

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN PACIENTE PSIQUIÁTRICO



UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA SECCIONAL BUCARAMANGA
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
ESPECIALIZACIÓN DE PSICOLOGIA CLINICA Y DE LA SALUD

TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL EN PACIENTE PSIQUIATRICO
DIAGNOSTICADO EN CLINICA ISNOR

INFORME DE PRACTICA COMO REQUISITO PARA OPTAR AL TITULO DE
ESPECIALISTA EN PSICOLOGIA CLINICA
CLINICA

DIVA PATRICIA OVALLE NIÑO

BUCARAMANGA

2015

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN PACIENTE PSIQUIÁTRICO



UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA SECCIONAL BUCARAMANGA
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
ESPECIALIZACIÓN DE PSICOLOGIA CLINICA Y DE LA SALUD

TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL EN PACIENTE PSIQUIATRICO
DIAGNOSTICADO EN CLINICA ISNOR

EN LA MODALIDAD DE MONOGRAFIA COMO REQUISITO PARA OPTAR AL
TITULO DE ESPECIALISTA EN PSICOLOGIA CLINICA
CLINICA

DIVA PATRICIA OVALLE NIÑO

Asesora

Ps. MERLY KARINA MORAN

BUCARAMANGA

2015

Tabla de Contenido

Resumen, 5

Summary, 6

Introducción, 7

Objetivos, 9

 Objetivo General, 9

 Objetivos Específicos, 9

Marco Conceptual, 10

 Nosología y Trastornos Mentales, 10

 Historia, 10

 Etiología, 11

 Epidemiología, 13

 Medición, 14

 Trastornos Mentales en Atención Psiquiátrica Hospitalaria, 16

 Trastorno psicótico no especificado, 16

 Trastorno depresivo mayor, 16

 Episodio maniaco, 17

 Episodio mixto, 18

 Trastornos bipolares, 19

 Trastorno de ansiedad, 19

 Trastorno de Estrés postraumático, 20

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN PACIENTE PSIQUIÁTRICO

Trastorno de la personalidad, 22

Trastorno paranoide de la personalidad, 23

Evaluación Multiaxial, 23

Terapia Cognitivo Conductual en Trastornos Mentales de atención clínica
Hospitalaria, 24

Desarrollo de las prácticas, 27

Institución, 27

Actividades desarrolladas y resultados, 28

Participantes, 28

Instrumentos, 29

Discusión, 29

Conclusiones, 31

Recomendaciones, 32

Referencias, 33

Listado de Apéndices, 35

Apéndice A, Relación de casos Atendidos, 36

Apéndice B, Presentación de Estudio de Caso, 37

Apéndice C, Presentación de Casos atendidos durante la práctica, 63

Apéndice D, Material Terapéutico, 163

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN PACIENTE PSIQUIÁTRICO**RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO**

TITULO:	TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL EN PACIENTE PSIQUIÁTRICO DIAGNOSTICADO EN CLÍNICA ISNOR
AUTOR(ES):	Diva Patricia Ovalle Niño
FACULTAD:	Esp. en Psicología Clínica
DIRECTOR(A):	Merly Karina Moran

RESUMEN

El objeto de la práctica clínica, fue realizar intervención psicológica en pacientes psiquiátricos, con diagnóstico de gravedad moderada a grave en la clínica ISNOR de la ciudad de Bucaramanga, desde la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) en apoyo al trabajo interdisciplinar de la institución conformada por (médicos, enfermeras, Psicólogos, Psiquiatras, entre otras profesionales). Para el caso a presentar se realizó proceso de atención, valoración, intervención y seguimiento, desde la TCC, a fin de identificar e intervenir pensamientos automáticos, emociones y conductas, los cuales influyen en mantenimiento de la enfermedad. El caso presentado es paciente con diagnóstico de estrés postraumático, con un proceso de intervención de 16 sesiones, donde se efectúa modificación conductual y reestructuración cognitiva. Los resultados al cierre de la intervención permite evidenciar resultados significativos, debido a que el paciente intervenido logra un mayor control de sus emociones, reduciendo los niveles de ansiedad y depresión, adoptando nuevas estrategias de afrontamiento, aumentado la confianza en sí mismo y visualizarse en un nuevo proyecto de vida. De esta manera la práctica clínica fue satisfactoria a nivel profesional y personal, al contribuir positivamente en la regulación de la calidad de vida de un paciente psiquiátrico.

PALABRAS CLAVES:

TCC, reestructuración cognitiva, pensamientos automático, Estrés postraumático, estrategias de afrontamiento.

V° B° DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN PACIENTE PSIQUIÁTRICO

GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY IN PSYCHIATRIC PATIENTS DIAGNOSED IN CLINIC ISNOR

AUTHOR(S): Diva Patricia Ovalle Niño

FACULTY: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR: Merly Karina Moran

ABSTRACT

The purpose of clinical practice, psychological intervention was performed in psychiatric patients diagnosed with moderately severe to severe ISNOR clinic in the city of Bucaramanga, from cognitive behavioral therapy (CBT) to support the interdisciplinary work of the institution formed by (doctors, nurses, psychologists, psychiatrists, and other professionals). In the case at present of care, assessment, intervention and follow-up it was conducted, from TCC, to identify and intervene automatic thoughts, emotions and behaviors, which affect maintenance of the disease. The case presented in a patient with a diagnosis of PTSD, with a process of intervention of 16 sessions, where behavior modification and cognitive restructuring is carried out. The results at the end of the intervention can show significant results, because the surgical patient achieves greater control of their emotions, reducing anxiety levels and depression, adopting new coping strategies, increased self-confidence and displayed on a new life project. Thus clinical practice was satisfactory professional and personal level, to positively contribute to the regulation of the quality of life of a psychiatric patient.

KEYWORDS:

cognitive behavioral therapy, cognitive restructuring, automatic thoughts, PTSD, coping strategies.

V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK

INTRODUCCIÓN

La práctica clínica fue desarrollada dentro de un ambiente psiquiátrico, donde se logra evidenciar el manejo multidisciplinar especializado que reciben los pacientes con algún trastorno mental psiquiátrico, que lo incapacita para un desempeño adecuado en los aspectos personal, familiar y social. Es por eso que Carmona, C. (2010) describe en su artículo que:

Enfermedad mental es la que altera la voluntad de una persona sea porque la destruye o porque la vicia. En razón de esta alteración de la voluntad, las enfermedades mentales son causales de incapacidad civil, especialmente de incapacidad para los negocios jurídicos, cuyo núcleo esencial es la existencia de una voluntad sana y libre. Todas las enfermedades mentales sea cual fuere su nombre que altere la libre y correcta manifestación de la voluntad constituye causales de incapacidad. (prr.1)

Cuando un trastorno mental se manifiesta, ya sea emocional, cognitiva, conductual, o incluso biológicamente, es porque han ocurrido eventos en la vida del individuo que pudo haber afectado su psiquis y por ende, se desarrolla un trastorno mental que bloquea al individuo como ser independiente y autónomo, lo cual exige la intervención de un profesional especializado y entrenado para el tratamiento de casos de gravedad severa y moderada en relación a la salud mental de las personas.

De allí la importancia del acompañamiento psicológico en tratamientos psiquiátricos, pues paciente logra establecer vínculos con el psicólogo que a través de sus procesos terapéuticos le facilita adaptarse de forma integral al tratamiento farmacológico psiquiátrico, mostrando resultados efectivos y eficaces que le permiten al paciente asumir su enfermedad con responsabilidad y tranquilidad.

Por esta razón el manejo de la TCC, permite que los pacientes aprendan a comprender su enfermedad y a darle un manejo con responsabilidad a su tratamiento. Tras lograr una

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN PACIENTE PSIQUIÁTRICO

reestructuración cognitiva el paciente logra manejarse de forma más autónoma y responsable frente a su condición de paciente psiquiátrico.

De esta manera, refiere Camacho (2003) que: "la psicoterapia cognitiva es un procedimiento que se desarrolló originalmente para tratar la depresión, pero actualmente se desarrollaron diseños que permitieron tratar otros trastornos y otras diversas problemáticas humanas". y que su esquema básico de la Terapia Cognitiva son los pensamientos o cogniciones, la conducta y la emoción.(p.8)

Siendo estos los puntos claves a tratar en cualquier paciente psiquiátrico, donde el objetivo principal es lograr la autonomía del paciente a partir de su proceso de intervención terapéutica y un resultado eficaz.

La persona psiquiátricamente diagnosticada, tiene hoy día unas mayores reconocimientos en cuanto a procedimientos y mayor posibilidades en el acceso de tratamientos terapéuticos y el apoyo del grupo interdisciplinar de atención integral generan una mayor estabilidad clínica por largo tiempo, pero mientras dure el procedimiento, se considera incapacita a una persona, pues no puede desempeñarse de forma adecuada en las áreas social, familiar y personal y en ocasiones perjudicial para si mismo, es por eso que la OMS, (2013) considera que "los trastornos mentales son un problema frecuente, discapacitante". Que lo aleja de su vida cotidiana y productiva.

OBJETIVOS

Objetivo General

Efectuar intervención psicológica desde el modelo cognitivo conductual (TCC) en paciente con diagnóstico psiquiátrico, mediante la valoración, evaluación, intervención y seguimiento en patología que son objeto de tratamientos farmacológicos específicos, con el fin de contribuir al mejoramiento en la calidad de vida del paciente.

Objetivos Específicos

Realizar consulta psicológica a paciente psiquiátrico.

Planear tratamiento adecuado desde el Modelo cognitivo conductual para paciente con diagnóstico psiquiátrico

Realizar diagnóstico clínico psicológico según criterios del DSMIV

Ejecutar procesos de intervención desde el modelo cognitivo conductual según la problemática del paciente

Efectuar seguimiento del caso desde el modelo cognitivo conductual para lograr una mayor adherencia en el proceso terapéutico.

MARCO CONCEPTUAL

A continuación se describe los apartes de la historia y manejo de la psiquiatría al estudio de los trastornos mentales y su manejo desde los inicios y la evolución en cuanto a sus procedimientos de estudio.

Nosología y Trastornos Mentales.

Historia.

Toro y Yepes, (1997) describen que:

La historia se puede dividir en tres etapas, la primera desde su comienzo hasta antes de 1950, el propósito de los estudios era descripción de síntomas psiquiátricos y posibles factores de riesgo en poblaciones. Estos estudios sirvieron posteriormente como base para futuras nomenclaturas y clasificaciones.

La segunda se desarrolla la tecnología del estudio de prevalencia y el uso de instrumentos validados y entrevistadores capacitados en la recolección estándar de datos. Durante este periodo se determina con mayor precisión la frecuencia y la distribución de los trastornos mentales.

La tercera etapa comienza a finales de los años 60 cuando aparecen las nomenclaturas y clasificaciones de los trastornos mentales e investigaciones más a fondo sobre los factores de riesgo y protección de éstos. (p. 49)

A partir de los cuales la clasificación de los trastornos mentales se convierte en herramienta fundamental de los médicos psiquiatras para su manejo y control farmacológico, en ambientes como las clínicas psiquiátricas, sistematizando un plan de tratamiento para cada uno de los trastornos mentales, que a su vez se apoyan de un

equipo interdisciplinario que aborda al paciente para trabajar multidisciplinariamente en varias áreas afectadas, desde lo psíquico, cognitivo, fisiológico y de comportamiento.

Etiología.

El ser humano durante su desarrollo está expuesto a diversidad de estímulos determinantes de los contextos en los que desenvuelve, de esta forma la cultura, la raza, el país de origen, el idioma son factores que definen la personalidad del individuo. Siendo así como, cada uno define su comportamiento según la percepción que tenga del mundo que lo rodea, al mismo tiempo pueden ser originadas además de factores biológicos, psicológicos o sociales de manera que afecta considerablemente su desempeño en las actividades diarias en el área personal, familiar y social.

Siendo así, como Moyano, (s.f.)

Expone un artículo donde refiere que las causas de las patologías se manifiestan en virtud de una tendencia en la diversidad de condiciones biológicas, psicológicas y sociales determinadas. Partiendo de la base de que cuando estos elementos fueran adecuados en calidad y cantidad, entonces se posibilitaría la constitución de una persona sana, y en su ausencia o presencia anómala tendría lugar el origen de la psicopatología".(s.f.)

Por esta razón es importante determinar el origen de la alteración mental, teniendo en cuenta sus características de comportamientos, percepción y respuesta biológica para poder correlacionar los síntomas con la clasificación de criterios en un manual para los diagnósticos psiquiátricos.

Sin embargo, hay que tener en cuenta que los posibles factores que originan la alteración mental tenga lugar a un serie de coincidencias o estén relacionadas entre sí, por ello es importante determinar su origen para ejecutar un plan de tratamiento que cubija las áreas para lograr una mayor efectividad en los resultados. De esta forma Moyano, C. indica que:

La acción y/o reacción específica en cada uno de los factores etiológicos tiene indefectiblemente repercusión en los otros. No se puede asegurar que sólo

sea uno de ellos el que ponga en marcha el mecanismo de comportamientos patológicos, o que se produce primer un fallo orgánica y luego el trastorno psicopatológico, tampoco el trauma psíquico y su posterior huella biológica. Todo se interrelaciona con cualquiera de estos factores (uno o varios a la vez) para terminar produciéndose en una situación adversa, un malestar psíquico y un circuito biológico que lo permite y sostiene. (s.f.)

Así mismo, hay que hacer un estudio donde se determine la frecuencia con que se presentas esas características especiales de comportamiento, y el tiempo de duración de cada uno, lo permitirá determinar la severidad o no de la alteración mental. Por esta razón Moyano, C. (s.f.) determina que:

Variables de aspecto cuantitativo (en referencia a la magnitud), o de lo cualitativo tiene importancia, así como su temporalidad , son condiciones determinantes por ejemplo los estímulos de corto plazo que no se repiten con la suficiente periodicidad tienden a producir cambios solamente modificaciones a nivel cuantitativo y no cualitativo; sólo de adquirir determinado valor cuantitativo (distintas atendiendo a las características individuales remarcando incluso la idiosincrasia a la hora de interpretar del sujeto), y colaborando ahora la persistencia en el tiempo sobre la magnitud, tendrá su traducción en el aspecto cualitativo. Incidiendo en los estímulos de largo plazo, teniendo capacidad de modificar incluso códigos genéticos y en los estímulos afectivos (prr.3)

Por esta razón, es relevante integrar las diversas áreas que comprenden la vida de un individuo, pues del manejo integral de todas ellas se logra hacer un trabajo que permita equilibrar en el paciente aspectos en su percepción cognitiva y de comportamiento de manera que haya una mayor aprehensión del individuo al mundo que lo rodea, generando en el estimulación para adaptarse de la mejor manera y así obtener una mejor calidad de vida y tranquilidad para las personas a su alrededor.

Es por ello que para llevar a cabo es estudio de estas áreas de atención en una alteración mental, se han generado una serie de modelos de intervención que permite especificar de forma efectiva cada una de ellas, entre ellas están

“los biólogos buscan la etiología en la fisiología; el psicoanálisis y los modelos dinámicos en la conformación del yo y de la personalidad, los modelos cognitivo-conductuales, en el aprendizaje; y los modelos sistémicos en la relación entre el individuo y otros sistemas próximos”(Moyano, s.s.)

Epidemiología

Toro et. al (1997) indican que

“La epidemiología psiquiátrica es la disciplina que estudio los procesos de salud y enfermedad mental en la sociedad por medio del examen de su distribución, correlaciones y determinantes en el tiempo y espacio” (p.48)

Para lo que se necesita tener cuenta para sus estudios es la intensidad y frecuencia con que se presenta y por cuanto tiempo, es decir, por horas, días, semanas o meses, y de esta manera encontrar la mejor forma de tratamiento y lograr una efectividad que le permita al individuo experimentar una mejor calidad de vida. Por esta razón, la

epidemiología psiquiátrica es generalizar sobre la frecuencia, características y curso de los trastornos mentales, determinar los factores que fomentan la salud mental y los que ponen en riesgo de sufrir malestar psíquico a las poblaciones”. (Toro et. al.1997, p.48)

La salud mental, como objeto de estudio ofrece diversas áreas de estudio debido a su complejidad en cuanto a sus síntomas y manifestaciones a nivel de comportamiento, cognitivo, percepción y emocional, por lo que es fundamental sustentarse en la clasificación de los trastornos mentales psiquiátricos para enfocar un plan de intervención propicio para generar bienestar al paciente. Por esta razón

“la epidemiología recientemente han hecho grandes avances en el conocimiento de la epidemiología de los trastornos psiquiátricos. Estos avances se ha debido

en parte al desarrollo de las clasificaciones diagnosticas de enfermedades psiquiátricas”. (Toro et. al 1997, p.48)

Para las clínicas psiquiátricas, es determinante, la clasificación de los trastornos, para asumir una estadística y prevalencia de la salud mental dentro de la población, que va en aumento cada vez, así mismo los de clasificación está cada vez más en el lenguaje común de la población, por lo que

“Se acepta que los trastornos psiquiátricos son comunes en la población general y que éstos pueden ocasionar severas consecuencias a la persona, familia y sociedades. Existen aproximadamente 500 millones de personas en el mundo con alguna forma de trastorno mental y los trastornos mentales a su vez son el origen de alrededor de 40% de las incapacidades laborales”. (Toro et. Al. 1997, p.48)

Medición.

Al iniciar una investigación por paciente, se debe asumir la exploración de varias áreas y desde diferentes puntos de vista, pero lo cual se encuentran dos formas

“de medición en psicopatología en poblaciones se pueden utilizar fuentes de información primaria, que permite obtener la información directamente donde se origina el dato en forma prospectiva. Y las fuentes de información secundaria son aquellas que permite la recolección de datos originados con anterioridad a la investigación. Algunas fuentes secundarias son la historia clínica, los registros de casos y la entrevista o informantes claves”. (Toro et. Al., 1997, p.50)

De esta manera es importante valerse de instrumentos adecuados y validados debidamente para medir, valorar y soportar el estado del paciente psiquiátrico y dar cuenta de su evolución en los procesos de intervención, por lo que durante el desarrollo de la práctica, es fundamental el uso de instrumentos para medir y determinar estado inicial del paciente y posterior, e estado de evolución subsiguiente hasta concluir proceso terapéutico que de la certeza del avance y veracidad de la intervención realizada.

Por esta razón Toro et. al. (1997) resaltan la importancia en:

El uso de instrumentos pueda ser utilizado en el estudio de salud mental de poblaciones, debe cumplir criterios estrictos. El instrumento debe ser seguro, factible, valido y confiable. La seguridad y factibilidad significan que la aplicación del instrumento no va a producir daño al sujeto a quien se le aplica y que es posible aplicarlo respectivamente. La confiabilidad indica la capacidad del instrumento para dar resultados similares cuando es administrado por el mismo examinador. La significancia estadística del nivel de acuerdo entre las dos administraciones del instrumento está dada por el coeficiente de acuerdo de Kappa. La validez significa que los resultados son verdaderos. Al compara el instrumento objeto de estudio en otra forma de diagnostico los resultados pueden ser: a) verdadero positivos b) falsos positivos c) falsos negativos y b) verdaderos negativos. (p.48)

Toro et. al. (1997) describen:

Dos factores que influyen en desarrollo de la salud mental como los Factores protectores, son las situaciones o eventos que mantienen la salud del individuo y lo protegen de enfermarse. Estos pueden ser más inespecíficos y referirse al estilo o calidad de vida de los individuos. Y los Factores de riesgo, siendo los factores que ponen a la persona en una mayor posibilidad de tener la enfermedad. Los trastornos psiquiátricos pueden ser a la vez factores de riesgo de enfermedades psiquiátricas o no psiquiátricas y/o la manifestación de ellas. (p.51)

Toro et. Al. (1997) les dan real importante al sistema existente de criterios diagnósticos que hacen posible la definición de los caso, establecer medidas de distribución de acuerdo a indicadores y determinar factores protectores o de riesgo. Por tal motivo existen varios sistemas de clasificación de criterios diagnósticos, entre ellos están:

1. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR
2. La decima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE – 10)
3. Guie Latinoamericana de Diagnostico Psiquiátrico GLADP – VR

De este modo para el desarrollo de la práctica clínica fue basado en la clasificación del DSM-IV-TR, el cual es usado en el manejo de los diagnósticos por los médicos de la institución clínica.

Trastornos Mentales en Atención Psiquiátrica Hospitalaria.

Durante el periodo de la practica en institución psiquiátrica, se hizo valoración y procedimiento terapéutico psicológico en patologías, que describe a continuación.

[F29] Trastorno psicótico no especificado. [298.9]

Esta categoría incluye una sintomatología psicótica (ej: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o gravemente desorganizado) sobre la que no se dispone de una información adecuada para establecer un diagnostico específico o acerca de la cual hay informaciones contradictorias o trastornos con síntomas psicótica que no cumplen los criterios para alguno de los trastornos psicóticos específicos. (p.388)

[F3x.x] Trastorno Depresivo mayor. [296.xx]

- A. presencia de más de 5 de los siguientes síntomas durante un periodo de dos semanas:
1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (ej: se siente frío vacío) o la observación realizada por otros (ej: llanto) Nota: en los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
 2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para le placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día (según refiere el propio sujeto u observación de los demás).
 3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (ej: un cambio de más de 5% del peso corporal en 1 mes), o perdida o aumento del

apetito casi todo el día. Nota: niños hay que valorar en hogar, el fracaso en lograr los aumentos de peso estables.

4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no mera sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)
9. Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico para suicidarse.
 - a. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
 - b. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
 - c. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (droga, medicamentos) o una enfermedad médica (hipotiroidismo)
 - d. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (después de una pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.(p.p. 419,419)

Episodio maníaco.

- A. Un periodo diferenciado de un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, que dura al menos 1 semana (o cualquier duración si es necesaria la hospitalización).

B. Durante el periodo de alteración del estado de ánimo han persistido tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es solo irritable) y ha habido en un grado significativo:

1. Autoestima exagerada o grandiosidad
2. Disminución de la necesidad de dormir (se siente descansado tras solo 3 horas de sueño)
3. Mas hablador de lo habitual o verborreico
4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado.
5. Distraibilidad (la atención desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes).
6. Aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo, en los estudios o sexualmente) o agitación psicomotora.
7. Implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (enzarzarse en compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas).

C. los síntomas no cumplen los criterios para el episodio mixto.

D. la alteración de estado de ánimo es suficientemente grave como para provocar deterioro laboral o de las actividades sociales (P.405)

Episodio mixto.

- A. Se cumplen los criterios tanto para un episodio maniaco, como para un episodio depresivo mayor. (excepto en la duración) casi cada día durante al menos un periodo de 1 semana.
- B. La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave para provocar un importante deterioro laboral, social o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos.
- C. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia. (p. ej. Una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a enfermedad medica (p. ej: hipotiroidismo). (p.408)

Trastornos Bipolares.

En este apartado se incluyen el trastorno bipolar I y el bipolar II, la ciclotimia y el trastorno bipolar no especificado. Hay seis criterios para el trastorno bipolar I: episodio maniaco único, episodio más reciente de mixto, episodio más reciente depresivo y episodio más reciente no especificado.

[F3x.x] Bipolar I: [296.xx]: Caracterizado por uno o más episodios maníacos o mixtos. Es frecuente que los sujetos hayan presentado uno o más episodios depresivos mayores.

[F31.8] Bipolar II: [296.89]: caracterizado por la aparición de uno o más episodios depresivos mayores, acompañados por al menos un episodio hipomaniaco. Los episodios hipomaniacos no se tienen que confundir con los días de eutimia que pueden seguir a la remisión de un episodio depresivo mayor.

[F34.0] Trastorno Ciclotímico: [301.13]: es una alteración del estado de ánimo crónico y con fluctuaciones que comprende numerosos periodos de síntomas hipomaniaco. (428).

Trastornos de Ansiedad.

La crisis de angustia: (*panic attack*) se caracteriza por la aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo pavoroso o terror, acompañados habitualmente de sensaciones de muerte inminente.

La agorafobia: se caracteriza por la aparición de ansiedad o comportamiento de evitación en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso) o bien donde sea imposible encontrar ayuda en el caso de que aparezca en ese momento de crisis de angustia o síntomas similares a la angustia.

[F41.0] El trastorno de angustia sin agorafobia: [300.01]: se caracteriza por crisis de angustia recidivantes e inesperadas que causan un estado de permanente preocupación al paciente. (p. 477)

[F43.1] Trastorno Estrés postraumático [309.81].

La característica esencial del trastorno por estrés postraumático es la aparición de síntomas característicos que sigue a la exposición a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, y donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física; el individuo es testimonio de un acontecimiento donde se producen muertes, heridos o existe una amenaza para la vida de otras personas.

Curso:

El trastorno de estrés postraumático puede iniciarse a cualquier edad, incluso durante la infancia. Los síntomas suelen aparecer en los primeros 3 meses posteriores al trauma, si bien puede haber un lapso temporal de meses, o incluso años, antes de que el cuadro sintomático se ponga de manifiesto. Con frecuencia, la reacción de la persona al acontecimiento traumático reúne inicialmente los criterios diagnósticos del trastorno por estrés agudo.

Criterios para el diagnóstico de F43.1 Trastorno por estrés postraumático [309.81]

- A. La persona ha estado expuesta a un acontecimientos traumático en el que han existido (1) y (2):
 - 1. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno o más acontecimiento caracterizado por muertes o amenazas para su integridad física o la de la de los demás.
 - 2. La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados.
- B. El acontecimiento traumático es re experimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:

1. Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. Nota: los niños pequeños esto puede en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma.
 2. Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento que produce malestar. Nota: en los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible.
 3. El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimientos traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociados de *flashback*, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). Nota: los niños pequeños pueden re escenificar el acontecimiento traumático específico.
 4. Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
 5. Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
- C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican 3 o más de los siguientes aspectos:
1. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.
 2. Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.
 3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.
 4. Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.
 5. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.

6. Restricción de la vida afectiva (p. ej. Incapacidad para tener sentimientos de amor).
 7. Sensación de un futuro limitado (p. ej. No espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, tener la esperanza de una vida normal).
- D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (*arousal*) (ausentes antes del trauma), tal y como lo indica dos o más de los siguientes síntomas:
1. Dificultad para conciliar o mantener el sueño
 2. Irritabilidad o ataques de ira.
 3. Dificultades para concentrarse
 4. Hiper vigilancia
 5. Respuestas exageradas de sobresalto
- E. Estas alteraciones (síntomas de los criterios B, C Y D) se prolongan más de 1 mes.
- F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Agudo: si los síntomas duran menos de 3 meses

Crónico: si los síntomas duran 3 meses o más.

De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los Síntomas. (p.p. 523 – 525)

Trastorno de personalidad.

Es un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o a principios de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto.(p. 645)

[F60.0]Trastorno paranoide de la personalidad [301.0].

La característica esencial es un patrón de desconfianza y suspicacia general hacia los otros, de forma que las intenciones de éstos son interpretadas como maliciosas. Este patrón empieza al principio de la edad adulta y aparece en diversos contextos.

Son personas con las que es difícil llevarse bien y suelen tener problemas en las relaciones personales. Su suspicacia y hostilidad excesivas pueden expresarse mediante las protestas directas, las quejas recurrentes o por un distanciamiento silencioso claramente hostil. Puesto que están excesivamente atentos a las posibles amenazas, pueden comportarse de una forma cautelosa, reservada o tortuosa y aparentan ser “fríos” y no tener sentimientos de compasión. (p. 655)

Evaluación Multiaxial.

Implica una evaluación en varios ejes, cada uno de los cuales concierne a un área distinta de información que puede ayudar al clínico en el planeamiento del tratamiento y en la predicción de resultados. (p.27)

Eje I: Trastornos Clínicos

Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica

Eje II: Trastornos de personalidad

Eje III: Enfermedades médicas

Eje IV: Problemas psicosociales y ambientales.

