

**APLICACIÓN DE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN CASO
DE TRASTORNO DEPRESIVO ESPECIFICADO**

EDWING GERARDO PINZÓN CORREA



**ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA 2018**

**APLICACIÓN DE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN CASO
DE TRASTORNO DEPRESIVO NO ESPECIFICADO**

EDWING GERARDO PINZÓN CORREA

**ASESORA:
PS. Esp. PAULA FERNANDA PÉREZ RIVERO**



**ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA 2018**

ÍNDICE

| | |
|-----------------------------------|----|
| Introducción | 3 |
| Objetivos | 7 |
| MÉTODO | 8 |
| Población | 8 |
| Muestra | 9 |
| Resultados | 14 |
| <i>Descripción del caso</i> | 14 |
| Discusión | 34 |
| Conclusiones | 37 |
| REFERENCIAS | 39 |
| ANEXOS | 43 |
| Anexo1 | 43 |
| Anexo 2 | 45 |

| | |
|---------------|----|
| Anexo 3 | 58 |
| Anexo 4 | 59 |
| Anexo 5 | 60 |
| Anexo 6 | 63 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|--|----|
| Tabla 1 Contextos de la consultante..... | 18 |
| Tabla 2 Puntajes en el IDB-II..... | 32 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 1. Genograma | 15 |
| Figura 2 Resultados de evaluación de autorregistros | 29 |
| Figura 3 Resultados de evaluación de autorregistros | 31 |
| Figura 4 Resultados de intervención con autorregistros | 33 |

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: APLICACIÓN DE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN CASO DE TRASTORNO DEPRESIVO ESPECIFICADO

AUTOR(ES): EDWING GERARDO PINZÓN CORREA

PROGRAMA: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR(A): PAULA FERNANDA PÉREZ RIVERO

RESUMEN

En el presente estudio de caso único se presenta la comprensión y formulación de un plan de intervención para un diagnóstico de "Otro trastorno depresivo especificado: Episodio depresivo con síntomas insuficientes", realizado en 14 sesiones, basado en la Terapia Cognitiva de Beck utilizando técnicas de reestructuración cognitiva, técnicas de información, orientación, técnicas de autoinstrucciones, autosugestión, solución de problemas, ensayo conductual y modelamiento. La evaluación del caso se realizó mediante entrevista clínica, observación y el cuestionario de depresión de Beck II. Con los resultados de la evaluación inicial, se formuló un plan de intervención con objetivos encaminados en la disminución de la sintomatología depresiva y en el entrenamiento de habilidades sociales. Al finalizar el proceso, se observó una disminución de los síntomas depresivos y una mejora en las habilidades sociales, así como un fortalecimiento de las redes de apoyo. La mayoría de los aspectos programados del tratamiento se ejecutaron como también el seguimiento terapéutico después de tres meses. Uno de los aspectos que no se logró o no se trató en su totalidad fue el mantenimiento en su desinterés sexual, aunque se espera y se recomienda que la consultante implemente las estrategias aprendidas en cada sesión terapéutica para tratar las diferentes problemáticas que pueda presentar en su diario vivir.

PALABRAS CLAVE:

Depresión, diagnóstico, evaluación, terapia, cognitiva, intervención, reestructuración, cognitiva.

V° B° DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: APPLICATION OF BEHAVIORAL COGNITIVE THERAPY IN A CASE OF DISORDER DEPRESSIVE THICKENING

AUTHOR(S): EDWING GERARDO PINZÓN CORREA

FACULTY: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR: PAULA FERNANDA PÉREZ RIVERO

ABSTRACT

The present case study presents the understanding and formulation of an intervention plan for a diagnosis of "Another specific depressive disorder: Depressive episode with insufficient symptoms", carried out in 14 sessions, based on Beck's Cognitive Therapy using techniques of cognitive restructuring, information techniques, orientation, self-instruction techniques, autosuggestion, problem solving, behavioral testing and modeling. The case evaluation was carried out through a clinical interview, observation and the Beck II depression questionnaire. With the results of the initial evaluation, an intervention plan was formulated with objectives aimed at reducing depressive symptomatology and training social skills. At the end of the process, there was a decrease in depressive symptoms and an improvement in social skills, as well as a strengthening of support networks. Most of the programmed aspects of the treatment were executed as well as the therapeutic follow-up after three months. One aspect that was not achieved or not treated in its entirety was the maintenance of sexual disinterest, although it is expected and recommended that the consultant implement the strategies learned in each therapeutic session to address the different problems that may arise in their daily live

KEYWORDS:

Depression, cognitive therapy, cognitive restructuring, diagnosis, evaluation, intervention

V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK

Introducción

Este documento presenta la evaluación e intervención psicológica desde la terapia cognitiva de Aron Beck en un caso con impresión diagnóstica de “311 (F32.8) Otro trastorno depresivo especificado: Episodio depresivo con síntomas insuficientes”. En la Universidad de Pensilvania a comienzos de los años sesenta, se desarrolló la terapia cognitiva como un tratamiento para la depresión, estructurado y breve, centrado en la problemática presente y destinado a resolver problemas actuales, modificar el pensamiento y las conductas disfuncionales (Beck, 2012). Por consiguiente, se puede inferir que esta teoría se ha consolidado como uno de los referentes de la psicoterapia de segunda generación, siendo implementada en la actualidad y generando exitosos resultados ante la evaluación e intervención de sintomatología depresiva (Olhaberry, 2015).

La terapia cognitiva de Beck se desarrolló con el fin de tratar los trastornos depresivos. Actualmente, también trata otros trastornos como: trastorno obsesivo compulsivo, trastornos de ansiedad, trastornos de pánico, fobias, trastorno de estrés postraumático, entre otros (Avenue, 2017). Según la Organización Mundial de la Salud, OMS (2017) la depresión es una enfermedad crónica y recurrente que dificulta significativamente el desempeño en el trabajo, la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria y que en condiciones severas puede conducir al suicidio. En cuanto a su epidemiología, la depresión se considera como la principal causa de problemas de salud y discapacidad, identificando a más de 300 millones de personas con esta psicopatología en todo el mundo, presentando un incremento de más del 18% entre 2005 y 2015. La OMS también identifica que la falta de apoyo para las personas con psicopatologías y el estigma que genera

este tipo de diagnósticos dificulta el acceso a un tratamiento óptimo. Se recomienda un abordaje integral, en el cual se incluya la psicoterapia y la medicación.

Para Colciencias (2013), el Ministerio de Salud y Protección Social (2013) la depresión es un trastorno mental episódico y recurrente caracterizado por la presencia de síntomas afectivos (tristeza patológica, disminución del interés en actividades usualmente placenteras) acompañados, ocasionalmente, por síntomas cognoscitivos, somáticos y psicomotores. Se considera que la depresión puede causar incapacidad en el funcionamiento del individuo a nivel de sus relaciones personales y la percepción del ambiente, (Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021).

