallecimiento de pareja a la edad de 20 años, lo que ocasionó a su vez un trastorno de sueño clínico (insomnio) diagnosticado y tratado con Lorazepam. Adicionalmente el proceso de gestación y nacimiento de su hijo tuvo complicaciones importantes debido a que el infante nació con hidrocefalia.

CICLO VITAL

Embarazo: la consultante no reportó información. Afirmando que no tenía conocimiento de cómo fue su embarazo, ni otra información alguna

Infancia: la consultante refiere durante infancia la vivencia de episodios de violencia física y verbal dentro de su núcleo familiar, por parte de su padre hacia su madre lo que le generaba estados de tristeza y ansiedad; su núcleo familiar estaba conformado por sus dos padres y ella. El tipo de relación que mantenía con sus padres era de hostilidad, aunque niega violencia física contra ella, mientras que con su madre, fue una relación distante y en ocasiones con labilidad afectiva.

Adolescencia: a la edad de 16 años nace su hermana menor, mientras que a la edad de 18 años se gradúa de bachiller y comienza sus estudios técnicos en administración y logística, al tiempo que labora en establecimientos nocturnos como mesera e inicia consumo de alcohol diario, en ocasiones hasta embriaguez; es en esta etapa donde inicia vida sentimental con pareja masculina consumidor de sustancias psicoactivas, sin embargo, la relación se torna fallida cuando pareja fallece en accidente automovilístico, desencadenando primer episodio depresivo grave con ideación suicida, sin embargo no acude con ayuda profesional. Consultante afirma que su padre abandona el núcleo familiar después del nacimiento de su segunda hija.

Adultez: a la edad de 29 años la consultante inicia segunda relación sentimental significativa sin embargo, la consultante afirma que había presencia de agresión verbal constante por parte de su pareja que se desempeña como militar. Es en este momento donde la consultante queda embarazada de su pareja después de haber finalizado la relación; ella reporta como “traumático” el tiempo de gestación de su hijo, debido a que el infante es diagnosticado con hidrocefalia, hecho por el cual, durante los 9 meses prenatales hubo múltiples ingresos a centros de salud, vía urgencias debido a que fue un embarazo de alto riesgo, sin la ayuda emocional del padre de su hijo que se desentiende de la situación, tomado una actitud distante, lo que genera en la consultante estados de ansiedad y depresión, episodios de llanto agudo, ideas de minusvalía e insomnio durante este lapso de tiempo. Acude al médico psiquiatra donde es diagnosticada con insomnio y manejada con lorazepam.

En la actualidad, consultante se encuentra en disputa legal con su expareja por la custodia total de su hijo, hecho que le genera bastante malestar emocional

CONTEXTO

Contexto	Descripción
Familiar	Su estructura familiar está conformada por ella, su hijo su madre y hermana menor.
Social	EC se muestra con dificultades para establecer relaciones con otras personas, principalmente por el aislamiento en el que ella se encuentra inmersa como parte de la sintomatología que experimenta; por lo tanto ha perdido el goce que le producía salir a otros contextos y establecer su vida social, laboral y de ocio
ocupacional	Actualmente la consultante trabaja esporádicamente en establecimientos nocturnos como mesera debido a la baja motivación al trabajo que ha venido experimentando
Salud	La consultante reporta exacerbación del insomnio diagnosticado años antes, debido a la situación actual que atraviesa además de suspender durante un tiempo el medicamento (lorazepam)

recreación	Ve televisión, en ocasiones juega con su hijo y chequea sus redes sociales como Facebook
Sexual	La consultante refiere vida sexual sin anomalías, ni dificultades
académico	La consultante culminó sus estudios técnicos en administración y logística. No ha realizado más estudios.

EVALUACION

- Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
- Formato de autoregistro conductual para la casa
- Formato de autoregistro en sesión

Análisis funcional

Para el análisis funcional se establece una relación entre conductas problema, los antecedentes y los consecuentes relacionados con dichas conductas, posteriormente se presenta la formulación, en la cual se describe la integración de estos elementos para explicar el problema de la consultante