Eje V: Evaluación de la actividad Global

Terapia Cognitivo Conductual en trastornos Mentales de atención clínica Hospitalaria

Para el desarrollo de las prácticas en clínica con población psiquiátrica, se empleara técnicas del enfoque Cognitivo conductual, para intervenir terapéuticamente a los pacientes para modificar sus estados actuales de conducta a través de la reestructuración cognitiva de los pensamientos automáticos disfuncionales y por ende su respuesta como conducta adaptativa. Este enfoque fue creado y ajustado sus posturas para que la T. C.C. sea más efectiva en paciente con condiciones especiales y demás, de esta forma es que los siguientes autores dieron origen y ofrecido sus aportes para el desarrollo y evolución de la misma, de esta manera autores como A. Beck, (1979:1983):

Demuestra que la terapia cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas, por ejemplo: (la depresión, la ansiedad, las fobias, problemas relacionados con el dolor). Los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo (p.13)

Determinando que cada individuo se crea su propio mundo, la terapia cuenta con la fortaleza de llegar hasta la creencia más arraigada y la modifica para lograr una mejor adherencia del individuo hacia el medio donde se desenvuelve, por esta razón es que autoras como, Judith Beck, (2000):

postula que todas las perturbaciones psicológicas tienen en común denominador una distorsión del pensamiento que influye en el estado de ánimo y en la conducta de los pacientes. Una evaluación realista y la consiguiente modificación del pensamiento producen una mejoría en esos estados de ánimo y comportamientos. Esta mejoría permanente resulta de la modificación de las creencias disfuncionales subyacentes (p.4)

De esta forma surge la inquietud de tratar varias alteraciones mentales en forma más específica, es decir crear una psicoterapia sugerida para modificar conductas desde un enfoque como el propuesto por A. Lazarus (1976):

es uno de los primeros terapeutas que parecen adscritos al enfoque de la terapia de conducta. Sus aportaciones a este campo pasan por las primeras investigaciones de la efectividad de la desensibilización sistemática a las fobias, la terapia de conducta de la depresión, la aplicación de métodos operantes y respondientes a los trastornos infantiles y la invención de nuevas técnicas como la imaginación emotiva, la relajación diferencial y otras técnicas cognitivas-imaginativas. (Ruiz, 2007)

De esta manera el manejo de las alteraciones mentales vistas del enfoque cognitivo conductual involucra la exploración sistemática y continua de las emociones surgidas de eventos representativos que da lugar a conductas no apropiadas para desempeñarse en la sociedad. Siendo así como autores integraron las emociones y las conductas como objeto de estudio, siendo A. Ellis. (1980):

Quien propuso la TRE que constituye un enfoque amplio del tratamiento psicológico, ya que especifica e intensamente emplea métodos emotivos y conductuales que ayudan a las personas a ver sus creencias irracionales, y eso las ayuda a discutir y desechar tales ideas. Se supone que las personas se trastornan de formas complejas (cognoscitivas, emotivas y conductuales), por lo tanto no existe un modo sencillo de ayudarse ellas mismas a estar menos alteradas. Lo que podríamos llamar sus problemas psicológicos surgen principalmente de percepción y concepciones erróneas acerca de lo que sucede (p.18)

De esta manera, la práctica se desarrolla dentro de los lineamientos teóricos de estos autores que permiten llegar a los pacientes de una forma más objetiva y enfocada a la problemática clínica, puesto que sus aportes están dirigidos al paciente en condición psiquiátrica que conlleva a intervenciones específicas según la gravedad de la patología presentada. Por esta razón, la práctica realizada emplea la terapia cognitivo conductual para desarrollar evaluación, valoración, intervención y seguimientos de pacientes que se encuentran en condición de hospitalizados en la clínica psiquiátrica ISNOR.

Para efectos teóricos de la práctica en clínica, las técnicas y enfoque a utilizar es necesario comprender los aportes teórico de quienes fueron pioneros de su creación, para

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN PACIENTE PSIQUIÁTRICO

centrar cada intervención en un proceso que proporciona grandes beneficios a los pacientes con la práctica de la terapia cognitiva, puesto que

es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas, por ejemplo: (la depresión, la ansiedad, las fobias, problemas relacionados con el dolor). Los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo (Beck, 1967, 1976 p. 13)

Es decir, la forma en que cada persona ve el mundo que lo rodea y crea sus propios esquemas y cogniciones basándose en su propia experiencia.

Siendo así como Judith Beck, hija de Aaron Beck (2000) señala que:

El punto clave que diferencia a la terapia cognitiva reestructurativa de Beck de otras terapias llamadas cognitivo conductuales, es el entender los trastornos emocionales desde una perspectiva cognitiva, es decir como los pensamientos y creencias pueden tener influencia sobre la conducta, emociones y reacciones corporales de la persona, en el contexto de su historia propia El punto clave que diferencia a la terapia (p.9).

Por esta razón se resalta la importancia de la intervención en pacientes psiquiátricos donde se logra evidenciar con mayor rigor los efectos que surgen durante y después de la terapia cognitiva conductual, ya que la conducta del paciente cambia a medida que hace reestructuración cognitiva de sus propios esquemas y pensamientos que lo posesiona de sus nuevas estrategias de afrontamientos en las situaciones cotidianas que antes detonaban la conducta problema.

Por esta razón, cuando el paciente objeto de intervención logra comprender el propósito de continuar de forma autónoma las técnicas desarrolladas durante la intervención terapéutica, podrá generar más estrategias de cambio por sí mismo, ya que logra comprender que su actuar es solo una respuesta a cómo interpreta el mundo que lo rodea.

Desarrollo de la Práctica

Institución.

La práctica fue desarrollada en las instalaciones de la clínica ISNOR, la cual es especializada en atender pacientes con trastornos mentales, siendo este un escenario propicio para ejecutar de manera eficaz el ejercicio de evaluación e intervención en clínica, cuyos resultados y seguimiento se realiza en un tiempo de 120 horas como requisito de la institución universitaria.

Siendo así que “la clínica psiquiátrica El Instituto del Sistema Nerviosos del Oriente – ISNOR, que ofrece atención especializada, a pacientes psiquiátricos desarrollando nuevos modelos de atención y tratamiento de las patologías mentales que ayudan al favorecimiento de la salud mental.

La clínica se encuentra ubicada en el Barrio Sotomayor en la ciudad de Bucaramanga, cuyo origen obedece al sueño de un prestigioso grupo de médicos psiquiatras de Bucaramanga hecho realidad persisten en su empeño, siendo Douglas Enrique Quintero, Juan Carlos Martínez algunos de ellos.

De esta forma iniciaron actividades el 5 de septiembre de 1987 en la calle 46 No 36-20 Barrio San pio, con 10 camas, una enfermera jefe, dos auxiliares y el gerente, con un equipo de trabajo profesional e idóneo, con sentido humano, comprometidos en el desarrollando de nuevos modelos de atención y tratamiento de las patologías mentales, mejorando así la calidad de vida de los usuarios, *cuyo fin es* brindar la mejor asistencia a pacientes psiquiátricos en todas sus modalidades con todos los servicios necesarios y con modernos tratamientos para la salud mental, desarrollando procedimientos de alta calificación. (ISNOR, 2012).

Dentro de las principales patologías mentales atendidas en la clínica, se encuentran: Trastorno Bipolar, Depresión, Trastorno psicótico, Esquizofrenia, Trastornos alimenticios, Trastorno obsesivo compulsivo, Consumo de sustancias, Trastorno de

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN PACIENTE PSIQUIÁTRICO

personalidad esquizoide, paranoide, límite, entre otras. Y para efectos de la practica fueron objeto de intervención patologías como trastorno bipolar, trastorno de estrés postraumático, ansiedad, depresión, trastorno de personalidad tipo paranoide, en pacientes de modalidad hospitalizados y seguimientos subsiguiente en algunos casos.

Actividades Desarrolladas y Resultados

Durante las 120 horas correspondientes a práctica clínica, se llevó a cabo atención, valoración, la cual se realizaba a través de la entrevista y pruebas de tamizaje para determinar los niveles en sus estados emocionales, intervención, que a partir de un plan de tratamiento se le dio manejo en procesos cognitivos y seguimiento que consistió en desarrollo de los procesos terapéuticos, los cuales se realizaron a través de sesiones extra hospitalarios, en común acuerdo con el paciente en cuanto a horario y numero de sesiones.

Participantes

En cuanto a los casos manejados durante la práctica, se hicieron acercamiento con 10 pacientes, de los cuales 9 pacientes fueron valorados y uno que no lo permitió, siendo así que entre los 9 casos atendidos se realizó proceso terapéutico con 3, los otros 6 casos fueron contactos cortos sin intervención, solo recolecta de datos y acompañamiento corto. De los pacientes 7 son de sexo femenino y 2 de sexo masculino, entre ellos 2 son menores de edad. Las edades comprendidas fueron de 12 a 54 años de edad, con escolaridad de 1 básica primaria, 3 bachiller básico, 3 han hecho alguna preparación en cursos, 2 universitarios. En cuanto a patologías psiquiátricas manejadas se encontraron 4 casos en trastorno bipolar, 2 trastornos de personalidad, 1 de estrés postraumático y 1 de psicosis no especificado.

Para ver en detalle las actividades desarrolladas, se remite al cuadro en el anexo que se encuentra en el apéndice del presente documento (ver apéndice A), junto con las evidencias en formato empleados durante los procesos terapéuticos efectuados tanto el que se presenta como estudio, como la totalidad de casos atendidos (ver apéndices B y C).

Instrumentos

Cada uno de los casos se anexan, se encuentran organizados en los siguientes apartados: Formato de Valoración Psicológica, Aplicación de test y pruebas psicológicas, Resumen de caso, que consiste es una síntesis de la valoración psicológica, donde se hace organización del caso, Conceptualización de caso, siendo la forma de organizar los hechos del paciente y sus impresiones cognitivas, además de nota de sesión donde se consignan lo trabajado durante la sesión, objetivos realizados y tareas para el hogar, Informe de cierre TCC, donde se da a los motivos por el cual se le da cierre el proceso, siguiendo un enfoque psicológico cognitivo que permita la reestructuración cognitiva pensamientos automáticos. (ver apéndice D).

Discusión

La realización de la práctica clínica, permitió demostrar que la psicología es fundamental para el acompañamiento y tratamiento de un paciente psiquiátrico, puesto que a través de sus técnicas y modelos psicológicos, logra cumplir un papel importante en la recuperación y en la comprensión del paciente de su enfermedad mental, siendo así que le permite asumir con responsabilidad el manejo de la misma y una mejoría más efectiva y duradera.

Tras la aplicación de la TCC en paciente psiquiátrico, se evidencia que las emociones y las conductas están determinadas por los pensamientos automáticos, lo que requiere del empleo de diversas TCC para hacer una reestructuración cognitiva que le permita al paciente enfrentarse a situaciones amenazantes para él de una manera más eficaz y que a su vez pueda recuperar la seguridad en sí mismo y un comportamiento más autónomo ante la sociedad.

Las técnicas empleadas para el manejo del trastorno psiquiátrico, de orden T.C.C. fueron las de registro de pensamientos automáticos, Asignación de tareas, técnica narrativa cognitiva en historia de vida, reestructuración cognitiva, dialogo socrático y la psico-educación según criterios psiquiátricos de enfermedad.

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN PACIENTE PSIQUIÁTRICO

Es interesante observar cómo evoluciona y se presenta modificación de pensamientos, hace que un paciente psiquiátrico logre emplear nuevas estrategias de afrontamiento y recuperar el tono de su vida, de su estado de ánimo, y mejorar la relaciones con los demás y si mismos.

Por esta razón resulta importante la comprensión por parte del paciente de la patología psiquiátrica diagnóstica, puesto que le permite conocer sus limitaciones y genera formas y estrategias de superarlas de manera que cada vez va evolucionando sus respuestas emocionales y conductuales hasta lograr un mayor control de ellas. A su vez la TCC tiene entre sus objetivos enseñar al paciente a ser su propio terapeuta, al seguir las pautas dadas durante el proceso terapéutico en forma continua desde su casa.

CONCLUSIONES

En estos ambientes hospitalarios se hace un poco difícil hacer intervención en psicología, por la corta estadía de los pacientes en la clínica, por lo que solo en algunos casos se logró dar desarrollo al proceso de intervención. Debido a un compromiso asumido antes de su salida de la clínica para dar continuidad al proceso de forma ambulatoria y continua, según se haya establecido número de sesiones y horarios de atención.

Se evidenció la efectividad de la Terapia Cognitiva Conductual, ya que el paciente mostró cambios significativos en su conducta y pensamientos automáticos.

Hubo comprensión por parte del paciente en la intervención terapéutica y el modelo.

El paciente asumió compromiso y disposición con su proceso terapéutico, por lo que se logra resultados favorables.

El paciente comienza a generar nuevas estrategias de afrontamiento en situaciones que antes le ocasionaban ansiedades, angustia y depresión.

No se presentaron inconvenientes significativos porque el paciente se mantuvo atento y activo en su proceso terapéutico.

Se estableció relación terapeuta – paciente favorable, pues permitió un proceso terapéutico extenso que produjo resultados convenientes para el paciente.

RECOMENDACIONES

Para futuras practicas en clínica, sería de mayor importancia manejar grupos de pacientes con un mismo diagnostico, que permita hacer un estudio comparativo, donde se pueda evidenciar la evolución e inconvenientes entre los paciente, poder dilucidar las limitaciones de la TCC como las del paciente para evolucionar satisfactoriamente en el manejo de su enfermedad psiquiátrica y plantear otras estrategias de trabajo que se ajuste a las características especiales de cada paciente.

El inicio de las prácticas debería iniciarse al tiempo de las clases para poder ir aplicando de forma más inmediata los lineamientos y técnicas ofrecida en el ámbito académico y poder hacer comparativos y correctivos si se da el caso. Con el objetivo de agilizar procesos de práctica, a la vez que se complementa el ejercicio académico de forma mas dinámica e ilustrativa con cada una de las practicas y casos en procesos de cada uno de los estudiantes.

Los lineamientos y protocolos para la entrega de informes y monografía deberían ser entregados desde el inicio de las horas de práctica, para ir dándole forma y agilidad a la hora de entrega de los mismos, sin confusiones en su estructura de construcción.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Beck. A, (1979, 1983) *Terapia Cognitiva de la depresión* 8ª. Edición. Desclée de Brouwer. Biblioteca de Psicología. España (p. 13)
- Beck J, (2000) *Terapia Cognitiva. Identificación de los pensamientos automáticos*. Editorial gedisa (p.p. 103, 105, 205))
- Ellis, A. y, Abrahms, E. (1980) *Terapia Racional Emotiva*. Editorial Pax Mexico (p.31)
- Camacho, J.(2003). *El ABC de la Terapia Cognitiva* (p.8)
- Carmona, C. (2010) *Incapacidades provenientes de las enfermedades mentales*. Recuperado el 17 de septiembre de 2015 en civilpersonasucc.blogspot.com.co
- ISNOR. (2012) *Instituto del Sistema Nervioso del Oriente Clínica*. Documento Recuperado el 28 de agosto de 2015 en www.clinicaisnor.com
- Montejo, G. *Trastornos Mentales o Psicológicos*. Recuperado el 13 de septiembre de 2015 en www.psicologia-online.com/articulos/2012/trastornos-mentales-o-psicologicos.html
- Moyano, C. *Modelos Etiológicos de los Trastornos Mentales*. Recuperado el 14 de septiembre de 2015 en www.psicologia-online.com

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN PACIENTE PSIQUIÁTRICO

OMS (2013) Organización Mundial de la Salud. La OMS publica directrices sobre la atención de salud mental tras eventos traumáticos. Recuperado el 17 de septiembre de 2015 en www.who.int

Ruiz , J. y Cano, J. (2007) Terapia Multimodal como Alternativa.
Recuperado el 12 de septiembre de 2015 en www.psicologia-online.com .LA

Toro, G. y Yepes, L. (1997) Fundamentos de Psiquiatria. 3ra Edición. Corporación para investigaciones Biologicas . (p.p. 48-51)

Lista de Apéndices

Apéndice A: Relación de Casos Atendidos

Apéndice B: Presentación del Estudio de Caso

Apéndice C: Presentación de Casos atendidos durante la practica

Apéndice D: Material Terapéutico

Apéndice A: Relación de Casos Atendidos

Relación de pacientes atendidos, os datos se organizan en relación a la frecuencia, situaciones encontradas, procedimientos realizados, instrumentos utilizados y los resultados, Esta información se encuentra en archivo [enlace](#) que se adjunta esta documento en formato Excel.

APÉNDICE B: PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO DE CASO**CASO - I: P. J. P. S.****FORMATO DE VALORACION PSICOLÓGICA****I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

Fecha y Hora: 19 de Enero de 2015 a las 3:39 pm

Apellidos y Nombres completos: P. J. P. S.

Edad: 52 años

Fecha de Nacimiento: Marzo xx de 19xx

Estado Civil: Casado

Escolaridad: Bachiller

Profesión u oficio: Dragoneante de seguridad

Teléfono: xxxxxxxxxx

Dirección actual: xxxxxxxxxxxxxxxx Piedecuesta

EPS: xxxx xxxxxx

Psicólogo tratante: Diva Patricia Ovalle Niño (Ps. Practicante de especialización)

Instituto: Clínica ISNOR

II. MOTIVO DE CONSULTA

“Estoy en tratamiento psicológico y psiquiátrico”

Remitido por el psiquiatra Pinzón del Centro Médico bajo diagnóstico de estrés postraumático, trastorno depresivo recurrente. Al llegar a ISNOR es recibido por el doctor J. Ramos quien lo diagnostica con “Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos”.

III. PROBLEMA ACTUAL

Paciente remitido al programa “Hospital día”. Manifiesta ser una persona sensible, sentimental y que tenía resistencia por asistir al programa, porque afuera escucha decir que en la clínica solo entran “locos”. El paciente manifiesta que hace 3 años está diagnosticado e inició tratamiento psiquiátrico y psicológico. Refiere que tiene incapacidad para laborar, puesto que cuando estaba prestando guardia en el trabajo al pasar por un baño encontró a uno de los internos ahorcado, expresando que “me causó impresión”. El paciente refiere que el día del suicidio del interno, éste le había solicitado ayuda para hacer algo, un oficio, fue cuando se dirigió a otro interno que fabricaba mochilas tejidas y le pidió que le colaborara para enseñarle la manualidad al otro interno. Por lo que le mandó unos hilos de nylon para que empezara a tejer una mochila, pero lo que elaboró fue la soga con la que se ahorcó posteriormente. Al continuar con su labor, pero empezó a experimentar cambios en su conducta, lo que lo alarmó y le

generaba malestar con los compañeros de trabajo, desde allí empezó los tratamientos. En la actualidad expresa que siente aislado de su lugar de trabajo. Manifiesta que desde el día del evento ha comenzado a sentir rabia, con intensidad de autoagresión y a los demás. Indica que experimenta sentimientos de angustia, miedo, ansiedad y disminución en el deseo sexual.

IV. **INFORMACIÓN FAMILIAR**

Actualmente vive con su esposa y sus dos hijos varones de 18 y 22 años de edad. Refiere que siempre han tenido buenas relaciones. Expresa que siempre ha sido detallista con su esposa y que a raíz de la enfermedad lo descuido. Indica que como técnica terapéutica, el psiquiatra le dio indicaciones mejorar las relaciones con su esposa y volverla a conquistar, lo cual expresa que ha funcionado. Al inicio de su enfermedad, la familia se tornaba aislada por lo que él no les decía nada. Refiere que cuando le contó a su hijo mayor sobre su situación de salud, éste lo aconsejó mucho y sintió que disminuyó la ansiedad. En cuanto a su familia de origen expresa que recuerda que siempre mantuvo buenas relaciones con sus padres y 3 hermanos.

V. **HISTORIA DE VIDA**

El paciente refiere que durante su infancia y adolescencia mantuvo buenas relaciones con sus padres y hermanos. Su escolaridad fue hasta el bachillerato, al salir del colegio, tiempo después inicia capacitación para desempeñarse como agente de policía, sin embargo abandona el proceso, ya que decide organizarse sentimentalmente, casarse y formar una familia. Se vincula laboralmente con la gobernación de su ciudad en Málaga. Y posteriormente se traslada de ciudad de Piedecuesta para vincularse laboralmente como guarda de seguridad en el sector carcelario. Refiere que ya su familia estaba conformada por su esposa y sus dos hijos. Actualmente vive en Piedecuesta Santander con su esposa e hijo menor. A raíz de su incapacidad laboral por enfermedad mental, está en estudio su retiro definitivo o una posibilidad de vinculación laboral, por lo que refiere es incierto aun. El paciente describe que la relación con sus compañeros de trabajo fue buena, hasta el día que sucedió el evento, donde comienza a percibir que todos hablaban de él y le hacían muchas preguntas sobre lo sucedido. Por lo que su actitud se tornaba irritable y aislada de sus compañeros de trabajo. El paciente hace mención que debido a eso ha tendido a aislarse y no sale solo, siempre lo acompañan su esposa o uno de sus hijos, además que no le gusta que lo visiten en la casa. Pero al mismo tiempo admite que siente que sus amigos lo han olvidado.

VI. ASPECTO BIOLÓGICO/MEDICO (Antecedentes médicos)

El paciente refiere haber sido diagnosticado con glaucoma no especificado, hipertensión esencial, estrés postraumático, trastorno depresivo recurrente. En tratamiento psiquiátrico farmacológica con medicamentos como: Zolof, sertralina 50mg, Clonazepam 2 mg, winthrop, fluoxetina, quetiamina de 300 mg, además para el colesterol y la hipertensión, y acompañamiento psicológico desde hace 3 años, con controles semanales.

VII. EXAMEN MENTAL ACTUAL

El paciente presenta una apariencia y porte adecuado. Su vestir es coherente a su edad y sexo, se muestra alerta, atento con escucha activa, colaborador al expresarse de forma segura y centrada a su enfermedad y situación como paciente psiquiátrico. El paciente presenta pensamiento de minusvalía, angustia, ansiedad, depresión.

VIII. HIPOTESIS DIAGNOSTICA

La presencia de pensamientos automáticos, creencias centrales disfuncionales, le impiden desempeñarse adecuadamente, por lo tanto no le permite disponer de una calidad de vida satisfactoria. Encontrándose en el paciente aspectos como: Poco manejo de la ansiedad, pensamientos que mantienen conductas de dependencia, expresa la necesidad de ayuda, pues desea no tener la enfermedad, puesto que se define como una persona enferma y no sirve para nada

Impresión Diagnostica

Eje I: Estrés post – Traumático [309.81] y Trastorno Depresión recurrente [296.xx]

Eje II: no aplica

Eje III: hipertensión, glaucoma.

Eje IV: no aplica

EJE V: funcional (45)

IX. PRONOSTICO

Favorable

X. OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN

- Disminuir niveles de ansiedad y depresión
- Encontrar mecanismos de afrontamientos más adaptativos
- Reestructurar pensamientos automáticos, creencias centrales
- Identificar y modificar esquemas maladaptativos
- Eliminar etiqueta cognitivas

XI. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

- Aplicar Terapia Cognitivo Conductual Multimodal
- Registro diario de pensamientos automáticos, emociones y conducta
- Pruebas control de tamizaje para medir nivel de ansiedad y depresión
- Ejercicios de registro durante la sesión
- Retroalimentación de lo trabajado en terapia y actitudes nuevas frente a la terapia
- Reestructuración cognitiva a partir de eventos vividos recientemente

Ps. Diva Patricia Ovalle Niño, T.P. 101975

RESUMEN DE CASO - I: P. J. P. S.**I. Información de identificación**

Paciente Pedro J. P. S. de 52 años de edad, identificado con cédula de ciudadanía n° xxxxxxxxxx de Málaga, que tiene como profesión ser Dragoneante del sistema carcelario, vive con su esposa y sus dos hijos, ingresa al programa de Hospital día, de la institución psiquiátrica Isnor, el día 19 de enero, al mismo tiempo se hace el primer contacto con el paciente, de donde llega remitido por psiquiatría con diagnóstico de estrés postraumático, trastorno depresivo recurrente.

II. MOTIVO DE CONSULTA

Remitido por psiquiatría

Inicio programa “Hospital Día”

III. Diagnóstico según (DSM – IV)

Eje I: [F43.1] Estrés post – Traumático [309.81] y [F3x.x] Trastorno Depresión

Mayor [296] recurrente

Eje II: diferido

Eje III: hipertensión, glaucoma.

Eje IV: diferido

EJE V: funcional (45)

IV. Puntajes obtenidos.

1. BAI Y BDI (Beck)

PRUEBA	REST. 1
BAI	53
BDI	36

2. Inventario de Pensamientos Automáticos (Ruiz y Lujan 1991)

TIPO DE DISTORSIÓN	REST. 1
Filtraje	6
Interpretación del pensamiento	8
Visión catastrófica	7
Personalización	6
Falacia de control	8
Razonamiento emocional	7
Falacia de cambio	6
Los debería	6
Falacia de recompensa divina	8

V. Problema y funcionamiento actual

Paciente que hace 2 años inicia con tratamiento psiquiátrico y psicológico. Refiere que le da miedo a que pase algo malo, preocupación por su enfermedad. Expresa que hace unos meses atrás sentía que lo tocaban, veía un perro negro, una figura humana, escuchaba murmullos, olores a podrido. Hace dos meses no ha vuelto a sentir esas cosas. Además refiere sentirse bajo de ánimo, tiene pesadillas (donde le hace daño a su esposa) y eso lo hace sentir mal. Expresa tener miedo al hablarles a personas desconocidas. Ha tenido problemas con su esposa por bajo deseo sexual.

VI. Perfil de Desarrollo

A. Historia (Familiar, social, educativa, medica, psiquiátrica y vocacional)

Actualmente vive con su esposa y sus dos hijos. Es el segundo en posición entre 4 hermanos. Ha tenido buenas relaciones con sus amistades y compañeros de trabajo. Estudió hasta bachiller, inició preparación para ser policía, pero renunció por casarse, organizar su familia. Tiempo después se preparó para ser guarda de seguridad. Lleva dos años en tratamiento psiquiátrico y psicológico y desde entonces está desvinculado laboralmente.

B. Relaciones (Padres, hermanos, pares, figuras de autoridad, otros)

Refiere que la relación con sus padres y hermanos fue buena. Con los compañeros de trabajo bien, hasta después del evento, que sintió que se burlaban de él en el trabajo.

C. *Acontecimiento significativo y traumas*

El paciente refiere que cuando estaba prestando guardia en el INPEC, al pasar por un baño encontró a uno de los internos ahorcado. Indica que el día del suicidio del interno, éste le había solicitado ayuda para hacer algo. Ocuparse a una actividad o labor, él hablo con otro interno que se dedicaba a tejer mochilas para que le colaborara, el interno le pasó unos hilos de nylon para que iniciara a tejer una mochila, la dárseles el interno las usó para elaborar la cuerda para colgarse. Refiere no haber estado en una situación problema anteriormente, hasta que sucedió este hecho.

VII. **Perfil Cognitivo**

Aplicación del modelo

1. Problemas actuales típicos/situaciones problemáticas

- Que le cancelen una cita
- Hablar con gente desconocida
- Tener pesadillas golpeando a su esposa
- El estar preocupado le genera ansiedad
- Piensa que los demás lo van a juzgar
- Disminución del deseo sexual

2. Principales pensamientos automáticos, reacciones afectivas y comportamientos en estas situaciones

- Miedo a que le pase algo malo
- Preocupación por su enfermedad
- Temor hablar con personas desconocidas

3. Creencias central

- No sirvo para nada
- Soy una persona frustrada
- Perdí muchas oportunidades
- Me siento débil sin proyecto de vida

4. Creencias Condicionales

- Si llegó tarde a la cita me va a regañar
- Si habló en público se burlan de mi
- Si sueño cosas feas puedo llegar hacer cosas malas en verdad a mi esposa
- Si me niegan o aplazan una cita es porque me quieren poner problema

5. Reglas (El “debo” aplicado a sí mismo y a los demás)

- Debo mejorar de mi enfermedad
- Debo dejar de soñar cosas malas y feas
- Debo dejar de ocupar e incomodar menos a los demás

VIII. Integración y conceptualización de los perfiles cognitivos y de desarrollo.

A. Formulación de conceptos relativos a uno mismo y a los otros.

- El paciente refiere sentirse atemorizado, cree que le sucederá algo malo.
- Expresa que quiere salir adelante pero no sabe cómo.

B. Integración entre los hechos de la vida y puntos vulnerables en lo cognitivo.

- No quiere seguir incomodando a su esposa.
- Prefiere aislarse para que el agente no le pregunte lo sucedido.
- A veces siente que lo llaman o lo persiguen.
- Se siente frustrado por no avanzar laboralmente

C. Estrategias compensatorias y de apoyo.

- El apoyo familia de esposa e hijos
- La vinculación al programa “Hospital día” “me ha hecho bien” expresa el paciente.
- “El médico psiquiatra y mi esposa han notado cambio positivo en mi comportamiento y actitud” refiere el paciente.