En Colombia, el Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO) reportó que las atenciones por depresión se han incrementado desde el año 2009 y el diagnóstico de depresión moderada se realizó en 36.584 atenciones en 2015. En este informe también se reportó que en el 2015 las mujeres colombianas representaban el mayor índice de diagnóstico de depresión moderada (CIE10:F321) con un 70,4% y los hombres con un 29,6%.

Ante la magnitud ocasionada por los trastornos depresivos, la falta de un diagnóstico oportuno y de un tratamiento adecuado, se puede inferir que esta problemática genera un gran costo para la economía del país según el boletín del ministerio de salud expedido el primero de marzo de 2017. Por lo cual El SISPRO (2017), ha desarrollado diferentes lineamientos técnicos que permiten que los diferentes actores del sistema de salud realicen acciones de prevención, intervención y gestión de la salud pública, entre los cuales se encuentran las Guías de Práctica Clínica (GPC) para la detección temprana y diagnóstico del episodio depresivo y del trastorno depresivo recurrente en adultos.

El trastorno depresivo puede explicarse desde la teoría de Beck (Ellis, 1962; Beck 1964; Beck et al 2000), quienes plantearon la hipótesis de que las percepciones de los eventos influyen sobre las emociones y los comportamientos de las personas y que los sentimientos no están determinados por las situaciones mismas, sino más bien por el modelo como las personas interpretan esas situaciones. Por lo cual, estas interpretaciones están influenciadas por unos pensamientos automáticos, los cuales derivan de fenómenos cognitivos más perdurables llamadas creencias.

Para Beck (1995), existen tres tipos de eventos cognitivos: las creencias centrales, las creencias intermedias y los pensamientos automáticos. Las creencias centrales se originan en la infancia y consisten en ideas fundamentales y profundas acerca de sí mismo, de las otras personas y el mundo. Estas ideas son consideradas por las personas como verdades absolutas. Y derivando así a las creencias intermedias, las cuales son reglas, actitudes y presunciones que orientan el comportamiento y las emociones. Por último, los pensamientos automáticos que son intrusivos y molestos y que generalmente, ocurren ante situaciones específicas que los desencadenan. Se consideran como el aspecto más superficial de la cognición y el punto de partida para la comprensión de las creencias.

Según Rivadeneira, Dahab y Minici (2013) la depresión se explica desde el esquema central de la triada cognitiva de Beck (2012), el cual hace referencia a una visión negativa de sí mismo, del entorno y del futuro. La persona que padece depresión aplica distorsiones cognitivas sobre sí mismo o los demás. También remarca los aspectos negativos de su entorno, su medio ambiente, incluyendo las personas que lo rodean y finalmente, es pesimista, referente al futuro, lo cual podría explicar los intentos de suicidio.

En consecuencia, para el modelo cognitivo, el tratamiento para la depresión debe estar focalizado en la comprensión de creencias disfuncionales y vulnerabilidades específicas, asentadas en esquemas latentes distorsionados que causan conflictos entre eventos estresantes y vulnerabilidades específicas y que llevan a la aparición de sintomatología depresiva (Figuroa, 2002). Así mismo, según este mismo autor, los principios del tratamiento de la terapia cognitiva son: 1) racionalidad cognitiva, 2) intervención breve, 3) foco en el aquí-ahora, 4) empirismo colaborativo, 5) confrontación con la realidad y 6) participación activa de los consultantes. De igual manera las metas terapéuticas son: 1) resolución de síntomas, 2) restablecimiento psicosocial 3) prevención de recaídas 4) prevención de recurrencias y 5) adherencia.

En esta misma línea, para la implementación de la terapia es necesario tener en cuenta tres componentes básicos (Figuroa, 2002): aspectos didácticos, técnicas cognitivas y técnicas conductuales. Los aspectos didácticos hacen referencia a explicar la tríada cognitiva, los esquemas y los errores de lógica al consultante en términos asequibles y mediante ejemplos concretos, preferentemente tomados de la historia y del actuar del propio consultante. Seguido de esto están las técnicas cognitivas las cuales se comienzan a emplear después de que el consultante está familiarizado con la mecánica de la técnica y en que los síntomas no son tan incapacitantes como para impedir una adecuada ejecución de ellas (una depresión severa puede hacer imposible su correcta realización, con el consiguiente aumento de la desesperanza y de las culpas que conlleva cualquier fracaso) entre las técnicas cognitivas están: identificación de pensamientos automáticos, comprobación de imprevistos, reestructuración cognitiva, entre otros. Por último, las técnicas conductuales como la activación, el modelamiento, el moldeamiento, la exposición, entre otras.

La evidencia empírica ha demostrado que la terapia cognitiva es efectiva para la reducción de los síntomas depresivos (Bianchi & Henao, 2015; Bockting et al, 2018). Por ejemplo, en el estudio de Ijaz, Davies, Kessler, Lewis y Wiles (2018) se halló que los pacientes que reciben psicoterapia cognitiva en combinación con farmacoterapia tenían menos síntomas depresivos y, con frecuencia, estaban libres de depresión seis meses después de la intervención en comparación con los pacientes que solo continuaron con la atención habitual de fármacos.

Por último, cabe mencionar que la terapia cognitivo conductual ha demostrado su eficacia para el tratamiento de diversos trastornos mentales (Fullana, Fernández, Bulbena & Toro, 2011; O’Kearney, Anstey, Sanden & Hunt, 2006).

Teniendo en cuenta lo anterior, se diseñó una intervención psicológica basada en la terapia cognitiva de Beck en integración con técnicas de solución de problemas y entrenamiento de habilidades sociales.

Objetivos

Definir un plan de evaluación para identificar la sintomatología presente en la consultante basándose en los principios del modelo cognitivo.

Diagnosticar a la consultante de acuerdo con las referencias sintomatológicas identificadas en la evaluación clínica y guiadas por el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM 5.

Diseñar un plan terapéutico de intervención acorde a las necesidades de la consultante, por medio de la terapia cognitivo, para una adecuada disminución o extinción de la sintomatología detectada.

Evaluar los resultados de la intervención teniendo en cuenta las metas terapéuticas establecidas.

Método

Población

En 1998 inicia el Centro de Servicios Psicológicos de la Universidad Pontificia

Bolivariana (UPB), el cual en el 2003 habilita el servicio de consulta psicológica (IPS).

Creándose en el 2009 el Instituto Familia y Vida ofertando la atención en el área de psicología clínica (IPS) e incluyéndose en el portafolio de servicios. En el 2016 la IPS se excluye del portafolio de servicios del Instituto de Familia y Vida y retoma su funcionamiento desde la Facultad de Psicología. La atención psicológica en el Instituto de Familia y Vida está dirigida a personas de todas las edades y provenientes de diferentes condiciones sociales y económicas y con diferentes problemas psicológicos y motivos de consulta.

Muestra

De los 20 consultantes atendidos, se llevó a cabo la selección de uno de ellos para la formulación del estudio de caso, dicha elección se realizó teniendo en cuenta los siguientes criterios de inclusión: Número de sesiones intervenidas, cumplimiento y permanencia en el proceso y la posibilidad de realizar seguimiento al caso clínico.

