

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



EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA CON ENFOQUE COGNITIVO  
CONDUCTUAL EN UN CASO DE DEPRESION MAYOR

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

GEDUAR HERNANDO TARAZONA FIGUEROA

BUCARAMANGA

2016

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA, SECCIONAL BUCARAMANGA

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES

ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA



SISTEMATIZACIÓN DE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DESDE EL ENFOQUE  
COGNITIVO CONDUCTUAL

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

GEDUAR HERNANDO TARAZONA FIGUEROA

ASESOR:

DOC. YOLIMA BELTRAN

BUCARAMANGA

2016

*Agradezco a Dios.*

## **Agradecimientos**

El autor expresa sus agradecimientos a:

La Universidad Pontificia Bolivariana, por permitirme hacerme profesional en el área clínica.

Doctora Yolima Beltrán, Asesora de este trabajo, porque al lado suyo se aprende a crecer y a ser más humano.

**Contenido**

	<b>Pág.</b>
1. Introducción	11
2. Referente Conceptual	15
3. Objetivo General de la práctica	35
3.1 Objetivos Específicos	35
4. Metodología	36
4.1 Población	36
4.1.1 Muestra	38
4.1.2 Instrumentos	38
5. Formulación de Caso Clínico	45
5.1 Información general del caso	45
5.2 Instrumentos de evaluación utilizados	48
5.3 Análisis Descriptivo	53
5.4 Análisis explicativo	56
6. Formulación Cognitiva	57
6.1 Factores de adquisición	59
6.2 Factor de mantenimiento	60
7. Hipótesis	60
8. Proceso de intervención	61
8.1 Objetivos de la intervención	65
8.1.1 Generales	66
8.1.2 Específicos	66
9. Resultados	71

10. Discusión	75
Conclusiones	79
Anexos	88

**Lista de Figuras**

	<b>Pág.</b>
Figura 1. <i>Genograma.</i>	46
Figura 2. <i>Diagrama de conceptualización cognitiva</i>	58

**Lista de Gráficas**

	<b>Pág.</b>
<b>Grafica 1. Escala de Liebowitz para la Ansiedad Social (LSAS)</b>	<b>73</b>
<b>Grafica 2. Cuestionario de actividades funcionales Pfeffer.</b>	<b>74</b>
<b>Grafica 3. Termómetro del Estado de ánimo.</b>	<b>75</b>

**Lista de Tablas**

	<b>Pág.</b>
Tabla 1. Características de edad y género en población atendida.	36
Tabla 2. Motivos de consulta de la población atendida.	36
Tabla 3. Procedencia población atendida.	36
Tabla 4. Grado de escolaridad población atendida.	37
Tabla 5. Situación socioeconómica de la población atendida.	37
Tabla 6. Número de sesión y de intervenciones de la población atendida.	37
Tabla 7. Aplicación de la Escala de Liebowitz para la Ansiedad Social (LSAS)	51
Tabla 8. Aplicación: Cuestionario de actividades funcionales de Pfeffer en las diferentes mediciones.	52
Tabla 9. Puntaje del Termómetro del estado de ánimo en las diferentes mediciones.	66
Tabla 10. Clasificación de la Intervención realizada	66

**Lista de Anexos**

	<b>Pág.</b>
Anexo A. Formato de Consentimiento Informado en Psicología Clínica.	88
Anexo B. Formato de Historia Clínica.	90
Anexo C. Escala de Liebowitz para la Ansiedad Social (LSAS)	93
Anexo D. Formato Cuestionario de Actividad Funcional de PFEFFER.	94
Anexo E. Formato Termómetro del Estado del Ánimo.	96
Anexo F. Escala de Depresión de Beck	96
Anexo G. Técnica de Imaginería	101
Anexo H. Técnica de Auto registro	103
Anexo I. Reflexión	117
Anexo J. Técnica de Exposición en Vivo	118

**RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO**

**TITULO:** Sistematización de la Intervención Psicológica desde el Enfoque Cognitivo Conductual.

**AUTOR(ES):** Geduar Hernando Tarazona Figueroa.

**FACULTAD:** Esp. en Psicología Clínica

**DIRECTOR(A):** Ps. Doc. Yolima Beltrán

**RESUMEN**

La presente práctica clínica tuvo como objeto la realización de evaluación e intervención terapéutica con pacientes del Colegio: Instituto de Promoción Social del Norte de Bucaramanga. En el proceso de evaluación se eligieron 4 pacientes, quienes se evaluaron mediante entrevistas, observación, aplicación de pruebas; finalmente se eligió el caso de una mujer de 24 años de edad, con diagnóstico de depresión mayor, para la fase de intervención, el cual se desarrolló a partir del modelo Cognitivo conductual, utilizando estrategias cognitivas propuestas por Beck (1996) y técnicas de corte conductual. Se realizó proceso de evaluación pre, durante y post tratamiento a fin de probar la efectividad del mismo. Como resultado se evidenció el cumplimiento de los objetivos propuestos, reportando evolución clínica satisfactoria con la intervención.

**PALABRAS CLAVES:**

Evaluación, Intervención, Duelo, Depresión mayor, Modelo Cognitivo Conductual.

**V° B° DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO**

**GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE**

**TITLE:** Systematization of Psychological Intervention from the behavioral Cognitive approach.

**AUTHOR(S):** Geduar Hernando Tarazona Figueroa.

**FACULTY:** Esp. en Psicología Clínica

**DIRECTOR:** Doc. Yolima Beltran.

**ABSTRACT**

The present clinical practice had as object the performance of assessment and therapeutic intervention with patients College: Institute of Social Promotion North Bucaramanga. In the evaluation process 4 patients were chosen , who were assessed through interviews, observation, application testing ; finally the case of a woman 24 years old , diagnosed with major depression , was chosen for the intervention phase , which was developed from cognitive behavioral model, using cognitive strategies proposed by Beck (1996) and cutting techniques behavioral . Process evaluation was performed pre, during and post treatment in order to test the effectiveness. As a result the fulfillment of the objectives was evidenced, reporting satisfactory clinical outcome with the intervention.

**KEYWORDS:**

Assessment, Intervention, Grief, Major Depression, Cognitive Behavioral Model.

**V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK**

## 1. Introducción

La práctica realizada en psicología clínica tuvo como escenario el colegio: Instituto de Promoción Social del Norte de Bucaramanga y se desarrolló en dos fases: evaluación e intervención, en un período de 120 horas entre los meses de marzo a noviembre del año anterior y horarios de atención; de lunes a viernes de 2 pm a 4 pm.

La Institución Educativa se encuentra ubicada en la ciudad de Bucaramanga, en el departamento de Santander. Esta institución tiene como principal actividad " la educación". Colegio oficial con vocación comunitaria que en la actualidad brinda educación formal, desde preescolar hasta grado 11 ha jóvenes del norte de la ciudad de Bucaramanga.

En convenio con el SENA, ofrece programas técnicos relacionados con las áreas de su especialidad. También acoge a 120 personas mayores de 15 años en estado de analfabetismo, en el programa del Ministerio de Educación Nacional "A CRECER" impartiendo educación básica primaria, permitiéndoles superar la ignorancia y vincularse al mundo del conocimiento. Finalmente desde sus aulas apoya la formación superior impartida en el horario nocturno a jóvenes y adultos que quieren superarse preparándose para el trabajo en el programa "La Universidad del Pueblo" orientado por la alcaldía de Bucaramanga.

El IPSNB, está comprometido históricamente en una perspectiva de desarrollo y formación integral de sus educandos, haciendo de ellos hombres y mujeres; autónomos, creativos, pacíficos, disciplinados, trabajadores, con criterio frente a la problemática de su entorno, conocedores de sus derechos y responsables de sus deberes.

La realización de la presente práctica le brindó la oportunidad al psicólogo clínico en práctica, de desarrollar destrezas y aportar los conocimientos adquiridos durante su formación académica, para de este modo favorecer el mejoramiento de la salud mental de los usuarios de esta comunidad.

Como se expuso anteriormente, el proceso de práctica se llevó a cabo en dos fases: Evaluación e Intervención. Durante el transcurso de la evaluación se seleccionaron cuatro casos entre la población que habita en el área de influencia del plantel educativo, con quienes se adelantó el siguiente planteamiento: recepción e identificación del paciente, exposición del motivo de consulta, historia del problema y sintomatología, selección de instrumentos y aplicación de los mismos y emisión de resultados.

La evaluación se desarrolló en un transcurso de 5 sesiones en las cuales se distinguieron las siguientes problemáticas: dependencia emocional, depresión mayor, trastorno de adaptación y duelo. Los pacientes elegidos son habitantes del norte de Bucaramanga; de algunos barrios aledaños al colegio, quienes se desplazaron a cumplir la cita cada semana, con diferencias en el nivel académico y edades que oscilan entre 11 a 39 años.

Para la etapa de intervención se seleccionó a una paciente adulta de 24 años con diagnóstico de depresión mayor, el cual se expone en el apartado de la presentación del caso y como criterio de selección se tuvo en cuenta la adherencia al tratamiento psicológico y ser paciente psiquiátrica, durante los 6 años anteriores a la intervención documentada.

## 2. Referente Conceptual

La intervención clínica se constituyó en el eje central de esta práctica, teniendo en cuenta el desarrollo desde un enfoque cognitivo conductual, en el cual se propendió por las técnicas de reestructuración cognitiva, como base central para la intervención en un diagnóstico de depresión mayor.

La psicología clínica se enfoca en procesos psicoterapéuticos permitiendo desarrollar estrategias de evaluación y diagnóstico desde diferentes enfoques, ya que “es la rama de la ciencia psicológica que se encarga de la investigación de todos los factores que afectan la salud mental y las condiciones que puedan generar malestar o sufrimiento al individuo humano“. Díaz & Núñez (2010, P.4) Es un campo de la ciencia que se ocupa de la integralidad de la teoría y la práctica fomentando la estabilidad y el equilibrio en los individuos.

La labor de un psicólogo clínico está enfocada en el estudio del comportamiento de los seres humanos. Su accionar se centra en la forma “de explicarse y comprender las razones que impulsan a los individuos a obrar como lo hacen, prever cuál será su comportamiento y, en ciertos casos, encontrar el medio de modificar la conducta.” (Amoros, 1980, p. 363).

De esta forma se propendió por un modelo psicológico que permitiera a las personas adaptarse eficazmente al medio donde interactúan; es así que los modelos psicoterapéuticos cuentan con bases científicas acordes a su estructura “En este sentido cabe recordar la afirmación de Beck (1970) sobre que el modelo cognitivo se caracteriza no por ser una acumulación de técnicas, sino por tener en su base un modelo específico y diferenciado de los otros”. (Caro, 2013 p. 9)

El enfoque Cognitivo conductual, propone que no sólo se tomarán en cuenta los aspectos relacionados con la recuperación o eliminación de un síntoma, sino que se contemplarán todos los aspectos relacionados con una intervención basada en brindarle herramientas al consultante, las cuales contribuyan a potencializar aquellas habilidades conservadas, como promover aquellos recursos facilitados por su entorno, permitiendo la adaptación a los contextos que le rodean obteniendo mejoría en su calidad de vida.

En cuanto a las características generales de los sujetos se puede interpretar que éste es un organismo sujeto a las contingencias ambientales. Es producto de la interacción entre estímulos, asociaciones y el condicionamiento por castigos y recompensas como lo describe el condicionamiento clásico.

“Primero por Pavlov y el condicionamiento operante o por consecuencias, descrito por Skinner que aunque sus experimentos fueron con ratas, la conducta del hombre se puede explicar, puesto que hay una continuidad entre el animal y el hombre que es la base de su razonamiento; (Clapier, citado por Cabrales, 2006, p.6)

La terapia con enfoque cognitivo-conductual pretende reducir al mínimo el malestar causado por diferentes percepciones, emociones y pensamientos. “De forma genérica, las terapias cognitivas son terapias centradas en el problema en el sentido de que el punto fuerte del proceso terapéutico es el desentramado del sistema de creencias y atribuciones del cliente” (Páez, Gutiérrez, Salas & Luciano, 2006, p.4)

Ha de considerarse que la TCC, ha demostrado ser eficiente en diferentes trastornos mentales según estudios en los cuáles se ha comprobado su efectividad “resulta ser un instrumento útil y que aporta resultados terapéuticamente relevantes. Por lo cual, se trata de

un elemento más dentro del abordaje cognitivo-conductual” (Torrentsa, Mora, Massana, Roberta & Tejeroa, 2011, pag.143)

Según las teorías de la personalidad de Albert Ellis, a diferencia de las terapias psicodinámicas que se focalizan en los pensamientos inconscientes y ponen énfasis en la catarsis, esta terapia se aboca a modificar comportamientos y pensamientos antes que brindarle al paciente la oportunidad de simplemente descargar sus sentimientos.

Según Ellis citado por Palafox, M. (2011), todos los seres humanos hacen tres cosas constantemente: piensan, sienten y se comportan. Es de considerar que el principal objetivo de este sistema terapéutico es que el paciente experimente y dirija el controlar sus respuestas mentales, emocionales y conductuales, realizando autonomía en esfuerzo constante y práctica diligente, aplicando para ello una metodología estructurada.

El enfoque cognitivo también llamado (cognitivo –conductual) creado por el Doctor Aaron T Beck en la década de 1960. Desarrolló el sistema de psicoterapia llamado terapias cognitivas, basado en el modelo cognitivo, iniciado con el propósito de explicar desde otra perspectiva aquello que hasta ese momento el enfoque psicoanalista había planteado sobre la depresión.

El autor en mención atribuyó que la depresión tenía como fuente principal la forma errónea de pensar, denominando a este proceso pensamientos negativos.

La terapia cognitiva se basa en los siguientes supuestos:

Aquellos referentes, así mismo los relacionados con el mundo, la forma de interpretar el futuro. De acuerdo a las anteriores proposiciones propuestas por Beck, enseñó a sus pacientes a evaluar sus pensamientos y posteriormente les indicaba formas diferentes de pensar más realistas que pudiesen aportar mejoría en su salud.

Se puede mencionar que la terapia cognitiva ha sido una de las corrientes más investigadas en la actualidad; su importancia recae fundamentalmente en la adquisición de bases teóricas, métodos investigativos y aplicados. Riso (2006) afirma: “la aplicación de la terapia cognitiva (TC) al caso individual se basa en la conceptualización clínica cognoscitiva (ccc) del o los trastornos en cuestión, cuya fundamentación teórica proviene de la psicología cognitiva y del paradigma del procesamiento de la información” (p. 29) siendo estos avances de importancia para el desarrollo de estrategias de evaluación e intervención Clínica de forma asertiva Riso (2006).

“Es claro que la terapia de corte informacional no es un simple conjunto de técnicas, sino un paradigma que resulta de una posición filosófica, epistemológica, teórica y metodológica determinada, ampliamente sustentada y continuamente validada a través del método científico “. Riso (2006.p23). Además de diferentes aportes de métodos basados en la corriente cognitiva, hicieron aportes significativos a la terapia cognitiva.

“Otros importantes teóricos han desarrollado diversas formas de terapia cognitiva, conductual, como la terapia racional emotiva de Albert Ellis (Ellis, 1962), La modificación cognitiva conductual de Donald Meichenbaum, (1977) y la terapia multimodal de Arnold Lazarus, (1976).” (Beck. J, 2000, P.17)

Según Beck, A & Freeman citados por Echeburúa (1999, pag.601) refieren que: “Las pautas habituales de pensamiento se denominarán esquemas cognitivos. De ellos no sólo dependen los síntomas emocionales (ansiedad, depresión, etc.,) sino también estilos de comportamientos relativamente estables”.

En el Modelo de terapia cognitiva Beck, A. (1979) clasificó el sistema cognitivo en tres niveles:

Creencias nucleares, creencias intermedias y pensamientos automáticos:

Las creencias nucleares son adquiridas desde la niñez mediante las experiencias de vida,

Las creencias intermedias son las actitudes y reglas que generamos en nuestro diario vivir para así ser funcionales en lo referente a lo que observamos, vivimos y realizamos.

Y los pensamientos automáticos son los que surgen automáticamente a consecuencia de nuestras creencias. Estos pensamientos no adquieren un proceso racional si no que de alguna forma son espontáneos.

De igual forma Aarón Beck (1976) denominó a los pensamientos erróneos “distorsiones cognitivas” las cuales persisten en las personas con algún trastorno; las más relevantes las clasificó de la siguiente manera:

Pensamiento "de todo o nada" ("pensamiento dicotómico", o "en blanco y negro").

Adivinación del futuro

Descalificar o descartar lo positivo.

Inferencia arbitraria.

Razonamiento emotivo

Explicaciones tendenciosas.

Rotulación.

Magnificación / minimización. (Magnificar lo negativo y minimizar lo positivo).

Filtro mental (abstraer selectivamente).

Lectura de la mente.

Generalización (o "sobre generalización").

Personalización.

Expresiones con "debe" o "debería" (exigencias, demandas).

"Visión en túnel".

Las terapias cognitivas tienen la ventaja de poder ser usadas con cada intervención de forma particular según criterio profesional; “se utilizan, dentro de un marco cognitivo, técnicas que provienen de otras orientaciones terapéuticas (especialmente de la terapia del comportamiento de la terapia Gestáltica). El terapeuta selecciona las técnicas según el planteamiento de cada caso y los objetivos que se establecen para cada sección.” (Beck J, 2000, p. 26).

Teniendo en cuenta la anterior afirmación y en relación directa con el duelo (del latín *dolus*, dolor), éste es considerado uno de los procesos básicos y naturales que se presenta en la vida de cualquier ser humano; según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, el duelo lo constituyen las demostraciones que se hacen para manifestar el sentimiento que se tiene por la muerte de alguien, expresadas con dolor, lástima, aflicción o pesar.

En este sentido se puede decir que el duelo es algo natural en la vida de los seres humanos. “Afrontar el duelo es un proceso psicológico, no psicopatológico, porque la muerte forma parte de la vida y la vida no es una enfermedad. Estar transitoriamente triste (una situación emocional normal) no significa estar deprimido (un cuadro Clínico).” Echeburúa & Herrán (2007, p.3) y en esa misma dirección, “Pollock llegó a conclusiones similares a las de Bowlby; los procesos de duelo están biológicamente asentados y se han desarrollado con la evolución para asegurar la supervivencia ante las separaciones y pérdidas”. (Tizón, 2013 P.68).

Diversos autores se han ocupado del estudio del duelo, por ejemplo el marco conceptual psicoanalítico de Freud (1917).

El pensamiento humanista de Kubler-Ross (1969) el modelo biológico de Engel, (1964) el modelo de apego de Bowlby (1961) el modelo cognitivo conductual de Worden (1982), el pensamiento constructivista de Niemeyer (1988-2001) entre otros. En relación con el modelo de apego, la teoría de John Bowlby (1969, 1979, 1980, 99) da cuenta de la necesidad humana universal de formar vínculos afectivos estrechos hacia los cuales recurrir en momentos de sufrimiento o estrés. “Este constructo es definido como un sistema motivacional que busca mantener la proximidad entre bebés y sus cuidadores como forma de obtener protección y sobrevivir”. (Guzmán y Contreras 2012P.69).

Autores como Echeburúa& Herrán (2007) consideran que “Tras la muerte de un ser querido por causas naturales, las respuestas normales de la mayoría de la gente son la aceptación y la añoranza por el fallecido. Y las emociones negativas propias del duelo suelen disminuir hacia los seis meses de la pérdida”. (p.3). Interesante anotar que el primer estudio científico del luto empezó después del famoso incendio de la sala de fiesta de Coconut Grove de Boston, en el que murieron cientos de personas en el año 1942.

El psiquiatra Erich Lindemann (1974) realizó un estudio con estas personas para descubrir características del duelo normal, entre los aspectos fundamentales y generalizados se encontraron factores como el no dormir y el desconsuelo, éstas personas en situación de duelo se culpaban por no haber ayudado a sus seres queridos (Belski, 2001); sin embargo es necesario subrayar que en algunos casos se presentan procesos desoladores como las “Muertes repentinas, que modifican la situación y estabilidad del entorno, pueden producir una sensación de desamparo, de sobrecarga para afrontar sólo la vida”. (Gamo y Pazos, 2009, p.167).

Otro factor a tener en cuenta en cuanto a la diferenciación de los duelos es la etapa de vida por la cual atraviesa el sujeto por ejemplo en la niñez: “Diversos estudios han

referido que la mayor vulnerabilidad en presencia de un luto la tienen las personas que viven solas o aisladas “en las zonas rurales está la cuestión de la separación geográfica, de vivir demasiado lejos de la familia y los amigos, de las tiendas y de los otros servicios”. Belski (2001.P.362). También es necesario afirmar que a nivel general, “La elaboración del duelo supone una aceptación de la experiencia total del dolor y el sufrimiento mental que el duelo implica, así como el sufrimiento adicional que emerge durante las tareas del duelo” (Tizón, 2013. p. 74).

Una persona se enfrentará al duelo de acuerdo a sus creencias, convicciones y herramientas con las que cuenta, esa realidad lo llevará a elegir estrategias personales, apoyo emocional y en algunos casos búsqueda de tratamientos en salud Mental.

De esta manera la personalidad puede concebirse como una organización relativamente estable compuesta por sistemas y modalidades. Los sistemas de estructuras entrelazadas (esquemas) son los responsables de la secuencia que va desde la recepción de un estímulo hasta el punto final de una respuesta conductual. (Beck, Freeman y otros, *s.f.*, p. 37)

Prácticamente en ninguna cultura es fácil la superación del duelo, por todas las implicaciones que conlleva la ausencia de un ser querido y más específicamente del padre o madre.