D. Desarrollo y persistencia del trastorno.

- La inseguridad y la ansiedad que siente cada vez hace una diligencia médica.
- El miedo a entrar en crisis.
- Temor de quedarse estancado laboralmente.

IX. Implicaciones para la terapia.A. *Capacidad para intervenciones cognitivas (puntaje bajo, medio, alto)*

1. Inclinación psicológica - medio
2. Objetividad - medio

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN PACIENTE PSIQUIÁTRICO

3. Conciencia - medio
4. Creencias en el modelo cognitivo - medio
5. Accesibilidad y plasticidad de los pensamientos automáticos y creencias - alto
6. Adaptabilidad - alto
7. Humor – medio

B. *Organización de la personalidad; sociópata vs autonomía*

Es más sociópata, puesto que su condición de persona “enferma” lo limita para desempeñarse de forma autónoma en situaciones cotidianas que le generan miedo. Piensa que el estar en el programa lo ayuda a sobreponerse y le brinda confianza en lo que hace. Cree que puede superar con ayuda profesional.

C. *Motivación, objetivos, expectativas respecto de la terapia.*

Esperanzado en que con el apoyo que recibirá del programa lo ayude a restablecerse en su estado de ánimo y el control de la ansiedad.

D. *Objetivos:*

Tener mejor control sobre la ansiedad.
 No limitarse para realizar cosas por si mismo
 Encontrar motivación para vivir y disfrutar
 Sentirse útil

E. *Objetivos del Terapeuta*

Disminuir niveles de ansiedad y depresión
 Encontrar mecanismos de afrontamientos más adaptativos
 Reestructurar pensamientos automáticos, creencias centrales
 Identificar y modificar esquemas maladaptativos
 Eliminar etiqueta de “soy una persona enferma”

F. *Dificultades del terapeuta*

No realización de tareas en casa
 Posible ausencia o abandono del proceso terapéutico
 Falta de espacio físico frecuente para realizar las terapias

CONCEPTUALIZACION DE CASO - I: P. J. P. S

Nombre del Paciente: P. J. P. S

Fecha: 19 enero de 2015

Diagnostico Eje I: trastorno de estrés postraumático y depresión recurrente

DATOS RELEVANTES

El paciente refiere que la relación con sus padres y 3 hermanos fueron buenas, y aun continúan con sus hermanos.

CREENCIAS CENTRALES

- No sirvo para nada
- Soy una persona frustrada
- Perdí muchas oportunidades
- Siento temor a ser rechazado

PRESUNCIONES/ CREENCIAS/REGLAS CONDICIONALES

- Si llegó tarde a la cita me va a regañar
- Si habló en público se burlan de mi
- Si sueño cosas feas puedo llegar hacer cosas malas en verdad a mi esposa
- Si me niegan o aplazan una cita es porque me quieren poner problema

ESTRATEGIAS COMPENSATORIAS

- El apoyo familia de esposa e hijos
- La vinculación al programa “Hospital día” “me ha hecho bien” expresa el paciente.
- “El médico psiquiatra y mi esposa han notado cambio positivo en mi comportamiento y actitud” refiere el paciente.

Situación 1.	Situación 2.	Situación 3.
“Me da miedo salir solo”	Preocupación por su enfermedad	Temor a ser rechazado

Pensamiento automático “Me quieren hacer daño”	Pensamiento automático “Soy un inútil”	Pensamiento automático “no me prestaran atención”
Significado del P.A. “Miedo a que me pase algo malo”	Significado del P.A. “No puedo avanzar laboralmente”	Significado del P.A. “no le importo a nadie”
Emoción Ansiedad, miedo, angustia, inseguridad	Emoción Depresión, tristeza, decepción	Emoción Rabia, frustración, ira, ansiedad, irritabilidad
Comportamiento Salir siempre acompañado	Comportamiento Continuar con los tratamientos psiquiátricos y psicológicos.	Comportamiento Aislarme, no hablar en público. Temblor y sudoración en las manos

NOTAS DE TERAPIA CASO - I: P. J. P. S**Sesión N° 1**

Nombre del Paciente: P. J. P. S.

Fecha: 21 de enero de 2015

Plan del paciente:

Previamente se inició la elaboración de la historia clínica. Además se acuerda proceso terapéutico dentro del programa de hospital día que da inicio.

Objetivo terapéuticos:

- Explorar sus pensamientos y emociones
- Identificar pensamientos que generen ansiedad y depresión
- Estimular la importancia de reconocer los pensamientos automáticos

Tareas para el hogar:

- Realizar registro diario de pensamientos automáticos

Puntos importantes de la sesión:

- El paciente refiere tener “sueños feos”
- Expresa sentirse mejor desde que ingresó al programa

Próxima sesión:

Retroalimentación del ejercicio hecho en casa.

Ps. Diva Patricia Ovalle Niño, T.P. 101975

NOTAS DE TERAPIA CASO - I: P. J. P. S**Sesión N° 2**

Nombre del Paciente: P. J. P. S

Fecha: 26 de enero de 2015

Plan del paciente:

El paciente refiere sentirse preocupado por los pensamientos que le generan ansiedad. Realizó la tarea pero con el registro de un día. Refiere que pensó lo iba a regañar por no hacerla bien.

Objetivo terapéutico:

- Revisión de la tarea asignada en sesión anterior
- Sintetizar los puntos importantes y objetivo del ejercicio
- Explicar de forma clara cómo se realiza el ejercicio de forma adecuada y en qué momentos

Tareas para el hogar:

- Realizar registro diarios de pensamientos automáticos

Puntos importantes de la sesión:

- Afirma tener pensamientos que le generan ansiedad
- Sus temores es menor de lo que pensaba.

Próxima sesión:

- Retroalimentación y comparación de diferentes situaciones

Ps. Diva Patricia Ovalle Niño, T.P. 101975

NOTAS DE TERAPIA CASO - I: P. J. P. S**Sesión N° 3**

Nombre del Paciente: P. J. P. S

Fecha: 27 de enero de 2015

Plan del paciente:

El paciente refiere haber salido acompañado de su esposa. Indica que sintió miedo, ansiedad al inicio, luego se fue pasando. Refiere sentir temor al salir a la calle.

Objetivo terapéutico:

- Conocer niveles de ansiedad y depresión
- Aplica prueba de tamizaje BAI (ansiedad) de Beck
- BDI (depresión) de Beck

Tareas para el hogar:

- Salir más seguido a la calle así sea acompañado

Punto importante de sesión:

- El paciente refiere salir siempre acompañado

Próxima sesión:

- Informar las actividades realizadas, que pensamientos surgieron y que emociones experimentó y que hizo.

Ps. Diva Patricia Ovalle Niño, T.P. 101975

NOTAS DE TERAPIA CASO - I: P. J. P. S**Sesión N° 4**

Nombre del Paciente: P. J. P. S

Fecha: 2 de febrero de 2015

Plan del paciente:

El paciente refiere estar más tranquilo al sentir el apoyo de su esposa. En cita control con el psiquiatra menciona que lo observa con mejor expresión al hablar.

Objetivo terapéutico:

- Indagar acerca de su vida
- Conocer eventos significativos

Puntos importantes de sesión:

- Expresa que días atrás tuvo un disgusto porque le cancelaron una cita medica
- Sale más a menudo a caminar con su esposa

Tareas para el hogar:

- Ampliar comunicación con su esposa, para disminuir ansiedad

Próxima sesión:

- Identificar situación que aumenten su ansiedad o depresión

Ps. Diva Patricia Ovalle Niño, T.P. 101975

NOTAS DE TERAPIA CASO - I: P. J. P. S**Sesión N° 5**

Nombre del Paciente: P. J. P. S

Fecha: 3 de febrero de 2015

Plan del paciente:

Luego de una interrupción de un mes de sesiones. El paciente refiere haber pasado por situaciones que le generaron ansiedad y angustia.

Objetivo terapéutico:

- Se hace retroalimentación de los resultados obtenidos en la anterior sesión.
- Medir niveles de ansiedad y depresión por control de estados.
- Aplicar Pruebas de tamizaje BAI Y BDI de Beck

Puntos importantes de la sesión:

- Indica que días atrás lo intentaron extorsiona vía telefónica, hecho que lo altero en forma considerable.

Tareas para el hogar:

- No se deja tarea.

Próxima sesión:

- Retroalimentación de situaciones que le causen ansiedad

Ps. Diva Patricia Ovalle Niño, T.P. 101975

NOTAS DE TERAPIA CASO - I: P. J. P. S**Sesión N° 6**

Nombre del Paciente: P. J. P. S

Fecha: 4 de marzo de 2015

Plan del paciente:

Se explora con el paciente situaciones del día.

Objetivo terapéutico:

- Identificar situaciones que generen ansiedad o depresión.
- Comprender porque se dan esas emociones de ansiedad o depresión
- Explicar al paciente la importancia de identificar sus pensamientos automáticos

Puntos importantes de sesión:

- Se explora situaciones que causen ansiedad y angustia

Tareas para el hogar:

- Realizar registro diario

Próxima sesión:

- Retroalimentación y fortalecer pensamientos alternos

Ps. Diva Patricia Ovalle Niño, T.P. 101975

NOTAS DE TERAPIA CASO - I: P. J. P. S**Sesión N° 7**

Nombre del Paciente: P. J. P. S

Fecha: **5** de marzo de 2015

Plan del paciente:

Se realiza retroalimentación de los registros diarios. Los resultados del segundo tamizaje muestran aumento en nivel de depresión.

Objetivo terapéutico:

- Identificar evento o situación que le genera depresión
- Realizar registro del día

Puntos importantes de sesión:

- Explorar pensamientos disfuncionales que generen estado depresivo.

Tareas para el hogar:

- Hacer el registro diario

Próxima sesión:

- Revisión y retroalimentación de tarea asignada

Ps. Diva Patricia Ovalle Niño, T.P. 101975

NOTAS DE TERAPIA CASO - I: P. J. P. S**Sesión N° 8**

Nombre del Paciente: P. J. P. S

Fecha: 12 de marzo de 2015

Plan del paciente

El paciente menciona haberse sentido “bajo de nota” por su salud, pero al mejorar se siente mejor.

Objetivo terapéutico:

- Retroalimentación de ejercicio de registro anterior
- Revisar nuevo registro diario
- Identificar eventos que activan la ansiedad o la depresión.

Puntos importantes de sesión:

- Refiere sentirse “nervioso” para iniciar conversación con personas que no conoce.
- Evita hablar del tema que le generó el trastorno
- Indica que le da miedo perder la memoria y no recordar donde está, pero igual lo relaciona con la toma de medicamentos.

Tareas para el hogar:

- Registro diario de pensamientos

Próxima sesión:

- Revisión y retroalimentación del registro diario

Ps. Diva Patricia Ovalle Niño, T.P. 101975

NOTAS DE TERAPIA CASO - I: P. J. P. S**Sesión N° 9**

Nombre del Paciente: P. J. P. S

Fecha: 17 de marzo de 2015

Plan del paciente:

El paciente indica sentirse incomodo por su esposa, pues alude que en la noche no la deja dormir porque ronca mucho, por lo que se siente mal.

Objetivo terapéuticos:

- Identificar pensamientos automáticos
- Identificar actitudes disfuncionales
- Aplicar El Inventario de Pensamientos Automáticos (Ruiz y Lujan, 1991)
- Escala de Actitudes Disfuncionales de Weisman.

Puntos importantes de sesión:

- El paciente se siente un poco deprimido, pues el diagnosticaron bronquitis, le formularon un inhalador y una inyección.

Tareas para el hogar:

- No se asigna tarea

Próxima sesión:

- Retoma de hechos importantes durante la semana

Ps. Diva Patricia Ovalle Niño, T.P. 101975

NOTAS DE TERAPIA CASO - I: P. J. P. S**Sesión N° 10**

Nombre del Paciente: P. J. P. S

Fecha: 26 de marzo de 2015

Plan del paciente:

El paciente menciona haber tenido un episodio de ansiedad donde se desesperó y reaccionó tirando el almuerzo. Refiere continuar con sueños de muerte, además de sentir ansiedad antes de hablar con alguien que poco conoce. Siempre sale acompañado.

Objetivo terapéutico:

- Identificar eventos que le activen la ansiedad.
- Retroalimentación de registro diario
- Generar interés en el reconocimiento de pensamientos disfuncionales
- Hacer registro diario

Puntos importantes de sesión:

- Se realiza registro diario para identificar situaciones que causen ansiedad o depresión
- Aun no se siente preparado para salir solo

Tarea para el hogar:

- Ninguna

Próxima sesión:

- Registro diario

Ps. Diva Patricia Ovalle Niño, T.P. 101975

NOTAS DE TERAPIA CASO - I: P. J. P. S**Sesión N° 11**

Nombre del Paciente: P. J. P. S

Fecha: 7 de abril de 2015

Plan del paciente:

El paciente hace mención de sentir con más frecuencia estados de tristeza, aburrido, inquieto, tensión en situaciones de realizar algo nuevo, saludar a alguien, su enfermedad, además expresa sentirse frustrado laboralmente.

Objetivo terapéutico:

- Identificar que situaciones le generan estados de tristeza
- Conocer en qué momentos se presentan los estados de tensión y ansiedad.
- Realizar en sesión registro de hechos importantes

Puntos importantes de la sesión:

- Refiere sentir con más frecuencia tristeza, “estar aburrido”, ansiedad al hacer al nuevo para él, o saludar a alguien.
- Menciona seguir con “sueños feos” con más frecuencia

Tareas para el hogar:

- Hacer el registro diario

Próxima sesión:

- Revisión tarea y retroalimentación para reforzar pensamientos alternos y cambio de actitudes en reestructuración cognitiva.

Ps. Diva Patricia Ovalle Niño, T.P. 101975

NOTAS DE TERAPIA CASO - I: P. J. P. S**Sesión N° 12**

Nombre del Paciente: P. J. P. S

Fecha: 22 de abril de 2015

Plan del paciente:

El paciente reanuda sesiones luego de terminar con el programa de Hospital Día, del refiere solicitó prologa, la cual fue otorgada por 12 días más. El paciente indica que su médico le suministró otro medicamento para disminuir las pesadillas.

Objetivo terapéutico:

- Retroalimentación de la última sesión
- Identificar nuevas situaciones que generan ansiedad y depresión
- Se hace reestructuración cognitiva.
- Nuevo acuerdo de sesiones (una por semana)

Puntos importantes de la sesión:

- Describe que se ha sentido mejor con la toma de nuevo medicamento, pues han disminuido las pesadillas, afirma el paciente.

Tarea para el hogar:

- Hacer registro diario con reestructuración cognitiva en cada situación que se presente.

Próxima sesión:

- Retroalimentación y reforzar pensamientos de cambios

Ps. Diva Patricia Ovalle Niño, T.P. 101975

NOTAS DE TERAPIA CASO - I: P. J. P. S**Sesión N° 13**

Nombre del Paciente: P. J. P. S

Fecha: 7 de mayo de 2015

Plan del paciente:

El paciente refiere que días atrás padeció una crisis que lo llevó a ser hospitalizado en la clínica San Pablo por 3 días. Indicando que no pudo controlar la ansiedad e ira que le produjo una negación al hacer una diligencia.

Objetivo terapéutico:

- Indagar sobre la situación que generó la crisis
- Explorar cuales fueron los pensamientos, emociones y la conducta en esa situación.
- Eliminar etiqueta de “soy una persona enferma”.
- Hacer reestructuración cognitiva y generar otras estrategias de afrontamiento.
- Retroalimentación de sesiones pasadas y comparar con la nueva

Puntos importantes de la sesión:

- Se realizo reestructuración cognitiva con los eventos que lo llevó a la crisis.
- Se explica las implicaciones y diferencias entre una persona “enferma” y una persona con diagnostico psiquiátrico.

Tareas para el hogar:

- Registro diario de pensamientos y su debida reestructuración cognitiva

Próxima sesión:

- Retroalimentación de la sesión anterior y de los registros hechos en casa

NOTAS DE TERAPIA CASO - I: P. J. P. S**Sesión N° 14**

Nombre del Paciente: P. J. P. S

Fecha: 14 de mayo de 2015

Plan del paciente:

El paciente expresa sentirse mejor, en cita control con psiquiatra, quien le hace observaciones positivas de su aspecto y conducta. Refiere que hizo un viaje con su esposa, sintiendo tranquilidad y satisfacción. Asegura que dejó de pensar en cosas que lo atormentaban.

Objetivos terapéuticos:

- Medir niveles de ansiedad y depresión.
- Registro diario con reestructuración cognitiva
- Retroalimentación
- Aplica pruebas de tamizaje BAI Y BDI

Puntos importantes de la sesión:

- Se refuerza reestructuración cognitiva, pensamiento alternativo y nueva conducta

Tarea para el hogar:

- Aplicar la técnica de reestructuración en situaciones que experimente durante la semana

Nueva sesión:

- Retroalimentación.

Ps. Diva Patricia Ovalle Niño, T.P. 101975

NOTAS DE TERAPIA CASO - I: P. J. P. S**Sesión N° 15**

Nombre del Paciente: P. J. P. S

Fecha: 21 de mayo de 2015

Plan del paciente:

El paciente expresa sentirse mucho mejor, por lo tanto su psiquiatra pensó en bajar la dosificación del medicamento suministrado, pero comenzó a sentirse más irritado, entonces el médico decide que aun no es el momento y lo vuelve la dosis como estaba.

Objetivos terapéuticos:

- Realizar registro diario y reestructuración cognitiva
- Conocer cambios en los pensamientos automáticos y nuevas conductas adquiridas
- Identificar actitudes disfuncionales
- Aplicar El Inventario de Pensamientos Automáticos (Ruiz y Lujan, 1991)
- Aplicar Escala de Actitudes Disfuncionales de Weisman

Puntos importantes de la sesión:

- Refiere que ha experimentado situaciones donde antes hubiera reaccionado de forma negativa, con rabia, depresión, exaltado o asustado. Pero que ahora ya sabe controlarse y enfrentarlas de la mejor manera.

Tarea para el hogar:

- Continuar con la reestructuración cognitiva en nuevas situaciones o eventos de su vida cotidiana, asumiendo pensamientos alternos y nueva conducta.
- Hacer actividades nuevas diferentes que le den motivación y control de sí mismo

Próxima sesión:

- Retroalimentación de hechos

Ps. Diva Patricia Ovalle Niño, T.P. 101975

NOTAS DE TERAPIA CASO - I: P. J. P. S**Sesión N° 16**

Nombre del Paciente: P. J. P. S

Fecha: 28 de mayo de 2015

Plan del paciente:

El paciente refiere sentirse muy bien, pues siente que las cosas están cambiando para bien en su vida, por lo que ahora ve las cosas de otra manera y se siente útil, estimado por su familia y amistades, con proyectos de estudiar y remodelar su casa. Indica que mantiene ocupado y ya no le da tiempo de pensar en cosas negativas.

Objetivo terapéutico:

- Fortalecer la reestructuración cognitiva y continuar con practica
- Incentivar nuevos proyectos para su vida
- Resaltar la importancia de seguir con ejercicios para manejo de ansiedad
- Cierre de caso.

Puntos importantes de la sesión:

- El paciente se siente más seguro de sí mismo y más tranquilo.
- Ha generado un proyecto de vida.
- El paciente se siente útil y estimado por los demás
- Ha encontrado motivación para salir adelante

Tarea para el hogar:

- Continuar realizando la reestructuración cognitiva ante nuevos evento o situaciones por la experimente en su vida.
- Buscar siempre un motivo para salir adelante
- Apoyarse de la familia y amistades

Ps. Diva Patricia Ovalle Niño, T.P. 101975

INFORME DE CIERRE DE CASO - I: P. J. P. S

Paciente P. J. P. S. de 52 años de edad, identificado con cédula de ciudadanía n° xxxxxx de Málaga, que tiene como profesión ser Dragoneante del sistema carcelario, vive con su esposa y sus dos hijos, ingresa al programa de Hospital día, de la institución psiquiátrica Isnor, el día 19 de enero.

Objeto de Cierre

Tras un proceso terapéutico de 16 sesiones, se da cierre al caso debido a que se obtuvieron resultados relevantes importantes en la conducta del paciente que permite augurar un mejor desempeño del paciente en las esferas familiares, sociales y personales que hacen de él una persona más segura de sí con motivación de salir adelante. Además el tiempo estipulado para el desarrollo de la práctica clínica estaba completado.

Resumen y Conceptualización Inicial del caso

Se evidencia que después de dos años y medio de tratamientos psicológicos y psiquiátricos por estrés postraumático, el paciente maneja una serie de pensamientos disfuncionales que no le han permitido avanzar en su proceso de recuperación, lo que ocasiona de forma constante sus niveles de ansiedad y depresión se precipiten cada vez que se enfrenta a cada situación que le genere amenaza o frustración. De esta manera se identificaron esos factores precipitantes de estado ansioso o de depresivo recurrentes, los cuales son:

- Que le cancelen una cita
- Hablar con gente desconocida
- Tener pesadillas golpeando a su esposa
- El estar preocupado le genera ansiedad
- Piensa que los demás lo van a juzgar
- Disminución del deseo sexual
- Preocupación por su enfermedad
- Temor de hablar con personas desconocidas, “me sudan las manos”

Principales pensamientos automáticos, reacciones afectivas y comportamientos en estas situaciones:

- Miedo a que le pase algo malo
- Preocupación por su enfermedad
- Temor hablar con personas desconocidas, le sudan las manos

Creencias Centrales

- No sirvo para nada

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN PACIENTE PSIQUIÁTRICO

- Soy una persona frustrada
- Perdí muchas oportunidades
- Me siento débil sin proyecto de vida

Medidas Psicométricas

- Prueba de tamizaje BAI(Beck) (Ansiedad)
- Prueba de tamizaje BDI(Beck) (Depresión)
- Inventario de Pensamientos Automáticos (Ruiz y Lujan 1991)
- Escala de Actitudes Disfuncionales de Weissman
- Registro de pensamientos, emoción y conducta

Estas pruebas fueron realizadas en medición pre test - post test, con el fin de comparar resultados y observar proceso de intervención del paciente

Resultados**1. BAI Y BDI (Beck)**

PRUEBA	REST. 1	REST. 2	REST. 3
BAI	53	44	23
BDI	36	40	6

Grafico 1. Pruebas de tamizaje en tres tiempos.

Esto evidencia que el paciente al inicio del proceso terapéutico, presentaba un alto grado de ansiedad y estrés a niveles severos, durante el proceso tuvo una recaída que conllevó a que esos niveles superar en estado depresivo y ansiedad fue un poco mas modera sin dejar de ser una puntuación alta, lo que generó una intervención para reestructurar conductas, pensamientos y emociones que fomenta la activación y así lograr un manejo adecuado de la situación. De esta manera la última aplicación de pruebas de tamizaje mostraron una evidente mejoría es sus estados ansiosos y depresivo.

2. Inventario de Pensamientos Automáticos (Ruiz y Lujan 1991)

TIPO DE DISTORSIÓN	REST. 1	REST. 2
Filtraje	6	2
Interpretación del pensamiento	8	4
Visión catastrófica	7	5
Personalización	6	6
Falacia de control	8	4
Razonamiento emocional	7	8

Falacia de cambio	6	5
Los debería	6	4
Falacia de recompensa divina	8	8

Gráfico 2. Prueba de tamizaje en dos tiempos

En la interpretación de estos resultados, se tomaron en cuenta los resultados relevantes de interpretación, donde se evidencia que el paciente modificó el pensamiento de filtraje, es decir, ya considera otras posibilidades de una situación y a su vez a cedido en la percepción que otros piensan de él. También la visión catastrófica bajo su nivel, muestra un avance en las interpretaciones negativas, ya no las asume como propias, a su vez que la falacia de control baja, lo que muestra que el paciente ya no asume responsabilidad del estado de los demás, pero en el razonamiento emocional, muestra una leve aumento en la interpretación objetiva de sus emociones, como justificando sus emociones a su actuar, de esta manera baja la falacia de cambio, pues intenta cambiar el concepto de que los demás son quienes deben cambiar las actitudes para que el actuar de sí mismo cambie también. Así mismo los debería, baja en su interpretación, pues se evidencia que flexibilidad en los pensamientos trazándose nuevos objetivos y metas. Mientras que mantiene pensamientos de recompensa dividida, pues confía en que la situación cambiará con la ayuda divina. De esta manera, se manifiesta que el paciente está asumiendo cierto grado de responsabilidad en su estado y siente que puede cambiar la situación cuando intenta ser flexible en estrategias de cambio que le permitan cumplir metas y objetivos en este proceso de recuperación.

Escala de Actitudes Disfuncionales de Weissman

ACTITUDES DISFUNCIONALES	REST. 1	REST. 2
Amor	16	19
Ejecución	15	12
Derechos sobre otros	16	17
Omnipotencia	17	18
Autonomía	12	18

Gráfico 3. Prueba de tamizaje realizada en 2 tiempos.

Para el análisis de los resultados, se tuvieron en cuentas los puntajes que sobresalen, por ejemplo, hubo aumentó en la actitud del amor, lo que indica que el paciente tiende a valorarse en función del amor de las otras personas, lo podría indicar signos de dependencia emocional. Además, su actitud de ejecución baja de nivel, pues tiene ahora a estar pendiente de su recuperación y los proyectos que está realizando. En la actitud de derechos sobre otros, el paciente aumentó un poco su nivel, lo que señala que de manera egocéntrica creará que tiene unos derechos sobre los que las otras personas deben comprender, poniendo de fácil acceso a la ira. De la misma forma, aumento un poco el

nivel de la actitud de omnipotencia, lo que muestra que el paciente se siente responsable de la conducta y los sentimientos de los demás, pues puede tender a pasar por alto que los demás son responsables de sí mismos. Por otra parte en la actitud de autonomía aumento considerablemente, lo que muestra que el paciente tiende a pensar que sus sentimientos dependen de las situaciones que viven. No se dará cuenta que esos sentimientos dependen en gran parte de su forma de interpretar los acontecimientos y de las decisiones de sus actos y por lo tanto puede llegar a controlarlos en gran parte.

De esta manera, se puede interpretar que el paciente, a pesar que siente que tiene un mayor control sobre sus emociones y sus pensamientos, aun tiende a la dependencia emocional, como actúa de forma tal que las personas que están a su alrededor no se vean afectados por lo que pueda pasarle. Por lo que puede ser caer fácilmente en la frustración si siente que algo no está bajo su supervisión o manejo.

Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales

Técnica Cognitiva de Registro diario de pensamiento, emoción y conducta.

Para el manejo del registro de pensamientos, emociones y conducta, el paciente inicialmente exponía situaciones cotidianas que le generaban incertidumbre de lo que él pensaba que iba a ocurrir algo malo si no hacia las cosas correctamente, lo que precipitaba emociones de temor, inseguridad, impotencia, ansiedad, depresión, entre otras lo que lo alteraba en su estado de ánimo de una forma constante, pues se negaba a enfrentar esas situaciones por el temor a lo que fuera a ocurrir algo malo. De esta manera se hacia el análisis cognitivo de pensamientos disfuncionales, pues le impedían explorar otros recursos que le permitiera afrontar esas situaciones que para el eran amenazantes. Este proceso se llama fecha ascendente, puesto que se alteran las emociones negativas al punto que bloquea su conducta directa evitando un afrontamiento adecuado en cada situación, que a su vez genera que el estado de ansiedad o depresivo sean los que más impacten sobre el comportamiento del paciente.

Durante el proceso terapéutico, se trabajó con el paciente las nuevas alternativas de pensamiento, que le permitirán ajustarse a las mismas situaciones cotidianas de una forma más adaptativa y funcional generando en el paciente un impacto favorable, que le permite bajar considerablemente los niveles de ansiedad y depresión, pues siente que tiene cierto control sobre los pensamiento que anteriormente lo bloqueaban e impedían que actuara asertivamente.

Formulación Final del caso

El paciente consigue hacer una restructuración cognitiva de forma descendente, favoreciendo su bienestar anímico y generar pensamientos de seguridad y de afrontamiento positivo ante las situaciones cotidianas antes consideras como amenazantes. A su vez se evidenció cambio de actitud frente a la vida, seguridad en sí mismo, así mismo está muchas exceptivas un proyecto de vida nuevo.

Apéndice C: Presentación de Casos atendidos durante la práctica

CASO II: R. A. N. H.