Instrumentos

Para el desarrollo de las consultas individuales se utilizaron los siguientes instrumentos:

Historia Clínica

Se utilizó el formato de historia clínica, proporcionado por el Instituto Familia y Vida de la Universidad Pontificia Bolivariana (ver anexo 2), con la cual se pudo recolectar información socio demográfica, motivo de consulta, conductas problema, historia personal, laboral y familiar.

Este documento cumple con los requisitos de historia clínica contemplados en Ley 1090 y la Ley de Protección de Datos Personales.

Entrevista clínica

Se implementó un modelo de entrevista basada en Cormier (2000) que se enfoca en áreas de indagación, logrando la obtención de una mayor cantidad de información relevante, de manera válida y confiable. La entrevista incluyó, en este estudio de caso, los siguientes elementos transversales: establecimiento del rapport, la observación de la voz y el discurso, de la conducta no verbal, de la apariencia personal, el uso de vocabulario apropiado; así como la implementación de estrategias de entrevista como el uso de paráfrasis, la formulación de preguntas abiertas y adecuadas (evitar preguntas embarazosas, evitar conducir a la persona hacia un tipo de respuesta, etc.), el cambio de tema oportuno, la retroalimentación, el manejo de los silencios, entre otros (Ver anexo 3).

Autorregistros

Para Escobar (2015) el autorregistro es una técnica utilizada en la Terapia de Reestructuración Cognitiva que consiste en identificar y cuestionar los pensamientos negativos o desadaptativos que producen malestar, para sustituirlos por otros pensamientos más apropiados que generen una emoción positiva. El autorregistro diseñado para la consultante se puede observar en el (anexo 4).

Inventario de depresión de Beck versión II (BDI-II)

El Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) según Muñiz y Fernández (2010) es un autoinforme de lápiz y papel compuesto por 21 ítems de tipo Likert. Para Sanz (2013) el inventario inicialmente propuesto por Beck y sus versiones posteriores han sido los instrumentos más utilizados para detectar y evaluar la gravedad de la depresión. También menciona que los niveles de severidad de depresión se obtienen a través de la sumatoria de los 21 ítems: (0-10) síntomas insuficientes de depresión, (11-16) leve perturbación del estado de ánimo (17-20) estado de depresión intermitente, (21-30) depresión moderada (31- 40) depresión grave). Por otra parte, Vázquez (2003) menciona que el BDI-II tiene un coeficiente alfa de 0,87. Este instrumento se utilizó para evaluar la gravedad de los síntomas depresivos de la consultante. Se usó la versión adaptada para Colombia (Brenlla & Rodríguez, 2009) (Ver anexo 5).

Procedimiento

El proceso de intervención terapéutica se desarrolló en 14 sesiones, distribuidas en un lapso de 4 meses; tres meses de evaluación e intervención, y un mes para el seguimiento terapéutico. La primera parte consistió en la evaluación y el diseño del plan de intervención. La segunda parte consistió en la implementación de la terapia cognitiva para la intervención clínica de la problemática detectada en la consultante y como tercera instancia se llevó a cabo un seguimiento terapéutico a los tres meses. A continuación, se detalla el proceso:

Primera fase: Evaluación y diagnóstico (sesiones 1, 2, 3, 4)

En esta etapa previa del consentimiento informado (anexo 1) se realizó la evaluación de los problemas de la consultante, la cual se llevó a cabo mediante la entrevista clínica, la observación, autorregistros y el Inventario de Depresión de Beck *versión II (BDI-II)*. A partir de

la información obtenida mediante la totalidad de las estrategias implementadas para la evaluación, se realizó el diagnóstico. A continuación, se procedió con el diseño terapéutico.

Segunda etapa: Intervención (Sesiones 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13)

Las sesiones realizadas en esta etapa, de la cinco a la once, tuvieron una duración de 50 a 60 minutos. Para dar inicio a la etapa de intervención se realizó la devolución de los resultados de la evaluación y en base a ello, se explicó a la consultante el diagnóstico referido, en coherencia se realizó una intervención mediante técnicas psicoeducación con el objetivo de informar y orientar a la consultante respecto a su diagnóstico, de manera que la misma fuese consciente de su condición, de las consecuencias, y del tratamiento que debía seguir para manejarla. Seguidamente se concertó con la consultante los objetivos terapéuticos y se establecieron las metas clínicas del caso.

A continuación, se trabajó con técnicas de reestructuración cognitiva (Encinas, Rodríguez & López, 2001), para modificar las ideas irracionales relacionadas al comportamiento, guiadas con las técnicas de autosugestión y autoinstrucciones. Cabe señalar que las técnicas de reestructuración se implementaron durante todo el proceso terapéutico, si bien otras estrategias tenían mayor protagonismo en las otras sesiones. La autosugestión (Anchique, 2006) permitió que la consultante adquiriera una mayor autoimagen y autoconcepto mediante palabras y frases desarrolladas en cada sesión e implementadas a través de pequeños pósteres ubicados en distintos sitios de su casa, provocando de igual manera, un aumento en su motivación personal. Las autoinstrucciones se aplicaron según las indicaciones de Minici, Rivadereira y Dahab, (2008) y estuvieron dirigidas a lograr que la consultante orientara su conducta y sus emociones por autoverbalizaciones positivas en lugar del sistema de creencias e ideas irracionales. Estas

técnicas conllevaron un entrenamiento de tres sesiones (5, 6, 7) las cuales eran simuladas en cada intervención terapéutica y apoyadas por los autorregistros de la consultante.

A continuación, se trabajó con la técnica de solución de problemas Bados y García, (2014) la cual consta de los siguientes pasos: 1. Identificación de la situación problema, 2. Descripción detallada de la situación problema, 3. Realización de un listado acerca de las alternativas de solución del problema “tempestad de ideas”, 4. Selección de las estrategias más apropiadas para la solucionar el problema y evaluar las consecuencias. El aprendizaje de esta técnica tuvo una duración de dos sesiones (8 y 9)

En la décima intervención se contó con la participación de la hija de la consultante para trabajar sobre la prevención a recaídas y la práctica de la solución de problemas para algunas situaciones que le causaban malestar a la consultante y que evitaba afrontar.

En la onceava intervención se realizó el entrenamiento en habilidades sociales mediante técnicas de modelado y ensayo conductual incluyendo guías audiovisuales y creadas por el terapeuta. El entrenamiento se realizó específicamente para comunicación asertiva. Para complementar este trabajo se ofreció a la consultante material de lectura relacionada.

En la doceava sesión se invitó al esposo de la consultante con el objetivo de realizar ejercicios de puesta en práctica de las habilidades de comunicación asertiva teniendo en cuenta que gran parte de las situaciones problemáticas se presentaban en el momento de comunicarse con él.