Estudios donde se utilizaron estrategias de intervención Cognitivo conductual en la elaboración del duelo muestran la efectividad de esta terapia; un ejemplo: Se realizó en un caso de intervención en madre de 40 años e hijo por pérdida de pareja y padre realizado en México en el 2010. “Las técnicas de tratamiento utilizadas fueron la reestructuración cognitiva, el entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento en comunicación asertiva, entrenamiento en solución de problemas, técnicas psicoeducativas para conocer e

identificar el proceso normal del duelo con la madre y técnicas narrativas”. (Dávila, 2010, p. 8)

Otro estudio realizado en Colombia sobre duelo en una intervención por ruptura de pareja en cuatro casos en el año 2012. “Las técnicas principales fueron: empatía, clarificar el rol cumplido de la ex pareja, descongestión emocional, guías deliberativas sobre vida, amor, divorcio, matrimonio, dignidad; reestructuración sobre atribuciones disfuncionales de la pérdida, revisión del rol actual hacia la pareja y fortalecimiento del amor propio” Carmona (2012, p. 35) pudiendo dar cuenta que la adaptación más realista permitió eliminar los síntomas.

Las dos demostraciones anteriores, ratifican el éxito de las Estrategias de Intervención Cognitiva Conductual en la elaboración de duelos, cuando las intervenciones requeridas se realizan cumpliendo estrictamente los parámetros y pasos exigidos.

No obstante en algunos casos las personas se enfrentan a duelos patológicos (o duelo complicado) cuando no se logra Implementar procesos de evaluación e intervención Clínica de manera satisfactoria ya sea porque no se busca ayuda profesional o porque el paciente acude al servicio de psicología cuando ya ha experimentado síntomas agudos y no puede solucionarlo por sí solo.

“El problema psicopatológico se plantea cuando la persona experimenta un sufrimiento insoportable, cuando se encuentra clínicamente deprimida y cuando no cuenta con recursos psicológicos suficientes o sus estrategias de afrontamiento son erróneas”. (Echeburúa & Herrán, 2007, p. 4).

Según la Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM5 (2013), se define el duelo no complicado de la siguiente forma: “Esta categoría se aplica cuando el objeto de la atención clínica es una reacción normal ante la muerte de un ser querido”. El duelo es un

proceso natural, sin embargo es considerado en nuestra sociedad como una de las etapas más dolorosas de la vida de cualquier persona.

De manera general los síntomas en las personas dolientes suelen ser muy parecidos, oscilando entre intensos sentimientos de culpa, soledad, tristeza, desesperación, conductas de llanto descontrolado, insomnio e inapetencia, perturbando diferentes esferas de su funcionalidad; tomando el modelo presentado por la Doctora Elizabeth Kubler-Ross (1969) plantea las diferentes fases que puede experimentar una persona en situación de duelo; en postulaciones realizadas con posterioridad al trabajo realizado con pacientes en fase terminal, la autora afirma que luego de la muerte de un ser querido se recorre un proceso por el cual los individuos atraviesan diferentes etapas, las cuales las describe de la siguiente manera:

Negación, Ira, Negociación, Depresión y Aceptación,

En términos generales la autora de esta teoría expone, que no necesariamente todas las personas transitan de forma lineal por estas etapas, sino que de alguna manera al menos cada persona en situación de duelo vivencia una de ellas; tomando el anterior planteamiento se puede interpretar que las características de un duelo dependen de diversos factores como el ciclo vital, las experiencias personales y las herramientas que posea cada individuo para enfrentar situaciones difíciles.

De otro lado el modelo cognoscitivo propuesto por Worden (2009) considerado modelo de tareas y procesos propone cuatro tareas fundamentales en un proceso de duelo:

Aceptar la realidad de la pérdida, elaborar las emociones y el dolor de la pérdida, adaptarse a un mundo en el cual el fallecido ya no está presente, recolocar emocionalmente a la persona fallecida.

Los efectos de los procesos de duelo pueden ser prolongados y reactivos por otras pérdidas, ya que lo ocurrido en una etapa puede afectar a una nueva elaboración; de este modo es decisiva la forma como se enfrente el duelo en relación a la superación de los mismos.

Cuando el duelo se desborda va más allá de lo que algunos autores definen como normalidad “produciéndose así lo que se conoce como “duelo complicado”. En este caso, la intensidad y la duración de las reacciones son mayores que en un duelo normal” Quiles. Et. al., (2008, p. 21).

Algunos duelos son considerados como difíciles de afrontar ya que en la mayoría de los casos no pueden ser superados en su totalidad; esto lo demuestran diferentes estudios con población en duelo en donde “hay consenso en considerar la muerte del cónyuge como estrés psicosocial extremo, da lugar a una crisis, a un cambio de rumbo en la vida. Esta pérdida, junto a la de los hijos, es la más difícil de asumir” (Gamo y Pazos, 2009, p. 167).

Por las anteriores referencias en relación con la labor del psicólogo clínico y el abordaje del duelo, se decidió tomar un modelo psicoterapéutico que tuviera bases científicas estructuradas y que de esta manera permitiera al terapeuta lograr efectividad en la intervención realizada. “En este sentido cabe mencionar la afirmación de Beck (1970) sobre que el modelo cognitivo se caracteriza no por ser una acumulación de técnicas, sino por tener en su base un modelo específico y diferenciado de los otros”. (Caro, 2013, p. 27)

Con respecto a las estrategias de intervención para el manejo del duelo se destacan en la literatura aquellas propuestas que incluyen los sistemas de creencias disfuncionales (como ambigüedad, ideas irracionales, estilos y atribuciones pesimistas, indefensión, miedos irracionales, etc.) (Valencia & Dávila, 2010, p. 4).

El trastorno depresivo mayor (TDM) es una enfermedad frecuente en la población general. Según la Organización Mundial de la Salud, actualmente la padecen más de 350 millones de personas en el mundo. La prevalencia a lo largo de la vida varía entre el 11.1% y el 14.6%, y la incidencia acumulada anual es de 3% (1,2). En Colombia, la prevalencia del TDM a lo largo de la vida es del 12.1%, y a 12 meses es 5.6% (3).

La depresión es una de las causas más frecuentes de discapacidad en el mundo. En el año 2004 ocupó el tercer lugar entre las causas más comunes de años de vida perdidos por discapacidad (AVAD) en el mundo y el primer lugar en los países de ingresos medios y altos. Se calcula que en el año 2020 ocupará el segundo lugar de AVAD en el mundo, y el primero en el 2030 (4-6).

La depresión afecta tanto el funcionamiento ocupacional y social como la salud física de las personas que la padecen. Suele exacerbar el dolor, el malestar y la discapacidad asociada a otras condiciones médicas, disminuir la adherencia a los tratamientos y aumentar la mortalidad por esas condiciones (7-9).

Uno de las consecuencias más peligrosas del TDM es el suicidio. Los pacientes que sufren depresión tienen cuatro veces más riesgo de suicidio que la población general; riesgo que se incrementa hasta 20 veces en los pacientes con las formas más severas de la enfermedad (10-12).

El término depresión incluye un grupo de trastornos emocionales caracterizados por la presencia de un estado de ánimo depresivo, pérdida del interés y de la capacidad de disfrutar de las situaciones y experiencias cotidianas, asociado a una variedad de manifestaciones neurovegetativas, comportamentales, cognitivas, físicas y emocionales, acompañado de deterioro funcional y social.

Según el DSM-5

### **Trastorno de depresión mayor**

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)

2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).

3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).

6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota: Los Criterios A–C constituyen un episodio de depresión mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa.

Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

La mayoría de los instrumentos para detección del TDM son de autoreporte y pueden ser completados en rangos de tiempo de van desde menos de 1 minuto a 5 minutos. La sensibilidad media de la mayoría de los instrumentos es 85% (50 a 97%), y la especificidad media es 74% (51 a 98%). No existen diferencias significativas entre los instrumentos (15); sin embargo, la baja prevalencia de depresión en la atención primaria (<10%), hace que instrumentos con una sensibilidad y especificidad excelentes tengan un valor predictivo positivo bajo (<50%), y es probable que por este hecho los instrumentos de detección sean menos aceptables entre los clínicos, dado que los pacientes serían seguidos innecesariamente (16).

Existen instrumentos muy sencillos como el test de las dos preguntas. Este instrumento tiene dos preguntas sencillas que indagan sobre la presencia de afecto depresivo: ¿durante el último mes a menudo se ha sentido agobiado por sentimientos de tristeza, depresión o desesperanza? y anhedonia: ¿durante el último mes a menudo se ha sentido agobiado por el poco interés o placer en hacer las cosas? Las propiedades en cuanto a capacidad de detección (sensibilidad 96%, especificidad 57%, LR positivo 2.2, LR negativo 0.07), son similares a las encontradas en instrumentos más extensos y complejos (17). Cuando estas preguntas en vez de hacerse por escrito se hacen verbalmente, el LR positivo aumenta a 2.9 y el negativo disminuye a 0.05 (18); cuando se le adiciona una tercera pregunta: ¿hay algo en que le gustaría que le ayudara?, la especificidad aumenta a 89% (19).

El instrumento más corto de autoreporte es la Escala de Pregunta Única (SQ), que como su nombre lo indica consta de una sola pregunta: ¿se ha sentido triste o deprimido la mayor parte del tiempo durante el último año?, a la que la persona debe responder sí o no. Toma menos de 15 segundos responderla, y cuenta con una sensibilidad de 85% y una especificidad de 66% para detectar TDM (20).

Dado que los instrumentos de tamizaje tienen propiedades muy similares, la escogencia de alguno para su aplicación en la práctica clínica debería hacerse con base en el tiempo que tome administrarlo y puntuarlo, la aceptabilidad por parte de los pacientes, el formato de respuesta, la facilidad para su administración, el deseo de detectar otros trastornos psiquiátricos y la necesidad de monitorear la respuesta (15). El Cuestionario de Salud del Paciente PRIME-MD PHQ 9 (21) parece llenar los anteriores criterios dado que cuenta con tan solo 9 ítems para depresión, tiene módulos para otros trastornos psiquiátricos y un formato de respuesta simple que es sensible al cambio. De igual forma, la escala de pregunta única SQ es una alternativa que puede ser utilizada durante las evaluaciones de medicina preventiva o en respuesta a claves que incrementen la probabilidad de depresión. Los pacientes cuyo resultado sea positivo en el tamizaje, requieren una exploración más detallada a través de una entrevista clínica.

Un meta-análisis evaluó la exactitud diagnóstica de los instrumentos de tamizaje para depresión en su versión en español. La evidencia apoyó la utilización de las versiones en español del CES-D (sensibilidad 84%, especificidad 72%) y el PRIME-MD-9 (sensibilidad 75%, especificidad 93%) para la detección de depresión en atención primaria (22). En Colombia han sido validadas varias escalas para la detección de depresión: escala de autoevaluación para la depresión de Zung (23), escala hospitalaria de ansiedad y depresión

(HAD) (24), escala para depresión del Centro de estudios Epidemiológicos (CES-D) (25) y versiones abreviadas de esta última (26).

La entrevista clínica para confirmar el diagnóstico de TDM puede realizarse bajo la modalidad de entrevista semiestructurada con el fin de mejorar potencialmente la precisión en el diagnóstico. En la actualidad existen varios instrumentos de esta modalidad como son: la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta de la Organización Mundial de la Salud (CIDI), la Entrevista Clínica Semiestructurada para los Trastornos del eje I del DSM IV (SCID) y el Modulo del Afecto de la Evaluación de los Trastornos Mentales del Cuidado Primario (PRIME-MD). El Médico de atención Primaria (MAP) requiere entrenamiento previo a la aplicación de alguno de estos instrumentos en la práctica clínica y la duración de dicho entrenamiento varía entre 2 horas para el PRIME-MD y 30 horas para el CIDI (27) y aquellos que emplean una entrevista semiestructurada pueden realizar la confirmación diagnóstica con alta confiabilidad (28).

Dada la necesidad de determinar la utilidad del tamizaje sistemático para depresión a nivel de atención primaria, se planteó la siguiente pregunta: ¿la detección sistemática rutinaria con instrumentos de tamizaje, con o sin sistemas de seguimiento y manejo integrado, es más efectiva, que la atención usual, en identificar pacientes con depresión, en facilitar su tratamiento, y en mejorar los resultados clínicos a nivel de la atención primaria? Las siguientes técnicas han sido utilizadas en el proceso de intervención en el caso que se presenta en este documento.

### ***La técnica de reestructuración cognitiva***

El enfoque cognitivo conductual incluye diversas técnicas todas enfocadas en lograr cambios significativos en los comportamientos de las personas, una de estas técnicas de relevancia es la reestructuración cognitiva.

Las terapias de reestructuración cognitiva, incluyen la terapia racional-emotivo-conductual de Ellis, la terapia cognitiva de Beck “las aproximaciones de Ellis y Beck son en realidad enfoques terapéuticos muy amplios que incluyen muchas técnicas aparte de la reestructuración cognitiva propiamente hablando.” (Bados &García, 2010).

Esta técnica pretende “que el cliente, con la ayuda inicial del terapeuta, identifique y cuestione sus pensamientos desadaptativos, de modo que queden sustituidos por otros más apropiados y se reduzca o elimine así la perturbación emocional y/o conductual causada por los primeros” (Bados & García 2010, p. 2).

Según Bados & García (2010) afirman que la RC se basa en ciertos presupuestos teóricos:

1. El modo en que las personas estructuran cognitivamente sus experiencias ejerce una influencia fundamental en cómo se sienten y actúan y en las reacciones físicas que tienen.
2. Identificar las cogniciones de las personas.
3. Es posible modificar las cogniciones de las personas.

Beck (1984 citado por Rosemary 2005) afirma que la ansiedad y la depresión emergen de formas erróneas de interpretar la realidad; de igual forma hace mención a la angustia como consecuencia de interpretaciones distorsionadas de la realidad.

“Tanto Ellis como Beck consideran que el individuo es capaz de controlar sus pensamientos y, por lo tanto, que tiene el poder de modificar sus sentimientos y su conducta si lo desea”. Rosemary (2005, p. 2).

Esta técnica es utilizada para la identificación de pensamientos desadaptativos e ideas irracionales, dando lugar al paciente a la modificación de los mismos.

La técnica de reestructuración cognitiva, pretende hacer conexión acerca de los pensamientos, emociones y conductas en donde se le permite al paciente analizar la relación existente entre estos procesos y cómo son afectados entre sí.

### **Expresión de Emociones**

La expresión emocional, técnica de habilidad social que ha demostrado efectividad en diferentes estudios, permite el desarrollo de confianza, intercambio de comunicación, expresar los diferentes sentimientos y malestar que nos aqueja en un determinado momento, además expresar nuestras emociones; nos permite liberarnos de cargas psicológicas; ésta técnica ha sido efectiva en diferentes situaciones como en la elaboración de duelos y demás circunstancias en las que necesitamos manifestar nuestro dolor. “Como todos sabemos por experiencia, cuando se trata de dar forma a nuestras decisiones y a nuestras acciones, los sentimientos cuentan como el pensamiento”. (Goleman, 1995).

Exposición y prevención de respuestas de evitación (verbalización de recuerdos).

Las técnicas de exposición permiten poner al paciente enfrente de situaciones temidas como recuerdos, situaciones, acciones que le generan malestar y que el paciente no quiere enfrentar, existiendo diversas formas de realizar esta técnica: exposición en vivo: consiste en enfrentarse a situaciones reales temidas. Dentro de las técnicas de exposición se encuentran la exposición en imaginación que consiste en ubicar al paciente con situaciones reales mediante la imaginación, por ejemplo recuerdos dolorosos “se experimentan los estímulos internos que generan ansiedad o disparan ciertos impulsos. Esto supone, recordar el entorno físico, las respuestas somáticas, las emociones, los pensamientos y las consecuencias temidas.” (Bados y García, 2011, p. 3).

### ***Técnica de imaginería mediante dramatización***

El psicodrama puede considerarse parte de la sociometría que fue creada por Jacobo Moreno (1956) como forma de Psicoterapia; inicialmente se utilizó en grupos “estas técnicas permiten:

Las dramatizaciones pueden utilizarse con muchas finalidades diferentes (...) entre las cuales se incluyen las destinadas a descubrir pensamientos automáticos, las que tienen como finalidad el desarrollo de una respuesta racional y las que sirven para modificar creencias centrales e intermedias”. Beck. J (2000), P.262).

### **Instrucción en Técnica de Relajación: Jacobson**

Edmund Jacobson, en (1938) expuso ésta técnica que consiste en tensar y relajar varias veces diversos músculos del cuerpo; argumenta que las personas deben distensionarse mediante la relajación de sus músculos ,considerada técnica útil para el control de las ansiedades permitiéndole contar con más autocontrol; “el aprendizaje de técnicas de relajación nos ayudará tanto a ser capaces de mantener una tranquilidad en general” Van-der(2005,p.6)diversos estudios afirman que las técnicas de relajación son benéficas para diversos pacientes, ya que “la tensión muscular acompaña a los problemas emocionales y contribuye con los síntomas del paciente” González (1999, P.39); las prácticas de relajación emocional para aliviar la tensión han sido usadas por muchos años y varias de éstas están basadas en el sistema de la enfermera Annie Payson Call, quien desde 1969 combinaba la relajación muscular, el descanso y el adiestramiento mental, para fines de reposo”. (González, 1999, P.39).

### **Psicoeducación**

Esta técnica tiene como finalidad informarle al paciente y a sus familiares aspectos relacionados sobre el diagnóstico del paciente en cuanto a evoluciones, tareas y procesos de tratamiento frente a su enfermedad. “La tarea psicoeducativa promueve que el problema

sea afrontado, que la situación sea aceptada, y que por ende sea asumida, que la persona pueda posicionarse críticamente frente al problema, para comenzar a pensar en un nuevo proyecto vital”. (Maldonado, 2004).

Asignación de tareas graduales: es una técnica que consiste en la ejecución de tareas desde las más fáciles hasta las que representan mayor dificultad para el paciente. “La activación conductual resulta especialmente útil para pacientes inactivos, pero también puede ser provechosa para aquellos que desean retomar actividades previas o enriquecer su vida por medio de otras nuevas”. (Beck. J., 2000, P.294).

### **Retroalimentación positiva**

Esta técnica es empleada en las sesiones ya que permite un espacio al final de la sesión para aclarar dudas, resumir la sesión, preguntar al paciente sobre inconvenientes, expresar alguna situación no dicha en sesión. “El terapeuta puede entonces asignar nuevas tareas de una manera más efectiva “. (Beck, J., 2000, P. 10).

## **3. Objetivo General de la práctica**

Implementar procesos de evaluación e intervención clínica desde el enfoque cognitivo-conductual con usuarios del Colegio Promoción Social del Norte de Bucaramanga, con el propósito de mejorar su salud mental y por ende su calidad de vida.

### **3.1 Objetivos Específicos**

Diseñar y desarrollar estrategias de evaluación acordes al enfoque cognitivo conductual que permitan identificar las diferentes problemáticas que presentan los usuarios del colegio IPSNB.

Implementar técnicas de intervención terapéutica desde el enfoque cognitivo conductual acorde a la situación problema que permitan apoyar y fortalecer la salud mental de los consultantes del Colegio IPSNB.

## 4. Metodología

### 4.1 Población

La población beneficiaria estuvo conformada por 4 personas clasificadas de la siguiente manera:

**Tabla 1.**

#### Características de edad y género en población atendida.

Fecha	No casos	Género		Edad M	Edad F	Edad M	Edad F
		M	F	11-29	24-39	11 -29	24-39
Febrero - Mayo-2015	4	2	2	2	1	0	1

Fuente. Autor.

**Tabla 2.**

#### Motivos de consulta de la población atendida.

fecha	Motivo de consulta	No	
		M	F
Febrero de 2015	Duelo en curso-Ansiedad		1
Febrero de 2015	Problemas laborales	1	
Febrero de 2015	Fobia social		1
Febrero de 2015	Remitido por Problemas escolares	1	0

Fuente. Autor.

**Tabla 3.**

#### Procedencia población atendida.

No	Procedencia	%
4	Urbana	100%

Fuente. Autor.

**Tabla 4.**

**Grado de escolaridad población atendida.**

No personas estudio primaria	No personas estudio secundaria	No personas con estudios universitarios	Total
1	2	1	4

Fuente. Autor.

**Tabla 5.**

**Situación socioeconómica de la población atendida.**

Género	Desempleada	Docente	Empleado técnico	Estudia %	Oficios
Masculino	0	0	1	0	25%
Femenino	1	0	0	0	25%
Femenino	0	1	0	0	25%
Masculino	0	0	0	1	25%

Fuente. Autor.

**Tabla 6.**

**Número de sesión y de intervenciones de la población atendida.**

Pacientes atendidos	No de sesiones de evaluación	No de sesiones de intervención	Terminó tratamiento%
2	4	10	50%
1	4	10	25%
1	4	10	25%

Fuente. Autor.

Como se puede observar en la Tabla 1, los pacientes atendidos son en un 50% de género masculino y el otro 50% de género femenino a quienes se les prestó el servicio de psicología tanto en proceso de evaluación como el de intervención; estas personas fueron contactadas por diferentes medios, Ver tabla 2; de los cuales un 100% de los usuarios terminaron el proceso de intervención, cumpliendo con la finalidad del tratamiento. Dentro de las características más relevantes se puede mencionar que un 100% de la población atendida procedía del área urbana; Ver tabla número 3. Además se puede observar que en

un 50 % obtiene ingreso como empleados y el 50% no recibe ingresos económicos; en cuanto al grado de escolaridad se observó que sólo una persona culminó estudios universitarios 2 personas de las atendidas realizaron estudios de secundaria y hubo un paciente que está cursando la primaria.

La atención clínica se enfocó desde el área cognitivo conductual, eligiendo el Modelo Cognitivo de Beck como referente para este proceso, se utilizó técnica de reestructuración cognitiva y algunas técnicas conductuales como la activación conductual y la relajación, con el objeto de alcanzar las metas propuestas durante la intervención y lograr identificar y modificar cogniciones generadoras de la problemática presentada.