FORMATO DE VALORACIÓN PSICOLÓGICA

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Fecha y Hora: 20 de Enero de 2015 a las 4:15 pm
 Apellidos y Nombres completos: R. A. N. H.
 Edad: 54 años
 Fecha de Nacimiento: Octubre 18 de 1960
 Estado Civil: Casada
 Escolaridad: Bachiller
 Profesión u oficio: Ama de Casa
 Teléfono: xxxxxxxxxxxx
 Dirección actual: xxxxxxxxxxxx - Bucaramanga
 EPS: xxxxxxxxxxxx
 Psicólogo tratante: Diva Patricia Ovalle Niño (Ps. Practicante de especialización)
 Instituto: Clínica ISNOR

II. MOTIVO DE CONSULTA

“mi hijo dice que es un relax” “todo me incomoda”

Bajo diagnostico del psiquiatra J. Ramos de de la clínica Isnor a su ingreso por urgencias, “paciente con psicosis no orgánico, no especificada, trastorno de angustia (ansiedad paroxística), problemas relacionados con el grupo familiar”

III. PROBLEMA ACTUAL

La paciente menciona que su hijo es consumidor y su esposo no le presta atención a esta situación, “no lo acepta”. Manifiesta que su esposo le ha quitado autoridad ante su hijo. “cuando salió pensionado empezó a darle gusto en todo”. Por su parte el esposo de la paciente refiere que en la casa hay discusiones por que no le gusta la congregación cristiana donde ella asiste y le discute su asistencia.

Al ingreso por servicio de urgencias, se hace el siguiente registro: “la paciente con trastorno de angustia que nunca recibió tratamiento, es remitida con una historia clínica que dice que la paciente presenta ideas delirantes “paciente con trastorno de manía con delirio de persecución” refiere que todos le quieren hacer daño. La paciente describe situaciones estresantes con el esposo. “es que mi hijo fue y se quejó en la EPS del trato que le da la mamá”. El esposo manifiesta que la

paciente “ha estado con pensamientos incoherentes, inventa cosas que no son”, además “dice que no la alimento”.

IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

Actualmente vive con su esposo e hijo de 21 años de edad. Refiere que tiene 8 hermanos de los cuales 2 son adoptados, con los cuales ha tenido buena comunicación. Sus padres son fallecidos. Refiere que su familia actual hay muchas discusiones con su esposo e hijo, el cual refiere es consumidor de marihuana.

La paciente no proporcionó más información al respecto.

V. HISTORIA DE VIDA

La paciente indica recordar haber tenido buenas relaciones con sus papás, indica que su mamá fue exigente con ella y sus hermanas mujeres, sin embargo con sus hermanos hombres fue permisiva. Realizó estudios hasta 5° grado de bachiller. Menciona que su pareja actual fue hombre casado anterior que ella y divorciado, hasta la presente viven en unión libre.

Cuenta la paciente que asiste a una iglesia cristiana cerca de su casa, pero que a su pareja no está de acuerdo con su asistencia a esa iglesia, además su hijo la desobedece y discute mucho con ella. Sin embargo afirma que lleva buenas relaciones interpersonales con sus hermanos y el grupo de la iglesia a que asiste varios días a la semana.

VI. ASPECTO BIOLÓGICO/MEDICO (Antecedentes médicos)

La paciente informa que de pequeña padeció de encefalitis, malaria, cuyas consecuencias fue unas pérdidas de neuronas, lo que generó temblor leve en las manos (temblor esencial).

VII. EXAMEN MENTAL

La paciente presenta una apariencia y porte adecuado. Su vestir es coherente a su edad y sexo, se muestra alerta, atento con escucha activa, bien orientada en tiempo y espacio, con activa memoria a corto, mediano y largo plazo. Se evidencia actitud desorientada al no saber qué hacer para mejorar la convivencia en su hogar.

VIII.HIPOTESIS DIAGNOSTICA

La paciente presenta crisis psicótica, activada por conductas mantenedoras como las discusiones frecuentes con su esposo e hijo. Pensamientos de minusvalía y desplazada en cuanto a la autoridad sobre su hijo.

Impresión Diagnostica.

EJE I: [F29.x] psicosis de origen no orgánico [F.41.0] Trastorno de angustia sin agorafobia [300.01]

EJE II: No aplica

EJE II: Temblor esencial

EJE IV: problemas relacionados con el apoyo familiar

EJE V: (EEAG) 75 funcional

VIII. PRONOSTICO

No favorable, puesto que la paciente no tiene conciencia de enfermedad mental. Favorable en cuanto a situación conflictiva familiar.

IX. OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN

- Psicoeducar sobre psicosis no especificada, trastorno de angustia sin agorafobia
- Lograr una adherencia adecuada y continua al tratamiento farmacológico
- Mejorar las relaciones entre los miembros de su familia
- Generar confianza en ella misma como figura de autoridad sobre su hijo
- Crear un mejor ambiente familiar de confianza, respeto y comprensión

X. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

- Aplicar Terapia Cognitiva Conductual
- Adherencia al tratamiento
- Comunicación asertiva
- Psico-educación de episodio psicológico presentado
- Como afrontar situaciones futuras dentro del núcleo familiar
- Respeto por las diferencias individuales
- Respeto por autoridades primarias
- Terapia familiar (cierre de caso)

RESUMEN DE CASO 2: R. A. N. H.

Paciente: R. N. de 54 años de edad

Fecha de inicio: el 15 de enero de 2015

I. Información de identificación

Paciente de 54 años de edad, ama de casa, vive con su esposo y único hijo de 21 años de edad

La paciente se observa con una actitud colaboradora al hablar, interactuar en la entrevista, su discurso se basa en su creencia religiosa, expresando que “no hay mayor sanador que dios y que uno debe actuar como él quiere”. Refiere que discute con su esposo porque no le gusta que vaya a la iglesia y expresa que su hijo no le hace caso “no tengo autoridad sobre mi hijo y eso me tiene triste”, refiere.

II. Diagnósticos (según DSM - IV)

EJE I: [F29.x] psicosis de origen no orgánico [F.41.0] Trastorno de pánico (ansiedad paroxística)

EJE II: No aplica

EJE II: Temblor esencial

EJE IV: problemas relacionados con el apoyo familiar

EJE V: (EEAG) 75 funcional

III. Puntajes objetivos

IV. Problemas y funcionamiento actual

La paciente refiere que su hijo es consumidor y su esposo no le presta atención a esa situación y ella no lo acepta. Refiere que el esposo le ha quitado autoridad ante el hijo y le da gusto en todo. Afirma que en su casa hay discusiones frecuente porque al esposo no le gusta que ella asista a una congregación cristiana cerca de su casa.

V. Perfil de desarrollo

A. Historia (Familiar, social, educativa, médica, psiquiátrica, vocacional)

La paciente refiere que sus padres son fallecidos, son 8 hermanos entre ellos dos adoptados. Actualmente refiere discutir frecuentemente con su esposo e hijo.

Menciona haber estudiado hasta 5to bachillerato. Refiere que en la infancia tuvo enfermedades como encefalitis, malaria, cuyas consecuencia fue la pérdida de unas neuronas que le ocasionó el temblor leve en las manos (temblor esencial).

Menciona que nunca antes había estado internada en una clínica psiquiátrica.

B. Relaciones (Padres, hermanos, pares, figuras de autoridad, otros)

La paciente recuerda que su madre trataba con severidad a las mujeres hijas y fue

Permisiva con los hijos varones. Refiere tener que actualmente tiene buenas

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN PACIENTE PSIQUIÁTRICO

relaciones interpersonales con sus hermanos, grupo de la iglesia a que asiste y otras amistades.

C. Acontecimientos importantes

- La severidad y exigencia de la madre a ella y sus hermanas
- Las continuas discusiones con su esposo e hijo
- La pérdida de autoridad ante su hijo

VI. Perfil Cognitivo

A. Aplicación del modelo

1. Problemas actuales típicos/situaciones problemáticas

- Que el esposo no le de plata
- Que su hijo la desobedece
- A mi esposo e hijo no le gusta que vaya a la iglesia
- Mi medicina es dios, no necesito medicamentos para estar bien

2. Principales pensamientos automáticos, reacciones afectivas y comportamientos en estas situaciones

- Me siento desvalorizada
- Mi hijo no me respeta
- No creen en dios

B. Creencias central

- Me siento humillada
- Me siento desvalorizada
- Mi hijo no me respeta

C. Creencias Condicionales

- Si le pido plata para algo no me la va a dar
- Si le digo algo a mi hijo no me presta atención
- Si voy a la iglesia mi esposo se molesta

D. Reglas (El “debo” aplicado a sí mismo y a los demás)

- Debo decirle a mi esposo lo que quiero decirle a mi hijo
- Debo dejar de ir varios días a la semana a la iglesia
- Debo mejorar la comunicación con mi familia

VII. Integración y conceptualización de los perfiles cognitivos y de desarrollo.

A. Formulación de conceptos relativos a uno mismo y a los otros.

- El paciente refiere sentirse atemorizado, cree que le sucederá algo malo.
- Expresa que quiere salir adelante pero no sabe cómo.

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN PACIENTE PSIQUIÁTRICO

- B. Integración entre los hechos de la vida y puntos vulnerables en lo cognitivo.
 - No quiere seguir incomodando a su esposa.
 - Prefiere aislarse para que el agente no le pregunte lo sucedido.
 - A veces siente que lo llaman o lo persiguen.
 - Se siente frustrado por no avanzar laboralmente
- C. Estrategias compensatorias y de apoyo.
 - La iglesia para orar a dios
 - Los viajes a donde sus hermanos
 - Realizar labores que la llenan de satisfacción
- D. Desarrollo y persistencia del trastorno.
 - No existe conciencia de enfermedad
 - Piensa en cambiar ciertas actitudes
 - Le discute con frecuencia a su hijo por no hacerle caso.

VIII. Implicaciones para la terapia.

- A. Capacidad para intervenciones cognitivas (puntaje bajo, medio , alto)
 1. Inclinación psicológica - media
 2. Objetividad - alta
 3. Conciencia - bajo
 4. Creencias en el modelo cognitivo - medio
 5. Accesibilidad y plasticidad de los pensamientos automáticos y creencias - bajo
 6. Adaptabilidad - medio
 7. Humor – medio

B. Organización de la personalidad; sociópata vs autonomía

La paciente es más autónoma que sociópata, pues no presenta enfermedad mental. Intenta adaptarse a las circunstancias de su familia para no causar malestar y no alterarse emocionalmente.

Tiene confianza en las terapias con psicología, quiere que la situación cambie satisfactoriamente.

C. Motivación, objetivos, expectativas respecto de la terapia.

Esperanzado en que con el apoyo que recibirá del programa lo ayude a restablecerse en su estado de ánimo y el control de la ansiedad.

D. Objetivos

Psicoeducar sobre enfermedad mental diagnosticada

Lograr una adherencia adecuada y continua al tratamiento farmacológico

Mejorar las relaciones entre los miembros de su familia

Generar confianza en ella misma como figura de autoridad sobre su hijo

Crear un mejor ambiente familiar de confianza, respeto y comprensión

E. Objetivos del terapeuta

Adherencia al tratamiento

Comunicación asertiva

Psico-educación de episodio psicológico presentado

Como afrontar situaciones futuras dentro del núcleo familiar

Respeto por las diferencias individuales

Respeto por autoridades primarias

Terapia familiar (cierre de caso)

F. Dificultades del terapeuta

No realización de tareas en casa

Posible ausencia o abandono del proceso terapéutico

Falta de espacio físico frecuente para realizar las terapias

CASO II: R. A. N. H
CONCEPTUALIZACIÓN COGNITIVA

Nombre del Paciente: R. A. N. H.

Fecha: 15 enero de 2015

Diagnostico Eje I: Psicosis de origen no orgánico – no especificado Eje IV: Problemas relacionados con el apoyo familiar.

DATOS RELEVANTES

La paciente refiere que su madre fue estricta y exigente con las mujeres (ella y hermanas) y permisiva con los hombres hermanos. Actualmente maneja conflictos con su esposo e hijo.

CREENCIAS CENTRALES

- Me siento humillada
- Me siento desvalorizada
- Mi hijo no me respeta

PRESUNCIONES/ CREENCIAS/REGLAS CONDICIONALES

- Si le pido plata para algo no me la va a dar
- Si le digo algo a mi hijo no me presta atención
- Si voy a la iglesia mi esposo se molesta

ESTRATEGIAS COMPENSATORIAS

- El viaje que realizo a donde su familia
- Asistir a la iglesia cristiana
- Cumplir de forma estricta las sesiones de psicología y control en psiquiatría

Situación 1. “mi esposo me humilla por la plata”	Situación 2. No tengo autoridad sobre mi hijo	Situación 3. A mi esposo e hijo no les gusta que vaya a la iglesia
Pensamiento automático “Me siento desvalorizada”	Pensamiento automático “mi hijo no me respeta”	Pensamiento automático “ellos no creen Dios”
Significado del P.A. “Miedo a que me pase algo malo”	Significado del P.A. “No le puedo decir nada a mi hijo”	Significado del P.A. “piensan que me puedo enfermar por tanto rezar ”
Emoción Ansiedad, rabia, tristeza, decepción	Emoción Depresión, tristeza, decepción, impotencia	Emoción Tristeza, depresión
Comportamiento Toma dinero a escondidas del esposo	Comportamiento Habla con su esposo	Comportamiento Disminuir la asistencia por semana a la iglesia

Ps. Diva Patricia Ovalle Niño, T.P. 101975

NOTAS DE TERAPIA CASO II: R. A. N. H
Sesión N° 1

Nombre del Paciente: R. A. N. H. Fecha: 21 de enero de 2015

Plan del paciente:

Se inicia contacto con la paciente en situación de hospitalizada.

Objetivo terapéutico:

- Presentación y dar a conocer el acompañamiento terapéutico.
- Recolectar datos para la historia clínica a través de entrevista

Puntos importantes de la sesión:

- Refiere que su esposo no comparte su religión, por esa razón ha tenido muchos inconvenientes.
- Indica que dentro de su hogar hay muchas discusiones con su esposo e hijo.

Tareas para el hogar:

- No se asigna tarea.

Próxima sesión:

- Recopilar más datos para historia clínica

NOTAS DE TERAPIA CASO II: R. A. N. H.
Sesión N° 2

Nombre del Paciente: R. A. N. H.

Fecha: 26 de enero de 2015

Plan del paciente:

La paciente refiere que no participó de las actividades por dormir todo el día.

Objetivo terapéutico:

- Corroborar diagnóstico psiquiátrico de “psicosis de origen no orgánico”
- Seguir recolectando información relevante para la historia clínica
- Aplicar prueba de Machover (figura humana)

Puntos importantes de la sesión:

- Realiza la prueba con actitud colaboradora

Tareas de sesión:

- No se asigna

Próxima sesión:

- Explorar aspectos de su vida para comprender causas que la crisis en su estado de ánimo.

NOTAS DE TERAPIA CASO II: R. A. N. H.
Sesión N° 3

Nombre del Paciente: R. A. N. H.

Fecha: 27 de enero de 2015

Plan del paciente:

La paciente no asistió a sesión porque estaba en trámite de salida de la clínica.

Objetivo terapéutico:

- Lograr acuerdo para continuar con proceso psicológico
- hacer compromiso de horarios y días de sesiones

Ps. Diva Patricia Ovalle Niño, T.P. 101975

NOTAS DE TERAPIA CASO II: R. A. N. H.
Sesión N° 4

Nombre del Paciente: R. A. N. H.

Fecha: 28 de enero de 2015

Plan del paciente:

La paciente llega con su esposo, dispuesta a iniciar sesiones de seguimiento.

Objetivos terapéuticos:

- Dar a conocer el objetivo de seguimiento en proceso psicológico
- Obtener impresiones de regreso a casa

Puntos importantes de la sesión:

- Llega de forma puntual acompañada de su esposo
- Se propone interés de incluir al hijo más adelante en el proceso terapéutico

Tareas para el hogar:

- No se asigna

Próxima sesión:

- Explorar acontecimientos importantes en su vida

NOTAS DE TERAPIA CASO II: R. A. N. H.
Sesión N° 5

Nombre del Paciente: R. A. N. H.

Fecha: 4 de marzo de 2015

Plan del paciente:

La paciente asiste a sesión luego de una interrupción de 3 sesiones, debido a inconvenientes institucionales por parte de la practicante.

Objetivo terapéutico:

- Retomar el caso, explorar acontecimientos relevantes durante esos días sin contacto.
- Hacer prueba de comparación, para corroborar mantenimiento de trastorno psiquiátrico.
- Prueba Machover (figura humana)

Puntos importantes de la sesión:

- Habla mucho mientras realiza la prueba
- Se le solicita al esposo hacer una nota, con su impresión de su percepción desde que la paciente salió hasta el día de hoy.

Tarea para el hogar:

- No se asigna tarea.

Próxima sesión:

- Conocer desarrollo de la dinámica familiar
- Identificar factores que predisponen la crisis mental

Ps. Diva Patricia Ovalle Niño, T.P. 101975

NOTAS DE TERAPIA CASO II: R. A. N. H.
Sesión N° 6

Nombre del Paciente: R. A. N. H

Fecha: 11 de marzo de 2015

Plan del paciente:

La paciente refiere sentirse bien sin consumir medicamento, expresando que no los necesita. Que su medicina es dios.

Objetivo terapéutico:

- Psico-educación sobre adherencia al tratamiento.
- Conocer eventos relevantes durante la semana.

Puntos importantes de la terapia:

- Refiere no necesitar del medicamento para estar bien.
- Se le resalta la importancia de continuar con tratamiento farmacológico.

Tarea para el hogar:

- Reiniciar con tratamiento farmacológico de forma inmediata

Próxima sesión:

- Fortalecer compromiso en tratamiento y fase de recuperación.

NOTAS DE TERAPIA CASO II: R. A. N. H.
Sesión N° 7

Nombre del Paciente: R. A. N. H

Fecha: 18 de marzo de 2015

Plan del paciente:

La paciente asiste con su esposo. Afirma que la situación conflictiva en el hogar está mejorando.

Objetivos terapéuticos:

- Conocer la percepción de fortalezas y debilidades de la paciente hacia su esposo
- Conocer la percepción de fortalezas y debilidades del esposo hacia la paciente
- Evidenciar aspectos relevantes de su convivencia como pareja
- Realizar técnica narrativa cognitiva escrita
- Retroalimentación del ejercicio realizado.

Puntos importantes de la sesión:

- La sesión fue con la pareja para identificar aspectos importantes de percepción del otro.

Tareas para el hogar:

- No se asigno

Próxima sesión:

- Seguimiento a la dinámica familiar
- Identificar factores de riesgo

Ps. Diva Patricia Ovalle Niño, T.P. 101975

NOTAS DE TERAPIA CASO II: R. A. N. H.
Sesión N° 8

Nombre del Paciente: R. A. N. H.

Fecha: 25 de marzo de 2015

Plan del paciente:

La paciente llega con su esposo a sesión. Refiere sentirse tranquila, afirmando que reanuda tratamiento farmacológico con Litio.

Objetivo terapéutico:

- Psico -educar a paciente referente a los síntomas asociados con el trastorno mental diagnosticado de psicosis de origen no orgánico, al ingresar a la clínica.
- Reforzar la importancia del tratamiento farmacológico.
- Se asigna tarea de hacer registro de sus pensamientos, emociones y conducta durante los próximos días.

Puntos importantes de la sesión:

- Se refuerza la importancia de continuar con tratamiento

Tarea para el hogar:

- Realizar registro diario de situación, pensamiento, emoción y conducta

Próxima sesión:

- Retroalimentación sobre el ejercicio realizado

NOTAS DE TERAPIA CASO II: R. A. N. H.
Sesión N° 9

Nombre del Paciente: R. A. N. H.

Fecha: 1 de abril de 2015

Plan del paciente:

Asiste a sesión el esposo y el hijo, expresando que la paciente salió de viaje donde un familiar. Refieren sentirse preocupados por ella, pues la han observado mal los últimos días. Con ánimo irritado, agresividad frecuente, que regaña al hijo de cosas no están sucediendo o pasaron tiempo atrás. Refrieren que después que llegó de la iglesia la han notado más alterada, ansiosa e irritable.

A lo que se le sugirió estar pendiente de la paciente durante el viaje, hacer llamadas control para saber su comportamiento y la toma de los medicamentos. No se descartó la posibilidad de traerla en urgencias a la clínica.

Se le solicitó al esposo de la paciente, llamar en caso de algo imprevisto. Estar atentos y asistir a la siguiente sesión.

Ps. Diva Patricia Ovalle Niño, T.P. 101975

NOTAS DE TERAPIA CASO II: R. A. N. H.
Sesión N° 10

Nombre del Paciente: R. A. N. H Fecha: 29 de abril de 2015

Plan del paciente:

La paciente regresa de viaje, refiere sentirse muy bien. Expresa además que se extraña la conducta de su esposo e hijo “como de complicidad”, porque siente que ya no le puede decir a su hijo lo que tiene que hacer, sino a través de su papá.

Objetivo terapéutico:

- Conocer aspectos emocionales, de pensamientos y conductas durante el viaje.
- Indagar sobre situación que le pudo alterar estado de ánimo antes del viaje.
- Corroborar información suministrada por su esposo e hijo de lo sucedido.

Puntos importantes de la sesión:

- La paciente afirma haberse sentido muy bien durante el viaje, pero que al llegar a casa no le gusta a actitud de su con su hijo “como de complicidad” expresa.

Tareas para el hogar:

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN PACIENTE PSIQUIÁTRICO

- Realizar el registro de pensamientos automáticos durante los siguientes días

Próxima sesión:

- Retroalimentación de ejercicio realizado

Ps. Diva Patricia Ovalle Niño, T.P. 101975

**NOTAS DE TERAPIA CASO II: R. A. N. H.
Sesión N° 11**

Nombre del Paciente: R. A. N. H

Fecha: 6 de mayo de 2015

Plan del paciente:

La paciente refiere que se ha sentido bien, recién llega de un viaje que hizo donde otro familiar. Menciona que ha notado actitudes del esposo hacia ella que le han gustado. Siente un cambio en él y en su hijo que le agrada. No realiza la tarea asignada.

Objetivo terapéutico:

- Reforzar interés en la adherencia al tratamiento farmacológico.
- Identificar pensamientos y esquemas disfuncionales

Puntos importantes de la sesión:

- La paciente refiere “me siento triste al recordar las humillaciones de mi esposo y la falta de respeto de mi hijo”.
- Al mismo tiempo define que la situación ha cambiado un poco y se siente bien, pues las discusiones han disminuido.

Tarea para el hogar:

- Se le pide realizar registro diario de los días siguientes.

Próxima sesión:

- Retroalimentación de su registro diario.

Ps. Diva Patricia Ovalle Niño, T.P. 101975

NOTAS DE TERAPIA CASO II: R. A. N. H.
Sesión N° 12

Nombre del Paciente: R. A. N. H

Fecha: 13 de mayo de 2015

Plan del paciente:

La paciente refiere sentirse más tranquila, pues expresa que las cosas en su casa con su esposo e hijo han cambiado un poco y eso hace sentirse bien. No realiza la tarea de registro de pensamientos, expresando que se ha sentido muy bien. Se solicita asistencia del hijo en la próxima sesión.

Objetivo terapéutico:

- Resaltar la importancia de reconocer sus pensamientos automáticos y las emociones que les produce y la conducta asumida por lo percibido.
- Fomentar la comunicación asertiva entre ella su esposo e hijo.
- Se refuerza explicación para elaborar el registro diario de pensamientos automáticos.

Puntos importantes de la sesión:

- Expresa la paciente que la situación en la casa ha mejorado considerablemente, ya poco discute con su hijo y su esposo está más pendiente de ella.
- No realiza tarea por que ha estado muy bien refiere la paciente.
- El esposo también afirma que la paciente ha estado mucho mejor.

Tarea para el hogar:

- No se asigna tarea.

Próxima sesión:

- Conocer eventos importantes que puedan causar alteración en su estado de ánimo.
- Indagar sobre situación actual en la dinámica familiar

NOTAS DE TERAPIA CASO II: R. A. N. H.
Sesión N° 13

Nombre del Paciente: R. A. N. H

Fecha: 20 de mayo de 2015

Plan del paciente:

La paciente llama para informar que no puede asistir a la sesión porque tiene una infección en los ojos. Asiste a la sesión el hijo de la paciente.

Objetivo terapéutico:

- Conocer impresiones de el hijo de la paciente hacia su mamá en comparación desde que ingresó a la actitud de la paciente en la actualidad.
- Identificar foco de conflicto con el hijo
- Fomentar actitud de apoyo hacia la madre.
- Fortalecer el respeto hacia figuras de autoridad

Puntos importantes de la sesión:

- El hijo acepta parte de responsabilidad de la alteración del estado de su mamá.
- Hace compromiso de cambio para aportar al buen estado de salud de su mamá y a la convivencia con la familia.

Tarea para el hogar:

- Ser más respetuoso con su mamá
- No desafiar ni burlar su autoridad

Próxima sesión:

- Se solicita su asistencia nuevamente para terapia familiar.

Ps. Diva Patricia Ovalle Niño, T.P. 101975

NOTAS DE TERAPIA CASO II: R. A. N. H.
Sesión N° 14

Nombre del Paciente: R. A. N. H. Fecha: 27 de mayo de 2015

Plan del paciente:

Asiste a sesión la paciente su esposo e hijo. La familia refiere haber notado cambios significativos positivos en la dinámica familiar. Expresan satisfacción por acompañamiento recibido.

Objetivo terapéutico:

- Adherencia al tratamiento
- Comunicación asertiva
- Psico-educación de episodio psicológico presentado
- Como afrontar situaciones futuras dentro del núcleo familiar
- Respeto por las diferencias individuales
- Respeto por autoridades primarias
- Terapia familiar (cierre de caso)

Puntos importantes de la sesión:

- Se hacen compromisos de cambios en cada uno de los miembros de la familia
- Cada uno expuso sus razones de su actuar en la casa
- Se demarcaron lineamientos de respeto hacia las figuras autoridad

Tarea para el hogar:

- Fortalecer los valores cada día para mantener una convivencia en armonía
- Recordar que son una familia merecen respeto cada uno
- Comprometerse al cambio y aceptar a los otros

Ps. Diva Patricia Ovalle Niño, T.P. 101975

INFORME DE CIERRE

Caso 2

Paciente R. A. N. H. de 54 años de edad, ama de casa, ingresa a ISNOR por el servicio de urgencias, es traída por su familia el día 15 del mes de enero de 2015, vive con su esposo y su hijo.

Objeto de Cierre

Con proceso terapéutico de 14 sesiones, se da cierre al caso debido a que se obtuvieron resultados importantes en la conducta de la paciente que permite adaptarse de una forma adecuada dentro de su entorno familiar.

Conceptualización de caso

- No conciencia de enfermedad
- Conflicto familiar con esposo e hijo
- Sentimientos de minusvalía
- No adherencia al tratamiento
- Comunicación no asertiva dentro de la familia

Evaluación

- Prueba proyectiva Figura Humana Machover
- Registro de pensamientos, emoción y conducta

Técnicas aplicadas

- Terapia cognitiva de reestructuración de pensamientos (individual)
- Adherencia al tratamiento (individual)
- Acompañamiento familiar (grupo familiar)
- Manejo de situación familiar (grupo familiar)
- Establecimiento de roles (grupo familiar)
- Normas y reglas en el hogar (grupo familiar)
- Técnica cognitiva narrativa (grupo familiar)

Intervención

- Adherencia al tratamiento
- Comunicación asertiva
- Psico-educación de episodio psicológico presentado
- Como afrontar situaciones futuras dentro del núcleo familiar
- Respeto por las diferencias individuales
- Respeto por autoridades primarias
- Terapia familiar (cierre de caso)

Resultados

La aplicación inicial y posterior de la prueba de Machover, permite la comparación y evidenciar que los rasgos psicóticos continúan presentes a nivel de pensamiento debido a la ambivalencia entre sus propios deseos y lo que debe hacer “correcto” ante los demás. Su disposición a la hostilidad y agresividad hacia quienes la rodean, se considera mecanismos de defensa empleados para protegerse de lo que considera le hace daño para su vida, por lo que la situación familiar de discrepancias y discusiones constante activan considerablemente el episodio psicótico, acompañado de síntomas depresivos no mayor.

Formulación final de caso

Se logro una adherencia al tratamiento, se realizó terapia familiar, donde suscitaron nuevas expectativas de convivencia entre los miembros de la familia.