Para cerrar el proceso en la sesión treceava, se realizó la devolución de los resultados obtenidos en la evaluación de seguimiento, comunicando los cambios positivos y comparando los resultados de la evaluación psicométrica con la clínica. Igualmente, se establecieron

compromisos por parte de la consultante, con respecto a las estrategias a implementar para mantener los cambios positivos y afrontar las crisis. Se prosiguió con la retroalimentación del proceso terapéutico, identificando ganancias, dificultades, y aprendizajes, dando paso al cierre con la devolución de la terapeuta, empoderando a la consultante frente a los factores de riesgo y reforzando la dedicación y el trabajo independiente. Finalmente, se dio cierre al proceso terapéutico con agradecimientos y despedida entre la consultante y el terapeuta. Se planteó el seguimiento en tres meses.

Seguimiento terapéutico (sesión 14)

Se realizó el seguimiento terapéutico mediante una entrevista con el objetivo de observar los avances y dificultades que había presentado la consultante. Se pudo corroborar el manejo de las estrategias aprendidas durante la intervención y en su discurso se evidenció el reconocimiento de los eventos cognitivos desadaptativos y cómo éstos se relacionan con sus problemas emocionales.

Resultados

Descripción del caso

LA, mujer de 40 años oriunda y procedente de la ciudad de Bucaramanga, de estado civil casada y profesión comerciante, acude a terapia psicológica en el Instituto de Familia y Vida debido a problemas emocionales y de pareja. Al realizar el proceso de evaluación psicológica se determina que la consultante presenta sintomatología asociada a la depresión. En los siguientes apartados se muestran los resultados de la formulación clínica del caso, el diseño de la intervención y los resultados de ésta.

Motivo de consulta

“Me siento sola, siento con una tristeza profunda, no tengo amigos y creo que estoy en un círculo vicioso el cual es regresar y terminar con mi esposo.”

Sistema familiar

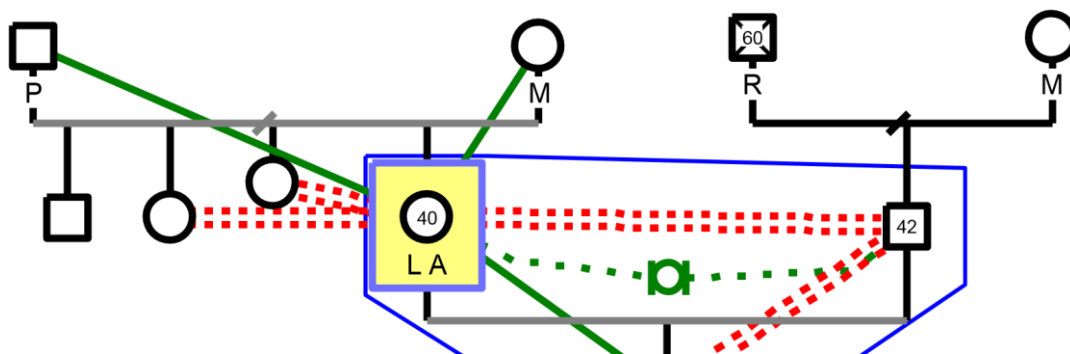
LA vive con su hija de 24 años y su cónyuge, con quien está casada hace 15 años. La relación con su hija es armoniosa. Con su cónyuge se han presentado múltiples conflictos debido al abuso de alcohol por parte de él y a infidelidades. La relación paterno filial es conflictiva, dado

a constantes separaciones y discusiones dentro del núcleo familiar. Refiere que esto último le causa malestar porque desearía que la relación entre su hija y su esposo fuera mejor. Al indagar sobre sus redes de apoyo, comenta que sólo cuenta con su hija, pues su esposo ha mostrado indiferente ante las situaciones difíciles que ella ha vivido. En cuanto a su familia de origen, se reporta que las relaciones son distantes y de desconfianza.

Figura 1. Genograma

Descripción de historia de Vida

LA proviene de una familia nuclear oriunda de la ciudad de Bucaramanga Santander, que estuvo conformada por sus dos padres y cuatro hermanos (3 mujeres y 1 hombre) de los cuales ella ocupa el cuarto lugar. Menciona que, durante su infancia, su padre golpeaba a su madre en muchas ocasiones y que su figura paterna era su hermano mayor, el cual le proporcionó las ayudas económicas para que pudiera estudiar la secundaria. A sus 17 años conoció a su actual cónyuge y padre de su hija, manifestando que ha sido su única pareja sentimental a lo largo de su vida. A los 20 años nació su hija, evento vital que si bien refiere le causó felicidad también coincidió con el inicio de los problemas en su matrimonio. A nivel laboral LA ha trabajado como



comerciante, actividad en la que se ha desempeñado exitosamente y que le ha representado estabilidad económica. En cuanto a su área emocional, LA comenta que aproximadamente hace 5 meses ha experimentado malestar, con su relación de pareja, pues ante ciertas situaciones como el alcoholismo y constantes llegadas a media noche por parte de su esposo han generado pensamientos irracionales (asociados con los celos, minusvalía y dependencia emocional), y también ha incurrido en conductas que define como inadecuadas (revisión constante del celular y persecución hacia su esposo). También refiere sufrir de insomnio y experimentar emociones desagradables constantemente (miedo, ira y tristeza). La relación de LA con sus hermanos se ha deteriorado por situaciones estresantes.

Historia del ciclo vital

Embarazo: La consultante no reportó información. Afirmó que no tenía conocimiento de cómo fue su embarazo y que sus padres nunca le hablaron de esta etapa de su ciclo vital.

Infancia

LA refiere que durante su infancia vivió con sus padres y hermanos, en una familia de tipo nuclear a la que se refiere como “machista”. Recuerda a su padre como agresivo y violento, y refiere que observó frecuentes discusiones entre sus padres debido a infidelidades y al consumo no controlado de alcohol del padre. Patrón que se repite nuevamente con ella y su relación de pareja. La consultante manifiesta que en la época de la niñez experimentó miedo y tristeza por el trato de su padre hacia su madre y el distanciamiento de su padre hacia ella.

Adolescencia

En esta etapa de su vida la consultante culminó sus estudios de bachillerato y conoció a su actual esposo. Por otra parte, sus padres tomaron la decisión de separarse, dado que su padre entabló una nueva relación de pareja. A raíz de esto, la relación con su padre se tornó distante.

Empezó a laborar como vendedora en un almacén de ropa.

Adulthood

A la edad de 19 años LA quedó embarazada de su única hija. Se desvinculó de la casa familiar y se fue a convivir con su actual esposo. A la edad de 20 años se casó e inició su negocio en el ámbito de textiles. A los 25 años se separó de su esposo, debido a sospechas de infidelidad y dificultades económicas. A los seis meses, LA decidió regresar con su compañero, desde entonces se han presentado múltiples separaciones debido a infidelidades y consumo de alcohol y marihuana por parte de él. La separación con mayor duración se produjo debido a la reclusión del esposo a un centro penitenciario por tres años aproximadamente. Durante este tiempo la consultante tuvo dificultades a nivel laboral y familiar dado que su esposo era importante para el negocio y la familia. Generando en LA, emociones de ira y tristeza acompañadas de dificultades en el sueño (insomnio). Tiempo después de la separación carcelaria, LA decide junto a su esposo reestablecer su relación sentimental, aunque persisten las dificultades en la convivencia conyugal; causando en LA emociones de tristeza acompañadas de llanto prolongado, ira, problemas relacionados con el sueño (hipersomnia), falta de apetito, aislamiento social y pensamiento irracionales.