Conductas problema

Dimensión verbal

1. Quejas verbales: la consultante afirma “esto es como algo sin fin hace mucho tiempo me vengo sintiendo así, que no valgo nada y que todo lo que le pase a mi hijo es culpa mía, ni siquiera fui capaz de conseguirle un buen padre”. Se percibe un discurso de sobreexigencia y culpabilidad excesiva
2. Pensamientos automáticos negativos: “no sirvo para nada, no hago nada bien”
3. Pensamiento catastrofista: “cuando crezca, mi hijo no me va a querer, por todo esto que está pasando y me va a culpar a mi”
4. Rumiación: la consultante pasaba gran parte del día albergando pensamientos sobre inutilidad, orientados generalmente a distorsiones cognitivas y esquemas irracionales, por lo que se infiere que la consultante experimentara una autoimagen y auto conceptos deteriorados.
5. Dificultad en toma de decisiones: la consultante se le dificultaba tomar un papel activo ante su situación por lo que no generaba decisiones que le permitieran mayor estabilidad emocional

Dimensión emocional

1. Incremento en la frecuencia e intensidad de los episodios de llanto, motivados por pensamientos de tristeza y en ocasiones reactividad emocional agresiva ante las discusiones
2. Apatía: pérdida de interés en actividades que antiguamente generaban disfrute y eran placenteras desde aproximadamente 4 meses

Dimensión fisiológica

1. Exacerbación de patrón de sueño: insomnio

Dimensión social y relaciones interpersonales

1. Aislamiento social: pasa lapsos de tiempo prolongados en la cama, con escasa motivación a la cotidianidad; asimismo los círculos sociales están disminuidos por lo que corta contacto con red de apoyo de amistad
2. Descuido de presentación personal: escasa motivación en cuanto a su higiene, presentación personal y apariencia física
3. Descuido de su situación económica: desinterés reestablecer su vida laboral, por lo que su trabajo se reduce a turnos esporádicos en establecimientos nocturnos

Antecedentes

Antecedentes remotos

1. Estado de ánimo deprimido durante infancia con exposición a violencia intrafamiliar
2. Relación sentimental fallida por fallecimiento de su pareja en accidente de auto
3. Estado de ánimo deprimido durante segunda relación sentimental significativa por constantes agresiones verbales con su expareja
4. Diagnóstico de insomnio durante la adultez
5. Consumo de alcohol constantemente y en ocasiones hasta embriaguez

Antecedentes recientes

1. Condición médica de su hijo al momento de nacimiento
2. Relación distante del padre hacia su hijo

Consecuentes

1. Estados agudos de malestar y episodios de llanto durante la mayor parte del día
2. Estados de inactividad prolongados dentro de la casa, sin realizar actividad alguna
3. Reactividad en ocasiones contra su hijo, dándole regaños en ocasiones sin justificación
4. Incapacidad para el desempeño de actividades relajantes o de ocio
5. Pensamientos de inutilidad, desesperanza y minusvalía constantes
6. Incapacidad para ejercer jornadas de trabajo continuas

4.2. Formulación del caso

La conducta de la consultante presentaba un patrón de conducta caracterizado por la inactividad física, dificultad en la resolución de problemas y pensamientos desadaptativos de culpabilidad excesiva, por lo que se ha derivado en una conducta de auto exigencia muy alta. Además existieron verbalizaciones negativas sobre la situación actual de su hijo con el padre ligadas a la autoexigencia “no fui capaz de conseguirle un buen padre”. También estaban presentes síntomas fisiológicos que fueron exacerbados como el insomnio. De igual manera, la resolución de problemas y la toma de decisiones se vieron afectadas a tal punto que generaron sentimientos de desesperanza. Por otra parte, la activación física estaba deteriorada, lo cual desencadenó situaciones de aislamiento dentro de su casa, perjudicando su desarrollo social,

familiar y laboral, por lo que la consultante perdió contacto con los reforzadores propios de ambiente, los cuales generaban bienestar. Este patrón de conducta presentaba características correspondientes a un trastorno depresivo mayor con características melancólicas, involucrando aspectos cognitivos emocionales, motivacionales y comportamentales, donde además implica creencias irracionales acerca de las relaciones afectivas, el papel de madre y auto exigencia (Ver anexo 6).