La paciente asume asuntos de conflicto con más control sobre sus emociones y no provocar alteraciones en la dinámica familiar.

Los conflictos dentro del hogar se redujeron considerablemente, según expresaron cada miembro de la familia.

CASO III: A. F. G**FORMATO DE VALORACIÓN PSICOLÓGICA****I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

Fecha y Hora: 17 de marzo de 2015 a las 4:15 pm
Apellidos y Nombres completos: A. F. G.
Identificación T.I. xxxxxxxxxxx de Bca/bja
Edad: 17 años
Fecha de Nacimiento: Junio 14 de 1997
Estado Civil: Soltero
Escolaridad: Bachiller
Profesión u oficio: Estudiante
Teléfono: 317xxxxxxxx (Acudiente)
Persona Responsable: M. J. G. (padre)
Dirección actual: xxxxxxxxxxx, Santander
EPS: xxxxxxxx
Psicólogo tratante: Diva Patricia Ovalle Niño (Ps. Practicante de especialización)
Instituto: Clínica ISNOR

II. MOTIVO DE CONSULTA

“soy consumidor de cannabis y quiero dejarlo atrás”

Paciente que Ingresa al programa de rehabilitación por consumo de sustancias psicoactivas por 3 meses.

III. PROBLEMA ACTUAL

El paciente refiere que hace 2 años inicia con el consumo de sustancias, inicialmente con marihuana, luego que sus padres lo trasladaran a vivir a guaduas Cundinamarca, donde una abuela, es donde inicia el consumo.

El paciente manifiesta que en el colegio donde estudió en Guaduas, sus compañeros de clases lo convidaron a consumir marihuana, manifiesta que “al principio fue por gusto, pero luego se convirtió en un hábito”. Indica que después continuo con el consumo de perico, bóxer, alcohol, haciendo combinaciones peligrosas entre ellas. El paciente refiere que cuando en el colegio se dieron cuenta del consumo de drogas, llamaron a la policía, su abuela lo llevo nuevamente con su padre a vivir con él en Barrancabermeja. Indica que el bachillerato lo terminó en modalidad validación, donde reanuda el consumo de marihuana. Señala que discutía mucho con su padre por no querer recibir ayuda para dejar de consumir. Además señala que toma la decisión de irse de la casa, donde por 3 días vivió en las calles pasando una situación “deplorable”. Por lo que decide volver a casa, pidiendo perdón a su padre y su familia, aceptando la ayuda que el papá le ofrece para rehabilitarse y dejar el consumo afirma, razón por la cual ingresa a la clínica.

IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

Vive con su padre, un hermano, un medio hermano, un hermanastro y su madrastra. Refiere que la convivencia con sus hermanos es bueno, pero que con su madrastra ha sido complicado, pero piensa que al cambiar la situación de su consumo va a tender a mejorar.

Refiere que sus padres biológicos se separaron cuando él tenía 4 años, y 4 años después indica que su madre “muere súbitamente”. Afirmar que siempre ha sentido el apoyo de su papá.

V. HISTORIA DE VIDA

El paciente describe que la relación con su padre ha sido muy importante, ya que “sentir su apoyo lo ayuda a salir adelante”, sin embargo las relaciones con sus hermanos y su madrastra han sido un poco hostiles refiere el paciente. Además indica que cambios de ciudad, de vivienda lo ha desestabilizado un poco, donde ha tenido que adaptarse a los cambios de ciudad, colegio, amistades.

El paciente manifiesta que ha tenido inconvenientes con sus compañeros de colegio durante el 10°, los juegos con sus compañeros terminaban en pelea y riñas, lo que ocasionó la expulsión del colegio.

VI. ASPECTO BIOLÓGICO/MEDICO (Antecedentes médicos)

El paciente refiere no haber presentado enfermedad significativa, no antecedente en proceso de rehabilitación.

VII. EXAMEN MENTAL ACTUAL

El paciente presenta una apariencia y porte adecuado. Su vestir es coherente a su edad y sexo, se muestra alerta, atento con escucha activa, bien orientado en tiempo y espacio, con activa memoria a corto, mediano y largo plazo. Se percibe a sí mismo como impulsivo. Presenta pensamientos de cambio, expresa sentiré mucho mejor desde que ingresó al programa de rehabilitación, manifiesta que ha sido la mejor decisión que pudo haber tomado.

El paciente expresa pensamientos de esperanza y optimismo con los nuevos retos de asumir ante el abandono voluntario del consumo. Refiere tener un proyecto de vida, que espera aprovechar al máximo y no defraudar a su familia de nuevo.

VIII. HIPOTESIS DIAGNOSTICA

El paciente presenta conducta de consumo. Ha estado expuesto a cambios drásticos durante su vida, lo que ha generado una inestabilidad emocional y desarrolla estrategia defensiva con poco control de la ira, actitud impulsiva con sus amistades y familia. Al restablecer su criterio, que genere motivación para

cambiar positivamente sus hábitos de vida, esquemas cognitivos disfuncionales, auto concepto negativo de sí mismo, necesidad de fortalecer su fe y confianza en sí mismo y el dios.

IX. PRONOSTICO

Favorable

X. OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN

- Encontrar auto-referencia, como se percibe así mismo.
- Identificar esquemas cognitivos disfuncionales
- Reconocer pensamientos automáticos en momentos significativos de su día a día
- Fortalecer ideas de cambio y estrategias para alcanzarlo
- Planear un proyecto de vida

XI. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

- Aplicar Terapia cognitiva conductual multimodal
- Técnica narrativa de historia de vida
- Registro diario de pensamientos
- Fichas terapéuticas
- Retroalimentación de cada ejercicio

RESUMEN DE CASO III: A. F. G.**I. Información de identificación**

Paciente A. F. G. de 17 años edad, identificado con T.I. xxxxxxxxxxx de Barrancabermeja (Santander), de ocupación estudiante, vive con su padre, hermanos y madrastra. En la ciudad de Barrancabermeja

II. Diagnósticos (según DSM - IV)

EJE I: No aplica

EJE II: No aplica

EJE III: Consumo de sustancias psicoactivas

EJE IV: relación no asertiva con su familia

EJE V: (EEAG) 75 funcional

III. Puntajes objetivos

No se aplicaron pruebas

IV. Problemas y funcionamiento actual

El paciente refiere que hace 2 años inicia con el consumo de sustancias, inicialmente con marihuana, luego que sus padres lo trasladaran a vivir a Guaduas Cundinamarca, donde una abuela, es donde inicia el consumo.

El paciente manifiesta que en el colegio donde estudiaba en Guaduas, sus compañeros de clases le ofrecieron a consumir marihuana, manifiesta que al principio fue por gusto, pero luego se convirtió en un hábito. Indica que después continuo con el consumo de perico, bóxer, alcohol, refiere que en dos oportunidades hizo combinaciones de perico con alcohol.

V. Perfil de desarrollo**A. Historia (Familiar, social, educativa, médica, psiquiátrica, vocacional)**

Vive con su padre, un hermano, un medio hermano, un hermanastro y su madrastra. Refiere que la convivencia con sus hermanos es bueno, pero que con su madrastra ha sido complicado, pero piensa que al cambiar la situación de su consumo va a tender a mejorar.

Refiere que sus padres biológicos se separaron cuando el tenía 4 años, y 4 años después su madre muere, según refiere por muerte súbita. Afirma que siempre ha sentido el apoyo de su papá.

B. Relaciones (Padres, hermanos, pares, figuras de autoridad, otros)

El paciente afirma que cuando él tenía 4 años y 4 años después su madre muere, según refiere por muerte súbita. Afirma sentirse siempre apoyado por su padre, con sus hermanos la relación es hostil en ocasiones

C. Acontecimientos importantes

La muerte de su mamá

Los cambios continuos de vivienda, ciudad y colegios.

La mala relación con su madrastra.

VI. Perfil Cognitivo

A. Aplicación del modelo

1. Problemas actuales típicos/situaciones problemáticas

Consumo de SPA por 2 años

Mala relación con su madrastra

Llegar a casa después de tres días en las calles

2. Principales pensamientos automáticos, reacciones afectivas y comportamientos en estas situaciones

No controlo mis impulsos para pelear

Deje de creer en dios

Haré lo que sea para no volver a caer en las drogas

E. Creencias central

Soy impulsivo

No quiero volver a caer en las drogas

No tengo espiritualidad

F. Creencias Condicionales

Si guardo silencio mientras me hablan, podré controlar mis impulsos

Si dejo las drogas mi papá me seguirá apoyando

Si me refugio en dios todo será mejor y posible

G. Reglas (El “debo” aplicado a sí mismo y a los demás)

Debo cumplir con los compromisos de mi rehabilitación

Debo escuchar a mi papá y obedecer

Debo mejorar mis relaciones con los demás

Debo acercarme a dios para tener fe y salir adelante

VII. Integración y conceptualización de los perfiles cognitivos y de desarrollo.

A. Formulación de conceptos relativos a uno mismo y a los otros.

El paciente refiere que tomó la mejor decisión de su vida al dejar las drogas.

Refiere sentirse feliz, dice que las cosas están cambiando para bien suyo.

Expresa que se siente satisfecho en el proceso de rehabilitación.

B. Integración entre los hechos de la vida y puntos vulnerables en lo cognitivo.

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN PACIENTE PSIQUIÁTRICO

- Tiene miedo a recaer en el consumo
 - El apoyo de su padre es fundamental para el cambio
 - No quiere perder lo ganado hasta ahora
 - Tiene expectativas altas hacia su futuro
 - C. Estrategias compensatorias y de apoyo.
 - El apoyo de su papá, sus hermanos
 - El proceso de rehabilitación
 - Empezar a estudiar una carrera universitaria
 - D. Desarrollo y persistencia del trastorno.
 - Momentos de ansiedad
 - Piensa en cambiar ciertas actitudes
 - Se aísla cuando pasa por periodos de abstinencia.
- VIII. Implicaciones para la terapia.
- A. Capacidad para intervenciones cognitivas (puntaje bajo, medio , alto)
 1. Inclinación psicológica - media
 2. Objetividad - alta
 3. Conciencia - alta
 4. Creencias en el modelo cognitivo - medio
 5. Accesibilidad y plasticidad de los pensamientos automáticos y creencias - bajo
 6. Adaptabilidad - alta
 7. Humor – medio
 - B. Organización de la personalidad; sociópata vs autonomía
 el paciente sociopáticamente padece los síntomas del síndrome de abstinencia, pero por el cual entra en una crisis o lucha interna entre lo que siente y lo que quiere para su vida.
 El paciente desea integrar aspectos de su vida que habían sido descuidados y aprovechar al máximo los beneficios de su nueva vida.
 - C. Motivación, objetivos, expectativas respecto de la terapia.
 Tiene expectativas de cambio positivos, maneja un proyecto de vida que junto con su padre lo sacará adelante e intenta reconstruir las relaciones con sus hermanos y madrastra.

Objetivos

Retomar una vida más responsable son drogas

Responsabilizarse por su vida, respetar a los demás

Reconocer y aceptar a dios en su corazón para retomar la fe

Fortalecer el amor propio

Identificar sus fortalezas y debilidades

D. Objetivos del terapeuta

- Encontrar auto-referencia, como se percibe así mismo.
- Identificar sus fortalezas y falencias como persona.

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN PACIENTE PSIQUIÁTRICO

- Reconocer pensamientos automáticos en momentos significativos de su día a día
 - Fortalecer ideas de cambio y estrategias para alcanzarlo
 - Planear un proyecto de vida
- E. Dificultades del terapeuta
No realización de tareas en casa.
Se aísla en crisis de ansiedad y abstinencia.

CONCEPTUALIZACIÓN COGNITIVA CASO 3: A. F. G.

Nombre del Paciente: A. F. G.

Fecha: 17 marzo de 2015

Diagnostico Eje I: consumo de sustancias psicoactivas

DATOS RELEVANTES

El paciente refiere que cuando él tenía 4 años d edad, sus padres se divorciaron y cuatro años después ella fallece. La relación con su padre ha sido buena refiere y con su madrastra y hermanos es regular. Consumidor hace 2 años de marihuana y otras sustancias psicoactivas.

CREENCIAS CENTRALES

- Soy impulsivo
- Me enojo con facilidad
- No tengo espiritualidad

PRESUNCIONES/ CREENCIAS/REGLAS CONDICIONALES

- Si controlo mis impulsos no tendré más problemas
- Si escucho a las personas antes de reaccionar encontraré una solución
- Si tengo fe en DIOS, saldré adelante

ESTRATEGIAS COMPENSATORIAS

- Asistir a los talleres y proceso de rehabilitación
- Recibir el apoyo de mi padre y ser sincero con él
- Mejorar las relaciones con mi madrastra y hermanos

Situación 1. “estado de abstinencia”	Situación 2. Me irrito con mis compañeros del colegio y terminamos en riñas	Situación 3. No me llevo bien con mi madrastra
Pensamiento automático “No quiero volver a recaer”	Pensamiento automático “no controlo mis impulsos de pelear”	Pensamiento automático “no es mi mamá”
Significado del P.A. “No quiero perder lo que he ganado”	Significado del P.A. “todo me fastidia”	Significado del P.A. “no me he podido llevar bien con ella ”
Emoción Ansiedad, miedo, angustia	Emoción Rabia, incomodidad	Emoción Indiferencia
Comportamiento Sostener la palabra de cambio, disposición para la rehabilitación	Comportamiento Alzo la voz, impulsividad, golpes	Comportamiento “Poco converso con ella, solo con mi papá”

Ps. Diva Patricia Ovalle Niño, T.P. 101975

NOTAS DE TERAPIA CASO III: A. F. G
Sesión N° 1

Nombre del Paciente: A. F. G.

Fecha: 24 de marzo de 2015

Plan del paciente:

Luego de hacer previamente historia clínica, se habla un poco sus primeros días de hospitalización.

Objetivo terapéutico:

- Explorar áreas personales del paciente
- Conocer aspectos relevantes de su vida
- Aplicar técnica cognitiva narrativa en historia de vida

Puntos importantes de la sesión:

- El paciente refiere que nunca antes había realizado un ejercicio como éste, expresando que se sintió bien al poner en orden sus ideas y resaltar los aspectos positivos y negativos de su vida.

Tarea para el hogar:

- No se asigna tarea

Próxima sesión:

- Retroalimentar aspectos impresos en la historia de vida

Ps. Diva Patricia Ovalle Niño, T.P. 101975

NOTAS DE TERAPIA CASO III: A. F. G
Sesión N° 2

Nombre del Paciente: A. F. G.

Fecha: 26 de marzo de 2015

Plan del paciente:

Retroalimentación del ejercicio realizado en la sesión anterior

Objetivo terapéutico:

- Reflexionar sobre aspectos negativos de su vida que quiere cambiar
- Hacer auto referencia

Puntos importantes de la sesión:

- El paciente expresa sentirse bien dentro del programa

Tarea para el hogar:

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN PACIENTE PSIQUIÁTRICO

- Describir sus cualidades y falencias

Próxima sesión:

- Retroalimentación

Ps. Diva Patricia Ovalle Niño, T.P. 101975

NOTAS DE TERAPIA CASO III: A. F.G
Sesión N° 3

Nombre del Paciente: A. G

Fecha: 30 de marzo de 2015

Plan del paciente:

El paciente recibe visita de su familia después de 15 días.

Objetivo terapéutico:

- Reflexionar sobre aspectos negativos de su vida que quiere cambiar
- Hacer auto referencia
- Identificar estrategias de cambio para sus falencias y estrategias de mantenimiento para sus cualidades.

Puntos importantes de la sesión:

- Refiere que se sintió muy “contento”, su padre le expresó que lo veía diferente.
- Refiere que se bloqueo mentalmente cuando empezó hacer el ejercicio
- Se resalta la importancia de auto evaluarse y sustraer conclusiones positivas para un cambio radical.

Tarea para el hogar:

- No se asigno tarea

Próxima sesión:

- Retroalimentación de ejercicio realizado de auto evaluación.

Ps. Diva Patricia Ovalle Niño, T.P. 101975

NOTAS DE TERAPIA CASO III: A. F. G
Sesión N° 4

Nombre del Paciente: A. F. G

Fecha: 6 de abril de 2015

Plan del paciente:

Se habla sobre su estadía dentro de la clínica y visitas de sus familiares.

Objetivos terapéuticos:

- Conocer pensamientos acerca del programa de rehabilitación que realiza
- Identificar aspectos positivos y negativos de su estancia en la clínica.

Puntos importantes de la sesión:

- Le ha permitido ver un futuro positivo con muchas expectativas.

Tarea para el hogar:

- Se le solicita realizar registro diario de situación, pensamiento, emoción y conducta.

Próxima sesión:

- Retroalimentación de la tarea

NOTAS DE TERAPIA CASO III: A. F. G
Sesión N° 5

Nombre del Paciente: A. F. G

Fecha: 14 de abril de 2015

Plan del paciente:

El paciente no realiza la tarea asignada en la sesión anterior. Pasa por periodo de abstinencia, expresando que no sentía ganas de hacer nada.

Objetivo terapéutico:

- Generar interés en el paciente de hacer los registros diarios.
- Se hace explicación de cómo realizarlo y en qué momentos.
- Educar de forma clara y práctica de cómo realizar los registros.

Puntos importantes de la sesión:

- Sintió mucha ansiedad en los últimos días, pues otros chicos del programa entraron drogas a la clínica.

Tarea para el hogar:

- Registro diario de situación, pensamiento automático, emoción y conducta.

Próxima sesión:

- Revisión de tarea y retroalimentación.

NOTAS DE TERAPIA CASO III: A. F. G
Sesión N° 6

Nombre del Paciente: A. F. G

Fecha: **23** de abril de 2015

Plan del paciente:

Refiere haber pasado episodios de ansiedad, ahora se siente bien.

Objetivo terapéutico:

- Revisión tarea de registro diario
- Retroalimentación de la misma
- Recomendar la realización de las tareas debido a su importancia para el proceso terapéutico.

Puntos importantes de la sesión:

- El paciente no realizó la tarea, menciona que en la terapia familiar se enteró del real motivo de la muerte de su mamá y no sabe que pensar ni que sentir.
- Se le recomendó que se tomara el tiempo para pensar, de expresar que emociones y pensamientos le generaba esta nueva información.

Tarea para el hogar:

- Se le deja nuevamente la tarea de registro diario, resaltando la importancia de realizarlo para continuar con proceso terapéutico.

Próxima sesión:

- Revisión y retroalimentación

NOTAS DE TERAPIA CASO III: A. F. G
Sesión N° 7

Nombre del Paciente: A. F. G

Fecha: 4 de mayo de 2015

Plan del paciente:

Refiere que la semana pasada estuvo con mucha ansiedad, mareo y dolor de cabeza.

Objetivo terapéutico:

- Revisar registro diario
- Retroalimentar sobre elementos relevantes suscritos en el registro diario
- Exaltar valores para afianzar confianza de recuperación
- Elaboración de fichas terapéuticas, donde se plasman los valores y en donde lo aplicaría para reforzar el propósito diario en su vida para un cambio.

Puntos importantes de la sesión:

- El día de hoy está sin dolor y eso lo hace sentir motivado para salir adelante.
- Afirma que desea cambiar su vida y mejorar las relaciones con las personas a que le hizo daño.

Tareas para el hogar:

- Ubicar las fichas terapéuticas en un sitio visible donde cada día las vea y fortalezca su motivos de cambio.
- Elaborar registro diario.

Próxima sesión:

- Retroalimentación de tarea asignada.

NOTAS DE TERAPIA CASO III: A. F. G
Sesión N° 8

Nombre del Paciente: A. F. G

Fecha: 11 de mayo de 2015

Plan del paciente:

El paciente se siente ansioso, expresando temor al salir del programa, a una recaída, pero al mismo tiempo indica que ese miedo evitará una posible recaída.

Objetivos terapéuticos:

- Replantear los objetivos del programa
- Proyecto de vida (planes y expectativas futuras inmediatas)
- Recordar hacer la tarea de registro diario
- Incentivar la importancia en las redes de apoyo (papá, familia)

Puntos importantes de la sesión;

- Refiere que se le olvida hacer la tarea
- Indica que a veces siente “aburrimiento”, con ganas de irse a la casa
- Se auto reafirma que la decisión de cambio se debe mantener por los demás y él mismo.

Tarea para la casa:

- Realizar los registros diarios
- Se solicita al paciente participar más de las actividades del programa de rehabilitación

Próxima sesión:

- Retroalimentación y revisión de tarea de registro diario.

Ps. Diva Patricia Ovalle Niño, T.P. 101975

NOTAS DE TERAPIA CASO III: A. F. G
Sesión N° 9

Nombre del Paciente: A. G

Fecha: 25 de mayo de 2015

El paciente se le otorga la salida del programa, ya que en los últimos días no estaba participando de las actividades programadas, se mostraba desmotivado, negativo. Se le otorga la continuidad del programa de forma ambulatoria. Según registro de historia clínica del sistema de Isnor.

Se cierra el caso.

Ps. Diva Patricia Ovalle Niño, T.P. 101975

INFORME DE CIERRE CASO 3: A. F. G

Paciente A. F. G. de 17 años edad, identificado con T.I. xxxxxxxxx de xxxxxxxxxx (Santander), de ocupación estudiante, vive con su padre, hermanos y madrastra. En la ciudad de Barrancabermeja. Ingresó por concepto de rehabilitación y abandono del consumo de SPA.

Objeto de Cierre

El paciente no participa de las actividades de formación del programa de rehabilitación por lo es expulsado del programa, donde podrá hacer continuidad de forma ambulatoria.

Conceptualización

La muerte de su mamá

Los cambios continuos de vivienda, ciudad y colegios.

La mala relación con su madrastra.

Consumo de SPA por 2 años

Llegar a casa después de tres días en las calles

Técnicas

Técnica cognitiva narrativa de registro diario de pensamientos automáticos

Aplicar Terapia cognitiva conductual

Técnica narrativa de historia de vida

Fichas terapéuticas

Intervención

No se logró hacer proceso de intervención completo, puesto que el paciente no entregó tareas terapéuticas de registro diario.

Resultados

No se obtuvieron resultados.

Ps. Diva Patricia Ovalle Niño, T.P. 101975

CASO IV: M. J. C. C.**FORMATO DE VALORACIÓN PSICOLÓGICA****I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

Fecha y Hora: 22 de diciembre de 2014 a las 3:40 pm

Apellidos y Nombres completos: M. J. C. C.

Identificación c.c. xxxxxxxxxxx de San Gil

Edad: 35 años

Fecha de Nacimiento: Junio 16 de 1979

Estado Civil: Casada

Escolaridad: Primaria

Profesión u oficio: Ama de casa

Teléfono: xxxxxxxxx

Persona Responsable: H. D. Z. (esposo)

Dirección actual: Vereda xxxxxx, xxxxx - Santander

EPS: xxxxxxxx

Psicólogo tratante: Diva Patricia Ovalle Niño (Ps. Practicante de especialización)

Instituto: Clínica ISNOR

II. MOTIVO DE CONSULTA

“no he dormido en 4 días”, “me siento inquieta, me siento, me acuesto, me levanto”.

Con diagnóstico psiquiátrico por el doctor H. Z. de trastorno Bipolar en episodio maniaco.

III. PROBLEMA ACTUAL

La paciente refiere que la situación de la finca es dispendioso en momento de la cosecha, lo que requiere contratar a más personas para agilizar la recogida y evitar que se dañe el producto, al no encontrar a los trabajadores a tiempo le genera ansiedad y angustia de una posible pérdida en la producción.

IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

La paciente refiere que actualmente vive con su esposo e hijo de 12 años indicando tener buenas relaciones entre los tres, aunque menciona que su hijo a “veces no me hace caso y me toca regañarlo”. De su familia de origen refiere que su infancia fue triste, pues recuerda que no podía tener lo que quería, de una familia muy pobre, refiere que su infancia fue dura. Recuerda discusión entre sus padres y entre sus hermanos con frecuencia. Sus hermanos mayores intervenían en las discusiones de sus padres.

V. HISTORIA DE VIDA

La paciente que refiere haber tenido una infancia triste, pues “no podía tener lo que quería”, expresa que “mi familia siempre fue pobre”, la paciente describe situaciones de conflicto entre los hermanos porque se tomaban las pertenencias entre ellos. Además indica que ella y sus hermanos presenciaron en varias ocasiones maltrato intrafamiliar entre sus padres y sus hermanos intervenían. Estudió hasta 5°, denotando que no seguir con los estudios por ayudar a sus padres en las labores de la finca. Indica además que a los 17 años de edad comenzó con la enfermedad mental, y empezó a tener problemas en la familia y en los lugares donde conseguía trabajo.

Refiere que antes de casarse se presentaron varias crisis.

VI. ASPECTO BIOLÓGICO/MEDICO (Antecedentes médicos)

La paciente fue diagnosticada con la enfermedad mental de trastorno bipolar desde los 17 años, desde ahí a estado hospitalizada en varias ocasiones en diferentes clínicas psiquiátricas en Barranquilla, Bogotá y Bucaramanga. La paciente presenta cuadro de ansiedad con manía, que produce esquemas cognitivos disfuncionales.

VII. EXAMEN MENTAL

La paciente presenta una apariencia y porte adecuado. Su vestir es coherente a su edad y sexo, se muestra alerta, atenta con escucha activa, bien orientado en tiempo y espacio, con activa memoria a corto, mediano y largo plazo. La paciente indica que tiene una “enfermedad de la cabeza” y por eso es delicada. Presentando actitud colaboradora, presenta ansiedad, manía, lenguaje acelerado.

VIII. HIPOTESIS DIAGNOSTICA

La paciente le antecede una vida donde ha observado violencia intrafamiliar, lo que genera inseguridad en ella y miedo a enfrentar eventos similares, por lo que se empeña en estar bien con su esposo e hijo y el trabajo en la finca para colaborarle a su esposo con el trabajo. La paciente genera crisis cuando se expone a situaciones de alto estrés, asumiendo la responsabilidad en absoluto de la situación problema.

Impresión Diagnostica

EJE I: Trastorno Bipolar I en episodio maniaco [296.xx]

EJE II: No aplica

EJE III: No aplica

EJE IV: Problemas psicosocial y ambiental

EJE V: (EEAG) 75 funcional

IX. PRONOSTICO

Favorable

X. OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN

- Aplicar Terapia Cognitiva Conductual Multimodal
- Hacer psico-educación sobre la enfermedad mental diagnosticada.
- Generar nuevos hábitos saludables diarios.
- Fomentar la adherencia al tratamiento
- Planear un mejor manejo de tiempo

XI. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

- Registro diario de pensamientos
- Técnica narrativa
- Retroalimentación de cada sesión
- Tareas terapéuticas
- Generar nuevos compromisos y retos consigo misma

RESUMEN DE CASO IV: M.J.C.C.**I. Información de identificación**

Paciente M. J. C. C., identificada con cedula de ciudadanía N° xxxxxxxxxx de San Gil, de ocupación ama de casa, vive con su esposo y su hijo, en San Gil, nacida el 16 de junio de 1979, con estado civil casada, vive en San Gil con su esposo e hijo.

II. MOTIVO DE CONSULTA

“no he dormido en 4 días”

Con diagnóstico psiquiátrico por trastorno Bipolar en episodio maniaco..

II. Diagnósticos (según DSM - IV)

EJE I: Trastorno Bipolar I en episodio maniaco [296.xx]

EJE II: No aplica

EJE III: No aplica

EJE IV: Problemas psicosocial y ambiental

EJE V: (EEAG) 75 funcional

III. Puntajes objetivos

No se aplicaron pruebas

IV. Problemas y funcionamiento actual

La paciente llega a la clínica tras cuatro días sin dormir, expresando además “me siento inquieta, me siento, me acuesto, me levanto”. Refiere que lo que le generó éstos síntomas de angustia y ansiedad es la situación de la finca es dispendioso en momento de la cosecha, lo que requiere contratar a más personas para agilizar la recogida y evitar que se dañe el producto, al no encontrar a los trabajadores a tiempo le genera ansiedad y angustia de una posible pérdida en la producción.

V. Perfil de desarrollo**D. Historia (Familiar, social, educativa, médica, psiquiátrica, vocacional)**

La paciente refiere que actualmente vive con su esposo e hijo y mantienen buenas relaciones entre los tres, aunque indica que su hijo a veces no le hace caso y a ella le toca regañarlo. De su familia de origen refiere que su infancia fue triste, pues recuerda que no podía tener lo que

quería, de una familia muy pobre, refiere que su infancia fue dura. Recuerda discusión entre sus padres y entre sus hermanos con frecuencia. Sus hermanos mayores intervenían en las discusiones de sus padres.