Tabla 1 *Contextos de la consultante*

| Contexto | Descripción |
|----------|-------------|
|----------|-------------|

| | |
|--------------------|--|
| <i>Familiar</i> | Su estructura familiar está conformada por ella, su hija de 24 años y su esposo de 42 años con el cual lleva una relación de 22 años. Refiere buena relación con la hija y problemas en la convivencia con su esposo. |
| <i>Social</i> | LA manifiesta que presenta dificultades para entablar relaciones sociales dado que no confía en las personas. Sus relaciones más cercanas son su hija y su empleada del almacén textil. Ha presentado dificultades en las relaciones con sus hermanas debido a problemas laborales, manifiesta que su familia materna la ve como una “chequera” y no como un miembro valioso de la familia, lo cual ha generado un distanciamiento por parte de ella. Su círculo social se ha limitado a su esposo al cual vigila constantemente verificando en qué lugares se encuentra y con quien se encuentra. |
| <i>Ocupacional</i> | Actualmente la consultante se dedica al comercio, menciona que presenta una estabilidad laboral en los negocios que realiza. |
| <i>Salud</i> | La consultante manifiesta que no ha presentado ningún malestar a nivel físico; pero si emocional, actualmente presenta más sueño de lo habitual, ansiedad, pérdida constante de cabello y repetidas emociones de ira, tristeza y frustración acompañadas de un llanto prolongado. |
| <i>Recreación</i> | La consultante refiere que en su tiempo libre permanece sola, a veces ve películas con su hija y el novio de su hija. |
| <i>Sexual</i> | La consultante refiere que su deseo sexual ha disminuido y que en general, su vida sexual es poco satisfactoria. |
| <i>Académico</i> | El nivel académico de la consultante es bachillerato. No ha realizado más estudios hasta el momento. |

Análisis Funcional

Para el análisis funcional se relacionan a continuación, las conductas problema, los antecedentes y los consecuentes relacionados con dichas conductas. Luego se presenta la formulación, en la cual se describe la integración de estos elementos para explicar el problema de la consultante.

Conductas problema

Dimensión verbal

1. Quejas verbales: la consultante alude “estoy en un círculo vicioso término y vuelvo con mi esposo” se evidencia un discurso monotemático al sufrimiento emocional generado por esta circunstancia.

Dimensión cognitiva

1. *Pensamientos Automáticos Negativos*: “Estoy en un círculo vicioso” “Yo soy una chequera para los demás” “No tengo nada interesante de que hablar”
2. *Suposiciones distorsionadas*: “Para que hablo con mis hermanas si siempre han creído que yo soy de mejor familia” “Para que hablo con mi mamá; si yo, soy para ella, la mala de todas sus hijas y una chequera” “Yo nunca voy a tener una relación amorosa, bonita y sin problemas.”
3. *Autoesquemas disfuncionales*: “Yo definitivamente no soy buena ni como hija ni como esposa y tal vez ni como madre”

4. Rumiación: La consultante tendía a pasar tiempo pensando sobre sus problemas y las situaciones que le generaban malestar. Estos pensamientos generalmente estaban orientados por distorsiones cognitivas y esquemas irracionales.

Lo anterior, infiere que la consultante tuviese una autoimagen y autoconcepto deteriorados: manifestaba quejas sobre su aspecto físico, refiriéndose de forma inferior respecto de sí misma en relación con sus pares y la falta de empoderamiento ante el irrespeto de su esposo.

5. Dificultades en la toma de decisiones: Aunque la consultante pasaba tiempo pensando en las dificultades que presentaba a nivel emocional, no generaba decisiones que le permitieran una mayor estabilidad emocional.

Dimensión emocional

1. Incremento en la frecuencia e intensidad de estados emocionales: Tristeza e ira constante, acompañados de llanto prolongado. Así mismo, ansiedad caracterizada por una respuesta fisiológica acusada (taquicardia, sudoración, tensión muscular) y sensación de intranquilidad.
2. Reactividad emocional: Tendencia a reaccionar con ira ante las situaciones que se le presentaban en su cotidianidad (dificultades en el trabajo, desacuerdos con la hija y esposo).
3. Dependencia emocional: constante preocupación a ser abandonada por su esposo refiriendo “es la única pareja que he tenido en mi vida”

Dimensión fisiológica

1. Alteración en el patrón del sueño: Hipersomnia
2. Tensión muscular.

Dimensión social y de las relaciones interpersonales

1. Aislamiento social: negarse a acudir a eventos sociales y familiares. No generar nuevas relaciones sociales debido a que esto le genera malestar y sensación de desconfianza.
2. Vigilancia de las actividades que realiza su esposo: La consultante tendía a espiar las conversaciones telefónicas que tenía su esposo con el objetivo de saber si estaba incurriendo en infidelidades.
3. Limitaciones en las habilidades sociales: la consultante presentaba inadecuada comunicación asertiva derivando en múltiples discusiones con su esposo, hermanas y empleadas.

Dimensión motivacional

1. Apatía: Aproximadamente hace 5 meses la consultante perdió interés por actividades que anteriormente le generaban disfrute y alto agrado, entre ellas estaban (salir a trotar al parque, ir a comer helado los domingos, ir a cine y comer crispetas en la cama viendo películas).

Antecedentes

Antecedentes remotos:

1. Estado de ánimo deprimido durante la niñez debido al maltrato y abandono de su padre.
2. Estado de ánimo deprimido durante la adultez joven debido a la reclusión de su esposo a un centro penitenciario.
3. Aislamiento de su familia materna y pares debido a discusiones referentes a problemas laborales y económicos.

Antecedentes recientes

1. Dificultades en la relación de pareja
2. Dificultades en la relación con sus hermanas, madre y empleadas.

Consecuentes

1. Descarga emocional
2. Inasistencia a las reuniones familiares
3. Atención constante en asuntos laborales.
4. Distanciamiento con su hija
5. Justificación de creencias desadaptativas
6. Distanciamiento con su cónyuge
7. Incapacidad para el desempeño de actividades relajantes o de ocio.

Formulación

La consultante presenta un patrón de conducta caracterizado por labilidad emocional, dificultades en toma de decisiones, dependencia emocional hacia su esposo, lo cual ha derivado

en una negativa y excesiva conducta autorreferencial (pobre valoración de sí misma). También se presentan quejas verbales sobre relación conyugal “vivo en un círculo vicioso”. Se evidencian síntomas fisiológicos de ansiedad (taquicardia, sudoración) y sensación de intranquilidad. De otra parte, las habilidades sociales están siendo afectadas a tal punto que ha generado en la consultante múltiples aislamientos sociales y constantes discusiones con familiares y empleados.