#### **4.1.1 Muestra**

El estudio de caso se llevó a cabo con una paciente en situación de: trastorno de depresión mayor, quien fue contactada por consulta al público, usuario del colegio IPSNB; con diagnóstico de síntomas por trastorno de depresión mayor; este caso se seleccionó teniendo en cuenta la adherencia de la paciente al tratamiento y el interés mostrado por la misma.

#### **4.1.2 Instrumentos**

Durante el desarrollo de la práctica efectuada desde el programa de especialización en psicología clínica se utilizaron los siguientes instrumentos:

***Consentimiento informado:*** Documento establecido como parámetro para dar a conocer al usuario aspectos relacionados con la confidencialidad, (Ver Anexo A).

***Historia clínica:*** Es un documento médico-legal que surge del contacto entre el profesional de la salud donde se registran datos del paciente, considerado en la Legislación Colombiana con Resolución 1995 de 2009, como Documento privado. (Ver Anexo B).

***Escala de Liebowitz para la Ansiedad Social (LSAS)***

La Escala de Liebowitz para la Ansiedad Social se presentó en la siguiente publicación: Liebowitz, M. R.: Social phobia. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry* 1987; 22:141–73

El cuestionario ha sido traducido directamente de su fuente original. En relación al género, cuando ha sido posible se ha optado por expresiones neutras como “alguien” o “algunas personas”. En las demás ocasiones se ha optado por utilizar el masculino como genérico, evitando así la fórmula “o/a”, “él/ella” que tanta naturalidad resta al lenguaje y suponiendo en el lector la elemental capacidad de interpretación.

La Escala de Liebowitz para la Ansiedad Social es un cuestionario cuyo objetivo es valorar el rango de interacción social y de desempeño en situaciones sociales que los individuos con ansiedad social pueden temer o evitar. También es una popular herramienta de medida usada por los investigadores para evaluar la eficiencia de diversos tratamientos del trastorno de ansiedad social, incluyendo los ensayos farmacológicos.

¿Cómo interpretar el resultado?

La Escala de Liebowitz para la Ansiedad Social consta de 24 preguntas. Cada una de ellas consisten en una situación a considerar y que debe ser puntuada tanto en relación a la ansiedad o miedo que supone (lo que proporciona una puntuación entre 0 y 3) y la frecuencia con que se evita (lo que proporciona de nuevo una puntuación entre 0 y 3). La puntuación máxima posible es por tanto de 144 y la mínima de 0. Los autores sugieren las siguientes puntuaciones para interpretar los resultados obtenidos al completar el cuestionario:

Interpretación:

< 55 No se aprecia ansiedad social

55–65 Ansiedad social moderada

65–80 Ansiedad social significativa

80–55 Ansiedad social severa

> 95 Ansiedad social muy severa

***Escala de seguimiento del estado de ánimo y auto registros.*** Estos procedimientos son técnicas cognitivas conductuales que pueden variar según características del paciente, estos registros permiten identificar puntual y sistemáticamente pensamientos, sentimientos, manifestaciones físicas y conductas específicas, durante un determinado periodo de tiempo. (Ver Anexo E).

### ***El inventario de depresión de Beck***

Inventario de depresión de Beck

El Inventario de Depresión, más conocido por Inventario de Beck debido a su creador Aaron T. Beck y colegas, fue elaborado en 1961 con el fin de hacer una evaluación objetiva de las manifestaciones de la depresión. Inventario útil para evaluar la profundidad o intensidad de la misma. Su fundamentación teórica es el enfoque cognitivo de la depresión, que considera que este trastorno tiene manifestaciones conductuales, afectivas, cognitivas y somáticas. “El inventario inicialmente propuesto por Beck y sus versiones posteriores han sido los instrumentos más utilizados para detectar y evaluar la gravedad de la depresión.”

Consejo general de Colegios Oficiales de Psicólogos 2013.

### **Cuestionario de dependencia emocional**

El cuestionario de dependencia emocional validado en el Área Metropolitana de Medellín-Colombia por un grupo de investigación de estudios clínicos y sociales de psicología por la Universidad San Buenaventura en el año 2006 conformado por 23 ítems y seis factores. Esta prueba está enfocada en medir factores relacionados a la ansiedad de separación,

expresión afectiva de la pareja, modificación de planes, miedo a la soledad, expresión limite, búsqueda de atención. (Lemos & Londoño, 2006).

### **Procedimiento del caso escogido**

Diligenciamiento formato de recepción de caso: El día 14 de Marzo de 2015 llega a consulta la paciente quien se denominará “señorita SL” a fin de proteger su identidad; la paciente ingresa en compañía de su hermana. Se toman los datos sociodemográficos, motivo de consulta, causas, sintomatología y así mismo se dan a conocer las condiciones del proceso psicológico el cual estará respaldado por el consentimiento informado.

Apertura de historia clínica: Se abre historia clínica con los datos sociodemográficos del paciente y se indaga a profundidad sobre el motivo de consulta, evaluando las áreas de ajuste, antecedentes y posibles alternativas de solución que se han utilizado.

Evaluación clínica: El proceso de evaluación se llevó a cabo en 4 sesiones, durante las cuales se indagó acerca de la problemática del paciente, lo cual permitió la selección de instrumentos como herramientas para corroborar las hipótesis iniciales y formular un plan de intervención desde el enfoque cognitivo conductual a partir del Dx. de duelo en curso.

Análisis de los resultados de la evaluación: Se realiza un análisis de resultados obtenidos a partir de los instrumentos utilizados y pruebas aplicadas que dieron pasó a la formulación de un proceso de intervención.

Intervención: La intervención propuesta se plantea desde el enfoque cognitivo-conductual y haciendo uso de otras técnicas como:

1. Diálogo socrático. El método socrático o mayéutica es una de las principales técnicas en la terapia cognitiva, El terapeuta cognitivo se encontrará con varias áreas a explorar sobre las creencias y pensamiento de los pacientes, está técnica permite aplicar la

mayéutica por medio de preguntas empíricas que inician el proceso dialéctico, de esta manera se confrontan las creencias de los pacientes sobre la veracidad de las mismas

2. Técnica de expresión emocional.

Permite dar a conocer emociones y sentimientos de los pacientes de varias maneras, como expresión, de llanto, tristeza, soledad, alegría etc.,

3. Exposición y prevención de respuestas de evitación (verbalización de recuerdos).

Está técnica contribuye a que el paciente verbalice recuerdos y situaciones vividas útiles en la solución de problemas actuales

4. Reestructuración cognitiva: Técnicas que se encaminan a identificar pensamientos (cogniciones) no adecuados del cliente que están incidiendo en sus emociones y conductas inadecuadas, para modificarlos o sustituirlos por otros más adecuados.

5. Actividades de dominio y agrado.

Técnica de activación conductual que permite realizar actividades que produzcan efectos placenteros o de aumento del estado de ánimo a las personas, está técnica es realizada de forma gradual.

Psicoeducación.

Técnica conductual que consiste en dar información al paciente y en caso de ser necesario a su familia sobre la situación del paciente y aspectos a trabajar; por ejemplo explicarle al paciente sobre:

- El diagnóstico al afectado
- Posibles problemas o riesgos asociados al trastorno
- Las diferentes vías de intervención y tratamiento que existen

- Aceptación activa del diagnóstico por parte del afectado

- Acuerdos de compromiso y cumplimiento terapéutico

#### 4. Auto instrucciones.

Técnica cognitiva que consiste en Imágenes o verbalizaciones dirigidas a uno mismo (decirse algo a sí mismo) para apoyar, dirigir, refrenar o mantener conductas que se estén llevando a cabo o se deseen ejecutar. Esta técnica acostumbra a utilizarse con niños impulsivos, algunos pacientes esquizofrénicos, para combatir la ansiedad (en especial ante exámenes, temor a hablar en público y miedo a los animales) y para controlar la ira y el dolor; sin embargo en la actualidad los expertos en psicología la utilizan para diferentes diagnósticos.

5. Detención de pensamientos automáticos. También llamado parada de pensamiento, es un procedimiento desarrollado para la eliminación de patrones perseverantes de pensamientos con consecuencias negativas, como por ejemplo, los que puedan producir ansiedad o depresión, Consiste en la detención de dichos pensamientos mediante una expresión verbal o imagen, lo antes posible en cuanto se presentan. Requiere un entrenamiento previo en la identificación de dichos pensamientos negativos.

6. Juego de roles: mediante técnica de imaginación. Técnica de exposición en la cual la persona se expone en su imaginación (es decir, imaginando) a los estímulos y situaciones que le producen malestar

7. Instrucción en técnica de relajación Jacobson. Técnica de relajación consistente en la identificación de zonas musculares tensas debido a los efectos de la ansiedad y su posterior e inmediata relajación a voluntad de la persona que la aplica.

8. Retroalimentación positiva. permite la expresión del paciente y resolver cualquier situación que se pueda presentar en consulta, interpretación de lo que el terapeuta ha dicho

9. Prevención de recaídas (cierre); permite reforzar técnicas vistas durante el tratamiento con el objetivo que el paciente adquiera destrezas y estrategias de afrontamientos en caso de presentar alguna recaída posterior de terminar el tratamiento

Durante el proceso se realizó evaluación pre, durante y pos intervención con los instrumentos mencionados. Por último se realizó el cierre del caso con el fin de corroborar la efectividad del tratamiento realizando el respectivo seguimiento que consistió en contacto telefónico cada mes durante los tres meses posteriores al cierre del tratamiento.

## **Resultados**

### **Población atendida.**

La población beneficiaria estuvo conformada por 4 adultos de género femenino y masculino a quienes se les atendió tanto en el proceso de evaluación como de intervención desde el enfoque Cognitivo conductual, contactados en el publico adyacente al colegio, los cuales terminaron el proceso de intervención, el cual les permitió cumplir con objetivos propuestos ; la atención clínica se enfocó en la intervención desde el enfoque cognitivo conductual, eligiendo el Modelo Cognitivo de Beck como referente para el proceso de intervención a través de técnicas de reestructuración cognitiva y de algunas técnicas conductuales como la activación conductual y la relajación con el objeto de alcanzar las metas propuestas durante la intervención y para lograr identificar y modificar las cogniciones generadoras del problema . Las terapias cognitivas de Beck permiten utilizar técnicas cognitivas y conductuales como herramientas útiles en la modificación de

distorsiones cognitivas e ideas distorsionadas relacionadas a planificar cambios de conducta mediante la identificación de sus propios problemas logrando tener una visión diferente sobre los mismos.

### **Muestra.**

La muestra la representa una paciente adulta con diagnóstico de Trastorno de Depresión Mayor y adherencia al tratamiento, con quien se realiza la siguiente formulación de caso.

## **5. Formulación de Caso Clínico**

### **5.1 Información general del caso**

Datos sociodemográficos

Nombre: Señorita SL

Edad: 24 Años

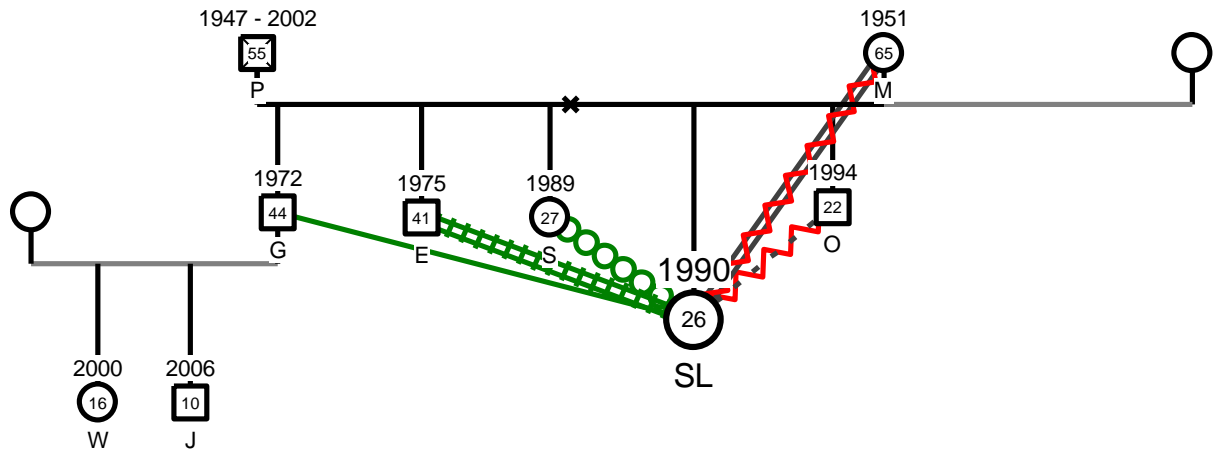
Fecha de nacimiento: 01- octubre de 1990

Dirección: Bucaramanga

Ocupación: Desempleada

Nivel educativo: Bachiller

Numero de sesiones: 14

**Figura 1.***Genograma.*

Fuente. Autor.

***Descripción del genograma familiar***

La señorita SL, nació hace 24 años; al momento del inicio de la intervención.

De la infancia de la señorita SL, se observa, su padre biológico murió cuando ella tenía 11 años de edad, su padre constituía todo para ella; según sus propias palabras. La muerte del padre de SL, es el evento más significativo de su vida; por cuanto lo menciona en todas las conversaciones. En el momento del fallecimiento del padre cursaba 6 grado; a partir de allí su vida, toma un nuevo rumbo. Mi papa me llevaba al colegio, mi papa me traía; mi papa me ayudaba con las tareas, mi papa me daba lo de las onces, mi papa, cuando llegaba del trabajo, siempre me traía una colombina; después de eso nunca más nadie me ha dado colombinas.

A los 16 años se gradúa de bachiller y coincide con el inicio de los intentos de suicidio; al ingerir veneno para ratas de nombre “campeón”; estaba muy triste en mi casa, pensando en mi papá, cuando de pronto veo el veneno y decido que no quiero vivir más y

por tanto, tomo el veneno, como a los 15 minutos me desmayo y cuando despierto estoy en el hospital; me dicen que llevo 24 horas en estado de coma; de ese tiempo no recuerdo nada; ese mismo día me dan salida y me remiten con el psiquiatra en san camilo. Al acudir a la cita el médico me formulo 3 medicamentos, como en 15 minutos de hablar con él. Evidencia una muy buena relación con mi hermana y con mi hermano mayor, que vive fuera de la ciudad.

Con mi hermano el menor y que vive en la casa conmigo la relación es muy regular; me regaña y me grita y por eso prefiero no hablar con él; menciona. Con mi mamá, la relación nunca ha sido buena, considero está muy pendiente de mi hermano el menor y el resto casi no le importamos. A mí me regaña por todo; nunca me abraza, ni ninguna otra muestra de cariño.

Podemos destacar en este sistema, las relaciones que se presentan en la historia de la familia de la señorita SL, desde su familia actual, mostrando relaciones conflictivas y distantes ha presenciado duelo por muerte de familiares significativos además en su historia de vida no contó con red de apoyo lo cual impidió desarrollar vínculos afectivos adecuados en el contexto familiar, el distanciamiento con la madre biológica contribuyó a que a su corta edad atentara contra su propia vida.

Como se puede observar creció aislada de su familia su única relación cercana familiar la configuró con la hermana de similar edad.

A través de estos 8 años después del primer intento de suicidio han ocurrido otros dos; según ella por el mismo motivo; no hay ganas de vivir desde que falleció mi padre.

Aunque vivo con otras 3 personas en la misma casa, siempre me siento sola y sin ganas de hacer nada y además no quiero salir a la calle y mucho menos sola, enfatiza.

### ***Motivo consulta***

Ansiedad a la gente, se siente observada por las personas.

Paciente que consulta porque desde hace varios años viene presentando unos síntomas los cuales han afectado notablemente su desarrollo personal y social.

Paciente ingresa acompañada de su hermana, quien refiere que SL ha perdido la capacidad de relacionarse con ellos y salir a la calle sola y que por este motivo decidieron buscar ayuda; ya que ha presentado llanto incontrolable, inapetencia, insomnio desde hace varios meses. Por esta situación deciden acudir a psicología.

Durante la sesión de evaluación inicial la paciente presentó descontrol emocional (desbordada en llanto y dificultad para sostener una conversación), situación que interfirió en el avance de la sesión, lo cual llevó al profesional a realizar regulación emocional, logrando proseguir con el proceso.

## 5.2 Instrumentos de evaluación utilizados

Durante el proceso de evaluación e intervención se aplicaron instrumentos. En cada una de las fases estipuladas para la medición, dentro de las cuales se encuentran la fase pre que corresponde a una aplicación inicial, una aplicación intermedia y una post que corresponde a una aplicación posterior al tratamiento psicológico.

Los instrumentos que permitieron la recolección de datos, evaluación medición y seguimiento al caso presentado se describen a continuación:

***Consentimiento informado:*** Documento establecido como parámetro para dar a conocer al usuario aspectos relacionados con la confidencialidad,

***Historia clínica:*** Es un documento médico-legal que surge del contacto entre el profesional de la salud donde se registran datos del paciente, considerado en la Legislación Colombiana con Resolución 1995 de 2009, como Documento privado.

### ***Entrevista***

La entrevista es una técnica ampliamente utilizada, ya que es la manera más directa de recoger datos, nace en un contexto de evaluación y diagnóstico en campos de la salud permitiendo recolectar información de interés “Son diversos los autores (por ejemplo, Silva, 1988) que indican que la entrevista comienza a tener una especial relevancia en el campo clínico de la mano de Kraepelin en su interés por explorar con minuciosidad los síntomas de los pacientes (Perpiñán, 2012, p.23).

### **Observación**

La psicología como cualquier otra ciencia emplea técnicas de conocimientos que le permitan comprender los diferentes fenómenos estudiados, propendiendo por resultados confiables.

Como son “características de los sujetos, tales como su forma de; comportamientos verbales y no verbales en situaciones diversas; de las interacciones entre sujetos, sean estas gestuales o verbales; de los contextos, con referencia por ejemplo a las cualidades ambientales” (Piacente, 2009. p. 2).

### ***Escala de Liebowitz para la Ansiedad Social (LSAS)***

La Escala de Liebowitz para la Ansiedad Social se presentó en la siguiente publicación:

Liebowitz, M. R.: Social phobia. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry* 1987; 22:141–73

El cuestionario ha sido traducido directamente de su fuente original. En relación al género, cuando ha sido posible se ha optado por expresiones neutras como “alguien” o “algunas personas”. En las demás ocasiones se ha optado por utilizar el masculino como genérico, evitando así la fórmula “o/a”, “él/ella” que tanta naturalidad resta al lenguaje y suponiendo en el lector la elemental capacidad de interpretación.

La Escala de Liebowitz para la Ansiedad Social es un cuestionario cuyo objetivo es valorar el rango de interacción social y de desempeño en situaciones sociales que los individuos con ansiedad social pueden temer o evitar. También es una popular herramienta de medida usada por los investigadores para evaluar la eficiencia de diversos tratamientos del trastorno de ansiedad social, incluyendo los ensayos farmacológicos.

***Cuestionario de actividades funcionales de Pfeffer (FAQ) (1992).***

El Cuestionario de Actividad Funcional (Functional Activities Questionnaire, FAQ) fue diseñado por Pfeffer y está basado en un estudio previo del mismo autor. Es una prueba estandarizada muy útil para determinar la presencia de demencia en las fases iniciales. El FAQ es una medida basada en los informantes, por lo que se requiere la localización de un informante confiable (Ver Anexo D).

Consta de 11 ítems que evalúan el grado de independencia-dependencia del sujeto. Una puntuación por debajo de 6, indica normalidad, no dependencia. Puntuaciones iguales o superiores a 6 sugieren una alteración funcional.

***Escala de seguimiento del estado de ánimo y auto registros.*** Estos procedimientos son técnicas cognitivas conductuales que pueden variar según características del paciente, estos registros permiten identificar puntual y sistemáticamente pensamientos, sentimientos,

manifestaciones físicas y conductas específicas, durante un determinado periodo de tiempo.

### ***Resultado del proceso de evaluación***

La señorita SL es una paciente de 24 años quien refiere “ durante el inicio de mi etapa escolar era una persona empática, contaba con habilidades para establecer relaciones interpersonales, las cuales empezaron a disminuir a los 11 años de edad; al momento del fallecimiento de mi padre, el cual era mi principal referente afectivo. En cuanto a la progenitora refiere que siempre ha sido la figura de autoridad del hogar, utilizando el método correctivo del castigo físico con o sin justificación. De acuerdo a lo referido se evidencia afectación psicológica por que no logra establecer relaciones sociales asertivas.

Durante la entrevista la paciente suministró información relevante aportando los datos relacionados a su historia de vida, funcionalidad cotidiana, eventos traumáticos, estrategias de afrontamiento, creencias, pensamientos, conducta, antecedentes psicológicos y físicos como también información familiar de relevancia.

Con la técnica de observación se obtuvieron datos significativos como características de apariencia, porte y vestuario, comunicación, percepción y coherencia en su expresividad; se analizaron las diferentes conductas manifiestas en sesión, permitiendo obtener la primera impresión diagnóstica de la consultante.

A continuación se presentan los resultados obtenidos en las diferentes pruebas cuantitativas.

### ***Tabla 7.***

#### **Aplicación de la Escala de Liebowitz para la Ansiedad Social (LSAS).**

Ítems Evaluados	Puntos Obtenidos		
	Anterior	Durante	Posterior
1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,	118	76	48

22,23,24.			
-----------	--	--	--

Fuente. Autor.

Al efectuar el análisis “entre” las tres mediciones se puede observar en la tabla 7 que en la primera prueba “Anterior” el tratamiento puntuó 118 puntos durante el tratamiento se aplicó la prueba en la 5 sesión dando respuesta en 76 y al terminar el tratamiento puntuó sobre 48 evidenciando cambio significativo en las puntuaciones lo cual permite visualizar la evolución de la paciente en cuanto a su ansiedad social.