E. Relaciones (Padres, hermanos, pares, figuras de autoridad, otros)

La paciente refiere que siempre tuvo buena relaciones con sus padres y hermanos, sin embargo presenciaba violencia entre sus padres y entre los hermanos.

Actualmente en su hogar expresa que manejan buenas relaciones con su esposo e hijo, la familia de su esposo con uno de sus hermanos.

F. Acontecimientos importantes

- Violencia intrafamiliar
- Aparición de enfermedad a los 17 años.
- La falta de trabajadores en la finca.

F. Perfil Cognitivo

H. Aplicación del modelo

G. Problemas actuales típicos/situaciones problemáticas

- Se excede en las labores de la finca y el hogar

H. Principales pensamientos automáticos, reacciones afectivas y comportamientos en estas situaciones

- Me siento inquieta, me siento, me acuesto, me levanto
- Siento mucha angustia y ansiedad
- Tengo que colaborar en las labores de la finca y la casa

I. Creencias central

- Tengo una enfermedad normal
- Siento ansiedad siempre
- Soy impaciente

Creencias Condicionales

- Si me impaciento por la finca me puedo enfermar
- Si hay problemas en la finca me da ansiedad siempre
- Si tomo los medicamentos no podré ayudar en la finca.

Reglas (El “debo” aplicado a sí mismo y a los demás)

- Debo ayudar a mi esposo con las labores de la finca
- Debo tomar los medicamentos para mejorar mi salud
- Debo estar menos ansiosa para no enfermar
-

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN PACIENTE PSIQUIÁTRICO

- I. Integración y conceptualización de los perfiles cognitivos y de desarrollo.
- J. Formulación de conceptos relativos a uno mismo y a los otros.
- Tengo una enfermedad normal, pero como es de la cabeza es delicada.
 - Me gustaría que un médico se interesa en mi enfermedad y me ayude.
 - Refiere que le gustaría verse bien vestida y elegante.
- K. Integración entre los hechos de la vida y puntos vulnerables en lo cognitivo.
- Siempre he estado enferma de la cabeza
 - Mi esposo y mi hijo entienden cuando estoy ansiosa
- L. Estrategias compensatorias y de apoyo.
- El apoyo de esposo y mi hijo
 - El tratamiento con medicamentos
 - Seguir ayudando a su esposo en la finca
- M. Desarrollo y persistencia del trastorno.
- Momentos de ansiedad
 - Piensa en cambiar ciertas actitudes
 - Noches de insomnio y pensar en los problemas
- N. Implicaciones para la terapia.
- J. Capacidad para intervenciones cognitivas (puntaje bajo, medio, alto)
1. Inclínación psicológica - alta
 2. Objetividad - alta
 3. Conciencia - media
 4. Creencias en el modelo cognitivo - medio
 5. Accesibilidad y plasticidad de los pensamientos automáticos y creencias - bajo
 6. Adaptabilidad - medio
 7. Humor - alto
- K. Organización de la personalidad; sociópata vs autonomía
- La paciente expresa que siempre ha estado enferma de la cabeza y que los tratamientos siempre son lo mismo, pero en realidad no se interesan por su enfermedad. Sin embargo sigue el tratamiento farmacológico recomendado. La paciente refiere que le ayuda siempre a su esposo con las labores de la finca, además de las labores del hogar y su hijo.
- L. Motivación, objetivos, expectativas respecto de la terapia.
- Tiene expectativas de cambiar sus hábitos para una mejor organización de tiempo aportar a la recuperación en sus estados de ánimos.

Objetivos

- Sentirse bien para ayudar a mas en la finca
- Organizar su tiempo para no generar ansiedad por sus labores
- Conocer nuevas actividad para realizar durante el día
- Reconocer los síntomas maniacos y depresivos para tomar acciones pertinentes para un manejo adecuado.

M. Objetivos del terapeuta

- Hacer psico-educación sobre la enfermedad mental diagnosticada.
- Generar nuevos hábitos saludables diarios.
- Fomentar la adherencia al tratamiento
- Planear un mejor manejo de tiempo
- Identificar sintomatología para tomar acciones pertinentes.

N. Dificultades del terapeuta

No realización de tareas en casa.
Fue dada de alta de la clínica, abandono de proceso.

Ps. Diva Patricia Ovalle Niño, T.P. 101975

CONCEPTUALIZACIÓN COGNITIVA CASO 4: M.J.C.C.

Nombre del Paciente: M. J. C. C.

Fecha: 22 diciembre de 2014

Diagnostico Eje I: Trastorno afectivo Bipolar en episodio maniaco

DATOS RELEVANTES

La paciente refiere que su infancia fue triste, pues recuerda que no podía tener lo que quería, de una familia muy pobre, refiere que su infancia fue dura. Recuerda discusión entre sus padres y entre sus hermanos con frecuencia. Sus hermanos mayores intervenían en las discusiones de sus padres.

CREENCIAS CENTRALES

- Soy impaciente
- Siento ansiedad siempre

PRESUNCIONES/ CREENCIAS/REGLAS CONDICIONALES

- Si me impaciento por la finca me puedo enfermar
- Si hay problemas en la finca me da ansiedad siempre
- Si tomo los medicamentos no podré ayudar en la finca

ESTRATEGIAS COMPENSATORIAS

- Yo misma le ayudo en las labores de la finca a mi esposo
- Tomar los medicamentos según indicaciones medicas
- Tengo una enfermedad normal

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN PACIENTE PSIQUIÁTRICO

Situación 1. “violencia intrafamiliar en su hogar materno”	Situación 2. “enfermedad desde los 17 años”	Situación 3. “trabajo en la finca”
--	---	--

Pensamiento automático “ni papá no quiere a mi mamá”	Pensamiento automático “es una enfermedad del cerebro”	Pensamiento automático “a mi esposo se le recarga el trabajo”
--	--	---

Significado del P.A. “hay problemas por resolver”	Significado del P.A. “es delicada”	Significado del P.A. “debo colaborarle a mi esposo en la finca ”
---	--	--

Emoción Miedo, tristeza, inseguridad	Emoción Decepción, tristeza , depresión	Emoción Impotencia, ansiedad, intranquilidad, angustia
Comportamiento llorar	Comportamiento Tomar los medicamentos como lo indica el médico, dormir casi todo el día	Comportamiento “insomnio, manía”

NOTAS DE TERAPIA CASO 4: M. J. C. C
Sesión N° 1

Nombre del Paciente: M. J. C. C.

Fecha: 16 de enero de 2014

Plan del paciente:

La paciente se observa en estado de somnolencia por efectos de medicamentos.

Objetivo terapéutico:

- Conocer situación del paciente
- Recolectar datos para historia clínica

Puntos importantes de la sesión:

- La paciente colabora, responde a las preguntas realizadas

Tarea para el hogar:

- No se asigna

Próxima sesión:

- Seguir indagando sobre aspectos importantes que fueron causa de su crisis en el estado de ánimo

Ps. Diva Patricia Ovalle Niño, T.P. 101975

NOTAS DE TERAPIA CASO 4: M. J. C. C
Sesión N° 2

Nombre del Paciente: M. J. C. C.

Fecha: 22 de enero de 2014

Plan del paciente:

La paciente en estado somnolienta, colabora con el proceso de entrevista.

Objetivo terapéutico:

- Recopilación de datos relevantes de su vida para hallar causas de trastorno mental
- Educar sobre la importancia de continuar tratamiento farmacológicamente

Puntos importantes de la sesión:

- La paciente es consciente que por su enfermedad debe seguir en tratamiento

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN PACIENTE PSIQUIÁTRICO

- Refiere que desde los 17 años ha vivido con esa enfermedad

Tarea para el hogar:

- No se asigna.

Próxima sesión:

- Psico educar sobre los síntomas de su trastorno mental
- Fomentar nuevas actividades en su rutina diaria

Ps. Diva Patricia Ovalle Niño, T.P. 101975

**NOTAS DE TERAPIA CASO 4: M. J. C. C
Sesión N° 3**

Nombre del Paciente: M. J. C. C.

Fecha: 23 de enero de 2014

Plan del paciente:

La paciente se observa tranquila, acostada, con lenguaje rápido y al mismo tiempo somnoliento, colabora con el desarrollo de la sesión.

Objetivo terapéutico:

- Psico-educar sobre los síntomas de su enfermedad mental
- Fortalecer la continuidad del tratamiento farmacológico
- Crear interés para incluir actividades diferentes en su rutina diaria.
- Cierre de caso

Puntos importantes de la sesión:

- La paciente está a la expectativa, mañana saldrá de la clínica y podrá pasar navidad con su familia en la finca.

Tareas para el hogar:

- Empezar lecturas de contenido emocionante, interesante (novelas, superación)
- Iniciar una rutina de ejercicios físicos como trotar, correr o caminar en por lo menos media hora en las mañanas.
- No abandonar toma de medicamentos

Ps. Diva Patricia Ovalle Niño, T.P. 101975

INFORME DE CIERRE CASO IV:

Paciente M. J. C. C., identificada con cedula de ciudadanía N° xxxxxxxx de xxxxxxxx, de ocupación ama de casa, vive con su esposo y su hijo, en San Gil, nacida el xxxxx de xxxx, con estado civil casada, vive en San Gil con su esposo e hijo.

Objeto de Cierre

El paciente es dada de alta de la clínica y se pierde contacto.

Conceptualización

Violencia intrafamiliar

Aparición de enfermedad a los 17 años.

La falta de trabajadores en la finca.

Maneja mucha ansiedad e inquietud

Técnicas

No se aplicaron ninguna debido a la salida de la paciente de la clínica.

CASO V: A.L.N.**FORMATO DE VALORACION PSICOLOGICA****I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

Fecha y Hora: 6 de Abril de 2015 a las 3:50 pm

Apellidos y Nombres completos: A. L. N.

Identificación c.c xxxxxxxxxx de Bucaramanga

Edad: 34 años

Fecha de Nacimiento: Noviembre 7 de 1981

Estado Civil: casada

Escolaridad: Bachiller

Profesión u oficio: Ama de casa

Teléfono: xxxxxxxxxxxx

Persona Responsable: C. A.. C. (compañero sentimental)

Dirección actual: Carrera xxxxxxxx

EPS: Sanitas

Psicólogo tratante: Diva Patricia Ovalle Niño (Ps. Practicante de especialización)

Instituto: Clínica ISNOR

II. MOTIVO DE CONSULTA

“no dormía hacía 5 días y lloraba mucho”

Con diagnóstico de trastorno bipolar

III. PROBLEMA ACTUAL

Desde la fecha de ingreso a la apertura de la historia clínica, la paciente ha estado bajo los efectos de sedantes, por lo que dificultaba la realización de la entrevista. Sin embargo el primer contacto fue a su llegada, donde se evidenciaba ansiedad, actitud de rechazo hacia la atención que recibía en la clínica, expresando que quería ir a la casa. La paciente indica “llevo 5 días sin poder dormir, lloraba mucho”, además menciona que sus compañeros de trabajo la despreciaban, y que pensaba que hablaban mal de ella señala que maneja presión laboral, sintiéndose mal ante sus compañeros de trabajo, según expresa, que le generaban pensamientos de salirse del trabajo.

IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

Actualmente vive con su esposo y su hijo 11 años. Asegura que maneja buenas relaciones con su esposo, hijo y su mamá, quien vive cerca a su vivienda. Sin embargo indica que con la familia de su esposo tiene una mala relación.

No se pudo recolectar más información debido a su salida de la clínica.

V. HISTORIA DE VIDA

La paciente afirma haber tenido una infancia tranquila, que terminó sus estudios de bachillerato y al terminar sus estudios tuvo a su hijo y se organizó con su pareja, por lo que decide dedicarse a su hogar. Tiempo después decide prepararse para tener mejores oportunidades laborales y estudia mercadeo y confesiones.

VI. ASPECTO BIOLÓGICO/MEDICO (Antecedentes médicos)

La paciente refiere que hace aproximadamente un mes fue llevada de urgencias a la clínica, por llanto continuo sin razón aparente. El médico que la valoró la remitió a psiquiatría, pero no acuden por aparente mejoría. Un mes después vuelve crisis y lleva a la clínica con 5 días de insomnio. No registra hospitalización anterior. Nunca tratado trastorno bipolar.

VII. EXAMEN MENTAL ACTUAL

La paciente presenta una apariencia y porte adecuado. Su vestir es coherente a su edad y sexo, se muestra alerta, atenta con escucha activa, bien orientado en tiempo y espacio, con activa memoria a corto, mediano y largo plazo. La paciente refiere sentirse despreciada por las personas en el trabajo y por la familia de su pareja. Además indica que siente que la gente habla mal de ella todo el tiempo. Con pensamientos disfuncionales, y esquemas mal adaptivos. Se evidencia ansiedad.

VIII. HIPOTESIS DIAGNOSTICA

La inseguridad en sí misma hace que se aíse del resto de las personas para evitar ser criticadas o juzgadas por algún proceder no adecuado. La ansiedad, miedo al rechazo y desprecio de las personas, le hace crear pensamientos de desconfianza y crear suspicacia en el proceder de los demás hacía ella, lo que produce en ella respuestas de aislamientos, sentimientos de rabia y resentimiento. Trabajar TCCM para lograr una reestructuración de pensamientos distorsionados y esquemas no adaptativos, se logrará una mejor percepción de las personas a su alrededor, en cualquier contexto.

Impresión Diagnóstica.

EJE I: Trastorno Bipolar I en episodio maniaco [296.xx]

EJE II: No aplica

EJE III: No aplica

EJE IV: Problemas psicosocial y ambiental

EJE V: (EEAG) 75 funcional

IX. PRONOSTICO

Favorable

X. OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN

- Terapia Cognitiva Conductual Multimodal
- Hacer psico-educación sobre el trastorno bipolar.
- Reconocer los pensamientos automáticos que afecta su percepción hacia los demás.
- Fomentar la adherencia al tratamiento
- Crear cada vez nuevas estrategias de afrontamiento ante una situación que le cause estrés o miedo.

XI. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

- Técnicas cognitivas
- Registro diario de pensamientos
- Retroalimentación de cada sesión
- Tareas terapéuticas
- Generar nuevos compromisos y retos consigo misma

RESUMEN DE CASO V: A.L.N.**G. Información de identificación**

Paciente A. L. N., de 33 años de edad, identificada con cedula de ciudadanía xxxxxxxx de la ciudad de Bucaramanga, nacida el 7 de noviembre de 1981, de ocupación ama de casa, actualmente vive con su compañero y su hijo.

II. MOTIVO DE CONSULTA

“no dormía”

Con diagnostico psiquiátrico por trastorno Bipolar

II. Diagnósticos (según DSM - IV)

EJE I: Trastorno Bipolar I en episodio maniaco [296.xx]

EJE II: No aplica

EJE III: No aplica

EJE IV: Problemas psicosocial y ambiental

EJE V: (EEAG) 75 funcional

III. Puntajes objetivos

No se aplicaron pruebas

IV. Problemas y funcionamiento actual

Desde la fecha de ingreso a la apertura de la historia clínica, la paciente ha estado bajo los efectos de sedantes, por lo que se dificultaba realizar la entrevista.

Puesto que el día que ingresa por urgencias estaba con actitud ansiosa, negativa, con impulsos de salir e irse a su casa en estado alterado. Su compañero sentimental expresó que ya llevaba 5 días sin dormir y lloraba mucho.

Antes de que fuera sedada la paciente compartió información, en la cual refería que cuando trabajaba sus compañeros de trabajo la despreciaban y hablaban mal de ella, se sentía en presión laboral, indicando sentirse mal en su puesto de trabajo.

VI. Perfil de desarrollo**A. Historia (Familiar, social, educativa, médica, psiquiátrica, vocacional)**

La paciente refiere haber tenido una infancia tranquila. Menciona que al terminar su bachillerato tuvo a su hijo y se organizo con su compañero sentimental y se dedico a ser ama de casa. Refiere no llevarse bien con la familia de su compañero. Actualmente vive con su compañero y su hijo.

Refiere que su mamá la compañía cuando sale a la calle. Refiere que debido a los problemas presentados en el trabajo con sus compañeros, su pareja le aconseja que se retire de trabajar y se quede en la casa un tiempo.

B. Relaciones (Padres, hermanos, pares, figuras de autoridad, otros)

La paciente que refiere se considera una persona triste, con llanto continuo sin razón aparente, además expresa que aísla en relación con las demás personas, sea en el trabajo o en cualquier parte.

Manifiesta que poco le gusta hablarles a las personas, que no le gusta interactuar ni relacionarse con vecinos ni compañeros de trabajo. Sin embargo indica que las relaciones con su mamá, pareja e hijo son adecuadas.

C. Acontecimientos importantes

Presión laboral

Está desempleada

La gente habla mal de mi

VII. Perfil Cognitivo

A. Aplicación del modelo

1. Problemas actuales típicos/situaciones problemáticas

Mala relación con compañeros de trabajo

Mala relación con la familia de su pareja

2. Principales pensamientos automáticos, reacciones afectivas y comportamientos en estas situaciones

Todas las personas hablan mal de mi

No me gusta relacionarme con las personas

Prefiero no hablar con nadie para que no hablen mal de mi

B. Creencias central

Rechazo

Dependencia

Desconfianza y suspicaz

C. Creencias Condicionales

Si no me relaciono con nadie estaré tranquila

Si me aísla de los demás nadie hablará de mi

Si trabajo de nuevo la familia de mi pareja no hablaran mal de mi

D. Reglas (El “debo” aplicado a sí mismo y a los demás)

Debo aislarme de las persona para que no hablen mal de mi

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN PACIENTE PSIQUIÁTRICO

Debo evitar contacto con personas para no ser rechazada
 Debo escuchar a mi mamá y entender que la gente no me conoce, por lo que no pueden hablar mal de mí.

VIII. Integración y conceptualización de los perfiles cognitivos y de desarrollo.

- A. Formulación de conceptos relativos a uno mismo y a los otros.
 Refiere sentir rabia al pensar que las personas hablan mal de ella
 Soy una persona muy triste que vive llorando sin razón aparente
 No me gusta interactuar con las personas.
- B. Integración entre los hechos de la vida y puntos vulnerables en lo cognitivo.
 La inseguridad en sí misma hace se aísle del resto de la gente
 La ansiedad, miedo al rechazo y al desprecio de las personas.
 Crea pensamientos de desconfianza y suspicacia en el proceder de los demás.
- C. Estrategias compensatorias y de apoyo.
 Su mejor compañía es su mamá, pareja e hijo.
 No salir de la casa, ni hablar con nadie.
 Renunciar al trabajo para sentirse mas tranquila
- D. Desarrollo y persistencia del trastorno.
 piensa que todos la desprecian
 Cree que la gente habla mal de ella
 Conducta de llanto de forma frecuente

IX. Implicaciones para la terapia.

- A. Capacidad para intervenciones cognitivas (puntaje bajo, medio , alto)
1. Inclinación psicológica - alta
 2. Objetividad - medio
 3. Conciencia - bajo
 4. Creencias en el modelo cognitivo - medio
 5. Accesibilidad y plasticidad de los pensamientos automáticos y creencias - bajo
 6. Adaptabilidad - medio
 7. Humor –bajo

D. Organización de la personalidad; sociópata vs autonomía

La paciente refiere sentirse despreciada por las personas en el trabajo y por la familia de su pareja. Además indica que siente que la gente habla mal de ella todo el tiempo.

E. Motivación, objetivos, expectativas respecto de la terapia.

Poder salir a la calle sin miedo, sin pensar en lo que piensan los demás y poder sentirme más segura de mi misma y mejorar las relaciones con los demás.

Objetivos

Sentirse bien para ayudar a su pareja con los gastos.

Perder el miedo a relacionarse con las personas.

Tener una mejor relación con la familia de la pareja.

Aprender a reconocer cuando está actuando de forma inadecuada y manejar emociones de ansiedad, miedo e inseguridad.

F. Objetivos del terapeuta

Hacer psico-educación sobre la enfermedad mental diagnosticada.

Reconocer los pensamientos automáticos que afecta su percepción hacia los demás.

Fomentar la adherencia al tratamiento

Crear cada vez nuevas estrategias de afrontamiento ante una situación que le cause estrés o miedo.

G. Dificultades del terapeuta

.Fue dada de alta de la clínica, abandono de proceso.

CONCEPTUALIZACIÓN COGNITIVA CASO V: A. L. N.

Nombre del Paciente: A. L. N.

Fecha: 6 de abril de 2015

Diagnostico Eje I: Trastorno de personalidad tipo paranoide

DATOS RELEVANTES

La paciente refiere que su infancia fue tranquila, de buenas relaciones con sus padres. Refiere además que al término de su bachiller tuvo su hijo y se fue a vivir con su pareja. Refiere que cuando trabajaba sus compañeros de trabajo la despreciaban y hablaban mal de ella, se sentía en presión laboral, indicando sentirse mal en su puesto de trabajo.

CREENCIAS CENTRALES

- La gente habla mal de mi
- Vulnerable
- Rechazo

PRESUNCIONES/ CREENCIAS/REGLAS CONDICIONALES

- Si no hablo con nadie no tienen por qué hablar mal de mi
- Si estuviera trabajando no hablarían que la carga la tiene mi esposo
- Si no trabajo la familia de mi esposo habla mal de mi

ESTRATEGIAS COMPENSATORIAS

- Salir con mi mamá para no sentirme mal con la gente
- Ayudar a mi esposo con labores en la casa
- El apoyo de mi mamá siempre

Situación 1. “la gente habla mal de mí”	Situación 2. “no hablo con la gente”	Situación 3. “estoy sin trabajo ahora ”
Pensamiento automático “no le caigo bien a la gente ”	Pensamiento automático “no me gusta hablar con nadie”	Pensamiento automático “hablan que la carga económica se la deje solo a mi esposo”
Significado del P.A. “me siento rechazada”	Significado del P.A. “la gente me molesta ”	Significado del P.A. “ soy una carga mas ”
Emoción Tristeza, ansiedad, depresión, miedo	Emoción Rabia, fastidio, irritación	Emoción Impotencia, ansiedad, frestración
Comportamiento Me aílo	Comportamiento Aislamiento, no relaciones sociales	Comportamiento Atiendo la casa

Ps. Diva Patricia Ovalle Niño, T.P. 101975

NOTAS DE TERAPIA CASO V: A.L.N.
Sesión N° 1

Nombre del Paciente: A. L. N.

Fecha: 14 de abril de 2015

Plan del paciente:

Paciente que refiere que todas las personas hablan mal de ella, llevaba malas relaciones con sus compañeros de trabajo, se aísla para evitar contacto con otras personas.

Objetivo terapéutico:

- Indagar origen de sus pensamientos automáticos disfuncionales
- Recolectar más datos para historia clínica
- Identificar eventos significativos que activaron la crisis en su estado mental

Puntos importantes de la sesión:

- Manifiesta que se siente estresada porque no está trabajando y toda la carga económica la tiene su esposo y por eso la familia de él habla mal de ella.
- Anuncia si salida para mañana de la clínica

Tarea para el hogar:

- Intentar modificar esquemas disfuncionales

Próxima sesión:

- Se cierra caso por salida de la paciente de la clínica.

INFORME DE CIERRE CASO V: A.L.N.

Paciente A. L. N., de 33 años de edad, identificada con cedula de ciudadanía xxxxxxxx de la ciudad de Bucaramanga, nacida el xxxxxxxxxxxx de xxxx, de ocupación ama de casa, actualmente vive con su compañero y su hijo.

Objeto de Cierre

El paciente es dada de alta de la clínica y se pierde contacto.

Conceptualización

Presión laboral

Está desempleada

La gente habla mal de mí

Mala relación con compañeros de trabajo

Mala relación con la familia de su pareja

Técnicas

No se aplicaron ninguna debido a la salida de la paciente de la clínica.

Formulación final de caso

No se logro proceso por salida de la clínica.

CASO VI: Y.M.**FORMATO DE VALORACIÓN PSICOLOGICA****I.DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

Fecha y Hora: 10 de Marzo de 2015 a las 4:15 pm
 Apellidos y Nombres completos: Y. M.
 Identificación c.c xxxxxxxxxxx de Giron
 Edad: 34 años
 Fecha de Nacimiento: Junio 16 de 1980
 Estado Civil: Casada
 Escolaridad: Bachiller
 Profesión u oficio: Ama de casa
 Teléfono: 6xxxxxxxx
 Persona Responsable: A. S. M. (Esposo)
 Dirección actual: Carrera xxxxxxxx.
 EPS: xxxxx
 Psicólogo tratante: Diva Patricia Ovalle Niño (Ps. Practicante de especialización)
 Instituto: Clínica ISNOR

II.MOTIVO DE CONSULTA

“no dormía hacia 5 días”

Con diagnostico psiquiátrico por trastorno Bipolar

III.PROBLEMA ACTUAL

La paciente refiere que ha tenido mucha carga laboral, tuvo control con psiquiatría recomendando vacaciones, pero la empresa no se las otorgó. Indicando que tiene mucha carga laboral lo que la tiene cansada y agotada. Refiere que el por estrés se tornaba agresiva con los compañeros de trabajo. No se pudo recolectar más información debido a su salida de la clínica

IV.INFORMACIÓN FAMILIAR

La paciente refiere que su familia es compuesta por 4 hermanos y sus dos papás. Hace 8 años son separados. Actualmente vive con su esposo y sus dos hijos de 11 y 10 años de edad. Lleva 13 años de matrimonio.

V.HISTORIA DE VIDA

La paciente refiere que cuando tenía 14 años de edad, mientras estaba en el colegio entró un grupo de rescate del gaula buscando a un niño que tenían

secuestrado por los alrededores, por lo tanto se impresionó al ver entrar los hombres armados, y ellos como alumnos se encerraron en el salón, luego cerraron la puerta. Los hombres tocan la puerta y “un hombre negro” le apunto diciendo que venían del gaula para buscar evidencia. Refiere que al ver que le estaba apuntando con un arma en la cara, quedó es estado shock, dice que se sentó en el pupitre y se puso en posición de cubrir y se quedó inmóvil, sus compañeros y profesores la movían y ella no reaccionaba. La llevaron a la casa empezó estar en estado irritable y cambios en su estado de ánimo se empezaron a presentar.

La paciente refiere que empezó a salirse de la casa, escuchaba voces, sentía que la perseguían y sus padres deciden internarla en una clínica. La paciente menciona que cuando era pequeña su mamá la llevaba donde un señor, los veía discutir, tiempo después se dio cuenta que su mamá se la llevaba mientras tenía relaciones sexuales con el señor, lo que afirma, “me marcó”.

VI.ASPECTO BIOLOGICO/MEDICO (Antecedentes médicos)

La paciente refiere que desde los 14 años de edad empezó con los síntomas de manía y depresión, diagnosticada por los psiquiatras tratantes como trastorno bipolar. Indicando además la presencia de alucinaciones visuales y auditivas. Afirma que sigue el tratamiento farmacológico con disciplina.

VII.EXAMEN MENTAL ACTUAL

La paciente presenta una apariencia y porte adecuado. Su vestir es coherente a su edad y sexo, se muestra alerta, atenta con escucha activa, bien orientado en tiempo y espacio, con activa memoria a corto, mediano y largo plazo. La paciente refiere presenta consciente y conocedora de su enfermedad. Se evidencia rasgos de ansiedad y depresión en su expresión corporal y verbal.

VIII.HIPOTESIS DIAGNOSTICA

La inseguridad en sí misma hace que se aísle del resto de las personas para evitar ser criticadas a o juzgadas por algún proceder no adecuado. La ansiedad y miedo al rechazo y desprecio de las personas, le hace crear pensamientos de desconfianza y crear suspicacia el proceder de los demás hacía ella, lo que produce en ella respuestas de aislamientos, sentimientos de rabia y resentimiento.

Impresión Diagnostica.

EJE I: Trastorno Bipolar I en episodio maniaco [296.xx]

EJE II: No aplica

EJE III: No aplica

EJE IV: Ambiente laboral

EJE V: (EEAG) 75 funcional

IX.PRONOSTICO

Favorable

X.OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN

Hacer psico-educación sobre la enfermedad mental diagnosticada.

Reconocer los pensamientos automáticos que afecta su percepción hacia los demás.

Incorporar nuevos hábitos diarios en su hogar y trabajo

Crear cada vez nuevas estrategias de afrontamiento ante una situación que le cause estrés o miedo.