Este patrón de conducta presenta características de un trastorno depresivo derivado por una desintegración familiar y dependencia emocional. El cual se plantea como un patrón que involucra aspectos cognitivos, emocionales, motivacionales y comportamentales. Orientados al otro como fuente de satisfacción y seguridad personal. Además, implica creencias erróneas acerca del amor, de la vida en pareja y de sí misma. Creencias que llevan a pensar, a quienes presentan este patrón, que la vida solo puede concebirse dentro de una relación, aun cuando esta les genere dolor e insatisfacción, dado que no puede satisfacer sus necesidades emocionales irresueltas o les produce sentimientos de inseguridad (Hoyos, Jaramillo, Calle, León & Ossa 2011). Así mismo, su núcleo familiar de origen reforzaba otras conductas asociadas a la dependencia emocional (la consultante manifiesta que su madre toleraba que su padre la agrediera física y verbalmente y le fuera infiel por miedo a ser abandonada y desintegrar la unión familiar refiriendo “las mujeres deben estar siempre con su esposo”). El patrón de la conducta presentado por la consultante es derivado por una creencia altamente marcada a nivel familiar y social. Se observó un aislamiento social con el resultado de escasas redes de apoyo y la dificultad para generar nuevas relaciones interpersonales, absteniéndose de recibir refuerzos sociales.

Hipótesis de origen

La consultante ha presentado dificultades en sus relaciones interpersonales, lo cual ha desencadenado múltiples dificultades en el estado emocional y pensamiento racional. Las situaciones asociadas de forma particular con esta problemática han sido la infidelidad, los maltratos verbales, el consumo excesivo de alcohol y marihuana por parte de su esposo, ocasionando constantes separaciones entre la pareja; causando un apego inadecuado en la consultante y dificultades en las relaciones sociales y laborales.

De igual manera, es importante mencionar los antecedentes familiares de la consultante, dado que se presentó un inadecuado apego y dependencia emocional por parte de la figura materna en su relación de pareja, generando en ella síntomas depresivos. La ausencia de la figura paterna en la consultante más las constantes verbalizaciones y conductas problemáticas realizadas por la madre, probablemente generaron creencias sesgadas en la consultante al formar una familia. Estas creencias a su vez, desencadenaron reglas o normas sesgadas a la hora de entablar una relación amorosa, causando constantes pensamientos negativos sobre ella misma y su futuro amoroso. Para Beck (s.f, citado por Kircanski, Joormann & Gotlib, 2012) los individuos que son vulnerables a la depresión tienen representaciones de memoria, o esquemas, que los llevan a ver su entorno de manera sistemáticamente negativa, de igual manera, si estos sesgos de procesamiento cognitivo interactúan con un evento negativo de la vida, o estresor, estas personas son propensas a un ciclo de pensamientos automáticos negativos sobre el yo, el mundo y el futuro.

Para Freeman y Oster (1997) citados por Toro et al. (2010) los esquemas son activados ante determinados estímulos y situaciones, que a su vez posibilitan que el individuo emita ciertos repertorios conductuales. Por consiguiente, se puede inferir que los esquemas que presentaba la consultante fueron activados por los conflictos en la relación de pareja y las discusiones con sus

hermanas, causando distorsiones cognitivas que a su vez alteraron el procesamiento de la información en la realidad de la consultante. Según Beck (2010), las distorsiones cognitivas son errores sistemáticos en el procesamiento de la información que hacen que el individuo valide sus creencias y conceptos negativos a pesar de que el ambiente evidencie lo contrario.

Lo anterior explica la aparición en LA del problema psicológico en el cual se experimentaban síntomas afectivos, conductuales, motivacionales y fisiológicos característicos de un trastorno depresivo. Un factor predominante ante la presencia de esta sintomatología es el familiar debido a una interacción parento filial inadecuada que presentó la consultante durante la niñez, en la cual se reforzaron creencias infundidas hacia una dependencia emocional y un apego inadecuado por parte de la figura materna y un abandono afectivo por parte de su figura paterna.

Algunas de las creencias que se detectaron en la consultante fueron: “pase lo que pase el hombre siempre tiene la razón”, “necesito una pareja para ser feliz”, “la vida en pareja siempre es conflictiva” “los hombres son los que abandonan el hogar por mujeres mucho más jóvenes”, “los hombres no son de fiar” las cuales derivaban en pensamientos automáticos como “yo siempre estoy equivocada” “él se va air con otra mujer más linda” “estoy en un círculo vicioso”, “no tengo nada interesante de que hablar” “yo solo sirvo para dar dinero”.

Hipótesis de mantenimiento

La problemática de la consultante es mantenida por un procesamiento de información sesgado, con pensamientos emocionales exagerados y erróneos ante distintos sucesos de su diario vivir. Causando imágenes negativas sobre sí misma, sobre el mundo y sobre el futuro. Se observó particularmente la evidencia de estos errores de pensamiento en relación con su dimensión afectiva y de pareja.

De acuerdo con Beck (2010), el primer componente de la tríada se centra en la visión negativa de la consultante acerca de “sí misma”. Esta visión hace que ella atribuya todas sus experiencias amorosas desagradables como consecuencia de algún defecto propio, ya sea físico o mental. Lo cual a su vez va formando una creencia y como consecuencia de esta la consultante siente que es inútil y que carece de valor, incorporando conductas y pensamientos en los que tiende a subestimarse y a criticarse a sí misma, considerando que no cuenta con las cualidades necesarias para alcanzar sus objetivos en la relación de pareja o familiar.

De igual manera, para Beck et al (2010), el segundo componente de la triada cognitiva hace referencia a la tendencia de la consultante a interpretar sus experiencias de una manera negativa. Esta interpretación se hace evidente en la manera como asimila sus vivencias, hallando explicaciones en las que es el entorno quien le rodea de obstáculos para alcanzar sus objetivos en la relación de pareja o familiar, influenciado en la interpretación negativa de su ambiente a pesar de que probablemente existan alternativas diferentes. El tercer componente hace referencia a la visión negativa de la consultante acerca de su futuro. Implementando metas o proyectos a corto y mediano plazo sobre su relación amorosa y familiar, anticipándose a múltiples obstáculos y fracasos.

Otro mantenedor de las conductas problemas han sido las dificultades para la interacción social, dado que se observó en la consultante limitaciones en sus habilidades sociales, las cuales para Núñez (2015) son las capacidades que permiten a la persona interactuar con sus pares y entorno de una manera socialmente aceptable. Causado en la consultante múltiples discusiones en su ambiente familiar, laboral y social.

Por último, el factor ambiental con mayor predominancia ante las conductas problemas ha sido la relación de pareja, la cual han derivado en múltiples pensamientos automáticos sesgados

derivados de esquemas negativos que ha presentado la consultante. Los esquemas para Sánchez (2015) son un patrón estable que constituye la base principal para el proceso de información y codificación de los estímulos.