**Tabla 8.**

**Aplicación: Cuestionario de actividades funcionales de Pfeffer en las diferentes mediciones.**

Respuestas Evaluadas	Puntuación Total		
	Anterior	Durante	Posterior
1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13	2	2	2

Fuente. Autor.

Las tres mediciones representadas en la tabla 8 se puede observar que no hubo variabilidad, en los resultados obtenidos lo que indica estabilidad en el área cognitiva.

**Tabla 9.**

**Puntaje del Termómetro del estado de ánimo en las diferentes mediciones.**

Anterior	Durante	Posterior
9-8	8-8-7-9-6-4-4-3-3-3	4

Fuente. Autor.

Se puede observar en la tabla 9 en los puntajes iniciales del instrumento se observan puntuaciones elevadas de malestar tomando en consideración la máxima puntuación de malestar corresponde a 10 y la mínima en 1, del resultado se puede concluir disminución consecutiva y significativa en la medición dando como resultado 4 puntos al finalizar el tratamiento.

A partir de los datos aportados respecto a las pruebas aplicadas en el proceso de evaluación y de forma complementaria las verbalizaciones de la familia de la paciente, es posible concluir que los problemas relacionados al duelo por muerte de su padre han disminuido. La señorita SL ha mejorado significativamente en sus diferentes componentes de su conducta problema. Al finalizar el tratamiento se observa estabilidad en su ansiedad social, autonomía y activación conductual. Lo que concuerda con la puntuación de la Escala de Liebowitz para la Ansiedad Social (LSAS) y la medición del estado de ánimo.

### 5.3 Análisis Descriptivo

A fin de proteger la identidad de la paciente se identifica en este estudio de caso **como la señorita SL**, quien cuenta con 24 años de edad, bachiller, creció en el área urbana, su padre murió cuando ella tenía 11 años, fue maltratada por parte de su madre; es intermedia de cuatro hermanos, recuerda que sintió mucha tristeza por la muerte de su padre, desde edad temprana se alejó de los quehaceres del hogar, sus 18 años coinciden con su primer episodio de intento de suicidio con veneno para ratas de nombre “campeón”, recuerda que era solitaria y lejos de su familia, a la edad de 20 años; segundo episodio de intoxicación con pastillas farmacológicas, sin embargo refiere escaso afecto de parte de su madre. A los 22 años es el último episodio de intoxicación por consumo de 40 pastillas de fármacos encontrados dentro de su casa.

Ha tenido mucha dificultad en aceptar las recomendaciones del psiquiatra; refiere que las pastillas siempre le han incomodado su vida; tener que tomar medicamentos 3 veces al día con efectos secundarios como; mucho sueño, somnolencia, náuseas y otros que aparecen y desaparecen. Según ella la apoya sin condiciones, alrededor de 6 años de continuos periodos de llanto y malestar; su hermana de similar edad y refiere que no tuvo

asistencia médica ni psicológica; porque siempre ha rechazado eso y va donde el psiquiatra, porque mi mamá me obliga; dice.

La salud de la paciente se vio deteriorada por los diversos intentos de suicidio que ha enfrentado, refiere su madre, hace aproximadamente 6 años le diagnosticaron episodio depresivo grave; según se puede constatar en la historia clínica del Hospital Psiquiátrico San Camilo, refiere que su salud física se ha mantenido últimamente, a pesar de que comenta su hermana “casi no come, no duerme, sólo vive dando vueltas por la casa, por este motivo la llevamos al psicólogo”; en sesión mostró pensamientos recurrentes de minusvalía refiriendo “no vale la pena seguir así” posterior a este hecho traumático reanudó lazos comunicativos con su única hermana lo que se describe como la principal fuente de apoyo.

En lo referente a su área social la paciente manifiesta que no cuenta con amigos, no asiste a grupos de apoyo, desde que tuvo su primer episodio de intento de suicidio, no asiste a ceremonias religiosas, de esta manera alteró su cotidianidad significativamente, ya que relató ella era una persona muy activa, dedicada a labores del hogar, sintiéndose a gusto con la vida que llevaba. Por sus verbalizaciones se puede deducir que la paciente se encontraba en una etapa de inactividad conductual, inapetencia, insomnio, tristeza profunda, lo que obligó a sus familiares a buscar ayuda profesional.

En la primera consulta por psicología, presentó llanto intenso y notable malestar emocional, situación que obligó a que el profesional de psicología realizara regulación emocional que permitió disminuir la intensidad de sus síntomas.

Dentro de sus características mentales se observó actitud receptiva, juicio y raciocinio adecuados, recuerda hechos pasados con claridad, memoria conservada, su estructura es

acorde a su edad, pulcritud a la vista, se observan alteraciones, percepción y afecto alteradas aparentemente por curso de duelo.

Dentro de sus verbalizaciones refiere temor a la soledad en la mañana y al caer la tarde, con respuesta de conductas de llanto desbordado. Situación que le ha afectado negativamente puesto que su familia relata: “la paciente dejó de realizar actividades cotidianas y su salud está siendo afectada”, exacerbando su sistema fisiológico respecto a las dificultades físicas que ha tenido, interfiriendo con su ritmo normal de alimento y sueño, esta situación alarmó a la familia acudiendo a consulta por psiquiatría, de donde es remitida para trabajo psicológico; rechazado en varias oportunidades.

Se puede concluir que el principal estímulo discriminativo es a la primera hora de la mañana y al atardecer, contexto que genera respuesta de tristeza sensación de injusticia y angustia a nivel afectivo; pensamiento de indefensión, no aceptación de la pérdida a nivel cognitivo y llanto fácil e inactividad a nivel comportamental. La paciente ha desarrollado un estilo propio de afrontamiento, para enfrentar la vida cotidiana, respuesta reguladora al no existir alguien significativo que proteja la existencia

De este modo, el malestar le permite evitar el costo cognitivo, afectivo y comportamental que implica hacerse cargo de su vida y ser autónoma. La relación muy cercana que mantenía con su difundo padre, junto al contenido esquemático constituyen una estructura rígida caracterizada por la sensación de necesitar de él. Su comportamiento de tristeza y vulnerabilidad actúa de manera operante ante su familia quienes permanecen cerca evitando que ella agudice sus síntomas, de esta manera percibe atención, y esto le da sensación, que las demás personas son sus protectores.

Antes de iniciar tratamiento psicológico la paciente fue medicada con psicofármacos prescritos por psiquiatría, Fluoxetina x 20 mg en capsula, Levomepromazina 4% gotas x frasco y Trazodona Clorhidrato 50 mg tableta.

#### **5.4 Análisis explicativo**

Paciente quien está vivenciando un proceso de duelo por pérdida del padre con sintomatología intensa que cumple los criterios suficientes para un diagnóstico de Trastorno de Depresión Mayor según Manual Diagnóstico DSM-V, aunque es esperable por la condición de pérdida, que se presente esta sintomatología “Duelo por pérdida de figura paterna”; la agudizan pensamientos distorsionados del tipo Abstracción selectiva o Visión del túnel y Maximización de aspectos negativos manifestados en su verbalización “estoy sola en la vida, no puedo seguir sin él” minimizando aspectos positivos de su vida, como el apoyo de hermanos y madre, salud, trabajo y economía.

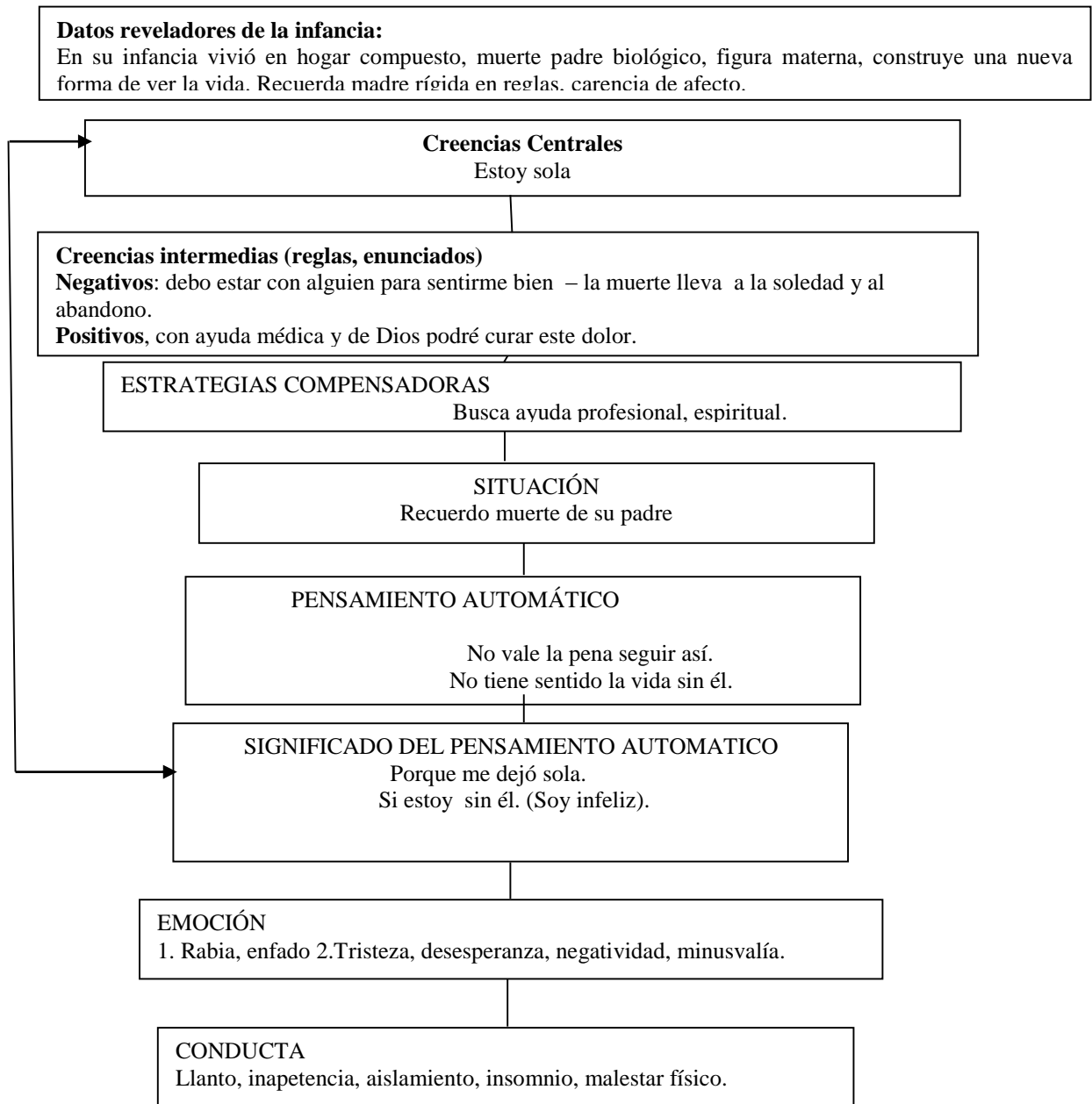
Aspectos Desencadenantes de emociones como la ira, tristeza. causantes de conductas perturbadoras de su funcionalidad cotidiana como inactividad conductual y aislamiento social hacen que su proceso de duelo en curso por muerte de su padre, aumente la aversión referente a la idea de estar sola y la protección.

De otro lado se evidencian factores que han complicado la experiencia del duelo como pérdidas significativas con anterioridad ubican a la paciente en circunstancia vulnerable constituyendo sesgos cognitivos favorecedores de creencias irracionales como temor a la soledad y de ideas de desamparo frente a la elaboración del duelo que sumados a factores externos y biológicos como la escasa red de apoyo y las implicaciones de su edad, en que falleció su padre; aumentan el deterioro afectivo en la medida que no existan motivadores suficientes para continuar.

Las anteriores características muestran un conjunto de atribuciones negativas y maneras inapropiadas de procesamiento de la información; factores no saludables en la elaboración adecuada en curso de duelo que de no ser intervenido psicológicamente representan un factor de alarma frente al duelo pudiéndose tornar complicado desencadenante de un Trastorno de Depresión Mayor.

### **6. Formulación Cognitiva**

Se pretende plantear una conceptualización del caso, fundamentada en el planteamiento del problema en términos cognitivos exponiendo las dificultades de la señorita SL, desde la identificación de pensamientos, el mantenimiento de los mismos y la relación que estos tienen frente a su comportamiento en proceso de duelo.

**Figura 2. Diagrama de conceptualización cognitiva.**

Fuente. Autor.

Teniendo en cuenta los antecedentes familiares y la historia personal de la paciente se puede observar que ha desarrollado unos factores de vulnerabilidad que han contribuido al desarrollo de su problemática actual. Así por ejemplo toda la incertidumbre que generó la muerte de su padre y la relación posterior con su madre a los 11 años de edad, la relación

conflictiva con su madre, los intentos de suicidio y el sentimiento general con el que ha crecido relacionado con una sensación intensa de abandono contribuyeron a desarrollar un estilo cognitivo caracterizado por una gran intolerancia al abandono, soledad y necesidad de protección y rigidez de pensamiento. Han sido éstos, por tanto, los factores de vulnerabilidad que han dado coherencia, sentido y significado a toda la formación de sus creencias disfuncionales relacionadas con abstracción selectiva en su forma de pensar y magnificación y minimización de aspectos positivos en la vida; otorgándoles importancia a aquellos negativos. Estos supuestos disfuncionales siempre han estado en su estructura cognitiva, exacerbándose por el reciente hecho traumático activándose los esquemas desadaptativos.

### **6.1 Factores de adquisición**

Una de las creencias centrales en la vida de la paciente se hizo evidente en su recurrente repertorio conductual en las primeras consultas “estar sola es lo que más me gusta”, percepción desencadenante de emociones como la ira, tristeza y cogniciones relacionadas con la pérdida de su proyecto de vida, fueron causantes de conductas perturbadoras de su funcionalidad cotidiana. Estas creencias frente al significado de la soledad, fueron interiorizadas desde su etapa de niñez, por los significados atribuidos a la pérdida de su padre y la adquisición de la condición de soledad que fue reforzada por su entorno inmediato y condiciones de violencia intrafamiliar, de las cuales fue víctima desde la madre, quien refiere le desestimaba y favorecía la posición de inferioridad. Esta situación desencadenó sentimientos de soledad y desamparo.

## 6.2 Factor de mantenimiento

El funcionamiento esquemático cognitivo guiado por contenidos centrales se puede contemplar en factores de mantenimiento manifestados en las verbalizaciones de la paciente “sentirse sola es lo peor que le puede pasar a uno” “la persona que más quería se murió” de esta manera la forma como surgen sus pensamientos inmediatos se relacionan con la soledad, negatividad, pesimismo; “siento que estoy abandonada, sola”; “no vale la pena estar así” situación que hace que la forma de afrontar un duelo desborde el límite de sus emociones.

## 7. Hipótesis

Los síntomas de la paciente se relacionan con las concepciones acerca de la realidad, factores como el abandono y la soledad desde la etapa de su niñez, fueron predominantes en la adquisición de reglas cognitivas que persisten en su historia de vida.

Las ideas acerca de la soledad y la protección desarrollada posiblemente a consecuencia del escaso afecto brindado por su madre y la ausencia de su padre a su corta edad, hicieron que interiorizara conceptos de amenaza referentes a las pérdidas.

Las adquisiciones cognitivas han influido en su conducta, al emitir comportamientos de aislamiento, juicios de valor equivocados, desconfianza ante los demás durante su vida, ella relata: “prefiero estar sola porque a veces la gente no es suficientemente buena”, situación que ha empeorado su salud física y ha incrementado somatizaciones.

Por las anteriores manifestaciones, se puede deducir que la paciente ha adquirido sesgos cognitivos relacionados con abstracción selectiva en su forma de pensar y autocríticas, magnificación de aspectos negativos, conceptos que le llevan a verbalizaciones enfocadas en resaltar lo que le causa malestar, minimizando hechos importantes como es el afecto recibido de los hermanos que están pendientes de ella la

mayor parte de su tiempo, y permanentes autocríticas relacionadas con lo que ha dejado de hacer bien.

Posiblemente estas cogniciones negativas fueron alimentadas por los hechos traumáticos ocurridos en su vida, situación que le ha impedido contar con soportes adecuados en la elaboración del duelo presente; llevando a evidenciar Trastorno de Depresión Mayor.

### **8. Proceso de intervención**

Después de haber realizado la evaluación y formulación clínica, se diseñó el proceso de intervención. Para ello, se crearon los objetivos principales y específicos, luego se buscaron las técnicas terapéuticas más adecuadas, teniendo en cuenta las características de la paciente, que favoreciera el desarrollo de habilidades y destrezas y que no generaran problemas adicionales.

El proceso de intervención se apoyó de las siguientes técnicas:

**La expresión emocional:** técnica de habilidad social que ha demostrado efectividad en diferentes estudios, permite el desarrollo de confianza, intercambio de comunicación, expresar los diferentes sentimientos y malestar que nos aqueja en un determinado momento, además, expresar nuestras emociones; nos permite liberarnos de cargas psicológicas; ésta técnica ha sido efectiva en diferentes situaciones como en la elaboración de duelos y demás circunstancias en las que necesitamos manifestar nuestro dolor. “Como todos sabemos por experiencia, cuando se trata de dar forma a nuestras decisiones y a nuestras acciones, los sentimientos cuentan como el pensamiento”. (Goleman, 1995).

**Exposición y prevención de respuestas de evitación (verbalización de recuerdos):**

Las técnicas de exposición permiten poner al paciente enfrente de situaciones temidas como recuerdos , situaciones, acciones que le generan malestar y el paciente no quiere enfrentar , existiendo diversas formas de realizar esta técnica: exposición en vivo: consiste en enfrentarse a situaciones reales temidas . Dentro de las técnicas de exposición se encuentran la exposición en imaginación que consiste en ubicar al paciente con situaciones reales mediante la imaginación, por ejemplo recuerdos dolorosos “se experimentan los estímulos internos que generan ansiedad o disparan ciertos impulsos. Esto supone, recordar el entorno físico, las respuestas somáticas, las emociones, los pensamientos y las consecuencias temidas.” (Bados y Garcia, 2011, p. 3)

**Técnica de imaginación mediante dramatización:**

El psicodrama puede considerarse parte de la sociometría que fue creada por Jacobo Moreno (1956) como forma de Psicoterapia, inicialmente se utilizó en grupos “estas técnicas permiten las dramatizaciones pueden utilizarse con muchas finalidades diferentes (..) entre las cuales se incluyen las destinadas a descubrir pensamientos automáticos, las que tienen como finalidad el desarrollo de una respuesta racional y las que sirven para modificar creencias centrales e intermedias”. Beck. J (2000), P.262).

**Instrucción en Técnica de Relajación: Jacobson**

Pertenece a las técnicas conductuales fue creada por Edmund Jacobson, en (1938) quien la utilizó con la finalidad de tensar y relajar varias veces diversos músculos del cuerpo; “el aprendizaje de técnicas de relajación nos ayudará tanto a ser capaces de mantener una tranquilidad en general” Van-der(2005,p.6)diversos estudios afirman que las

técnicas de relajación son benéficas para diversos pacientes, ya que “la tensión muscular acompaña a los problemas emocionales y contribuye con los síntomas del paciente” González (1999, P.39); las prácticas de relajación emocional para aliviar la tensión han sido usadas por muchos años y varias de éstas están basadas en el sistema de la enfermera Annie Payson Call, quien desde 1969 combinaba la relajación muscular, el descanso y el adiestramiento mental, para fines de reposo”. (González, 1999, P.39).

### **Psicoeducación**

Esta técnica tiene como finalidad informarle al paciente y a sus familiares aspectos relacionados sobre el diagnóstico del paciente en cuanto a evoluciones, tareas y procesos de tratamiento frente a su enfermedad. “La tarea psicoeducativa promueve que el problema sea afrontado, que la situación sea aceptada, y que por ende sea asumida, que la persona pueda posicionarse críticamente frente al problema, para comenzar a pensar en un nuevo proyecto vital”. (Maldonado, 2004).

**Asignación de tareas graduales:** Es una técnica de corte conductual que consiste en la ejecución de tareas desde las más fáciles hasta las que representan mayor dificultad para el paciente. “La activación conductual resulta especialmente útil para pacientes inactivos, pero también puede ser provechosa para aquellos que desean retomar actividades previas o enriquecer su vida por medio de otras nuevas”. (Beck. J., 2000, P.294).

### **Retroalimentación positiva**

Esta técnica es empleada en las sesiones ya que permite un espacio al final de la sesión para aclarar dudas, resumir la sesión, preguntar al paciente sobre inconvenientes, expresar alguna situación no dicha en sesión. “El terapeuta puede entonces asignar nuevas tareas de una manera más efectiva “. (Beck, J., 2000, P. 10).

### ***Dialogo socrático***

Técnica introducida en las terapias cognitivas por Ellis y Beck en los años 60, cuya significancia tuvo lugar en los postulados sobre los procesos cognitivos erróneos en la forma de pensar juegan un papel muy significativo en la fuente y mantenimiento de los síntomas de los trastornos psiquiátricos como la Depresión. También llamado el método socrático es una herramienta de utilidad en la terapia cognitiva ya que ayuda a los clientes mediante “un proceso dialéctico, en el cual se generaliza una noción de verdad sobre un concepto y se lo examina hasta su refutación, para luego comenzar con una nueva noción del mismo.”(Partarrieu, 2011, p. 179).

De esta manera permite que el paciente se dé cuenta de sus creencias irracionales y/o errores de pensamiento, por medio de preguntas orientadas a la reflexión y al confortamiento.