XI. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

Aplicar TCC

Registro diario de pensamientos

Retroalimentación de cada sesión

Técnicas narrativas

Generar nuevos compromisos y retos consigo misma

RESUMEN DE CASO VI: Y.M.**I. Información de identificación**

Paciente Y. M. de 34 años de edad identificada con cedula de ciudadanía XXXXXXXXX de la ciudad de Giron, nacida el 7 de noviembre de 1981, con estado civil casada de ocupación ama de casa, actualmente vive con su esposo y dos hijos en Giron Santander.

II. Diagnósticos (según DSM - IV)

EJE I: Trastorno Bipolar I en episodio maniaco [296.xx]

EJE II: No aplica

EJE III: No aplica

EJE IV: Ambiente laboral

EJE V: (EEAG) 75 funcional

III. Puntajes objetivos

No se aplicaron pruebas

IV. Problemas y funcionamiento actual

La paciente refiere que ha tenido mucha carga laboral, tuvo control con psiquiatría recomendando vacaciones, pero la empresa no se las otorgó. Indicando que tiene mucha carga laboral lo que la tiene cansada y agotada

V. Perfil de desarrollo**A. Historia (Familiar, social, educativa, médica, psiquiátrica, vocacional)**

La paciente refiere que su familia es compuesta por 4 hermanos y sus dos papás. Hace 8 años son separados. Actualmente vive con su esposo y sus dos hijos de 11 y 10 años de edad. Lleva 13 años de matrimonio.

B. Relaciones (Padres, hermanos, pares, figuras de autoridad, otros)

La paciente refiere que cuando tenía 14 años, cuando se encontraba en el colegio entró un grupo de rescate del gaula buscando a un niño que tenían secuestrado por los alrededores. Indica que la impresión de de la entrada de los hombres armados y ellos como alumnos se encerraron en el salón, luego cerraron la puerta. Los hombres tocan la puerta y “un hombre negro” le apunto diciendo que venían del gaula para buscar evidencia. Refiere que al ver que le estaba apuntando con un arma en la cara, quedó en estado shock, dice que se sentó en el pupitre y se puso en posición de cubrir y se quedó inmóvil, sus compañeros y profesores la movían y ella

no reaccionaba. La llevaron a la casa empezó estar en estado irritable y cambios en su estado de ánimo se empezaron a presentar.

La paciente refiere que empezó a salirse de la casa, escuchaba voces, sentía que la perseguían y sus padres deciden internarla en una clínica. La paciente menciona que su mamá la llevaba donde un señor, y ellos empezaron a discutir, la tía también, tiempo después se dio cuenta que su mamá se la llevaba mientras tenía relaciones sexuales con el señor, expresando que enterarse de eso la marcó mucho.

C. Acontecimientos importantes

Presión laboral

Está desempleada

Negación de las vacaciones.

VI. Perfil Cognitivo

A. Aplicación del modelo

1. Problemas actuales típicos/situaciones problemáticas

Su estado de ánimo varía con frecuencia

Se irrita con todo y discute con sus compañeros de trabajo

2. Principales pensamientos automáticos, reacciones afectivas y comportamientos en estas situaciones

Soy bipolar

Me irrita con facilidad, agredo a los demás

El exceso de trabajo me tiene agotada

B. Creencias central

Abuso laboral

Temor a perder el control

Desconfianza y suspicaz

C. Creencias Condicionales

Si no me recargaran tanto de trabajo no estaría estresada

Si me siento bien en el trabajo no perderé el control de mis emociones

Si me voy de vacaciones mi rendimiento laboral mejorará considerablemente

D. Reglas (El “debo” aplicado a sí mismo y a los demás)

Debo aislarme de las persona para que no hablen mal de mi

Debo evitar contacto con personas para no ser rechazada

Debo escuchar a mi mamá y entender que la gente no me conoce, por lo que no pueden hablar mal de mí.

- VII. Integración y conceptualización de los perfiles cognitivos y de desarrollo.
- A. Formulación de conceptos relativos a uno mismo y a los otros.
 Refiere sentir rabia al pensar que las personas hablan mal de ella
 Soy una persona muy triste que vive llorando sin razón aparente
 No me gusta interactuar con las personas.
- B. Integración entre los hechos de la vida y puntos vulnerables en lo cognitivo.
 Se siente vulnerable al pensar que su estado de ánimo la descontrola
 La presión laboral favorece al estrés, donde es irritable y agresiva con los demás
 Crea pensamientos de minusvalía ante su enfermedad
- C. Estrategias compensatorias y de apoyo.
 Las vacaciones
 Delegar trabajos cuando se puede.
 Como soy una persona enferma tengo que seguir un tratamiento
- D. Desarrollo y persistencia del trastorno.
 Estoy enferma desde los 14 años
 La presión laboral me genera estrés
 Conducta de llanto de forma frecuente y agresiva.
- VIII. Implicaciones para la terapia.
- A. Capacidad para intervenciones cognitivas (puntaje bajo, medio , alto)
1. Inclínación psicológica - media
 2. Objetividad - medio
 3. Conciencia - bajo
 4. Creencias en el modelo cognitivo - medio
 5. Accesibilidad y plasticidad de los pensamientos automáticos y creencias - bajo
 6. Adaptabilidad - medio
 7. Humor –bajo
- B. Organización de la personalidad; sociópata vs autonomía
- La paciente refiere que es una persona enferma desde los 14 años y por ello no puede abandonar el tratamiento farmacológico, indica que su estado de ánimo la perjudica en el entorno laboral, social y familiar. Se siente vulnerable y con pensamientos de minusvalía al enfrentar las situaciones de la vida.
- C. Motivación, objetivos, expectativas respecto de la terapia.

Descansar unos días para poder organizar y descansar sus pensamientos del estrés laboral para retomar sus labores con mas tranquilidad y responsabilidad.

Objetivos

Estar más tranquila y rendir laboralmente.

Mejorar las relaciones con los compañeros de trabajo.

Aprender a conocer y manejar mis emociones en cualquier circunstancia.

Conocer nuevas estrategias de afrontamiento para manejo del estrés, ansiedad y tristeza.

D. Objetivos del terapeuta

Hacer psico-educación sobre la enfermedad mental diagnosticada.

Reconocer los pensamientos automáticos que afecta su percepción hacia los demás.

Incorporar nuevos hábitos diarios en su hogar y trabajo

Crear cada vez nuevas estrategias de afrontamiento ante una situación que le cause estrés o miedo.

E. Dificultades del terapeuta

Fue dada de alta de la clínica, abandono de proceso.

CONCEPTUALIZACIÓN COGNITIVA CASO VI: Y.M.

Nombre del Paciente: Y. M.

Fecha: 10 de marzo de 2015

Diagnostico Eje I: Trastorno Bipolar

DATOS RELEVANTES

La paciente refiere que ha tenido mucha carga laboral, tuvo control con psiquiatría recomendando vacaciones, pero la empresa no se las otorgó. Indicando que tiene mucha carga laboral lo que la tiene cansada y agotada

CREENCIAS CENTRALES

- Tengo mucha carga laboral
- vulnerable
- Exclusión social

PRESUNCIONES/ CREENCIAS/REGLAS CONDICIONALES

- Si tengo mucha carga laboral me siendo estresada
- Si no me dan las vacaciones me agobio demasiado
- Si me enfermo no podré trabajar como se debe

ESTRATEGIAS COMPENSATORIAS

- Seguir las indicaciones de los médicos con los tratamientos
- Piensa que un descanso le haría bien

Situación 1. “tengo mucha carga laboral”	Situación 2. “no me quieren aprobar las vacaciones”	Situación 3. “estoy estresada ”
Pensamiento automático “me quieren molestar para que renuncie ”	Pensamiento automático “me siento agotada”	Pensamiento automático “necesito descansar”
Significado del P.A. “abusan de mi laboralmente”	Significado del P.A. “no logro concentrarme en el trabajo ”	Significado del P.A. “me enfermo de los nervios por el estres ”
Emoción Tristeza, ansiedad, depresión	Emoción Rabia, fastidio, irritación	Emoción Impotencia, tristeza, depresión, manía
Comportamiento Insomnio, agresiva	Comportamiento Aislamiento, trabajo	Comportamiento Agresiva, llanto

Ps. Diva Patricia Ovalle Niño, T.P. 101975

NOTAS DE TERAPIA CASO VI: Y.M.
Sesión N° 1

Nombre del Paciente: Y. M..

Fecha: 10 de abril de 2015

Plan del paciente:

La paciente se observa ansiosa y angustiada, refiere tener mucha carga laboral.

Objetivo terapéutico:

- Indagar sobre situación actuar
- Recopilar datos para historia clínica.
- Identificar eventos que pueden causar crisis mental

Puntos importantes de la sesión:

- La paciente colabora con la entrevista
- Expresa que lleva años con la enfermedad

Tareas para el hogar:

- Hacer registro diario de pensamientos automáticos

Próxima sesión:

- Revisión y retroalimentación de registro diario.

NOTAS DE TERAPIA CASO VI: Y.M.
Sesión N° 2

Nombre del Paciente: Yenny Mónoga.

Fecha: 11 de abril de 2015

Plan del paciente:

La paciente fue dada de alta en la clínica por lo que no se pudo llevar continuidad del caso.

Ps. Diva Patricia Ovalle Niño, T.P. 101975

INFORME DE CIERRE CASO VI: Y.M.

Paciente Y. M., de 34 años de edad identificada con cedula de ciudadanía xxxxxxxx de la ciudad de xxxxx, nacida xxxxxxxxx de xxxx, con estado civil casada de ocupación ama de casa, actualmente vive con su esposo y dos hijos en Girón Santander.

Objeto de Cierre

El paciente es dada de alta de la clínica y se pierde contacto.

Conceptualización

Presión laboral

Está desempleada

Negación de las vacaciones

Su estado de ánimo varía con frecuencia

Se irrita con todo y discute con sus compañeros de trabajo

Formulación final

No se aplicaron ninguna debido a la salida de la paciente de la clínica.

Ps. Diva Patricia Ovalle Niño, T.P. 101975

**CASO VII: M.N.P.B.
FORMATO DE VALORACIÓN PSICOLOGICA**

I.DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Fecha y Hora: 20 de Abril de 2015 a las 3.40 pm
Apellidos y Nombres completos: M. N. P. B.
Identificación T.I: xxxxxxxxxx de Barrancabermeja
Edad: 12 años
Fecha de Nacimiento: Octubre 15 de 2002
Estado Civil: Soltera
Escolaridad: Bachiller
Profesión u oficio: Estudiante
Teléfono: 310xxxxxxx (mamá)
Persona Responsable: N. B. (mamá)
Dirección actual: Barrancabermeja
EPS: xxxx
Psicólogo tratante: Diva Patricia Ovalle Niño (Ps. Practicante de especialización)
Instituto: Clínica ISNOR

II.MOTIVO DE CONSULTA

“tenía mucho dolor de cabeza y mareo después de inhalar bóxer”

Remitida por drogodependencia, abuso de sustancias, presentando Síntomas de abstinencia.

III.PROBLEMA ACTUAL

Los padres de la paciente indican que después de un paseo programado por el colegio la paciente comienza a sentir mareo y dolor intenso de cabeza, debido a que durante la salida del colegio la paciente y otro compañero fueron sorprendidos por sus profesores inhalando bóxer. Por esta razón, fue expulsada del colegio. Por otra parte la madre de la paciente manifiesta sentir que no puede controlar el comportamiento de su hija, por lo decide que se vaya a vivir con su papá, lo que genera en la paciente cambio de amistades y rutina en la casa, indicando que su papá casi no está en la casa y se queda sola con la abuela, así mismo señala que algunas amistades en el colegio le ofrecen consumir bóxer, perico y alcohol desde hace 3 meses.

IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

La paciente proviene de padres separados hace 8 años, desde entonces queda viviendo con su madre en la ciudad de Barrancabermeja y su papá vive con su abuela en Bucaramanga. Indica que actualmente vive con mamá, hermana menor de 5 años por parte de mamá y su padrastro quien es la nueva pareja de su madre, con quien lleva una buena relación, puesto que él la complace mucho, indica la paciente. En cambio refiere que las relaciones con su mamá han sido desafiantes.

V. HISTORIA DE VIDA

La mamá de la paciente indica que desde pequeña ha sido muy inquieta y ha tenido problemas en los colegios por comportamiento. Refiere que del colegio la remitieron a psicología diagnosticada con hiperactividad.

La paciente refiere que siempre ha tenido problemas con su mamá, pues no le gusta que le ordenen hacer algo, indica que “todo me fastidia”, “me da rabia todo” y por esa razón reacciona con violencia y agresión con los demás. Además la paciente indica que con frecuencia termina en riñas con sus compañeras de colegio, por lo que la han expulsado de varios colegios de la ciudad.

VI. ASPECTO BIOLÓGICO/MEDICO (Antecedentes médicos)

La madre de la paciente indica que la paciente fue diagnosticada con “rebeldía”, al no encontrar evidencia física que justificara su comportamiento, después de realizarle un examen neurológico en la clínica san Camilo de la ciudad de Bucaramanga. Además indica que nunca había sido internada en una clínica psiquiátrica.

VII. EXAMEN MENTAL ACTUAL

La paciente presenta una apariencia y porte adecuado. Su vestir es coherente a su edad y sexo, se muestra alerta, atenta con escucha activa, bien orientado en tiempo y espacio, con activa memoria a corto, mediano y largo plazo. La paciente refiere reconocer que cometió un error y desea mejorar las relaciones con su mamá, ahora que va a volver a vivir con ella. Durante la entrevista la paciente expresa sentirse ansiosa, con hormigueo en las piernas.

VIII. HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA

La paciente siempre ha sido señalada como una persona muy inquieta y agresiva en relación con los demás. su madre la deja a cargo de su padre, pues expresa que ya ella no sabe cómo controlarla, y cree que al lado de su padre va a estar mejor controlada. Sin embargo con las amistades de su nuevo colegio es donde inicia el consumo de b6xer. La paciente indica que su padre no mantiene en la casa, solo ella con su abuela. Por lo que se podr6a inferir que la conducta de consumir fue

para llamar la atención de sus padres, pues se sentía abandonada por ambos padres.

Impresión Diagnóstica.

EJE I: No aplica

EJE II: No aplica

EJE III: No aplica

EJE IV: Consumo de sustancias

EJE V: (EEAG) 75 funcional

IX. PRONOSTICO

Favorable

X. OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN

- Intervención familiar madre, padrastro y paciente
- Orientación sobre manejo de tiempo libre
- Identificar las pautas de crianza para una personalidad difícil
- Fomentar el establecimiento de normas y límites en el hogar.
- Identificar las figuras de autoridad en el hogar
- Conocer deberes y derechos de la paciente en el hogar
- Respeto y obediencia a figuras de autoridad
- Proyectar una vida libre de drogas, con actividades de provecho que exponga su potencial para su propio bienestar.

XI. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

- Aplicar TCC
- Registro diario de pensamientos
- Retroalimentación de cada sesión
- Tareas terapéuticas
- Generar nuevos compromisos en el manejo del tiempo libre
- Proyecto de vida

RESUMEN DE CASO VII: M. N. P. B**I. Información de identificación**

Paciente M. N. P. B., con 12 años de edad, identificada con T.I. XXXXXXXXXX de Barrancabermeja, de estado civil soltera, de ocupación estudiante, vive con papá y abuela en la ciudad de Bucaramanga.

II. Diagnósticos (según DSM - IV)

EJE I: No aplica
 EJE II: No aplica
 EJE III: No aplica
 EJE IV: Consumo de sustancias
 EJE V: (EEAG) 75 funcional

III. Puntajes objetivos

No se aplicaron pruebas

IV. Problemas y funcionamiento actual

Los padres de la paciente manifiestan que después de un paseo programando por el colegio, fue cuando comenzó a sentir mareo y dolor intenso de cabeza. Refieren que debido a eso fue expulsada del colegio. La paciente refiere que hace 3 meses inicia el consumo de bóxer, además refiere que cuando se vino a vivir con su papá, cambio de amistades y rutina en la casa. Indica que su papá casi no está en la casa y se queda sola con la abuela. Hace mención de que algunas amistades en el colegio le ofrecen consumir bóxer, indica que aceptó consumirlo por quedar bien con ellos, además de otras sustancias como el perico y marihuana.

V. Perfil de desarrollo**A. Historia (Familiar, social, educativa, médica, psiquiátrica, vocacional)**

La paciente proviene de padres separados hace 8 años, desde entonces queda viviendo con su madre en la ciudad de Barrancabermeja y su padre en Bucaramanga. Refieren que cada uno tienen nuevas parejas. Refiere que tiene una hermana menor por parte de mamá de 5 años. Indica que las relaciones con su padrastro han sido buenas, puesto que él la complace mucho. En cambio las relaciones con su mamá han sido desafiantes.

B. Relaciones (Padres, hermanos, pares, figuras de autoridad, otros)

La mamá de la paciente que desde pequeña ha sido muy inquieta y ha tenido en problemas en los colegios por comportamiento. Refiere que la han psicología donde la han diagnosticado con hiperactividad.

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN PACIENTE PSIQUIÁTRICO

La paciente refiere que siempre ha tenido problemas con su mamá, pues no le gusta que hacer algo, indica que todo le fastidia, le da rabia todo y por eso reacciona con violencia agresión con los demás. Además la paciente indica que con frecuencia termina en riñas con sus compañeras de colegio, por lo que la han expulsado de varios colegios de la ciudad.

La paciente siempre ha sido señalada como una persona muy inquieta y agresiva en relación con los demás. su madre la deja a cargo de su padre, pues expresa que ya ella no sabe cómo controlarla, y cree que al lado de su padre va ha estar mejor controlada. Sin embargo con las amistades de su nuevo colegio es donde inicia el consumo de bóxer. La paciente indica que su padre no mantiene en la casa, solo ella con su abuela

C. Acontecimientos importantes

- Separación de sus padres
- Consumo de boxer
- Cambio de ciudad

VI. Perfil Cognitivo

A. Aplicación del modelo

1. Problemas actuales típicos/situaciones problemáticas

Inquieta, rebelde, agresiva
Consumo de sustancias

2. Principales pensamientos automáticos, reacciones afectivas y comportamientos en estas situaciones

Necesito ser aceptada por mis amistades
No me gusta que me manden hacer algo
No quiero que nadie me hable

B. Creencias central

Dependencia

impulsividad

Abandono

C. Creencias Condicionales

Si no acepto consumir drogas mis amistades no me aceptaran

Si soy desobediente con mi mamá me dejará de molestar

Si vuelvo con mi mamá trataré de cambiar

D. Reglas (El “debo” aplicado a sí mismo y a los demás)

Debo mejorar las relaciones con mi mamá para evitar se expulsada de la casa

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN PACIENTE PSIQUIÁTRICO

Debo ser menos agresiva con la gente para no me cojan rabia
 Debo obedecer a mi mamá para que cambie lo que piensa de mi y estar bien

VII. Integración y conceptualización de los perfiles cognitivos y de desarrollo.

A. Formulación de conceptos relativos a uno mismo y a los otros.

Refiere que le fastidia todo
 Expresa sentir rabia por todo por eso su reacción agresiva
 No me gusta que me manden.

B. Integración entre los hechos de la vida y puntos vulnerables en lo cognitivo.

Se siente vulnerable al pensar que su estado de ánimo la descontrola
 La presión laboral favorece al estrés, donde es irritable y agresiva con los demás
 Crea pensamientos de minusvalía ante su enfermedad

C. Estrategias compensatorias y de apoyo.

Nuevas amistades
 Consumo de sustancias psicoactivas.
 Como soy una persona enferma tengo que seguir un tratamiento

D. Desarrollo y persistencia del trastorno.

El cambio de ciudad
 Vivir con su padre, cambio de rutina en casa
 Personalidad rebelde.

VIII. Implicaciones para la terapia.

A. Capacidad para intervenciones cognitivas (puntaje bajo, medio, alto)

1. Inclinação psicológica - media
2. Objetividad - medio
3. Conciencia - bajo
4. Creencias en el modelo cognitivo - medio
5. Accesibilidad y plasticidad de los pensamientos automáticos y creencias - bajo
6. Adaptabilidad - medio
7. Humor - bajo

B. Organización de la personalidad; sociópata vs autonomía

La paciente se define como “inquietada”, inteligente, indicando que así es como no se logra concentrar en el estudio.

C. Motivación, objetivos, expectativas respecto de la terapia.

Volver a vivir con su mamá manifestando su deseo de cambio para mejorar las relaciones entre las dos y su hermano menor.

Objetivos

Obedecer mas a mamá

Colaborar con las labores de la casa.

Estudiar con disciplina

Alejarse de las amistades que le invitan a consumir.

Realizar actividades para su formación personal

D. Objetivos del terapeuta

Intervención familiar madre, padrastro y paciente

Orientación sobre manejo de tiempo libre

Identificar las pautas de crianza para una personalidad difícil

Fomentar el establecimiento de normas y límites en el hogar.

Identificar las figuras de autoridad en el hogar

Conocer deberes y derechos de la paciente en el hogar

Respeto y obediencia a figuras de autoridad

Proyectar una vida libre de drogas, con actividades de provecho que exponga su potencial para su propio bienestar.

E. Dificultades del terapeuta

Fue dada de alta de la clínica, abandono de proceso.

CONCEPTUALIZACIÓN COGNITIVA CASO VII: M. N. P. B

Nombre del Paciente: M. N. P. B.

Fecha: 20 de abril de 2015

Diagnostico Eje I: Trastorno de personalidad tipo desafiante

DATOS RELEVANTES

La paciente (menor de edad) refiere que su infancia fue complicada por la separación de sus padres hace 8 años, desde ahí ha vivido sola con su mamá. Con la cual han tenido una relación difícil debido a su forma de ser, expresa la paciente.

CREENCIAS CENTRALES

- Dependencia
- impulsividad
- Abandono

PRESUNCIONES/ CREENCIAS/REGLAS CONDICIONALES

- Si no acepto consumir drogas mis amistades no me aceptaran
- Si soy desobediente con mi mamá me dejará de molestar
- Si vuelvo con mi mamá trataré de cambiar

ESTRATEGIAS COMPENSATORIAS

- Seguir las indicaciones de los médicos con los tratamientos
- Piensa que un descanso le haría bien

Situación 1. “consumir sustancias psicoactivas”	Situación 2. “no me llevo bien con mi mamá”	Situación 3. “todo me fastidia ”
--	--	-------------------------------------

Pensamiento automático “necesito ser aceptada por mis amistades ”	Pensamiento automático “no me gusta que me manden hacer algo”	Pensamiento automático “quisiera que nadie me hable”
---	---	--

Significado del P.A. “no quiero perder a mis amistades”	Significado del P.A. “me la tiene montada ”	Significado del P.A. “la gente me irrita”
---	---	---

Emoción ansiedad, confusión	Emoción Rabia, fastidio, irritación	Emoción Rabia, fastidio
Comportamiento Consumir sustancias psicoactivas	Comportamiento No obedecer, agresiva, huir	Comportamiento Agresividad, golpes, riñas

Ps. Diva Patricia Ovalle Niño, T.P. 101975

NOTAS DE TERAPIA CASO VII: M. N. P. B
Sesión N° 1

Nombre del Paciente: M. N. P. B.

Fecha: 21 de abril de 2015

Plan del paciente:

La paciente refiere estar ansiosa, siente hormigueo en las piernas y dolor de cabeza. Además menciona que desde hace 3 meses es consumidora de bóxer y otras sustancias psicoactivas.

Objetivo terapéutico:

- Recopilar datos para historia clínica.
- Identificar eventos que la llevaron al consumo de sustancias

Datos importantes de sesión:

- La paciente indica que siempre ha tenido problema con su mamá.
- Hace poco vino a vivir con su papá.

Tarea para el hogar:

- No se asigna

Próxima sesión:

- Continuar consignando datos para historia clínica

NOTAS DE TERAPIA CASO VII: M. N. P. B
Sesión N° 2

Nombre del Paciente: M. N. P. B.

Fecha: 22 de abril de 2015

Plan del paciente:

La paciente anuncia su pronta salida de la clínica, por lo que se decide hacer una intervención familiar con mamá, padrastro y paciente.

Objetivo terapéutico:

- Orientación sobre manejo de tiempo libre
- Identificar las pautas de crianza para una personalidad difícil
- Fomentar el establecimiento de normas y límites en el hogar.
- Identificar las figuras de autoridad en el hogar
- Promover respeto por las figuras de autoridad
- Cierre de caso

Puntos importantes del paciente:

- La paciente vuelva a vivir con su mamá.

Tareas para el hogar:

- Se le recomienda a la paciente ser mas disciplinada en sus labores escolares, obedecer a su madre, respetarla como autoridad.
- Aprovechar potencial para realizar actividades de provecho para su futuro.

Ps. Diva Patricia Ovalle Niño, T.P. 101975

INFORME DE CIERRE CASO VII: M. N. P. B

Paciente M. N. P. B., con 12 años de edad, identificada con T.I. XXXXXXXXXX de Barrancabermeja, de estado civil soltera, de ocupación estudiante, vive con papá y abuela en la ciudad de Bucaramanga.

Objeto de Cierre

El paciente es dada de alta de la clínica y se pierde contacto.

Conceptualización

Separación de sus padres
Consumo de b6xer y otras sustancias psicoactivas
Cambio de ciudad
Inquieta, rebelde, agresiva
Consumo de sustancias

Formulaci6n final del caso

Debido a la salida de la paciente de la cl6nica, no se pudo continuar con proceso terap6utico ni seguimientos.

Ps. Diva Patricia Ovalle Ni6o, T.P. 101975

**CASO VIII: M.F.N.C.
FORMATO DE VALORACIÓN PSICOLOGICA**

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Fecha y Hora: 20 de Mayo de 2015 a las 3.40 pm
 Apellidos y Nombres completos: M. F. N. C.
 Identificación T.I: xxxxxxxxxxx de Bucaramaga
 Edad: 21 años
 Fecha de Nacimiento: 1994
 Estado Civil: Soltera
 Escolaridad: Universitario
 Profesión u oficio: Estudiante
 Teléfono: xxxxxxxxxxx (tía)
 Persona Responsable: N. B. (tía)
 Dirección actual: San Gil
 EPS: xxxx
 Psicólogo tratante: Diva Patricia Ovalle Niño (Ps. Practicante de especialización)
 Instituto: Clínica ISNOR

II. MOTIVO DE CONSULTA

“me siento deprimida porque no pude matricular el semestre”

Llega a clínica por servicio de urgencias con diagnóstico de trastorno afectivo bipolar en episodio mixto y trastorno de personalidad no especificado.

III. PROBLEMA ACTUAL

La paciente refiere que lleva 15 días sin poder dormir y 3 días que no come. La paciente indica que estudia 3 semestre de derecho. Señalando que nunca se la ha llevado bien con sus compañeros de universidad. Indica que por no poder matricular el semestre se ha sentido deprimida, sin poder dormir y “no me provoca comer”. Menciona que la tía la auto-medica y eso le ha traído asegura ella “ideas raras” en su mente.

Refiere la paciente que su tía y su mamá son bipolares. Afirma que desde que su tía comenzó a darle el medicamento “clonazepam” “desde ahí empezó mi calvario”, pues la paciente refiere que observa cambios en su cuerpo, como la aparición de estrías, subidas y bajadas de peso, lo que ha generado depresión. Por lo que ha optado por usar ropa ancha afirma la paciente.

IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

La paciente indica que su familia es compuesta por su mamá, papá y un hermano menor, viven en San Gil. Desde hace dos meses está viviendo sola en una habitación en casa de familia en la ciudad de Bogotá debido a sus estudios. Hace una semana está con su tía en la ciudad de Bucaramanga.

La paciente no suministro más información.

IV. HISTORIA DE VIDA

La paciente indica recordar que en el colegio sus compañeros le hacían bullying. Además que sus padres la maltrataban, que su papá le tiraba los platos en la cara, afirmando que siempre fue muy tímida y callada motivo por el cual los compañeros le hacían bullying. Aun en la actualidad en la universidad asegura que sus compañeros le hacen bullying, expresándose “no encajo con mis compañeros”.

La paciente no suministro más información.

V. ASPECTO BIOLÓGICO/MEDICO (Antecedentes médicos)

La paciente cuando tenía 17 años (2011) fue hospitalizada por intento de suicidio, depresión y ansiedad, ideas de culpa, minusvalía. Es cuando inicia tratamiento farmacológico, lo genero en ella un cambio, pues afirma que empezó a verse más gorda, con estrías y a usar ropa mas ancha para disimular.