Impresión diagnóstica

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

311 (F32.8) Otro trastorno depresivo especificado: Episodio depresivo con síntomas insuficientes. De acuerdo con el DSM 5 este diagnóstico hace referencia a un afecto deprimido y al menos cuatro de los otros ocho síntomas de un episodio de depresión mayor asociado a malestar clínicamente significativo o deterioro que persiste durante un mínimo de dos semanas en un individuo cuya presentación nunca ha cumplido los criterios para otro trastorno depresivo o bipolar, no cumple actualmente los criterios activos o residuales para un trastorno psicótico y no cumple los criterios para trastorno mixto de ansiedad y depresión.

Este diagnóstico hace referencia a que la consultante no alcanzó a presentar la sintomatología para un diagnóstico de trastorno de depresión mayor. Y dado que las situaciones estresantes que se manifestaron en la consultante durante su niñez causando emociones de tristeza y miedo, no fueron evidenciadas en la etapa de la adolescencia y solo se han vuelto a presentar en su etapa de adultez con una prolongación de cinco meses acompañada de nuevos síntomas depresivos derivados por múltiples situaciones estresantes. Por lo cual se pudo inferir que la consultante no presentaba el trastorno de depresión persistente (distimia). Este último por la corta duración de la sintomatología como también la falta de síntomas. Tampoco se presentaba un trastorno de ansiedad debido a la falta de sintomatología requerida para este trastorno.

Esta impresión diagnóstica se derivó de la evaluación psicológica, en la cual se identificaron algunos síntomas del trastorno depresivo mayor, pero no los suficientes para un diagnóstico con depresión mayor; según los fundamentos del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM 5.

Diagnóstico Diferencial

Los síntomas que no presentaba la consultante para el Trastorno depresivo mayor fueron:

Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.

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

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

Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

El diagnóstico *Otro trastorno depresivo especificado: Episodio depresivo con síntomas insuficientes*, no presenta comorbilidad con otro diagnóstico.

Plan de Intervención (Ver anexo 6)

Objetivos terapéuticos

Implementar técnicas cognitivas para que la consultante modifique los esquemas negativos de su pensamiento

Utilizar técnicas cognitivo-conductuales para que la consultante reduzca la sintomatología depresiva.

Entrenar a la consultante en habilidades sociales, para que mejore las relaciones interpersonales a través del modelado y ensayo conductual.

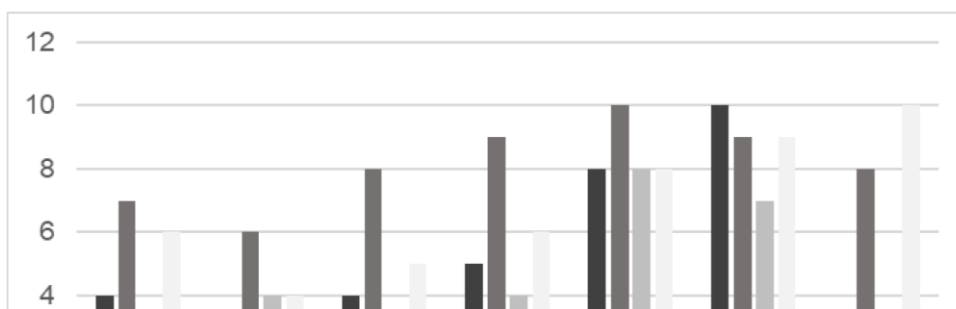
Psicoeducar a la consultante en la prevención de recaídas de la sintomatología depresiva a través de técnicas de información.

Resultados de la evaluación inicial

Mediante los autorregistros se midieron las conductas problemas, identificando la frecuencia semanal. Se obtuvieron los siguientes resultados:

Quejas verbales, aislamiento, estado de ánimo deprimido y ansiedad.

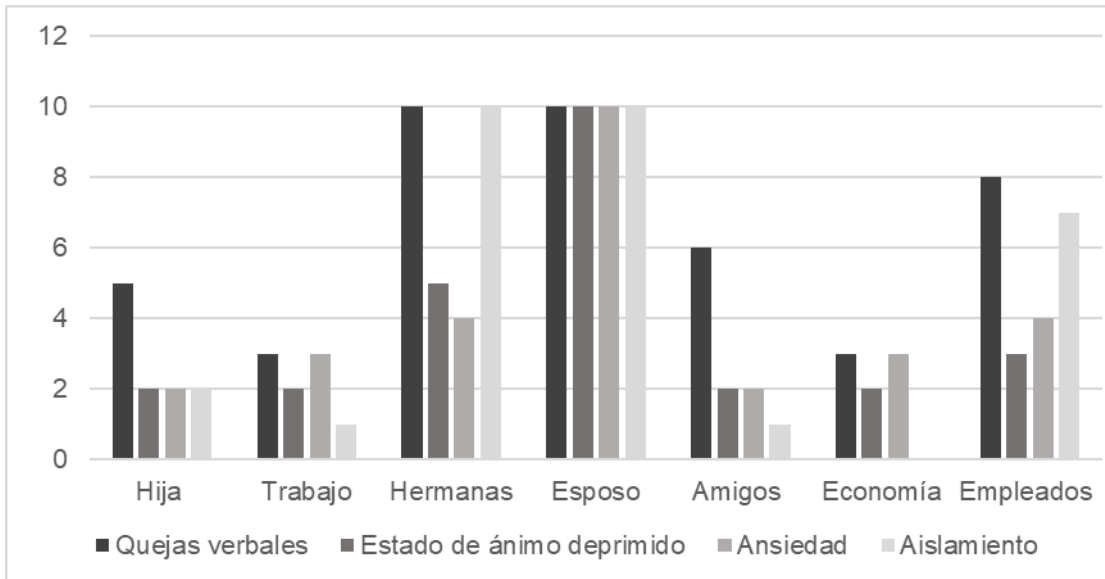
Figura 2 Resultados de evaluación de autorregistros



Como se puede observar en la figura, la conducta problema que predominó fue el estado de ánimo deprimido, otra de las conductas que tuvieron una frecuencia importante fueron las quejas verbales, por otra parte, el aislamiento predominó los fines de semana y la ansiedad se mantuvo estable de lunes a jueves observándose un aumento los viernes y sábados.

Por otra parte, se evaluaron los eventos asociados con la aparición de las conductas, identificando los siguientes resultados:

Figura 3 Resultados de evaluación de autorregistros



Como se puede evidenciar en la ilustración, el mayor detonante que genera la amplitud de la conducta problema es su esposo, seguido de sus hermanas. De igual manera, se evidencia que los de menor amplitud al ocasionar la conducta problema son su hija, la economía, el trabajo y los amigos. Los empleados se observan como mantenedores de dos conductas problemas las cuales son quejas verbales y aislamiento.