### ***Reestructuración cognitiva:***

La Reestructuración Cognitiva, fue desarrollada e introducida en la literatura psicológica en el año de 1958, por Albert Ellis y posteriormente por la escuela de Aaron Beck. “La RC consiste en que el cliente, con la ayuda inicial del terapeuta, identifique y cuestione sus pensamientos desadaptativos, de modo que queden sustituidos por otros más apropiados y se reduzca o elimine así la perturbación emocional y/o conductual.” (Bados &García.2010.p.2).

### ***Detención de pensamientos automáticos***

La técnica de la detención del pensamiento fue presentada por Bain en (1928) en su libro: El control del pensamiento en la vida cotidiana.

A finales de los años cincuenta Joseph Wolpe y otros terapeutas de conducta adaptaron el modelo original de Bain para poder utilizar este método con las fobias y obsesiones, ya que tanto los pensamientos fóbicos como los obsesivos son de carácter repetitivo e irracional, siendo ambos, fuente de ansiedad. El objetivo de esta técnica cognitiva es reducir el estrés y la ansiedad a los que está sometido el paciente. (Lozano, Rubio & Pérez, 1999, p. 471).

El **Entrenamiento en Auto instrucciones** se remonta a los primeros trabajos llevados a cabo por Meincebaum en la década de los 60 con niños hiperactivos y agresivos.

Es una técnica cognitiva que permite el cambio de comportamiento mediante auto verbalizaciones (verbalizaciones internas o pensamientos), que el sujeto realiza frente a un comportamiento determinado sustituyéndolos por otros más funcionales.

#### ***Prevención de recaídas (cierre).***

El objetivo de la terapia cognitiva es facilitar la remisión de los trastornos del paciente y enseñarle a ser su propio terapeuta, de esta manera *,es necesario que el,* terapeuta exprese lo relacionado a la finalización de la terapia logros por los avances, repasar lo aprendido en terapia, a fin de utilizar estrategias en caso de recaídas y en caso de ocurrir la forma de afrontarla, planear sesiones de refuerzo y demás estrategias que puedan ser útiles, modificar cogniciones en caso de ser necesario.

De las 14 sesiones que se realizaron, 10 sesiones corresponden al proceso de intervención, las cuales se describen a continuación:

### **8.1 Objetivos de la intervención**

### 8.1.1 Generales

1. Acompañar el proceso de vivencia del duelo y la reorganización de la vida de la paciente a partir de la ansiedad social actual.

2. Reestructurar ideas distorsionadas asociadas a la soledad y la pérdida que favorecen el mantenimiento del malestar emocional.

### 8.1.2 Específicos

1. Facilitar la expresión emocional y organizar el discurso alrededor de la pérdida.

2. Facilitar la regulación emocional a través de la relajación de Jacobson.

3. Orientar en la activación conductual y establecimiento de nuevas metas.

4. Reestructurar las ideas disfuncionales relacionadas con la soledad y la pérdida.

(Estabilizar emocionalmente).

5. Formular alternativas de cognición que favorezcan el bienestar emocional de la paciente

### Tabla 10.

#### Clasificación de la Intervención realizada.

Objetivos Generales	Objetivo Específico	Técnica	Actividad Realizada	Resultado
Acompañar el proceso de vivencia del duelo y la reorganización de la vida de la paciente a partir de la ansiedad social actual.	Facilitar la expresión emocional y organizar el discurso alrededor de la pérdida.	la Expresión emocional	Historización de la relación con su padre y su historia de vida para lo cual se solicita al paciente llevar al consultorio objetos que le permitan recordar lo vivido.	Paciente se muestra colaboradora en la realización de esta actividad logrando expresar e identificar las diferentes emociones y sentimientos presentes en su vida
		Exposición y prevención de respuestas de evitación (verbalización de	En común acuerdo con la paciente se pide a la paciente relatar hechos ocurridos en su vida traumáticos expresar emociones y sentimientos asociados a la situación problema	Se logró que la paciente accediera a expresar emociones ocultas y relacionar los pensamientos asociados con las emociones y la conducta manifiesta. la paciente verbalizó la

	recuerdos).		historia de vida con la persona fallecida al finalizar la sesión relató sentir sensación de libertad.
Facilitar la regulación emocional a través de la relajación de Jacobson.	relajación de Jacobson	Se instruye en la técnica de relajación de Jacobson.	Con la instrucción en esta técnica la paciente logró control de la activación fisiológica obteniendo calma voluntaria de sus emociones.
Orientar en la activación conductual y establecimiento de nuevas metas.	Psicoeducación, (informativa a familiares y a paciente).	Entrenamiento psicoeducativo a familiares y a la paciente sobre red de apoyo cambio de hábitos cotidianos y modificación de estilo de vida, fortalecimiento en autonomía.	Se logró realizar Entrenamiento en donde se incluyó como red de apoyo a su familia involucrándolos en las estrategias, fortalezas, recursos y habilidades propias de la paciente se evidenció adquisición de herramientas necesarias en el afrontamiento de las conductas disruptivas.
	Programación de actividades de dominio-agrado que incrementen la tasa de respuesta frente al duelo.	Planificación de actividades de agrado o dominio.	Con la práctica de esta técnica se pudo observar cómo a través de su ejecución la consultante aprendió a identificar y modificar sus conductas con el fin de generar un nuevo repertorio funcional que los condujeron a la realización y logro de sus metas.

Fuente. Autor.

Objetivos Generales	Objetivo específico	Técnica	Actividad Realizada	Resultado
Reestructurar ideas distorsionadas asociadas a la soledad y la pérdida que favorecen el mantenimiento del malestar emocional.	Reestructurar las ideas disfuncionales relacionadas con la soledad y la pérdida (Estabilizar emocionalmente)	Realimentación positiva.	Se realiza repaso de las sesiones a fin de aclarar dudas y dejar claridad sobre lo trabajado en sesión.	Se utilizó al finalizar cada sesión, espacio que permitió hacer repaso de lo visto en sesión, aclarar dudas inquietudes respecto a las instrucciones dadas y fortalecer estrategias aprendidas.
		Reestructuración cognitiva	Mediante Dialogo socrático Se inserta dudas en el sistema de creencias perjudiciales del paciente instruyéndola en	La paciente identifico emociones dolorosas como (ira, desesperanza, tristeza...) haciendo relación con el incremento de su malestar presente.

		estrategias cognitivas alternativas.	
Formular alternativas de cognición que favorezcan el bienestar emocional de la paciente.	Auto-instrucciones.	Se instruye en modificación de la visión negativa que se tiene sobre la soledad y la pérdida.	Se logró que la paciente cambiara pensamientos que le generaran malestar los cuales fueron sustituidos por verbalizaciones internas que fueran más útiles y benéficos en el fortalecimiento de su autonomía.
	Cierre de sesión	Se realiza cierre de sesión y se trabaja en estrategias sobre posibles recaídas futuras	Se instruye a la paciente en el fortalecimiento de habilidades adquiridas durante el proceso terapéutico para hacerle frente a posibles recaídas, se programan tres sesiones de seguimiento mensuales mediante llamadas telefónicas durante los próximos tres meses.

Fuente. Autor.

A continuación se describe detalladamente el proceso de intervención trabajado en cada sesión:

#### Sesión 1:

En la primera sesión de intervención, mediante diálogo con la paciente, se le informa cómo se va a desarrollar el proceso de intervención, número de sesiones, objetivos a cumplir, participación, responsabilidades y además que se le enseñarán estrategias y se dejarán tareas para la casa. Luego se aplica la Escala de Liebowitz para la Ansiedad Social (LSAS), para medir el estado de ansiedad o evitación; de acuerdo al motivo por el que consulta. Posteriormente se trabajó la técnica de expresión de sentimientos, para favorecer la expresión emocional de forma verbal y no verbal. Finalmente se deja como tarea el auto registro del estado de ánimo.

#### Sesión 2:

En esta sesión se le informa a la paciente los resultados de la Escala de Liebowitz para la Ansiedad Social (LSAS). Se aplica la técnica de exposición y prevención de respuestas de evitación (verbalización de recuerdos). La paciente relata que ha dormido aproximadamente por un periodo de 6 horas, en el cual tiene pesadillas y sueña que su padre le habla, durante la semana relata que se ha alimentado poco, ya que presenta inapetencia y considera que se debe a la droga psiquiátrica; manifiesta que esa droga no le hace bien.

#### Sesión 3:

Se revisa la técnica del termómetro del ánimo, en donde se observa una leve disminución de su malestar. Posteriormente se trabajó la técnica de juego de roles mediante Imaginería: Esta técnica permite que la paciente represente escenas relevantes y exprese emociones y sentimientos, mediante verbalizaciones a la persona fallecida, luego ella cambia de rol y representa a su padre. El objetivo de esta sesión se cumple totalmente, puesto que se logra que la paciente reconozca diferentes formas de interpretar una misma situación, muestra optimismo al desarrollar dicha técnica y se evidencia una disminución en el llanto y mayor fluidez y ritmo en su conversación. Se deja como tarea continuar con el registro del estado de ánimo.

#### Sesión 4:

Se hace revisión del termómetro de la escala del ánimo durante la semana. Se instruye en la técnica Relajación de Jacobson y se sugiere un audio. Se finaliza la sesión con reorientación en involucrar actividades agradables durante la semana. La paciente refiere sentirse mejor en cuanto al sueño y apetito. Cuenta que “ayer no sentí deseos de llorar en la tarde, más bien me imaginé que él me estaba cuidando, pero sigo escuchándolo en sueños, se me acerca y cuando despierto me da mal genio”; “porque no está ahí”.

#### Sesión 5:

Se revisa el termómetro de la escala del ánimo durante la semana. Se trabaja en la técnica de psicoeducación informativa a familiares y a paciente. Se le indica a la paciente que debe estar acompañada; ya que la red familiar le será útil en la elaboración adecuada del duelo, se finaliza la sesión con tarea de modificación de rutinas conductuales durante la semana y realizar actividades agradables olvidadas, por iniciativa de la paciente se programan algunas actividades familiares; salidas al parque, al centro de la ciudad, a la universidad, donde estudia su hermana y a la plaza de mercado.

#### Sesión 6:

En esta sesión se revisa el termómetro del estado de ánimo, se realiza un repaso de las estrategias aprendidas durante las anteriores sesiones. Se trabaja la técnica de reestructuración cognitiva, para modificar cogniciones, hacia creencias más reales; que le ayuden a elaborar la pérdida y encontrarle sentido a su vida. Se instruye a la paciente mediante actividad lúdica, sobre el esquema cognitivo y la influencia sobre sus emociones y conductas. Se observa en consulta ausencia de llanto, verbalización pausada, mostrando atención y comprensión sobre la técnica trabajada. Se dejan instrucciones para la casa acerca de continuar con actividades y registro del estado de ánimo.

#### Sesión 7:

En esta sesión se revisa el termómetro del estado de ánimo, se trabaja la técnica de auto aceptación, enfocado en flexibilización sobre exigencias y críticas, se le muestra a la paciente la forma como ha interpretado la realidad y las consecuencias de estas cogniciones en su comportamiento, se observa una paciente atenta y colaboradora durante la sesión. Manifiesta que durante la semana su apetito ha mejorado, al nivel de antes, igualmente ha ocurrido con el sueño, logrando dormir cerca de 8 horas en la noche, también

cuenta que ha retomado horarios de levantarse y actividades olvidadas. Se deja como tarea continuar con actividades y registro del estado de ánimo.

#### Sesión 8:

Se revisa termómetro del estado de ánimo. Se refuerza la técnica de reestructuración cognitiva permitiendo identificación de pensamientos negativos y generando pensamientos y conductas alternativas en donde la paciente se muestra optimista, tranquila y colaboradora.

#### Sesión 9:

Se revisa termómetro del estado de ánimo. Se hace retroalimentación positiva, repaso de la técnica de reestructuración cognitiva, se entrena en auto instrucciones, para fortalecer el proceso de reestructuración cognitiva.

#### Sesión 10:

Se hace cierre de sesión, se repasa técnicas en prevención de recaídas: se informa a la paciente y a su familia sobre la necesidad de utilizar las técnicas aprendidas en caso de presentarse recaída. Se aplica encuesta a la paciente de satisfacción del servicio de psicología y satisfacción del mismo. Se hace cierre de historia clínica. Se programan dos sesiones de seguimiento vía telefónica mensual durante los tres meses posteriores, con el objetivo de observar la estabilidad de sus síntomas.

## 9. Resultados

Los resultados obtenidos a nivel general, derivados de la práctica frente a los objetivos de la misma, fueron satisfactorios y esperanzadores, en cuanto se logró fortalecer en el ámbito clínico, se evidenció crecimiento personal y profesional, se hicieron aportes al

Colegio IPSNB en cuanto al tratamiento de la Salud Mental y se contribuyó directamente con los pacientes atendidos y con el caso específico elegido.

En consecuencia, los objetivos principales de la intervención consistieron en acompañar el proceso de vivencia del duelo y la reorganización de la vida de la paciente a partir de la pérdida de su padre y reestructurar ideas distorsionadas asociadas a la soledad y la pérdida que favorecen el mantenimiento del malestar emocional. A nivel cualitativo se observa que durante la intervención la paciente mejoró su estado de ánimo, logró reorganizar su proyecto de vida y disminuyeron sus ideas distorsionadas sobre la soledad y la pérdida.

Se hizo evidente la modificación de errores cognitivos de pensamiento como la abstracción selectiva y las autocríticas permanentes, logrando plantear estrategias y significados diferentes frente a la soledad y a la pérdida. En sus repertorios conductuales relata que su vida ha cambiado, se encuentra en estado normal de funcionalidad, se ha integrado nuevamente a las actividades cotidianas y refiere satisfacción con la activación conductual (realización de actividades frecuentes, visitas familiares, ejecución de labores en el hogar). De acuerdo al reporte realizado por familiares cercanos sobre la funcionalidad de la paciente, refieren que la señorita SL, se muestra en normalidad, se ha integrado con familiares, realiza actividades de corte espiritual, ha viajado y conserva la calma en consulta al hablar de la muerte de su padre, lo que indica que la paciente se encuentra en etapa de aceptación.

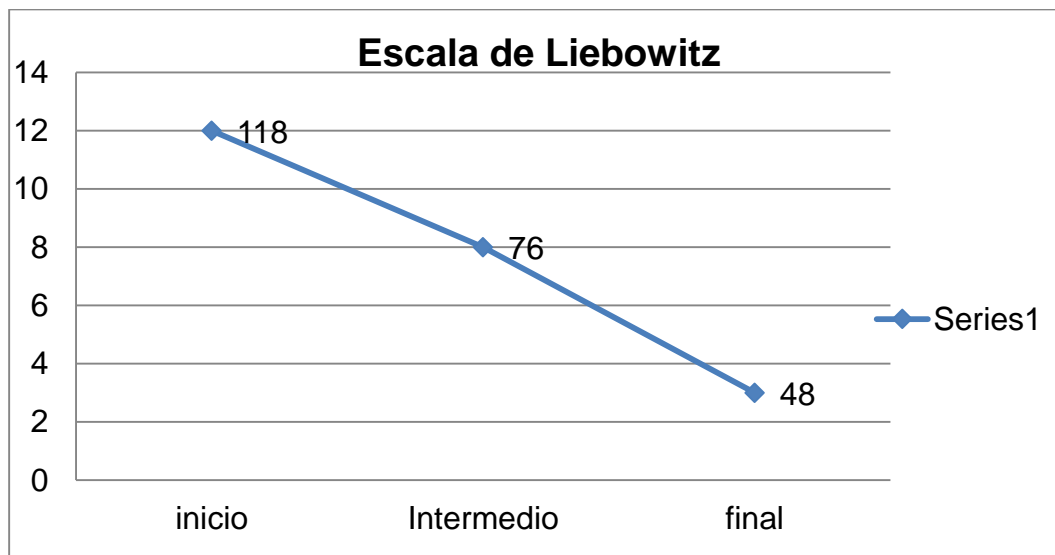
Al realizar la encuesta de satisfacción en la última sesión, se muestra optimista sobre la intervención realizada señalando agradecimientos sobre el mejoramiento en su calidad de vida.

A nivel cuantitativo, de acuerdo a la medición del estado de ánimo, se observa que el malestar disminuyó significativamente de 9 puntos al iniciar el proceso psicológico, disminuyó a 3 puntos al final del tratamiento como se observa en la Gráfica 3, entre la séptima y décima sesión es donde más variación se observa, es decir entre la sesión 3 y 6 de intervención.

De acuerdo a la Escala de Liebowitz para la Ansiedad Social (LSAS), que se aplicó en la segunda sesión de evaluación, primera sesión de intervención y décima sesión de intervención, se observa una notable disminución del síntoma ansiedad y evitación. De 118 puntos registrados en la fase de evaluación, disminuyó a 48 puntos en la sesión 13.

Gráfica 1.

*Escala de Liebowitz.*

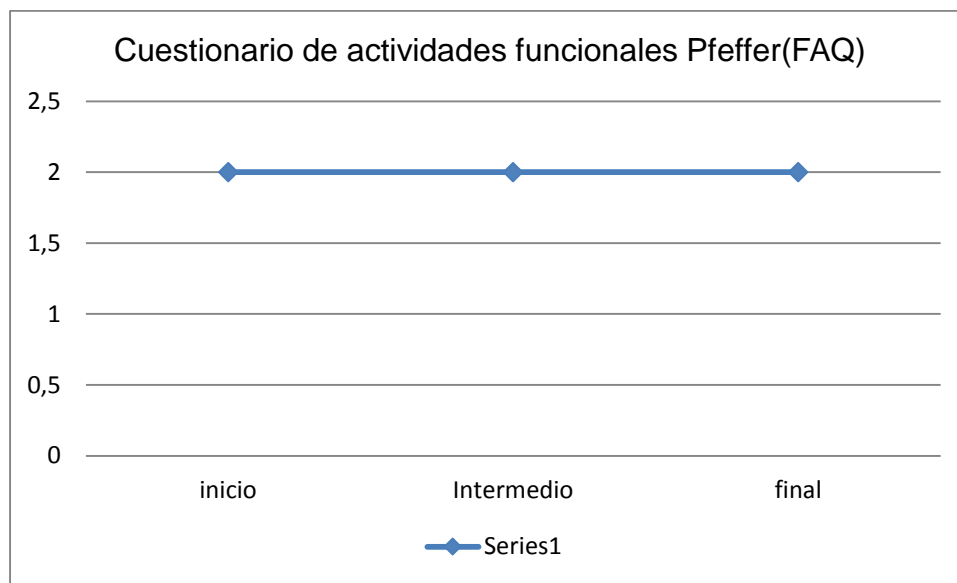


Fuente. Autor.

El Cuestionario de actividades funcionales de Pfeffer aplicado a un familiar arrojó un resultado de 2 puntos en la respuesta número 11, se mantuvo en el mismo nivel en las dos otras mediciones realizadas, es decir que no hubo cambios.

Grafica 2.

*Cuestionario de actividades funcionales Pfeffer.*

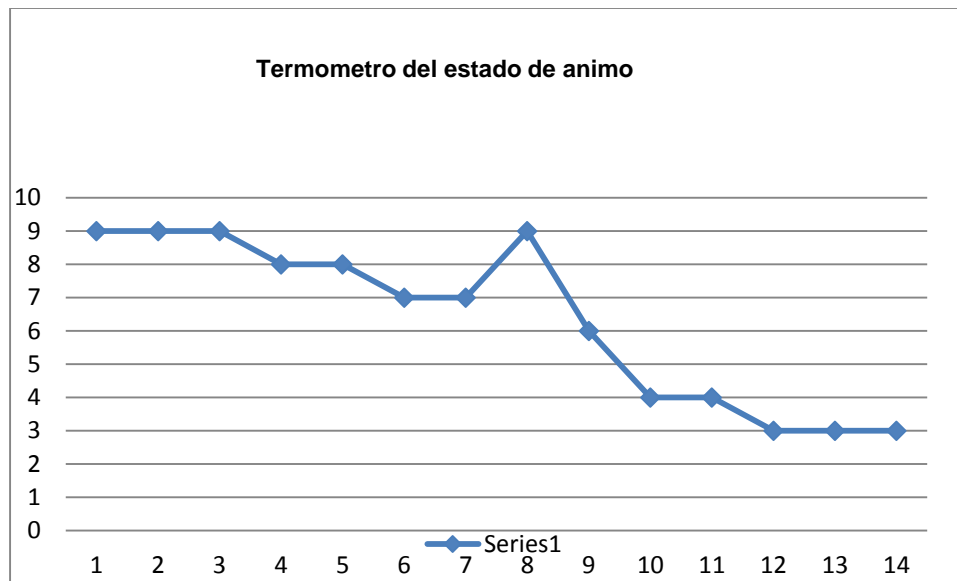


Fuente. Autor.

Los resultados arrojados en este instrumento aplicado a un familiar cercano de la paciente, muestran puntuaciones estandarizadas en la segunda semana, y a la 5 semana; y al final del tratamiento psicológico, lo que indica que la paciente conserva su estado cognitivo sin alteraciones significativas durante el tratamiento.

De acuerdo al termómetro del estado de ánimo (figura 3) y a la Escala de Liebowitz para la Ansiedad Social (LSAS), se observa una mejoría significativa en el estado de ánimo, con disminución de la tristeza, según el termómetro del 66% y según la Escala del 60%. De acuerdo a esta última, su nivel de 48 puntos se encuentra en parámetros normales, es decir, que no presenta síntomas de ansiedad y evitación.

Grafica 3.

*Termómetro del Estado de ánimo.*

Fuente. Autor.