Hipótesis de origen

La consultante ha vivenciado situaciones de estrés desde muy temprana edad, que involucran un núcleo familiar disfuncional con escasas demostraciones de afecto entre sus miembros, lo que probablemente da lugar a creencias sesgadas en la consultante sobre el papel de madre, rol de hija y rol de esposa, debido a que la experiencia de maltrato familiar o su vivencia durante la infancia está unida a distorsiones en los esquemas cognitivos adultos, por lo tanto esta distorsión en la forma de pensamiento, se activa por los ambientes estresantes haciendo que la persona adopte síntomas depresivos, sentimientos de soledad y relaciones destructivas (Huerta, Ramírez, Ramos, Murillo, Falcón, Misare & Sánchez, 2016). Los individuos que son vulnerables a la depresión tienen representaciones de memoria o estilos de pensamiento que los conducen a apreciar su entorno de manera sistemáticamente negativa, de igual manera si estos sesgos entran en contacto con algún evento vital estresante, conducirán a la persona a introducirse en un ciclo de pensamientos automáticos negativos sobre el yo, el mundo y le futuro (Kircanski, Joormann & Gotlib, 2012). La pérdida de su pareja en la adolescencia, de igual forma ha sobrellevado a la consultante a experimentar múltiples eventos displacenteros que repercuten en su estado emocional, facilitando la aparición de pensamientos de soledad, vacíos y pensamiento racional.

Otras situaciones asociadas al origen de la sintomatología son las constantes agresiones verbales de pareja y la posterior escasa demostración de afecto de su expareja para con su hijo, sin mencionar las constantes conductas de ingesta de alcohol y alteración de patrón de sueño nocturno debido a su trabajo en locales nocturnos que también han influido en su estabilidad emocional.

Según la terapia de activación conductual, una conducta adaptativa consta de un comportamiento en el cual, la consultante incrementa la probabilidad de entrar en contacto con contingencias medioambientales reforzantes, mediante la realización de una o más actividades enfocadas en alcanzar un bienestar emocional (Bianchi-Salgueiro & Muñoz-Martínez, 2015). Por esta razón y debido al aislamiento que le produce la sintomatología, la consultante pierde contacto con reforzadores del ambiente; es importante mencionar que los contextos y conductas que la consultante abandonó tenían una significancia para ella como lo era su trabajo, espacios con sus redes de apoyo de amistad y preocupación por su higiene y apariencia personal, produciendo así un bloqueo contextual que repercute en su estabilidad y desarrollo emocional.

Hipótesis de mantenimiento

La problemática de la consultante es mantenida por un procesamiento de esquemas de pensamiento irracional e inflexible de culpabilidad excesiva que se refleja a su vez en una conducta con predominancia de episodios de llanto, irritabilidad, imagen negativa de sí misma y una disminución de acciones. Para Beck (2010) los componentes de la triada cognitiva se centran en la visión negativa de la consultante acerca de sí misma, atribuyendo todas sus malas experiencias a un defecto propio, mental o físico; así como también la tendencia de la consultante

a interpretar sus eventos personales de una forma negativa, encontrando explicaciones del entorno para su problemática, haciendo que finalmente la consultante tenga una visión negativa acerca de su futuro. Paralelamente, esto ocasiona consecuencias que actúan como reforzadores positivos y negativos; siendo el reforzador positivo la atención brindada por el esposo a su hijo debido a la conducta de la consultante, mientras que el reforzador negativo se basaría en quedarse en la casa sin realizar acción alguna y evitando ver a su expareja. Adicionalmente la condición médica de su hijo se cataloga como un factor de estrés que ayuda tanto a la aparición como al mantenimiento de la sintomatología depresiva.

Por otra parte el al ser el aislamiento social una de las principales características de la conducta problema, para Bianchi-Salguero y Muñoz-Martínez (2014) la terapia de activación conductual aborda la depresión desde una visión contextualista, explicándola como conductas que se dan en función del contexto, es por esto que es necesario hacer cambios en las acciones de la consultante, que permitan la interacción de las personas con distintos contextos, favoreciendo el acceso a nuevas y variadas fuentes de reforzamiento y por ende que la persona vuelva a funcionar; ahora bien, en base a un aislamiento y la baja motivación por la cotidianidad de la consultante, es imposible que acceda a estos reforzadores anteriormente mencionados, constituyéndose por lo tanto como un factor mantenedor de síntomas.

Impresión diagnóstica

Mediante la evaluación clínica realizada en las sesiones se concluyó el siguiente diagnóstico:

296.33 (F33.2) Trastorno de depresión mayor: episodio grave recurrente con características melancólicas

Según la sintomatología de la consultante y utilizando el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales quinta edición (2014), se logró constatar el cumplimiento de los siguientes criterios diagnósticos en la consultante: 1. estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días según información subjetiva, 2. disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días, 3. Insomnio casi todos los días, 4. Sentimientos de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada casi todos los días, 5. Pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado., 6. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. 7 el episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia u otra afección médica 8. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un diagnóstico del espectro de la esquizofrenia 9. Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco.