VI. EXAMEN MENTAL ACTUAL

La paciente presenta una apariencia y porte adecuado. Su vestir es coherente a su edad y sexo, se muestra alerta, atenta con escucha activa, bien orientado en tiempo y espacio. Con actitud colaboradora. Se observa un tono depresivo, tranquila por efecto de la medicación.

VII. HIPOTESIS DIAGNOSTICA

Impresión Diagnostica.

EJE I: Trastorno afectivo Bipolar II [296.xx], trastorno de personalidad no especificado

EJE II: no aplica

EJEIII: no aplica

EJE IV: Dificultades con relaciones interpersonales

EJE V: 70

VIII. PRONOSTICO

Favorable

IX. OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN

- Restructuración cognitiva de esquemas y pensamientos disfuncionales hacia sí misma
- Generar nuevas estrategias de afrontamiento
- Identificar situaciones que generen ansiedad y depresión

X. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

- Aplicar Terapia Cognitiva Conductual Multimodal
- Registro diario de pensamientos
- Restructuración cognitiva
- Retroalimentación de cada sesión
- Tareas terapéuticas
- Generar nuevos compromisos en el manejo del tiempo libre
- Proyecto de vida

RESUMEN DE CASO VIII: M.F.N.C.**I. Información de identificación**

Paciente M. F. N. C., con 21 años de edad, identificada con C.C. XXXXXXXXXX de Bucaramanga, de estado civil soltera, de ocupación estudiante, actualmente vive sola en Bogotá por motivo de estudios universitarios.

II. Diagnósticos (según DSM - IV)*Impresión Diagnostica.*

EJE I: Trastorno afectivo Bipolar II [296.xx], trastorno de personalidad no especificado

EJE II: No aplica

EJE III: No aplica

EJE IV: No aplica

EJE V: (EEAG) 75 funcional

III. Puntajes objetivos

No se aplicaron pruebas

IV. Problemas y funcionamiento actual

La paciente refiere que lleva 15 días sin poder dormir y 3 días que no come. La paciente indica que estudia 3 semestre de derecho. Señalando que nunca se la ha llevado bien con sus compañeros de universidad. Indica que por no poder matricular el semestre se ha sentido deprimida, sin poder dormir y “no me provoca comer”. Menciona que la tía la auto-medica y eso le ha traído asegura ella “ideas raras” en su mente.

Refiere la paciente que su tía y su mamá son bipolares. Afirma que desde que su tía comenzó a darle el medicamento “clonacepan” “desde ahí empezó mi calvario”, pues la paciente refiere que observa cambios en su cuerpo, como la aparición de estrías, subidas y bajadas de peso, lo que ha generado depresión. Por lo que ha optado por usar ropa ancha afirma la paciente.

V. Perfil de desarrollo**A. Historia (Familiar, social, educativa, médica, psiquiátrica, vocacional)**

La paciente indica que su familia es compuesta por su mamá, papá y un hermano menor, viven en San Gil. Desde hace dos meses está viviendo sola en una habitación en casa de familia en Bogotá por sus estudios. Hace una semana está con su tía en la ciudad de Bucaramanga.

La paciente no suministro más información.

B. Relaciones (Padres, hermanos, pares, figuras de autoridad, otros)

La paciente refiere que recuerda en el colegio sus compañeros le hacían bullying. Afirma que sus padres la maltrataban, que su papá le tiraba los platos en la cara. Afirma que siempre fue muy tímida y callada y que por ese motivo los compañeros le hacían bullying. Aun en la actualidad en la universidad asegura que sus compañeros le hacen bullying, expresándose “no encajo con mis compañeros”.

La paciente no suministro mas información.

C. Acontecimientos importantes

Bullying

Maltrato de sus padres

Medicación de su tía

VI. Perfil Cognitivo

A. Aplicación del modelo

1. Problemas actuales típicos/situaciones problemáticas

Ansiedad

Depresión

Insomnio

No ingesta de alimentos

2. Principales pensamientos automáticos, reacciones afectivas y comportamientos en estas situaciones

No encajo con mis compañeros de universidad

Me siento deprimida

Me siento discriminada, estereotipada, subvalorada, estigmatizada

B. Creencias central

Rechazo

Vulnerable

Minusvalía

C. Creencias Condicionales

Si cambio de universidad, quizás me lleve mejor con mis nuevos compañeros

Si me relacionó con los demás, no tendrán motivo para hacerme bullying

Si vivo sola, mis padres no podrán maltratarme

D. Reglas (El “debo” aplicado a sí mismo y a los demás)

Debo tomar la medicación para sentirme mejor

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN PACIENTE PSIQUIÁTRICO

Debo relacionarme mejor con los demás para estar más tranquila
Debo tener pensamientos favorables sobre mi

VII. Integración y conceptualización de los perfiles cognitivos y de desarrollo.

A. Formulación de conceptos relativos a uno mismo y a los otros.

Refiere que es una persona deprimida
Expresa que no “encaja” con sus compañeros
Manejo mucha ansiedad.

B. Integración entre los hechos de la vida y puntos vulnerables en lo cognitivo.

Se siente vulnerable al sentir el desprecio de los demás
Siente que no hace las cosas bien “soy torpe, negativa”
Crea pensamientos de minusvalía y la lleva a la depresión

C. Estrategias compensatorias y de apoyo.

Busco amistades fuera de la universidad los llamo “amistades de escape”
Vivir sola evita que me maltraten mis padres
Como soy una persona enferma tengo que seguir un tratamiento

D. Desarrollo y persistencia del trastorno.

El cambio de ciudad
Vivir con su padre, cambio de rutina en casa
Personalidad rebelde.

VIII. Implicaciones para la terapia.

A. Capacidad para intervenciones cognitivas (puntaje bajo, medio , alto)

1. Inclínación psicológica - alta
2. Objetividad - medio
3. Conciencia - baja
4. Creencias en el modelo cognitivo - medio
5. Accesibilidad y plasticidad de los pensamientos automáticos y creencias - bajo
6. Adaptabilidad - medio
7. Humor –bajo

B. Organización de la personalidad; sociópata vs autonomía

La paciente se define como “deprimida”, torpe, explosiva, negativa, rencorosa, manifiesta que por los cambios de conducta y estados de ánimos necesita medicación.

C. Motivación, objetivos, expectativas respecto de la terapia.

Seguir a estudiar, terminar su carrera y relacionarse mejor con sus compañeros de clases, para tener un ambiente más tranquilo.

Objetivos

Bajar niveles de ansiedad

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN PACIENTE PSIQUIÁTRICO

Disminuir la depresión.

Estudiar con disciplina

No ser blanco de bullying a futuro.

Sentirse mejor consigo misma

D. Objetivos del terapeuta

Reestructuración cognitiva de esquemas y pensamientos disfuncionales hacia sí misma

Generar nuevas estrategias de afrontamiento

Identificar situaciones que generen ansiedad y depresión

E. Dificultades del terapeuta

Fue dada de alta de la clínica, se abandona el proceso.

CONCEPTUALIZACIÓN COGNITIVA CASO VIII: M.F.N.C.

Nombre del Paciente: M. F. N. C.

Fecha: 20 de mayo de 2015

Diagnostico Eje I: Trastorno afectivo Bipolar, episodio mixto
Trastorno de personalidad no especificado

DATOS RELEVANTES

La paciente presenta estado depresivo. Refiere sentirse triste por no haber matriculado su semestre en la universidad. A los 17 años de edad, fue hospitalizada por intento de suicidio, presentando depresión, ansiedad, ideas de culpa y minusvalía. Afirma que su Mamá y tía son diagnosticadas con trastorno Bipolar.

CREENCIAS CENTRALES

- Rechazo
- Vulnerable
- Minusvalía

PRESUNCIONES/ CREENCIAS/REGLAS CONDICIONALES

- Si cambio de universidad quizás me lleve mejor con mis nuevos compañeros
- Si no les hablo a mis compañeros, quizás no tengan motivos para hacerme bullying
- Si tomo pastillas de mi tía, empiezo a tener ideas raras

ESTRATEGIAS COMPENSATORIAS

- Busco amistades diferentes a mis compañeros de universidad
- Vivo en Bogotá para estar lejos de mis papás y no me sigan maltratando
- Me aílo de mis compañeros en la universidad

Situación 1. “me hacen bullying”	Situación 2. “mis papás me maltrataban de pequeña”	Situación 3. “tomo pastillas de mi tía ”
-------------------------------------	---	---

Pensamiento automático “no encajo con mis compañeros ”	Pensamiento automático “soy torpe”	Pensamiento automático “cree que estoy enferma como ella”
--	--	---

Significado del P.A. “rechazo de mis amistades”	Significado del P.A. “no hago las cosas bien ”	Significado del P.A. “empieza mi calvario”
---	--	--

Emoción Depresión, ansiedad, vengativa, explosiva	Emoción Depresión, rabia, rencorosa	Emoción Decepción, tristeza, confusión
Comportamiento Me aílo de la mayoría de mis compañeros	Comportamiento No participo en clase, no relaciones sociales	Comportamiento Uso ropa ancha, insomnio, no comer

Ps. Diva Patricia Ovalle Niño, T.P. 101975

NOTAS DE TERAPIA CASO VIII: M.F.N.C.
Sesión N° 1

Nombre del Paciente: M. F. N. C.

Fecha: 21 de abril de 2015

Plan del paciente:

Paciente que se observa deprimida, tranquila. Colabora con la realización de la sesión terapéutica.

Objetivo terapéutico:

- Indagar aspectos personales para apertura de historia clínica
- Identificar aspectos relacionados con la crisis emocional
- Iniciar acuerdo terapéutico
- Explorar auto-concepto

Punto importante de sesión:

- Refiere estar deprimida por no poder matricular el semestre en la universidad
- Manifiesta la paciente que no tiene buenas relaciones con sus compañeros de clases, pues se siente subvalorada, discriminada, estigmatizada, estereotipada por los demás.

Tarea para el hogar:

- Se le da unas indicaciones para que comprender sus pensamientos automáticos
- Propiciar nuevas alternativas de afrontamiento
- Cierre de caso

Ps. Diva Patricia Ovalle Niño, T.P. 101975

INFORME DE CIERRE CASO VIII: M.F.N.C.

Paciente M. F. N. C., con 21 años de edad, identificada con C.C. XXXXXXXXXX de Bucaramanga, de estado civil soltera, de ocupación estudiante, actualmente vive sola en Bogotá por motivo de estudios universitarios

Objeto de Cierre

El paciente es dada de alta de la clínica y se pierde contacto.

Conceptualización

Bullying
Maltrato de sus padres
Medicación de su tía
Rechazo

Vulnerable

Minusvalía

Formulación final de caso

No se pudo dar continuidad al caso debido a la salida de la paciente de la clínica.

Ps. Diva Patricia Ovalle Niño, T.P. 101975

**CASO IX: C.S.M.
FORMATO DE VALORACIÓN PSICOLOGICA**

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Fecha y Hora: 26 de Mayo de 2015 a las 4.15 pm
 Apellidos y Nombres completos: C. S. M.
 Identificación C.C.: xxxxxxxxxx de Bucaramaga
 Edad: 20 años
 Fecha de Nacimiento: Agosto 26 de 1994
 Estado Civil: Soltera
 Escolaridad: Universitario
 Profesión u oficio: Estudiante
 Teléfono: 300xxxxxxxx (mamá)
 Persona Responsable: M. L. M. (Mamá)
 Dirección actual: Cañaveral - Floridablanca
 EPS: xxxx
 Psicólogo tratante: Diva Patricia Ovalle Niño (Ps. Practicante de especialización)
 Instituto: Clínica ISNOR

II. MOTIVO DE CONSULTA

Remitida por docente de la Universidad
 “siento que hago daño”

III. PROBLEMA ACTUAL

La paciente hace mención de sentirse confusa sin saber qué hacer, pues indica que le hace daño a los demás con su forma de actuar, expresándose negativamente de sí misma, con expresiones como “soy torpe”. Además, la paciente dice sentirse menospreciada, pues alude que sus opiniones no son tomadas en cuenta y que la tratan una niña. Además dice que con frecuencia olvida donde deja los objetos, que luego a parecen lugares muy extraños donde no recuerda haberlo puesto ahí. Refiere que a frecuencia se siente eufórica, pues siente que sus emociones son un poco exageradas de lo normal, se auto denomina como impulsiva, en ocasiones se auto agrade, tira objetos cuando se siente irritada. Refiere sentirse frustrada, pues piensa que no está dando todo su potencial diciendo “siento que no estoy haciendo algo valioso”. Refiere que últimamente se irrita con más frecuencia. Dice darse cuenta cuando las personas le mienten y eso la molesta.

IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

La paciente indica que vive con su mamá, papá y hermano menor, menciona que es la 2da en posición de 4 hermanos. Refiere que la relación con sus padres y

hermanos ha sido buena, agradable, aunque en ocasiones se porta mal con su hermano menor, menciona “lo trato mal”.
La paciente no suministro más información.

V. HISTORIA DE VIDA

La paciente afirma que cuando estaba pequeña en colegio de primaria, manejaba mucha ansiedad, “ataques de rabia”, recuerda que se ponía roja y se desmayaba de la presión ejercida. “le arrojé una silla a un compañero del salón” expresa la paciente.

Refiere haber estado bajo supervisión psicológica, pero que a ella y a sus padres no estuvieron de acuerdo con las técnicas, por lo que deciden crear una propia, que piensa que si funcionó y que en ocasiones aun la emplean. Como el salir a caminar en las mañanas con el papá y hablar, un tiempo con la mamá buscan espacios para hablar también.

La paciente expresa sentirse preocupada por su salud, sin tener dinero para hacerse chequeos médicos necesarios.

La paciente no suministro mas información.

VI. ASPECTO BIOLÓGICO/MEDICO (Antecedentes médicos)

La paciente afirma que ha estado bajo supervisión psicológica por parte de los colegios en donde ha estado. Pero nunca ha sido tratada en proceso terapéutico por su situación actual.

VII. EXAMEN MENTAL ACTUAL

La paciente presenta una apariencia y porte adecuado. Su vestir es coherente a su edad y sexo, se muestra alerta, atenta con escucha activa, bien orientado en tiempo y espacio. Con actitud colaboradora. Se muestra ansiosa, preocupada por sus reacciones, de emociones exageradas de alegría o tristeza, episodios de ira, impulsividad, memoria dispersa al no recordar donde deja los objetos, indica que se irrita con facilidad con más frecuencia.

VIII. HIPOTESIS DIAGNOSTICA

La paciente presenta ansiedad, confusión, impotencia, pensamientos de minusvalía, negativos hacia sí misma, poco control de sus impulsos y emociones.

- IX. *Impresión Diagnostica.*
- X. EJE I: Trastorno de personalidad no especificado
- XI. EJE II: No aplica
- XII. EJE III: No aplica
- XIII. EJE IV: No aplica
- XIV. EJE V: (EEAG) 75 funcional

XV. PRONOSTICO

Favorable

XVI. OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN

- Controlar la ansiedad
- Reestructuración cognitiva de esquemas y pensamientos disfuncionales hacia sí misma
- Manejo de impulsividad.
- Generar nuevas estrategias de afrontamiento
- Identificar situaciones que generen ansiedad y depresión

XVII. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

- Aplicar TCC
- Registro diario de pensamientos
- Reestructuración cognitiva
- Retroalimentación de cada sesión
- Tareas terapéuticas
- Fortalecer valores
- Generar nuevos compromisos en el manejo del tiempo libre
- Proyecto de vida

RESUMEN DE CASO IX: C. S. M**I. Información de identificación**

Paciente C. S. M., con 20 años de edad, identificada con C.C. XXXXXXXXXX de Bucaramanga, de estado civil soltera, de ocupación estudiante, actualmente vive con mamá, papá y hermano menor.

II. Diagnósticos (según DSM - IV)*Impresión Diagnostica.*

EJE I: Trastorno de personalidad no especificado

EJE II: No aplica

EJE III: No aplica

EJE IV: No aplica

EJE V: (EEAG) 75 funcional

IX. Puntajes objetivos

No se aplicaron pruebas

X. Problemas y funcionamiento actual

Paciente llega a la consulta y refiere que no sabe qué hacer, siente que le hace daño a los demás con sus actitudes, es expresa negativamente de sí misma diciendo “soy torpe”.

La paciente dice sentirse menospreciada, pues alude que sus opiniones no son tomadas en cuenta y que la tratan una niña. Además dice que con frecuencia olvida donde deja los objetos, que luego a parecen lugares muy extraños donde no recuerda haberlo puesto ahí. Refiere que con frecuencia se siente demasiado eufórica, pues siente que sus emociones son un poco exageradas de lo normal, se auto denomina como impulsiva y en ocasiones se auto agrede, tira objetos cuando se siente irritada. Refiere sentirse frustrada, pues piensa que no está dando todo su potencial diciendo “siento que no estoy haciendo algo valioso”. Refiere que últimamente se irrita con más frecuencia. Dice darse cuenta cuando las personas le mienten y eso la molesta.

V. Perfil de desarrollo**A. Historia (Familiar, social, educativa, médica, psiquiátrica, vocacional)**

La paciente indica que vive con su mamá, papá y hermano menor, menciona que es la 2da en posición de 4 hermanos. Refiere que la relación con sus padres y hermanos ha sido buena, agradable, aunque en ocasiones se porta mal con su hermano menor, menciona “lo trato mal”.

La paciente no suministro más información.

B. Relaciones (Padres, hermanos, pares, figuras de autoridad, otros)

La paciente menciona que cuando están pequeña en colegio de primaria, manejaba mucha ansiedad, “ataques de rabia”, recuerda que se ponía roja y se desmayaba de la presión ejercida. “le arrojé una silla a un compañero del salón” expresa la paciente.

Menciona haber estado bajo supervisión psicológica, pero que a ella y a sus padres no estuvieron de acuerdo con las técnicas, por lo que deciden crear una propia, que piensa que si funcionó y que en ocasiones aun la emplean. Como el salir a caminar en las mañanas con el papá y hablar, un tiempo con la mamá buscan espacios para hablar también. La paciente expresa sentirse preocupada por su salud, sin tener dinero para hacerse chequeos médicos necesarios. La paciente no suministro mas información.

C. Acontecimientos importantes

Impulsiva
Rebelde
Subvalorada

VI. Perfil Cognitivo

A. Aplicación del modelo

1. Problemas actuales típicos/situaciones problemáticas

Ansiedad
Frustración
Confusión

2. Principales pensamientos automáticos, reacciones afectivas y comportamientos en estas situaciones

Soy muy impulsiva
Me siento pequeña, menospreciada
No se controlar mis emociones

B. Creencias central

Impulsiva

Frustración

Minusvalía

C. Creencias Condicionales

Si me concentrara mas en lo que hago, podría dar más de mí en todo

Si no me trataran como una niña podría controlarme un poco el mal genio

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN PACIENTE PSIQUIÁTRICO

Si tuvieran en cuenta mi opinión me sentiría importante

D. Reglas (El “debo” aplicado a sí mismo y a los demás)

Debo controlar mis emociones

Debo concentrarme más en lo que hago

Debo tener pensamientos favorables sobre mi

VII. Integración y conceptualización de los perfiles cognitivos y de desarrollo.

a. Formulación de conceptos relativos a uno mismo y a los otros.

Soy torpe

Hago daño a los demás

Me siento pequeña.

b. Integración entre los hechos de la vida y puntos vulnerables en lo cognitivo.

Siento que le hago daño a la gente

Siento que no estoy dando todo de mi potencial en lo que hago

Siento que hago daño a las personas que me rodea

VIII. Estrategias compensatorias y de apoyo.

Hablo mucho con mi papá y mamá

La relación con mi novio actual me hace sentir bien

Me gusta hacer amigos

IX. Desarrollo y persistencia del trastorno.

Impulsividad

Desconcentrada

Concepto negativo de sí misma.

VIII. Implicaciones para la terapia.

A. Capacidad para intervenciones cognitivas (puntaje bajo, medio, alto)

1. Inclinação psicológica - media

2. Objetividad - medio

3. Conciencia - media

4. Creencias en el modelo cognitivo - medio

5. Accesibilidad y plasticidad de los pensamientos automáticos y creencias - medio

6. Adaptabilidad - medio

7. Humor - medio

B. Organización de la personalidad; sociópata vs autonomía

La paciente se define siente ansiedad y confusión a querer controlar sus emociones y poder dar más de ella en lo que hace como sus estudios, relaciones con los demás.

C. Motivación, objetivos, expectativas respecto de la terapia.

Poder controlar sus emociones y concentrarse en sus metas y objetivos en la vida sin hacerle daño a las personas que la rodean..

Objetivos

Bajar niveles de ansiedad

Disminuir la depresión.

Estudiar con disciplina

Aprender métodos para el manejo de tiempo libre.

Sentirse mejor consigo misma

D. Objetivos del terapeuta

Controlar la ansiedad

Reestructuración cognitiva de esquemas y pensamientos disfuncionales hacia sí misma

Manejo de impulsividad.

Generar nuevas estrategias de afrontamiento

Identificar situaciones que generen ansiedad y depresión

E. Dificultades del terapeuta

- . La paciente abandona el proceso.

CONCEPTUALIZACIÓN COGNITIVA CASO IX: C. S. M

Nombre del Paciente: C. S. M.

Fecha: 26 de mayo de 2015

Diagnostico Eje I: No se encuentra con diagnostico psiquiátrico

DATOS RELEVANTES

La paciente lleva remitida por docente de la universidad, expresa que le hace daño a los demás, siente que tiene cosas que no están bien y no sabe cómo controlarlas. Refiere que de pequeña era impulsiva y rebelde. Indica tener migraña.

CREENCIAS CENTRALES

- Minusvalía
- Frustración
- Impulsiva

PRESUNCIONES/ CREENCIAS/REGLAS CONDICIONALES

- Si me concentrara mas en lo que hago, podría dar más de mí en todo
- Si no me trataran como una niña podría controlarme un poco el mal genio
- Si tuvieran en cuenta mi opinión me sentiría importante

ESTRATEGIAS COMPENSATORIAS

- Hablo mucho con mi papá y mamá
- La relación con mi novio actual me hace sentir bien
- Me gusta hacer amigos

Situación 1. “siento que hago daño a la gente”	Situación 2. “me tratan como una niña”	Situación 3. “me emociono demasiado con las cosas”
---	---	---

Pensamiento automático “soy torpe ”	Pensamiento automático “me ocultan las cosas”	Pensamiento automático “me siento falsa”
---	---	--

Significado del P.A. “soy muy impulsiva”	Significado del P.A. “me siento pequeña, menospreciada ”	Significado del P.A. “no se controlar mis emociones”
--	--	--

Emoción Miedo, ansiedad, ira	Emoción Depresión, rabia, rencorosa	Emoción Euforia, tristeza, depresión, irritable
Comportamiento Impulsiva, tiro cosas	Comportamiento preguntar	Comportamiento Expresividad aumentada, llanto

NOTAS DE TERAPIA CASO IX: C.S. M.
Sesión N° 1

Nombre del Paciente: C. S. M.

Fecha: 26 de mayo de 2015

Plan del paciente:

La paciente se autodefine como “torpe”, siente que hace daño a los demás.

Objetivo terapéutico:

- Recopilar datos para historia clínica
- Identificar eventos que produzcan en la paciente ese tipo de pensamientos
- Iniciar plan terapéutico
- Explorar auto-concepto

Punto importante de sesión:

- Se define como impulsiva, no sabe cómo controlar sus emociones para no hacerle daño a los demás.

Tareas para el hogar:

- Se solicita hacer historia de vida

Próxima sesión:

- Retroalimentación del ejercicio realizado

NOTAS DE TERAPIA CASO IX: C.S.M.
Sesión N°1

Nombre del Paciente: C. S.

Fecha: de mayo de 2015

Plan del paciente:

La paciente abandona el proceso terapéutico. Se hace cierre de caso.

Ps. Diva Patricia Ovalle Niño, T.P. 101975

INFORME DE CIERRE CASO IX: C.S.M.

Paciente C. S. M., con 20 años de edad, identificada con C.C. XXXXXXXXXX de Bucaramanga, de estado civil soltera, de ocupación estudiante, actualmente vive con mamá, papá y hermano menor.

Objeto de Cierre

El paciente se retiro del proceso terapéutico.

Conceptualización

Minusvalía

Frustración

Despreciada

Siente que le hace daño a los demás

No sabe controlar sus impulsos

Formulación final de caso

No se aplicaron ninguna debido a la salida de la paciente de la clínica.

Apéndice D: Material Terapéutico

Material utilizado para el proceso de intervención en TCC en los casos atendidos durante la práctica.

Instrumentos

FORMATO DE VALORACIÓN PSICOLÓGICA	
I.	DATOS DE IDENTIFICACIÓN
II.	MOTIVO DE CONSULTA
III.	PROBLEMA ACTUAL
IV.	INFORMACIÓN FAMILIAR
V.	HISTORIA DE VIDA
VI.	ASPECTO BIOLÓGICO/MEDICO (Antecedentes médicos)
VII.	EXAMEN MENTAL ACTUAL
VIII.	HIPOTESIS DIAGNOSTICA
IX.	PRONOSTICO
X.	OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN
XI.	ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

RESUMEN DE CASO

Paciente:

Fecha de inicio:

IX. Información de identificación

X. Diagnósticos (según DSM - IV)

Impresión Diagnostica.

EJE I:

EJE II:

EJE II:

EJE IV:

EJE V:

XI. Puntajes objetivos

XII. Problemas y funcionamiento actual

XIII. Perfil de desarrollo

D. Historia (Familiar, social, educativa, médica, psiquiátrica, vocacional)

.

E. Relaciones (Padres, hermanos, pares, figuras de autoridad, otros)

F. Acontecimientos importantes

XIV. Perfil Cognitivo

J. Aplicación del modelo

3. Problemas actuales típicos/situaciones problemáticas

4. Principales pensamientos automáticos, reacciones afectivas y comportamientos en estas situaciones

K. Creencias central

L. Creencias Condicionales

- M. Reglas (El “debo” aplicado a sí mismo y a los demás)
- XV. Integración y conceptualización de los perfiles cognitivos y de desarrollo.
 - E. Formulación de conceptos relativos a uno mismo y a los otros.
 - F. Integración entre los hechos de la vida y puntos vulnerables en lo cognitivo.
 - G. Estrategias compensatorias y de apoyo.
 - H. Desarrollo y persistencia del trastorno.
- XVI. Implicaciones para la terapia.
 - G. Capacidad para intervenciones cognitivas (puntaje bajo, medio , alto)
 - 8. Inclinación psicológica -
 - 9. Objetividad -
 - 10. Conciencia -
 - 11. Creencias en el modelo cognitivo -
 - 12. Accesibilidad y plasticidad de los pensamientos automáticos y creencias -
 - 13. Adaptabilidad -
 - 14. Humor –
 - H. Organización de la personalidad; sociópata vs autonomía
 - I. Motivación, objetivos, expectativas respecto de la terapia.
 - J. Objetivos
 - K. Objetivos del terapeuta
 - L. Dificultades del terapeuta

CASO
CONCEPTUALIZACIÓN COGNITIVA

Nombre del Paciente:

Fecha: 15 enero de 2015

Diagnostico Eje I:

DATOS RELEVANTES

CREENCIAS CENTRALES

PRESUNCIONES/ CREENCIAS/REGLAS CONDICIONALES

ESTRATEGIAS COMPENSATORIAS

Situación 1.	Situación 2.	Situación 3.
---------------------	---------------------	---------------------

Pensamiento automático	Pensamiento automático	Pensamiento automático
-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

Significado del P.A.	Significado del P.A.	Significado del P.A.
Emoción	Emoción	Emoción
Comportamiento	Comportamiento	Comportamiento

NOTAS DE TERAPIA Sesión N°	
Nombre del Paciente:	Fecha:
Plan del paciente:	
Objetivo terapéutico:	
Puntos importantes de la sesión:	
Tareas para el hogar:	
Próxima sesión:	

INFORME DE CIERRE DE CASO
Datos del paciente
Objeto de Cierre
Resumen y Conceptualización Inicial del caso
Principales pensamientos automáticos, reacciones afectivas y comportamientos en estas situaciones:
Creencias Centrales
Medidas Psicométricas
Formulación final de caso

Otros Instrumentos:

- Registro Diario de Pensamientos (ver [enlace](#))
- Reestructuración cognitiva (ver [enlace](#))