## 10. Discusión

La intervención cognitiva conductual es un enfoque psicológico que permite la elaboración de un proceso de duelo que de ninguna manera dejará de ser significativamente doloroso, pero con estadísticas relevantes en la disminución de la ansiedad, la depresión y las ideas irracionales; según investigaciones realizadas a través de los años con diferentes poblaciones en las cuáles se ha evidenciado que los problemas subyacentes por pérdidas de los seres queridos generan malestar intenso, y que en algunos casos se ven afectadas las diferentes áreas de funcionalidad, situaciones que pueden convertirse en patologías como depresiones, ansiedades y estrés postraumático, razón por la cual este tema se ha convertido en un factor importante de estudio. Diversos investigadores lo han considerado significativo para el desarrollo de estudios determinantes que han servido como referente en las intervenciones actuales; importante mencionar los relevantes

hallazgos de la investigadora Lasagni (2014), acerca de las complicaciones médicas que aparecen como consecuencia de las pérdidas y de las depresiones que indefectiblemente acompañan estos procesos.

Desde esta perspectiva han surgido variados planteamientos de cómo intervenir un proceso de duelo en curso sin acudir exclusivamente a la prescripción de psicofármacos, estimándose que es mejor estar inmerso en actividades socioculturales, aunque parece ser que la mujer se adapta mejor a este tipo de cambios, tal y como lo afirma la misma Doctora Lasagni .

Por lo anterior, mediante las diferentes estrategias cognitivas conductuales se ha demostrado su efectividad en la intervención en duelo mostrando resultados favorables en su elaboración tal y como se evidenció en los estudios ya referenciados en ésta investigación y realizados en México (Dávila, 2010) y en Colombia (Carmona, 2012), en los cuales se dio cumplimiento a los objetivos propuestos en casos distintos de elaboración de duelo.

En este estudio de caso se planteó como opción en la elaboración de un proceso de duelo en curso por muerte del padre, el cual se consideró de importancia intervenir ya que las afectaciones emocionales de la paciente interfirieron significativamente de forma negativa en su funcionalidad cotidiana.

Intervención que se planteó como opción en el acompañamiento psicológico en la elaboración de duelo en una adulta pretendiendo disminuir el malestar presente mediante la modificación de ideas distorsionadas causantes del incremento de su malestar. A partir de la intervención desde un enfoque cognitivo conductual, se evidenció la modificación de ideas distorsionadas y pensamientos erróneos que favorecían el malestar emocional de la paciente tal y como lo registran Valencia & Dávila (2010, P.4), “Con respecto a las

estrategias de intervención para el manejo del duelo se destacan en la literatura aquellas propuestas que incluyen los sistemas de creencias disfuncionales (como ambigüedad, ideas irracionales, estilos, atribuciones pesimistas, indefensión, miedos irracionales, etc)”.

De la misma forma los resultados de los instrumentos aplicados arrojaron favorabilidad en lo referente a la autonomía y reintegración a su vida cotidiana. En la presente intervención se obtuvieron resultados significativos que permitieron la disminución de la desesperanza, llanto y malestar emocional, cambios que se hicieron evidentes a nivel personal y familiar.

Por lo anterior, se puede mencionar que las intervenciones TCC, son una opción favorable en la elaboración de los procesos de duelo en las personas adultas, ya que se evidenció modificación de esquemas cognitivos y activación conductual, procesos tales que favorecen la adecuada reinterpretación del proceso de duelo.

Los diferentes estudios realizados a nivel mundial dejan ver que las técnicas cognitivas conductuales son una opción idónea para elaboración de duelo, no obstante en este caso específico se encontró que por el escaso nivel de comprensión, las técnicas tuvieron que ser adecuadas; sin embargo es relevante que al terminar la intervención se lograron cambios significativos a nivel emocional, cognitivo y conductual pudiendo evidenciar adherencia a las técnicas, de esta manera se hace la debida aclaración que a partir de la implementación de las técnicas se lograron cambios significativos en lo que se pudo corroborar lo siguiente:

Integración a las actividades cotidianas

Modificación de ideas disfuncionales relacionadas a la pérdida

Reinterpretación de la pérdida

Interiorización y práctica de autonomía.

Finalmente se evidenció que el cumplimiento de los objetivos propuestos, reportando en la paciente intervenida mediante la TCC, una evolución clínica satisfactoria.

## Conclusiones

La mejoría observada en la paciente está asociada a las técnicas terapéuticas utilizadas, lo cual indica que la elección de estas fue, la adecuada.

La mejoría observada en la paciente corresponde a una adecuada instrucción frente al manejo del pensamiento de esta manera se logró que la paciente haya interiorizado estrategias de afrontamiento que permiten en el futuro como enfrentarse a posibles dificultades, factor que contribuye a que los resultados se mantengan a largo plazo.

La adherencia al tratamiento de la paciente contribuyó a cumplir los objetivos de la intervención psicológica.

El apoyo familiar favoreció la mejoría de la paciente. Además, factores protectores como apoyo espiritual favorecieron positivamente en la evolución.

Como dificultades, se encuentra, el bajo nivel de comprensión de la paciente, para ello fue necesario ajustar de forma diferente la instrucción y aplicación de instrumentos que requirieron de apoyo del terapeuta.

La utilización de las técnicas fue bajo instrucciones sencillas, fáciles y con un uso de lenguaje de baja complejidad, realizando constantemente retroalimentación para revisar que la información dada, fuera entendida completamente.

Al finalizar el tratamiento psicológico la paciente relató haber desistido del tratamiento con psicofármacos habiendo recuperado su estabilidad emocional.

El duelo es un proceso natural en la evolución de las personas, sin embargo es considerado una de las situaciones más dolorosas en la especie humana, que en algunas circunstancias interfiere negativamente en las diferentes áreas de funcionamiento impidiéndole continuar viviendo dignamente.

Las intervenciones Cognitivas Conductuales favorecen la adecuada elaboración de duelo logrando mejoría en su calidad de vida.

Las técnicas cognitivas conductuales como la reestructuración cognitiva, expresión emocional, dramatización mediante imaginería, activación conductual, permiten disminución en los síntomas causados por duelo por pérdida del padre, de forma repentina, evidenciando adaptación adecuada a las actividades cotidianas

El apoyo familiar mostró ser un factor de importancia en el proceso de elaboración del duelo, lo cual favoreció la aplicación de estrategias psicoeducativas a nivel familiar.

En conclusión se logró mediante la intervención cognitiva enfocada en las técnicas propuestas por Aron Beck(1976) y algunas técnicas conductuales disminuir el malestar causado por pérdida del padre mediante la modificación de ideas distorsionadas y pensamientos erróneos relacionadas con la soledad y la pérdida, logrando reinterpretación de su visión de vida, evidenciado en la ejecución de actividades cotidianas que favorecieron su salud integral, sin embargo se reitera que no se pueden generalizar los resultados de este estudio de caso, ya que la intervención se realizó en un contexto determinado y específico.

Los resultados expuestos en esta intervención corresponden a una adulta en situación de duelo, estudio en el cuál se logró cumplir con los objetivos propuestos.

Cabe resaltar que los resultados no pueden ser generalizados debido a que este estudio de caso fue desarrollado con única paciente en un contexto específico. Sin embargo para concluir se puede afirmar que la intervención realizada fue categóricamente eficaz y exitosa, de la cual se puede inferir su signo positivo y esperanzador para la solución de casos similares que se presenten en el futuro.

La experiencia derivada de la práctica clínica permitió profundizar en el conocimiento y manejo del proceso de duelo, y el trato directo con la paciente, posibilitó

también ir descubriendo y afianzando competencias y habilidades clínicas en relación directa con la práctica dentro del contexto institucional.

## Bibliografía

- Amoros, V. (1980). Acerca del psicólogo clínico. *Revista Latinoamericana de Psicología*, vol. 12, (2), p. 363-369. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/805/80512213.pdf>
- Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, (2013).
- Bados A. García, E. (2010). La técnica de la reestructuración cognitiva. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona. Recuperado: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuraci%C3%B3n.pdf>
- Técnicas de exposición. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona. Disponible: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/18403/1/T%C3%A9cnicas%20de%20Exposici%C3%B3n%202011.pdf>
- La técnica de la reestructuración cognitiva. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona recuperado de: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuraci%C3%B3n.pdf>.
- Beck, A. Freeman, A. y otros. (s.f.). Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad, recuperado de: <http://psyciencia.com/wp-content/uploads/2013/09/Terapia-Cognitiva-De-Los-Trastornos-De-Personalidad.pdf>
- Beck, J. (2000). Terapia Cognitiva. Barcelona, España: Gedisa

- Cabrales, J. (2006). El abordaje de la depresión desde distintos marcos conceptuales psicológicos. Universidad autónoma de España. De Durango. (México).disponible: <http://www.monografias.com/trabajos-pdf2/abordaje-depresion-psicologia/abordaje-depresion-psicologia.pdf>
- Caro, I. (2013.Noviembre).El estudio de la personalidad en el modelo cognitivo de Beck Reflexiones críticas. *Boletín de Psicología*, (109), 19-49. Recuperado: [http://www.researchgate.net/profile/Isabel\\_Caro\\_Gabalda/publication/258210232\\_El\\_estudio](http://www.researchgate.net/profile/Isabel_Caro_Gabalda/publication/258210232_El_estudio).
- Carmona, Z. Bracho, C. (2008). La muerte y el duelo y el equipo de salud. *Revista de salud pública*. 2(2):14-23.recuperado: [http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/RSP08\\_2\\_05\\_art2\\_carmona.pdf](http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/RSP08_2_05_art2_carmona.pdf)
- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (2013). Evaluación del inventario BDI-II. recuperado: <https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf>.
- Cursio, C. (2010).Investigación y envejecimiento: del dato a la teoría: *Hacia la Promoción de la Salud*,15(1)146-166.recuperado:<http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v15n1/v15n1a10.pdf>
- Díaz, I. Núñez, R. (2010). “*Psicología Clínica: ¿Qué es? ¿Qué hace? ¿Cómo lo hace? ¿Para qué sirve?*”. Universidad Autónoma Metropolitana: Casa abierta al tiempo. Recuperado: <http://dspace.universia.net/bitstream/2024/805/1/PSICOLOGIA+CLINICA+que+es.pdf>
- Echeburúa, E. De Corral, P. (1999). Avances en el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos de personalidad. *Análisis de modificación de conducta*. Universidad país

vasco. 25(102), 586-614, recuperado: <http://www.ehu.eus/echeburua/pdfs/3-avances.pdf>

Echeburúa, E. (2007). ¿Cuándo el duelo es patológico y cómo hay que tratarlo? *Análisis y Modificación de Conducta*. 33(147).31-50. Recuperado de: [file:///C:/Users/User/Downloads/1205-4582-1-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/1205-4582-1-PB%20(2).pdf)

Gamo E. Pazos, P. (2009). El duelo y las etapas de la vida. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. 29, (104), 455-469. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265019649011>

Goleman, D. (1996). *La inteligencia emocional*. Buenos Aires, Argentina. Kairos.

González J (1999). *Psicoterapia de grupos*. México, D.F. El manual moderno.

Lemos, M & Londoño. (2006). Construcción y validación del cuestionario de dependencia emocional en población colombiana. Universidad San Buenaventura. Medellín-Colombia.

Lozano, J. Rubio, E & Pérez, M. (1999). Eficacia de la técnica de detención del pensamiento en diferentes trastornos psicopatológicos. *Psicología Conductual*, 7, (3), 471-499. recuperado: <http://www.psicologiaconductual.com/PDFespanol/1999/art08.3.07.pdf>.

Maldonado, J. (2004). *Psicoeducación en Salud*. Madrid España: [www.psicopedagogia.com](http://www.psicopedagogia.com). Recuperado de: <http://www.psicopedagogia.com/psicoeducacion-en-salud>

Manual de Convivencia. *Instituto de Promoción Social del Norte de Bucaramanga*.

Páez, M., Gutiérrez, O., Salas, V. Luciano. (2006) Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la importancia de los valores personales en el contexto de la terapia psicológica. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 6(1),

1-20 Recuperado: <http://www.ijpsy.com/volumen6/num1/127/act-y-la-importancia-de-los-valores-personales-ES.pdf>

*Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la importancia de los valores personales en el contexto de la terapia psicológica*,6, pp. 1-20. 1 Universidad de Almería y Universidad de Granada, España. Recuperado: <http://www.ijpsy.com/volumen6/num1/127/act-y-la-importancia-de-los-valores-personales-ES.pdf>.

Palafox, M. (2001). *La educación emocional desde los modelos terapia Racional Emotiva Conductual y centrado en la persona*. Universidad veracruzana facultad de pedagogía. Ciudad de Veracruz. Recuperado: <http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/29596/1/PalafoxMovis.pdf>.

Partarrieu, Andrés (2011). Diálogo Socrático en Psicoterapia. Cognitiva. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado: <http://www.aacademica.com/000-052/236.pdf>.

Perpiña, C. (2012). *Manual de la entrevista psicológica*. Universidad Complutense de Madrid Recuperado de <http://www.academia.edu/5051180/MANUAL-DE-LA-ENTREVISTA-PSICOLOGICA>.

Piacente, T.(2009). *Técnicas e instrumentos de exploración psicológica*. Universidad nacional de la plata facultad de psicología: recuperado de [http://www.psico.unlp.edu.ar/catedras/evaluacionpsicologica/material2012/mat\\_didac\\_sistem/2-entrevista.pdf](http://www.psico.unlp.edu.ar/catedras/evaluacionpsicologica/material2012/mat_didac_sistem/2-entrevista.pdf)

Quiles, J. Bernabé, M., Esclapés C, Martín,M. Quiles G & Quiles, Y (2008). *Apoyo al Duelo*. Recuperado de:

[http://donacion.organos.ua.es/submenu3/inf\\_sanitaria/duelo/LibroApoyoalDueloASV.pdf](http://donacion.organos.ua.es/submenu3/inf_sanitaria/duelo/LibroApoyoalDueloASV.pdf).

Rosemary, A. (2005) *Técnicas de relajación*. Recuperado: <https://books.google.com.co/books>.

Riso, W. (2006). *Terapia Cognitiva: fundamentos teóricos y conceptualización del caso*.

Tizón, J. (2013). *Pérdida, pena y duelo*. Barcelona España: Herder

Torrentsa, O., Mora, A., Massana, L.Roberta, A.&Tejeroa. A (2011). Resultados de efectividad de un grupo de estrategias de afrontamiento para pacientes dependientes de sustancias en el contexto de un hospital de día. *trastornos adictivos*, 13(4),135-143.recuperado de: [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=90098407&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=182&ty=46&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=182v13n04a90098407pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90098407&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=182&ty=46&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=182v13n04a90098407pdf001.pdf)

Valencia A. Dávila, Y. (2010). Intervención cognitivo-conductual para la elaboración del duelo en la diada madre-hijo. *Varicha* .México (14)1-11. Recuperado: [http://www.revista.uaricha.umich.mx/Articulos/Uaricha\\_14\\_001-011.pdf](http://www.revista.uaricha.umich.mx/Articulos/Uaricha_14_001-011.pdf)

Van-der. C.J. (2005). *El libro de las habilidades de comunicación*. Recuperado de: <https://books.google.com.co/books?id=7ldQbFzhRBkC&pg=PA64&lpg=PA64&dq=libro+de+relajacion+de+jacobson&source=bl&ots=7ersXQ7LLw&sig=wdKqeYAYT7pJVIPjuN7HUcGR6aY&hl=es-419&sa=X&ei=wemRVfz9HYLSsAWwm6LwDw&ved=0CFgQ6AEwCQ#v=onepage&q=libro%20de%20relajacion%20de%20jacobson&f=false>



## **Anexos**

**Anexo A.****Formato de Consentimiento Informado en Psicología Clínica.**

## CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Fecha: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Identificación: \_\_\_\_\_

Manifiesto que:

He recibido toda la información necesaria de forma confidencial, clara, comprensible y satisfactoria sobre la naturaleza y propósito de los objetivos de la atención Psicológica, como también soy conocedor(a) de estar en la libertad de abandonar el tratamiento; así mismo fui informado de: Procedimientos, temporalidad y honorarios que se seguirán a lo largo de la intervención Clínica, sujeto a los artículos referidos a las normas de confidencialidad establecidas en el Código Deontológico de los/as Psicólogos/as.

Por otra parte autorizo que la información obtenida podrá ser utilizada con fines académicos dentro de la práctica clínica. En el proceso de formación del Psicólogo Especialista Geduar Tarazona, estudiante de la Universidad Pontificia Bolivariana Seccional Bucaramanga

Por lo anterior autorizo a realizar la citada intervención profesional y posteriores sesiones de seguimiento.

Paciente

Firma \_\_\_\_\_ Cédula \_\_\_\_\_

Profesional

Firma \_\_\_\_\_ Cédula \_\_\_\_\_

**Anexo B.****Formato de Historia Clínica.**

HISTORIA CLÍNICA

H.C.

Fecha de Recepción	
Remitido por	
Fecha de remisión	

## 1. Datos demográficos

Nombre	
Documento de identidad	
Edad	
Fecha de nacimiento y lugar	
Acompañante (identificación)	
Dirección	
Teléfono	
Teléfono alternativo (trabajo)	
Ocupación	
Nivel Educativo	
Estado civil	
Orientación religiosa	

## 2. Información Familiar

<i>NOMBRE</i>	<i>PARENTESCO</i>	<i>EDAD</i>	<i>OCUPACION</i>	



--

7. Plan de Intervención	

8. Seguimiento	
Fecha de sesión	Seguimiento terapéutico

Psicólogo tratante	
--------------------	--

**Anexo C.****Escala de Liebowitz para la Ansiedad Social (LSAS)**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Lea atentamente cada frase y decida hasta qué punto esa situación afecta a su ansiedad y comportamiento. Por favor, conteste todas las preguntas. Por favor conteste de acuerdo con la siguiente escala: **0 Ninguno; 1 Ligero; 2 Moderado y 3 Severo.**

**Miedo o Ansiedad.**

- |    |   |         |
|----|---|---------|
| 1  | Telefonar en público.   | 0 1 2 3 |
| 2  | Participar en pequeños grupos.                                      | 0 1 2 3 |
| 3  | Comer en lugares públicos.  | 0 1 2 3 |
| 4  | Beber con otras personas en lugares públicos.                       | 0 1 2 3 |
| 5  | Hablar con gente importante.  | 0 1 2 3 |
| 6  | Actuar o dar una charla frente a una audiencia.                     | 0 1 2 3 |
| 7  | Ir a una fiesta.  | 0 1 2 3 |
| 8  | Trabajar mientras le observan.                                      | 0 1 2 3 |
| 9  | Escribir mientras le observan.                                      | 0 1 2 3 |
| 10 | Telefonar a alguien que no conoce muy bien.                         | 0 1 2 3 |
| 11 | Hablar con gente que no conoce muy bien.                            | 0 1 2 3 |
| 12 | Reunirse con desconocidos.  | 0 1 2 3 |
| 13 | Orinar en unos lavabos públicos.                                    | 0 1 2 3 |
| 14 | Entrar en una sala cuando otros ya están sentados.                  | 0 1 2 3 |
| 15 | Ser el centro de atención.  | 0 1 2 3 |
| 16 | Tomar la palabra en una reunión.                                    | 0 1 2 3 |
| 17 | Realizar un test.   | 0 1 2 3 |
| 18 | Expresar desacuerdo o desaprobación a gente que no conoce muy bien. | 0 1 2 3 |
| 19 | Mirar a los ojos a gente que no conoce muy bien.                    | 0 1 2 3 |

- 20 Presentar un informe a un grupo. 0 1 2 3
- 21 Intentar ligar con alguien. 0 1 2 3
- 22 Devolver una compra a una tienda. 0 1 2 3
- 23 Dar una fiesta. 0 1 2 3
- 24 Resistir las presiones de un vendedor insistente. 0 1 2 3

Firma.....

**Anexo D.****Formato Cuestionario de Actividad Funcional de PFEFFER.**

Cuestionario de ACTIVIDAD FUNCIONAL de PFEFFER (FAQ) Pfeffer et al. (1982) Informador (relación con el paciente): Nombre: Fecha:					
Puntuar cada ítem del modo siguiente: 0 Normal; o nunca lo hizo pero podría hacerlo solo/a 1 Con dificultad pero se maneja solo; o nunca lo hizo y si tuviera que hacerlo ahora <b>tendría dificultad.</b> 2 Necesita ayuda (pero lo hace). 3 Dependiente (no puede realizarlo).					
1	¿Maneja su propio dinero?	3	2	1	0
2	¿Puede hacer solo/a la compra (alimentos, ropa, cosas de la casa)?	3	2	1	0
3	¿Puede prepararse solo/a el café o el té y luego apagar el fuego?	3	2	1	0
4	¿Puede hacerse solo/a la comida?	3	2	1	0
5	¿Está al corriente de las noticias de su vecindario, de su comunidad?	3	2	1	0
6	¿Puede prestar atención, entender y discutir las noticias de la radio y los programas de TV, libros, revistas?	3	2	1	0
7	¿Recuerda si queda con alguien, las fiestas familiares (cumpleaños, aniversarios), los días festivos?	3	2	1	0
8	¿Es capaz de manejar su propia medicación?	3	2	1	0
9	¿Es capaz de viajar solo/a fuera de su barrio y volver a casa?	3	2	1	0
10	¿Saluda apropiadamente a sus amistades?	3	2	1	0
11	¿Puede salir a la calle solo/a sin peligro?	3	2	1	0

PUNTUACIÓN TOTAL

**Anexo E.****Formato Termómetro del Estado del Ánimo.**

TERMÓMETRO DEL ESTADO DEL ÁNIMO

SEMANA# \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_

Muy mal	10	10	10	10	10	10	10
Bastante Mal	9	9	9	9	9	9	9
Mal	8	8	8	8	8	8	8
Regularmente mal	7	7	7	7	7	7	7
Medianamente mal	6	6	6	6	6	6	6
Regularmente	5	5	5	5	5	5	5
Mejor que regular	4	4	4	4	4	4	4
Mejor	3	3	3	3	3	3	3
Bien	2	2	2	2	2	2	2
Muy bien	1	1	1	1	1	1	1

**Anexo F.****Escala de Depresión de Beck.****1. Tristeza**

0. No me siento triste.
1. Me siento triste.
2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
3. Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.