El cumplimiento de los anteriores criterios diagnósticos son suficientes para dictaminar un trastorno de depresión mayor (American Psychiatric Association, 2014)

Ahora bien, para diagnosticar las características melancólicas se cumplieron los siguientes criterios: 1. Pérdida de placer por todas o casi todas las actividades 2. Falta de reactividad a estímulos generalmente placenteros 3. Desaliento profundo 4. Culpa excesiva o inapropiada 5. La depresión acostumbra a ser peor en la mañana.

El cumplimiento de los anteriores criterios diagnósticos son suficientes para dictaminar en un trastorno depresivo, la presencia de características melancólicas (American Psychiatric Association, 2014).

Anexo 7**Plan de trabajo**

Fases (por sesiones)	Objetivos	Técnicas utilizadas	Actividades realizadas
Fase de evaluación (sesiones, 1,2)	▪ Indagar sobre el motivo de consulta ▪ Conocer el historial de vida de la consultante, así como el problema ▪ Determinar conductas problema ▪ Realizar el encuadre pertinente al inicio del proceso terapéutico	▪ Consentimiento informado ▪ Historia clínica del Centro de Proyección Social ▪ Entrevista clínica semiestructurada ▪ Mini entrevista psiquiátrica internacional ▪ Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM V)	Contextualización acerca del proceso terapéutico, encuadre y firma de consentimiento informado. Una charla breve inicial buscando obtener rapport necesario para la idoneidad del proceso Hacer las indagaciones para conocer la percepción y conciencia de la

	▪ Explicar claramente el modelo terapéutico desde el que se va a trabajar		consultante con respecto. Mientras se realiza la entrevista semiestructurada, se procede a anotar el discurso de la consultante en los formatos de ayuda para posteriormente diligenciar la historia clínica.
Fase de intervención (sesiones 3,4,5,6,7,8,9,10,11,12)	▪ Lograr mayor activación conductual ▪ Disminuir el estado de ánimo deprimido	▪ psicoeducación sobre la depresión y relación con la activación conductual y esquemas	Se realiza psicoeducación para que la consultante tenga más claridad sobre la relación entre sus acciones y forma de

	▪ Contextualizar el modelo de AC ▪ Disminuir los episodios de llanto ▪ Lograr que la consultante adopte postura activa frente a los eventos cotidianos ▪ Reemplazar esquemas de pensamiento rígidos por otros de mayor flexibilidad ▪ Prevenir las recaídas	cognitivos desadaptativos ▪ autorregistros para la casa ▪ registros en sesiones ▪ selección de acciones en caminadas hacia los reforzadores ▪ ensayos conductuales en sesión ▪ reestructuración cognitiva ▪ revisión, análisis y retroalimentación de autorregistros ▪ incremento de acciones en cada sesión	procesar información con la depresión. Se seleccionaron conjuntamente entre el terapeuta y la consultante, las acciones semanales a realizar, las cuales se iban revisando y retroalimentando al inicio de la sesión siguiente, examinando sensación de logro o posibles dificultades surgidas al momento de realizarlas.
--	---	---	---

		■	Se realizaban ensayos durante la sesión sobre lo que se debía realizar al momento de que la consultante estuviera en casa. Se analizaron y cuestionaron los esquemas cognitivos de la consultante, con la utilización de la reestructuración cognitiva, lo cual fue un procedimiento transversal en el tratamiento, ya que en el momento en
--	--	---	---

			donde se verbalizaba un discurso con características disfuncionales; en ese mismo instante comenzaba un nuevo proceso de reestructuración cognitiva. Se realizó una introducción hacia los factores de riesgo, los cuales se seleccionaron, se analizaron conjuntamente y se brindaron conductas alternativas para
--	--	--	--

			evitar una posible recaída. Se realiza proceso de cierre.
Fase de seguimiento (sesión 13)	▪ Monitorear el desempeño de la consultante, dos semanas después de terminar el proceso. ▪ Conocer si hubo alguna recaída en la sintomatología o conducta	▪ Teléfono de las instalaciones del Centro de proyección social ▪ Mini entrevista neuropsiquiátrica internacional ▪ Entrevista semiestructurada	se lleva a cabo seguimiento telefónico de la consultante, por lo que se realiza llamada a las 10 am con una duración de 50 minutos, con previo consentimiento de la consultante, por lo cual se acordó ese horario.

			Se aplica la Mini entrevista neuropsiquiátrica internacional
--	--	--	---