**2. Pesimismo**

0. No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.
1. Me siento desanimado de cara al futuro.
2. siento que no hay nada por lo que luchar.
3. El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

**3. Sensación de fracaso**

0. No me siento fracasado.
1. he fracasado más que la mayoría de las personas.
2. Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro.
3. Soy un fracaso total como persona.

**4. Insatisfacción**

0. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
1. No disfruto de las cosas tanto como antes.
2. Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas.
3. Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.

**5. Culpa**

0. No me siento especialmente culpable.
1. Me siento culpable en bastantes ocasiones.
2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
3. Me siento culpable constantemente

**6. Expectativas de castigo**

0. No creo que esté siendo castigado.
1. siento que quizás esté siendo castigado.
2. Espero ser castigado.
3. Siento que estoy siendo castigado.

**7. Auto desprecio**

0. No estoy descontento de mí mismo.
1. Estoy descontento de mí mismo.
2. Estoy a disgusto conmigo mismo.
3. Me detesto.

**8. Autoacusación**

0. No me considero peor que cualquier otro.
1. Me autocritico por mi debilidad o por mis errores.
2. Continuamente me culpo por mis faltas.
3. Me culpo por todo lo malo que sucede.

**9. Idea suicidas**

0. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.
2. Desearía poner fin a mi vida.
3. Me suicidaría si tuviese oportunidad.

**10. Episodios de llanto**

0. No lloro más de lo normal.
1. Ahora lloro más que antes.
2. Lloro continuamente.
3. No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.

**11. Irritabilidad**

0. No estoy especialmente irritado.
1. me molesto o irrito más fácilmente que antes.
2. me siento irritado continuamente.
3. Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.

**12. Retirada social**

0. No he perdido el interés por los demás.
1. Estoy menos interesado en los demás que antes.
2. He perdido gran parte del interés por los demás.
3. He perdido todo interés por los demás.

**13. Indecisión**

0. Tomo mis propias decisiones igual que antes.
1. Evito tomar decisiones más que antes.
2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
3. Me es imposible tomar decisiones.

**14. Cambios en la imagen corporal.**

0. No creo tener peor aspecto que antes
1. Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.
2. Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.
3. Creo que tengo un aspecto horrible.

**15. Enlentecimiento**

0. Trabajo igual que antes.
1. Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.
2. Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.
3. Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.

**16. Insomnio**

0. Duermo tan bien como siempre.
1. No duermo tan bien como antes.
2. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormir.
3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormir.

**17. Fatigabilidad**

0. No me siento más cansado de lo normal.
1. Me canso más que antes.
2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
3. Estoy demasiado cansado para hacer nada.

**18. Pérdida de apetito**

0. Mi apetito no ha disminuido.
1. No tengo tan buen apetito como antes.
2. Ahora tengo mucho menos apetito.
3. he perdido completamente el apetito.

**19. Pérdida de peso**

0. No he perdido peso últimamente.
1. He perdido más de 2 kilos.
2. He perdido más de 4 kilos.
3. He perdido más de 7 kilos.

**20. Preocupaciones somáticas**

0. No estoy preocupado por mi salud
1. Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago, catarros, etc.
2. Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.
3. Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.

**21. Bajo nivel de energía**

0. No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.
1. La relación sexual me atrae menos que antes.
2. Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.
3. He perdido totalmente el interés sexual.

## **Anexo G.**

### **Técnica de Imaginería**

#### **Reportado por la señorita SL**

##### **SITUACION 1**

#### **Clase de Ingles**

El profesor de fonética; Carlos Carvajal nos anuncia que nos hará un examen, pero que será en un parque; en mi casa, me preparo muy bien para el examen, debemos llevar una noticia de la internet de una página de inglés, aprendémosla de memoria y en el parque redactarla, yo elijo la noticia del accidente del avión donde murieron 150 personas por culpa del copiloto, cuando ya estaba lista, me decía aquí en mi casa, lo hago muy bien, pero y en el parque? Ante toda esa gente, mis compañeros y la gente que pasa?, esta idea me intranquiliza un poco, pero no le doy importancia, el día luego, en el parque dialogó con mis compañeros, han escogido temas de deportes, ciencia, farándula y otros, empieza el examen yo soy la doceava en pasar, veo a mis compañeros con atención, entiendo algunas cosas que dicen, algunas se olvidan o pronuncian mal, el profesor los corrige, mientras voy repasando, pronto llega mi turno, me levanto en mi posición, mis compañeros están en mi perfil izquierdo, el profesor en frente, a mi derecha, hay árboles, gente caminando por los alrededores, empiezo hablando sobre Andreas Lubitz, como fue su vida, su adolescencia, aspectos importantes de su vida, sobre su enfermedad mental, como paso sus últimos días, por ultimo relato el fatídico día y los días posteriores y finalizo, tuve algunos errores pero el profesor me dijo que estuvo bien

##### **SITUACION 2**

#### **Paseo al mar con los profesores y compañeros**

Organizamos un paseo para fin de año a Cartagena durante 5 días, al principio no quería; porque allá hace demasiado calor, preparo mi maleta, ropa y cosas personales, nos fuimos a

las 8:00 pm, todos en un bus, voy sentada con un compañero, dormí casi toda la noche, durante el camino hable con mi compañero, cuando llegamos me sentía muy cansada, fuimos al hotel, después fuimos almorzar en el restaurante del hotel, en total éramos 27 personas, después fuimos a caminar por la playa, al ver el mar, me sorprendí, nunca había visto el mar, era muy hermoso, grande, hacía mucho calor, al día siguiente fuimos a ver las murallas, nos tomamos fotos, hablamos con la gente, en la tarde fuimos a una playa a montar en lancha, yo no quería porque nunca aprendí a nadar, pensaba, nunca había montado en barco y me iba a caer, pero no pasó nada, en la noche había una fiesta pero yo no fui, me quede en la habitación hablando con una amiga, escuchando gritos un tipo se quería ir sin pagar, al final llego la policía y todo se arregló, disfrute mucho este viaje.

## **Anexo H**

### **Técnica de Auto registro.**

#### **Reportado por la señorita SL**

##### **AUTO REGISTRO DE LA PACIENTE S L.**

Desde el viernes 15 de mayo de 2015 hasta el miércoles 10 de junio de 2015

**Viernes 15 mayo de 2015**

Fui hacer deporte al regresar repose y me fui a bañar me sentía bien hasta el momento, después se me bajaron los ánimos, ore, desayune; mis ánimos ya habían mejorado hice oficio un rato, puse el almuerzo y un problema que tengo no se hace cuánto, es que mi mente se distrae en pensamientos, esto puede durar un rato y son pensamientos repetitivos, es decir que pienso algo y vuelvo y lo pienso. Después del almuerzo escuche el audio y dormí un rato, me levante con la mente despejada, después de un rato se me bajaron los ánimos pero no fue mucho, me acosté temprano escuche el audio.

**Sábado 16 mayo 2015**

Me levante tarde me hice el desayuno y oficio; la mañana se pasa rápido, me sentía normal en la tarde escuche la relajación y dormí me levante bien pero no tanto como el viernes, se me olvidaba y la hora del almuerzo me sentía como malgeniada no recuerdo porque. En la tarde estuve bien pero al llegar la noche se me bajaron las lagrimas sobre todo cuando fui a dormir esa noche no dormí bien.

**Domingo 17 mayo 2015**

Me levante un poco tarde hice el desayuno me sentía bien, después desayune, ore, después lave loza, ayude en el almuerzo, vi un poco de televisión, me sentía normal, después me fui a mi pieza y leí un poco, almorcé, vi televisión, hice el ejercicio de relajación. Dormí, me levante bien, pero al rato me sentía presionada, pero no mucho, hice el oficio, estuve escuchando música; al llegar la noche se me bajaron un poco las lágrimas.

**Lunes 18 mayo 2015**

Me levante, hice el desayuno, me bañe, ore, me sentía bien, eran como las 9:10 am, arregle el patio, por un momento me dio el sol y mi hermana me pidió un favor que le prestara algo, después tome agua y espere unos minutos fui a la cocina y empecé a lavar la loza y arregle el almuerzo, pero empecé a sentirme como con desosiego, no me hallaba en lo que hacía, me sentía mareada intente respirar lento y el mareo se calmó y me sentí un poquito mejor, seguí con los oficios y me volví a sentir mal, esto me duro un rato y luego se calmó, cuando me fui almorzar me sentía mejor, repose, escuche el audio, dormí, me levante bien hice algunas cosas, la tarde se pasó rápido en la noche leí, me fui a dormir temprano, pero había ruido y luz, sentí calor me dormí como a la 1:00 am.

Martes 19 mayo 2015

Me levante temprano, fui a hacer deporte, me fue bien, al regresar tome agua, vi noticias, repose, mi mama hizo el desayuno, me bañe, desayune, realice el auto reporte, hice oficio, luego del almuerzo me sentía rara, almorcé sin ganas, dormí y me levante bien, hice un poquito de oficio, leí, me arregle, espere a mi hermana y fuimos a la parroquia, me sentí bien, al llegar a la casa cene, estuve un rato en el patio, vi las noticias y un programa después, espere un rato, me fui a dormir, escuche el audio del método silva de vida.

Miércoles 20 de mayo de 2015

Me levante temprano, fui a hacer deporte, al regresar tome agua, vi noticias, me bañe, me sentía bien, desayune y me quede un rato viendo televisión, después ore, sentí un poco de pesadez, fui a escoger unas mandarinas, lave loza, inicie el almuerzo, sentí inquietud, almorcé, seguía inquieta, escuche el audio, y dormí, al levantarme me sentía bien tranquila con disposición, vi tv, hice oficio, pero luego me llevo la inquietud y no se porque si estaba bien, no pensé nada malo, luego buscaba que hacer, luego realice el auto reporte y note que ayer y hoy el tiempo se me pasaba como más rápido, después me lave el cabello y escuche la radio, cene, vi tv, me fui a dormir. Estaba normal, dormí bien.

Jueves 21 de mayo de 2015

Me levante temprano, fui a hacer deporte, a la hora volví, tome agua, puse el desayuno, me fui a bañar, continúe haciendo el desayuno, un poco enfadada porque mi hermana se iba, pero no me sentía mal. Luego desayune, vi tv, ore, puse a hacer el almuerzo, por un momento note como una presión en la cabeza, pero no era muy fuerte, sentía inquietud, pero para después me sentía normal y termine bien. Almorcé, escuche el audio, dormí, me

levanté tranquila, hice oficio, me arreglé, fui a la parroquia, me sentía tranquila al llegar a la casa, escuché la radio, cene, vi tv y me fui a dormir, me costó un poco quedarme dormida, me desperté a la una treinta am y no dormí más, hasta las 5 am, que dormí 20 minutos.

Viernes 22 de mayo de 2015

Fui a hacer deporte una hora, al volver note que me sentía como irritada molesta, me bañé hice el desayuno, desayune vi televisión ore, cuando estaba orando me sentía como con frustración, después fui hacer el almuerzo la doctora prendió la maquina trate de no fijarme en el ruido sino en lo que estaba haciendo me demore mucho haciendo el almuerzo pero me sentí bien y en ese tiempo la doctora encendió la maquina tres veces mas pero no me molesto para nada, almorcé, escuché el audio, dormí, me levante tranquila pero al poco tiempo me sentía como tensionada, tal vez porque fui a lavar ropa y el patio estaba desordenado un poco, después barrí mi pieza, me sentía igual, fui al computador leí noticias, escuché música y me sentí mejor y el resto de la tarde me sentí bien, cene intente ver una película pero me aburrí, entonces me fui a dormir y escuché el audio.

Sábado 23 de mayo de 2015

Me levante temprano hice varias cosas, el desayuno, me demore porque hice varias cosas, después me bañé termine el desayuno pero antes de terminar me distraje en pensamientos y descuide lo que estaba haciendo, después desayune. Ore, cuando estaba orando hubo un momento en el que me sentí incomoda porque había ruido como mi mamá caminando y hablando, mi hermana se acababa de levantar y hacia ruido, bueno cuando termine, empecé a arreglar la cocina y a hacer el almuerzo, no tenía que hacer muchas cosas, así que leí una revista, mientras hacia el almuerzo sentía dolor en el hombro, almorcé, escuché el audio, dormí, me levante bien; como con la mente despejada, pero había mucho ruido en la casa vecina, música a alto volumen, trate de no fijarme en eso mientras lavaba la loza, pero al tiempo me sentí mal, como intranquila con molestia, hice otras cosas y después de un rato largo me sentí mejor, leí noticias, antes hice el examen, me demore, luego vi un programa y me fui a dormir, me desperté como a las tres, me dormí como a las cuatro, dormí bien; y ayer y hoy el tiempo se me paso más rápido.

Domingo 24 de mayo 2015

Me levante, hice el desayuno, me bañe; pero desde que me levante me sentía con pesadez, se me calmo y me sentí bien, pero cuando estaba desayunando, sentía como intensidad en la cabeza, irritación en la cara, sentía fastidio, me senté en mi cama y pensé que estaba así porque no quería ir al parque, levante a mi hermana, ha y antes no hallaba que hacer, pues como íbamos a ir por allá no podía hacer nada, entonces ya quería que nos fuéramos.

Salimos 9:10 am, había mucho sol no me gusto, al subir al carro la radio estaba prendida, estaba en la ventana intente concentrarme en el paisaje.

Me baje más calmada, caminamos rápido, al llegar a la estación de metrolínea, sentí furor en la cara y el cuello, había gente alrededor intente ignorar el furor; me vino por 3 ocasiones pero no duraron mucho, subimos al bus y nos sentamos, sentí más alivio no había tanta gente de pie; 9:29 am.

10:05am: Note mis manos sudorosas también respiración rápida pero no mucho, había varia gente en el bus.

Al llegar no sabía cómo moverme, como si mis piernas levitaran y apenas salí del bus note el furor en la cara y en parte del cuerpo, algunos me miraban al pasar por la registradora, note que mi hombro y brazo izquierdo hacían movimientos como que se iban o como sin sentido, pasamos por un puente, llegamos a un parque abierto, había poca gente, note que tenía palpitaciones, pero bajas.

Íbamos a tomar otro bus, nos sentamos me sudaba la cara, pensé que tenía ansiedad pero baja. El bus pasaba al otro lado de la carretera y se nos pasó. Cruzamos todo eso no me gusto, no había mucha gente al otro lado, me senté he hice esto, al final note un temblor especialmente en el cuello y un poco en la parte de atrás de la cabeza. 10:18 am

10:45 am: Subimos al bus no se demoró en llegar, iba nerviosa, caminamos, nos devolvimos a comprar algo en una tienda, iba intranquila todo el tiempo, llegamos, seguía mal.

Caminamos, estaba cansada, quería sentarme en un lugar apartado, tranquilo, no quería nada ni hablar, ni comer, ni mirar el lugar, no me importaba, me senté en una banca, no había nadie, me dolía la cabeza y sentía agitación en el pecho, decaimiento, mi hermana vio una lagartija verde bonita no me importaba ni cinco. 10:53 am

1:25 pm: Esperamos unos minutos, caminamos, se veía un río, hay nos sentamos, luego caminamos, vimos un lago muy grande, había muchos peces, patos y tortugas, me sentía

mal pero me distraje viendo los animales, caminamos más, nos recostamos en el pasto, paso como 20 min, cuando me levante tenia el pantalón sucio de tierra un poco, no le di importancia, caminamos algo, me empecé a sentir mejor.

Caminamos un rato y llegamos a donde había una jaula grande de loras de diferentes tipos, me gustó mucho, nos quedamos un rato, me dolía el estómago, paramos nos recostamos en el pasto otra vez. 1:36 pm

Luego caminamos un rato más, viendo mucha naturaleza, ya me quería ir, llegamos a unas bancas, nos sentamos varios minutos, después nos fuimos, tomamos un bus para el centro, había música en el bus, yo solo miraba la calle, me sentía mejor el bus demoro en llegar al centro, caminamos las calles estaban solas y luego tomamos un pirata, solo las dos nadie más subió, llegamos a la casa como a las 3:30 pm.

Cuando llegamos a la casa hable con mi mamá sobre lo que hicimos, luego comí algo hice algunas cosas y en todo este tiempo, desde que empezó el dolor de estómago, aún seguía, después se calmó, escuche la radio, llego la noche, leí noticias, cene y me dormí, me desperté antes de las 2 y me dormí como a las 3.

Lunes 25 de mayo de 2015

Hice deporte, hice el desayuno, me bañe, ore, tenía en la mente terminar esto para tener un poco mas de tiempo para hacer algo, cuando estaba orando me sentía un poco presionada y distraída, luego anote algo, empecé a hacer oficio y el almuerzo, pero se perdió una olla que necesitaba y la busque por todas partes, esto me puso mal, no la encontré, entonces hice otra cosa, almorcé, repose escuche el audio, dormí, cuando me iba despertando, sentía que había pasado mucho tiempo dormida, pero al mirar el reloj solo habían pasado 12 minutos, el sueño fue como ligero, me levante, iba a dormir más, pero mi mamá se iba para el centro, leí el periódico, hice algunas cosas, leí noticias, me bañe la cabeza, oí la radio, en todo ese tiempo me sentí bien, quería ver televisión, cene, y luego me fui a dormir, dormí bien.

Martes 26 de mayo de 2015

Hice deporte, el desayuno, me bañe, desayune, todo iba bien, ore no me distraje como otras veces y me sentí bien, tranquila, anote algunas cosas, había mucha loza y el almuerzo, por un momento sentí presión en la cabeza y me costaba hacer las cosas, como que no lograba concentrarme, almorcé, escuche el audio, dormí, me levante bien descansada, hice algunas cosas, leí el periódico, me arregle fui a la parroquia me sentí bien, al volver escuche la

radio, cene, vi un programa, pero en la casa vecina había música a alto volumen me incomodo, después me fui a dormir, pero me quede dormida como a las 11:30 pm porque mi hermana estaba estudiando, dormí bien.

Miércoles 27 de mayo de 2015

Hice deporte, me bañe, desayune, ore, me sentía bien, termine temprano, hice oficio, puse el almuerzo, me demore, puse varias cosas, por un momento me sentí intranquila, cuando termine me sentí cansada, almorcé, repose, escuche el audio, dormí, me levante descansada, hice oficio, comí algo, estuve por hay, luego leí, escuche la radio, vi televisión, vi un programa, me fui a dormir, escuche el audio, me dormí rápido, dormí bien, me levante una sola vez.

Jueves 28 de mayo de 2015

Hice deporte, me bañe, puse el desayuno, desayune, vi televisión, ore, me sentí bien, por momentos distraída, hice oficio, lave loza, puse el almuerzo, se me bajaron los ánimos, almorcé, repose, escuche el audio, dormí. Me levante bien, lave ropa, todo iba bien, pero se me hizo un poco tarde para ir a la iglesia porque era más temprano, al llegar al despacho habían personas y apenas entre, se me vino el furor a la cara, Jaqueline me dijo que esperara un momento, yo me salí, después entramos, esperando arriba me puse nerviosa, cuando llegue a la casa estaba más tranquila, mi mamá nos dio una pony y luego hubo una pelea iban a robar un señor, pero no se dejó y la policía llevo a tiempo, después escuche la radio y vi televisión, y me fui a dormir, escuche el audio y repetí el ejercicio, me dormí rápido, dormí bien.

Viernes 29 de mayo de 2015

No hice deporte, llovía, hice el desayuno, mi hermana se iba, me dijo que el uniforme del trabajo no se le había secado, me pidió el favor de que al medio día se lo llevara a la universidad, yo le dije que si, desayunamos las dos, hablamos, luego se fue, eran como las 7:40, ore, hice oficio, pensé en hacer las cosas despacio y con tiempo para estar tranquila cuando fuera a llevarle las cosas a mi hermana, lave un poco la loza y como era temprano me fui a leer, luego puse hacer el almuerzo y al rato mi hermana llamo a la casa y dijo que si le podía llevar el carnet que se le había olvidado y las cosas pero yo dije que si, me puse nerviosa, Salí como a las 11:38 am, había personas por ahí, casi me pongo muy mal, estaba esperando un carro, al subir me sentí mejor, llegue, tenia que caminar algunas cuadras,

cuando iba llegando llame a mi hermana, cuando veía mas gente me ponía mal me temblaba un poco el cuerpo, mi hermana llego y me dijo que si me acompañaba a coger el bus, yo le dije que si, me sentí mejor, pero sudaba mucho, paso un carro me vine, llegue bien, habían pasado 38 min mi mamá dijo que no me demore nada, termine el almuerzo un poco tarde, almorcé, escuche el audio, dormí, me levante tranquila, hice oficio, leí un rato, el tiempo paso rápido, comí, ore, me dormí.

Sábado 30 de mayo de 2015

Me levante temprano, hice el desayuno, me bañe, desayune, ore, pero cuando salí de bañarme al poco tiempo sentí una presión en los dos lados de la cabeza y después irritación en la cara, se me quito minutos después de orar, mi hermana se levanta y le sirvo el desayuno, hablo con ella, luego pienso el almuerzo con mi mamá, hago algunas cosas, mi hermana se fue a las 11:00 am, lavo la loza despacio, hago el almuerzo despacio, pero sentí pesadez, termine el almuerzo, repose, escuche el audio, dormí, me levante normal, mas tarde mi mamá me dijo que fuera a traer helados, pero no quería, me decidí y fui con mi hermano, leí, me bañe la cabeza, llego la noche, cene, vi un programa, pero llovía mucho y se quería ir la luz, desconectamos todo, me iba ir a dormir, pero se me perdieron unos papeles, los busque, pero no los encontré, me fui a dormir, pero me levante como a las 1:15 y me dormí como a las 3:0 dormí regular.

Domingo 31 de mayo de 2015

Me levante temprano, puse el desayuno, me bañe, vi televisión, desayune, ore, iba bien, era temprano habíamos quedado con mi hermana en que íbamos a ordenar la pieza, especialmente los libros, entonces empecé a bajarlos y quitarles el polvo, ella dormía, habían varios, me demore, al principio tenía buen ánimo, pero después sentí intranquilidad, presión en la frente de la cabeza, termine, espere, mi hermana no se levantaba, también, habíamos quedado en que tal vez hacíamos una lasaña para el almuerzo, pero no sabía nada eran más de la 10:00 am, espere, mi hermana no se levantaba, entonces me recosté, en la cama varios minutos, mi hermana se levantó, le serví el desayuno, mientras hablábamos del almuerzo, ella se fue a ordenar y yo a picar, tenía que picar bastante, al poco tiempo sentí desaliento, me dolía la espalda, la nuca, me costaba mantenerme mucho en pie, pero no me dolía la cabeza y estaba bien de ánimo, mi hermana preparo la salsa y la carne, yo me quería recostar, hice otras cosas, al final terminamos, me recosté, tiempo después

almorzamos, me levante bien, tenía que hacer algunas cosas, pero pensé en estar más tranquila, vi televisión y sentí como presión en la parte de atrás de la cabeza y respiraba un poco rápido, me fui a recostar y leí, sentía palpitación y como agitación en el pecho, luego llego mi hermana cenamos, ella se fue a estudiar, yo seguí leyendo y me fui a dormir, escuche el audio, me levante a las 12 y algo, a los 20 min me dormí, dormí bien.

Lunes 01 de junio de 2015

Temprano hice el desayuno, no fui hacer deporte, llovía, me bañe, desayune, ore y dejo de llover, antes oraba a las 8:30 a 9:00 ahora a las 7:30, antes de orar le serví a mi hermana y a los gatos y después de orar, barrí y saque la basura, he hice otros oficios, me senté, leí un rato, pensé en hacer el almuerzo, empecé a lavar la loza y al poco tiempo empecé a sentir presión en la frente y en los lados de la cabeza, pero poca intranquilidad seguí, bajo la presión, empezaba hacer almuerzo, eran varias cosas, la presión seguía pero menos, la doctora encendió la maquina a las 11:09 am y duro 40 min la presión en mi cabeza subía y bajaba, subía y bajaba, estaba afanada con el almuerzo, termine tarde, almorcé como a la 1:00 pm, mi hermana se fue, repose, escuche el audio, dormí, después mi mamá se fue, quede sola, me sentía bien, hice lo de siempre, y haciendo estas cosas era como si me quería llegar la presión e intranquilidad, pero no la sentía, como si me quería llegar pero no la tenía o tal vez si pero baja, no sé porque no pensaba nada, luego recordé que iba a trapear la pieza, esta idea no me agrado, apenas pensé esto sentí desgano, no quería trapear, pero era temprano y debía hacerlo me demore como media hora pero al final me sentí bien, a la presión igual venia y no, termine algo cansada, repose, luego saque uvas y me fui a leer, minutos después mi mamá llego se quería ir a la iglesia, después llego mi hermano, yo seguía leyendo, después escuche radio un rato, ya era de noche, hice algunas cosas, mi hermana llego, comimos, vi televisión, luego me fui a leer, pero tenia sueño, me dormí, dormí bien.

Martes 02 de junio de 2016

Me levante a las 5:00 am, mi hermana se iba a las 5:30, hice el desayuno y le serví, mi mamá y mi hermano se levantaron, mi hermano se iba, yo me arregle y me fui al deporte, allá me sentí con desanimo de estar ahí, camine, hice entrenamiento, me vine 10 min antes, desayune, me bañe, ore, me sentí bien, pero me doy cuenta que hay momentos en la oración en que siento que debo hacer otra cosa, como que llevo mucho tiempo hay, me fui hacer el

examen esto es algo que me toma mucho tiempo, no se porque. Después hable con mi mamá sobre el almuerzo y ella me dijo otras cosas, como que le dolían las piernas al caminar y que de pronto mi hermano mayor iba a venir porque necesitaba hacer algo pero no se sabía, aliste algunas cosas para el almuerzo, sentí irritación en la cara, me senté, tome agua, comí un pedazo de pera y sentí que me pasaba, empecé a lavar la loza, el teléfono sonó, era mi hermano me dijo que no sabía si iba a venir, que después llamaba, seguí con los oficios, pero me dolía los hombros, me recosté en la cama y me dormí por 20 min, me sentía mejor, termine los oficios, almorcé, escuche el audio, mientras me quedaba dormida, mi hermana llego y se fue a dormir, al rato me levante, era temprano, hacia buen clima, me sentía bien, me puse a lavar la loza, había mucha, quería terminarla pero al mirar el reloj se hacía tarde, tenía que hacer otras cosas y arreglarme para irme, me sentí bien, al volver mi hermana estaba estudiando, me dijo si le podía traer un helado, luego ella se fue a traer un libro, di vueltas por ahí, escuche la radio, di vueltas por ahí, me fui a leer, luego comí algo, vi televisión, me fui a dormir, quería leer y escuchar el audio pero tenía sueño, entonces me dormí, dormí bien, mi hermano llegaba como a las 11 pm o 12.

Miércoles 03 de junio de 2016

Me levante a las 5:00 am, mi hermana se iba, me puse hacer el desayuno y mientras lo hacía, note algo era como una actitud que tenía y reconocí que hace varios días la había tenido, hice cuentas y más o menos fue del 18 al 25 de mayo, no fueron momentos largos más bien cortos, pero al menos una vez al día, tal vez dos, y es una actitud que no sé cómo llamarla, pero es como positiva y creo que esta mañana me levante ya con ella, pero lo que me duro no lo sentía casi, le serví a mi hermana, me arregle y me fui, sentí menos desanimo que ayer o mejor dicho me sentía bien, camine un rato, hice estiramiento, y me vine 20 min antes, desayune, recordé que mi hermano había llegado, quería saludarlo, pero no se había levantado, me fui para mi cuarto quería bañarme, mi hermano se levantó y fue al baño, ha y la actitud se fue un poco antes de venirme del deporte, salude a mi hermano le di un abrazo, hablamos un rato, me sentí bien, luego me bañe, ore, ya era casi las 9:0 empecé hacer el examen de ayer, salí de mi cuarto, mi hermano me hablo del daño del televisor, yo le explique lo que paso y él me dijo que el arreglo era fácil, que tenía que comprar un repuesto en la ferretería, que si lo acompañaba yo le dije que sí, cuando íbamos saliendo mi mamá me dijo que pasara por la plaza y que comprara cilantro, limones y bananos, eso no me

gusto ni cinco pero ni modo, en el camino una vecina saludo a mi hermano, yo no quería verla ni que se fijara en mí, ya me sentía tensionada, no pasó nada, seguimos, al llegar a la ferretería estaba casi lleno y había otra vecina y saludo a mi hermano y lo mismo solo que con más tensión, palpitación y sudor y no hablamos; bajamos a la plaza, no había limones, compramos bananos, el cilantro estaba caro, no compramos, de regreso otro vecino saludo a mi hermano, yo lo salude, pero se dio cuenta que estaba nerviosa, arreglamos el televisor y hablamos otro rato, pero yo me sentía mal, me fui para mi pieza y hay me quede un rato, quería seguir haciendo el examen pero no tenía cabeza, el tiempo paso, tenía que hacer oficio, mi hermano no almorzaba con nosotros, al rato se fue, entre mi mamá y yo hicimos el almuerzo me sentía más o menos, almorcé sin ganas, repose, no escuche el audio por que la batería del radio se había agotado, entonces dormí un rato, me levante relajada, hice oficio, mi hermano llego, mi mama dijo que si queríamos helados, fui con mi hermano y los trajimos, hablamos unos minutos, luego me fui a mi cuarto a leer y hacer el examen, me tomo mucho tiempo, escuche la radio, hable con mi hermano otros minutos, me mostro unas fotos, llego mi hermana, prepare la cena y la serví, vi televisión, me fui a dormir, intente leer pero tenía sueño, dormí bien, ha se me olvidaba, cuando estaba escuchando la radio en mi cama me vibraba la cabeza en la parte de atrás

Jueves 04 de 2016

Me desperté a las 4:30 pensé que mi hermano se había ido pero no, con mi mama lo acompañamos afuera a coger un taxi, antes me despedí de él, el taxi no pasaba, cuando ya se fue pensé en dormir pero ya eran las 5 y algo, entonces me puse hacer el desayuno, note que me llego el periodo, decidí terminar el desayuno he irme a dormir un rato, me levante a las 7:40, me fui a bañar, le serví a mi hermana o fue después, el caso fue que le serví, comió y se fue, ore, pensaba en hacer los oficios, calenté agua y me bañe el pelo, me fui a mi cuarto quería leer, pero me sentí mal, me recosté me sentía mal, pensé en dormir, me levante pasadas las 12:30 pm, me senté en la mecedora, vi televisión, me sentía un poco mejor, mi mamá había hecho el almuerzo no tenia muchas ganas de comer, comí poco, me volví a sentar en la mecedora, vi televisión, sentía un poco de calor, mi mamá me dijo que si me sentía mal que no fuera al psicólogo; yo no sabía, no me sentía tan mal, pero después me volví a sentir mal, sentía irritación en la cara y calor, que duro toda la tarde y parte de la noche, llame al doctor, me senté en una silla, después me fui a lavar ropa, muy poca, no

sabía qué hacer entonces me senté en la mecedora y me puse a leer, ahí dure mas de una hora después escuche la radio, mi hermana llego, comí algo, di vueltas por hay un rato, vi televisión, la irritación se me fue cuando vi televisión, después vi más televisión, y me fui a dormir, me costó quedarme dormida, pero dormí bien.

Viernes 05 de junio de 2015

Me levante un poco tarde, no fui al deporte, puse el desayuno, me iba a bañar, pero mi hermana me gano, espere, termine el desayuno, cuando probé el caldo, sentí como molestia y luego cuando le serví a mi hermana sentí como irritación en la cara, me bañe, desayune, mi hermana se hecho un perfume que me irrito la cara, la irritación me duro unos minutos, ore, fui hacer el examen, me demore, fui a lavar la loza, minutos después sentí intensidad en la frente, intranquilidad, me detuve, me senté en una silla, ahí estuve varios minutos, estaba pensando cosas, como el almuerzo o la loza, cuando volví a la cocina estaba mejor, empecé a preparar el almuerzo, al principio no me concentraba, pero luego si, almorcé, repose, vi televisión, escuche el audio, dormí, me levante con la cabeza un poco pesada, vi televisión, hice oficio, me senté, tenia que guardar y limpiar unos libros de la biblioteca, al principio me sentía un poquito incomoda, después de varios minutos sentí que llevaba mucho tiempo ahí, que debía estar en otro lugar, termine cansada, descanse, luego me puse a leer, sentía hambre, casi nunca sentía hambre, vi televisión un rato, comí, vi televisión, me fui a dormir, dormí bien.

Sábado 06 de junio de 2015

Me levante temprano, hice desayuno, me bañe, me fui a desayunar, cuando serví el caldo me dio irritación creo que fue por el vapor, vi televisión, desayune, luego me fui a orar, me sentía bien, me demore y después me fui hacer el examen, me demore, luego me senté, no sabía qué hacer, lave el trapo, pensé en ordenar y limpiar una canasta que hay en la cocina, pero tenía desanimo, lo hice, me demore, me sentía incomoda como con tanta gente en la casa haciendo cosas, mi mamá me dijo que iba a comprar un pollo para el almuerzo es decir ya preparado, no tuve que hacer nada, cuando termine de arreglar la canasta, me senté en la mecedora, me sentía mal, no quería hacer nada, ya eran las 12 entonces me recosté y me dormí, cuando me desperté, almorcé, repose, me recosté, dormí, hice oficio, me senté, tenía calor, leí, comí algo, la tarde se pasó rápido, vi un programa, y sentía presión en la cabeza, primero en la parte de atrás, luego en los lados, pero duro varios instantes, más en la parte

izquierda y todavía tenía calor, comí algo y me fui a bañar, me recosté a leer y hay sentía irritación en la parte de atrás de la cabeza y palpitaciones, me fui a dormir, me costó quedarme dormida, fui cuatro veces al baño, dormí bien.

Domingo 07 de junio de 2015

Temprano, hice el desayuno, me bañe, cuando salí, sentía como una presión en la cabeza en los lados y en la frente, pero era más en los lados, desayune, vi televisión un rato, me fui a orar a pesar de que sentía que estaba mucho tiempo ahí, me sentí bien, tal vez porque no había mucho ruido, luego pensaba que hacer, fui a lavar ropa, antes barrí el patio, después me fui arreglar y limpiar una canasta de la cocina, creo que me fijo mucho en lo que voy hacer, es como si pensara en una cosa que voy hacer y en otra que hare después, empiezo hacer la primera y es como si sintiera una intensidad una intranquilidad por la otra que voy hacer, y tal vez por la que hago ahora, luego me senté, mi hermana trapeo, tuve que esperar un rato, lave la loza, empecé hacer el almuerzo, primero lento después rápido, me demore pero me sentía bien, almorcé, vi televisión, escuche el audio, dormí un rato, sentí calma, me levante, hice esto, lave loza, pensaba que hacer, vi televisión, al rato sentí poca presión en los lados y respiración rápida, recordé que tenía que lavar la ropa, seguí viendo televisión un rato, ya eran las 7 pm, lave la loza no sabía qué hacer, di vueltas por hay un rato, fui a leer, aquí sentí algo que sentí hace ya varios días y es como si algo cambiara, como si mi mente cambiara, no sé como pero no es que yo lo haya buscado o que pasara algo, me sentía algo diferente, pues era muy poco, comí, vi televisión, me fui a dormir, me costó dormirme, dormí bien antes fui tres veces al baño.

Lunes 08 de junio de 2015

Hice el desayuno, me bañe, desayune, vi televisión, ore, me sentí bien, era temprano pensaba que hacer, lave unos tarros, hice otras cosas, hice el examen, me fui a ordenar la cocina, pensé varias cosas que tenía que hacer, no me concentraba, no me hallaba, sentí intranquilidad, pero después empecé a sentirme un poco mejor, hice parte del almuerzo, almorcé, vi televisión, repose, dormí, me levante bien, hice varias cosas, después ni sabía qué hacer, me senté en una silla, me sentía mal, me dolía la espalda y me vibraba la cabeza, la parte de atrás, hice esto me demore, me costaba concentrarme, luego me bañe la cabeza, me recosté en la cama y me puse a leer, hice la agua panela, me senté un rato en una silla, comí, vi un rato televisión, me costó quedarme dormida, dormí bien.

Martes 09 de junio de 2015

Me levante temprano, hice el desayuno, me fui al deporte, no me quede mucho, desayune, me bañe, desde que me levante tenía un poquito de desánimo y estaba como pensativa, mi mamá no se levantaba, se sentía mal, me dijo que si podía ir a la droguería a comprarle unas aspirinas, se las traje, me fui a orar, no me demore mucho, pensé en que hacer, hice algo de oficio, luego anote algunas cosas, la doctora prendió la maquina muy poco tiempo, no me molesto, luego hice más oficio, me demore, empecé hacer el almuerzo, a veces pienso que hay buen tiempo pero igual no sé lo que voy a preparar, decido lo que voy hacer y creo que no es mucho y cuando menos pienso ya me cogió el tarde, eso me paso hoy y como otras dos veces, almorcé, repose, escuche el audio, desde hace días me ha costado relajarme como antes, dormí y duermo menos, y también lave ropa, anote algunas cosas, lave la loza, me arregle y me fui a la parroquia, tenía palpitaciones y respiración, al llegar a la casa ya era de noche, escuche la radio, puse el agua panela, mi mama me dijo que si quería ir a traer papas, yo no quería ir, pero después fui, cene, vi televisión, me sentía con desánimo y pensativa, decaída, me iba ir a dormir pero mi hermana no había llegado, la llame dijo que de pronto se venía, me fui a mi cuarto, quería como leer, pero no, al rato llego mi hermana, me costó quedarme dormida, como a las 12 am pasadas, dormí bien.

Miércoles 10 de junio de 2015

Me levante tarde, mi hermana se iba, le prepare café con galletas, desde que me levante tenia desánimo y estaba pensativa, me fui al deporte, camine, hice estiramiento me vine 20 minutos antes, me bañe, mi mamá había hecho el desayuno, desayune, ore, lave un saco, pensaba que hacer, estaba decaída, pensativa, me fui a mi cuarto, limpie, ordene, barrí, me costó, me sentía decaída y muy distraída, me demore mucho, en esta mañana mi mamá salió varias veces, iba lavar la loza y pensaba en el almuerzo, mi hermano acababa de llegar y se puso a lavar la loza, me comí una patilla que mi mamá había traído, después empecé hacer el almuerzo, hice más cosas que ayer, me paso lo mismo de ayer me cogió el tarde, termine como a la 1:00 pm o más, almorcé sin ganas, pero comí todo, repose, escuche el audio, dormí, me relaje un poco, me desperté más calmada porque a la hora del almuerzo termine bien, bien cansada, lave varia ropa, me demore, me fui para mi cuarto, me puse hacer el examen del día de ayer y sí que me demore, me fui a lavar ropa, escuche la radio,

en la tarde me fue mejor, hice el agua panela, esperaba que fueran las 8 pm, me senté un rato en una silla, mi hermana llegó, comió y se fue a estudiar, yo vi televisión, me fui a dormir, me dormí como a las 11:00 pm, dormí bien.

**Anexo I**  
**Reflexión**

**Reflexión, presentada por la Señorita SL**

25 Marzo 2015

Profundo abismo y no alcanzaba a ver la luz del sol o como si me negara a verla, entonces la culpa ronda en mi cabeza y mi alma. Mi alma está herida, lleva consigo una gran pena, pero también deseosa, deseosa de ver cómo surge el alba ante sus ojos, entonces mi vida ha cambiado para siempre, el gran día ha llegado y la libertad ha tocado las puertas de mi casa.

## **Anexo J**

### **Técnica de exposición en vivo.**

#### **Paseo al Parque; en compañía de su hermana**

Domingo 24 de mayo 2015

Me levante, hice el desayuno, me bañe; pero desde que me levante me sentía con pesadez, se me calmo y me sentí bien, pero cuando estaba desayunando, sentía como intensidad en la cabeza, irritación en la cara, sentía fastidio, me senté en mi cama y pensé que estaba así porque no quería ir al parque, levante a mi hermana, ha y antes no hallaba que hacer, pues como íbamos a ir por allá no podía hacer nada, entonces ya quería que nos fuéramos.

Salimos 9:10 am, había mucho sol no me gusto, al subir al carro la radio estaba prendida, estaba en la ventana intente concentrarme en el paisaje.

Me baje más calmada, caminamos rápido, al llegar a la estación de metrolínea, sentí furor en la cara y el cuello, había gente alrededor intente ignorar el furor; me vino por 3 ocasiones pero no duraron mucho, subimos al bus y nos sentamos, sentí más alivio no había tanta gente de pie; 9:29 am.

10:05am: Note mis manos sudorosas también respiración rápida pero no mucho, había varia gente en el bus.

Al llegar no sabía cómo moverme, como si mis piernas levitaran y apenas salí del bus note el furor en la cara y en parte del cuerpo, algunos me miraban al pasar por la registradora, note que mi hombro y brazo izquierdo hacían movimientos como que se iban o como sin sentido, pasamos por un puente, llegamos a un parque abierto, había poca gente, note que tenía palpitaciones, pero bajas.

Íbamos a tomar otro bus, nos sentamos me sudaba la cara, pensé que tenía ansiedad pero baja. El bus pasaba al otro lado de la carretera y se nos pasó. Cruzamos todo eso no me gusto, no había mucha gente al otro lado, me senté he hice esto, al final note un temblor especialmente en el cuello y un poco en la parte de atrás de la cabeza. 10:18 am

10:45 am: Subimos al bus no se demoró en llegar, iba nerviosa, caminamos, nos devolvimos a comprar algo en una tienda, iba intranquila todo el tiempo, llegamos, seguía mal.

Caminamos, estaba cansada, quería sentarme en un lugar apartado, tranquilo, no quería nada ni hablar, ni comer, ni mirar el lugar, no me importaba, me senté en una banca, no había nadie, me dolía la cabeza y sentía agitación en el pecho, decaimiento, mi hermana vio una lagartija verde bonita no me importaba ni cinco. 10:53 am

1:25 pm: Esperamos unos minutos, caminamos, se veía un río, hay nos sentamos, luego caminamos, vimos un lago muy grande, había muchos peces, patos y tortugas, me sentía mal pero me distraje viendo los animales, caminamos más, nos recostamos en el pasto, paso como 20 min, cuando me levante tenía el pantalón sucio de tierra un poco, no le di importancia, caminamos algo, me empecé a sentir mejor.

Caminamos un rato y llegamos a donde había una jaula grande de loras de diferentes tipos, me gustó mucho, nos quedamos un rato, me dolía el estómago, paramos nos recostamos en el pasto otra vez. 1:36 pm

Luego caminamos un rato más, viendo mucha naturaleza, ya me quería ir, llegamos a unas bancas, nos sentamos varios minutos, después nos fuimos, tomamos un bus para el centro, había música en el bus, yo solo miraba la calle, me sentía mejor el bus demoro en llegar al centro, caminamos las calles estaban solas y luego tomamos un pirata, solo las dos nadie más subió, llegamos a la casa como a las 3:30 pm.

Cuando llegamos a la casa hable con mi mamá sobre lo que hicimos, luego comí algo hice algunas cosas y en todo este tiempo, desde que empezó el dolor de estómago, aún seguía, después se calmó, escuche la radio, llego la noche, leí noticias, cene y me dormí, me desperté antes de las 2 y me dormí como a las 3.