Resultados de la intervención

En la aplicación del pretest y postest por medio del Inventario de depresión de Beck versión II (IDB-II 2011). Se obtuvieron los siguientes resultados por síntomas:

Tabla 2

Puntajes en el IDB-II

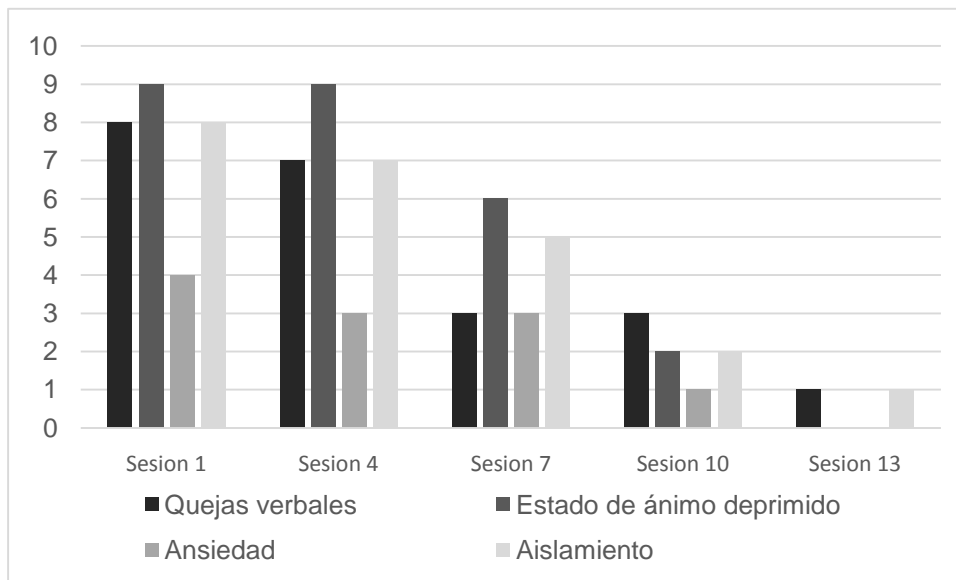
| Síntomas | Pretest | Postest |
|------------------------------|---------|---------|
| Triste | 2 | 0 |
| Pesimista | 3 | 0 |
| Fracaso | 1 | 0 |
| Pérdida de placer | 3 | 1 |
| Culpa | 1 | 0 |
| Castigo | 1 | 1 |
| Disconformidad con uno mismo | 1 | 0 |
| Autocritica | 2 | 1 |
| Pensamientos de suicidio | 0 | 0 |
| Llanto | 1 | 0 |
| Agitación | 1 | 1 |
| Pérdida de Interés | 2 | 1 |
| Indecisión | 2 | 0 |
| Desvalorización | 2 | 0 |
| Pérdida de Energía | 0 | 1 |
| Cambios en el sueño | 2 | 1 |
| Irritabilidad | 2 | 0 |
| Cambios en apetito | 0 | 0 |
| Dificultad concentración | 1 | 1 |
| Cansancio o fatiga | 1 | 0 |
| Pérdida interés sexo | 2 | 2 |
| Total | 30 | 10 |

Respecto a los resultados obtenidos en el Inventario de Depresión de Beck, en la fase pretest la puntuación directa obtenida fue 30, indicativa de sintomatología depresiva moderada, mientras que en la fase postest obtuvo una puntuación de 10, indicativa de estado emocional normal. En este sentido, la sintomatología depresiva descendió considerablemente tras la aplicación de técnicas y entrenamiento en habilidades sociales para modificar los pensamientos automáticos negativos, así como eliminar las conductas de evitación/escape y estado de ánimo

deprimido ante determinadas situaciones, a excepción de la pérdida de interés sexual, la cual se mantuvo tras el proceso de intervención.

Resultados de autorregistros

Figura 4 Resultados de intervención con autorregistros



Por último, a partir de los autorregistros realizados durante el proceso de intervención, en los que se recogió tanto los pensamientos, emociones y conductas como la intensidad, duración y frecuencia de estas, se observaron cambios terapéuticos. Entre estos cambios cabe destacar las conductas manifestadas ante los signos de malestar, ya que se disminuyeron en un alto porcentaje las quejas verbales y el aislamiento, por otra parte, el estado de ánimo deprimido y ansiedad fueron reducidas para la treceava sesión. De igual manera, se observó a través de la conducta verbal, un cambio en los esquemas desde expresiones como “en esto uno solo puede sufrir” hacia verbalizaciones más positivas como “las situaciones pueden estar duras, pero creo que las podré resolver”. También, verbalizaciones respecto de la relación de pareja “yo no sé qué hacer todavía para romper este círculo vicioso con mi esposo, me pero me siento más tranquila y eso es

bueno”. De igual forma, es importante destacar el manejo que se observó en LA en cuanto a los pensamientos automáticos, pues en las sesiones iniciales se evidenciaba que el malestar emocional era causado en muchas ocasiones por estos pensamientos (“soy fea”, “solo me quieren por el dinero”, “sin él no soy nada”) mientras que en las sesiones ulteriores cuando los pensamientos se presentaban LA utilizaba las estrategias aprendidas en la terapia como la parada de pensamiento y de esa manera afrontaba mejor los síntomas y prevenía la progresión de las crisis.

Discusión

A la luz de los resultados obtenidos se puede afirmar que se ha conseguido el objetivo principal de la intervención, que era la reducción de la sintomatología depresiva y, por consiguiente, la mejoría del estado de ánimo de la consultante. Por otra parte, cabe señalar la importancia de la implementación de la terapia cognitiva para la disminución de sintomatología

depresiva, dado que fue efectiva para esta intervención terapéutica y la cual está apoyada con diversas técnicas cognitivo-conductuales como reestructuración cognitiva, técnica de autoinstrucciones, técnica de autosugestiones, técnicas de información, orientación, biblioterapia y solución de problemas.

El presente caso se formuló bajo la terapia cognitiva de Beck (2012) el cual postuló que las personas que son vulnerables a la depresión tienen representaciones de memoria, o esquemas, que los llevan a ver su entorno de manera negativa. También menciona que los errores en el procesamiento cognitivo interactúan con un evento negativo de la vida, o estresor, estas personas son propensas a un ciclo de pensamientos automáticos negativos sobre el yo, el mundo y el futuro (la tríada cognitiva.) Por lo cual, hay que mencionar que estos eventos estresores que presentaba la consultante hacen referencia al ambiente de relación de pareja, causando la mayoría de sintomatología depresiva en la consultante.

La problemática identificada en la formulación del caso hace referencia en gran medida a un apego emocional que ha derivado desde la infancia y se evidenció en la adultez por parte de la consultante. Tal problemática permitió identificar creencias centrales irracionales generando pensamientos automáticos que han derivado en conductas desadaptativas, causando síntomas depresivos.

Por otra parte, las investigaciones descritas en este trabajo permiten identificar y reforzar la relevancia que presenta la terapia cognitiva a la hora de tratar los síntomas depresivos como se evidencia en las investigaciones de Menárguez, y García (2016) y Jódar, Gómez y Soliveres (2014) en las cuales se observó después de la aplicación de un protocolo de cognitivo conductual la reducción de síntomas depresivos y de ansiedad. Lo anterior permite evidenciar un alto grado

de concordancia teórica y empírica de este enfoque terapéutico, así como ocurrió en el presente caso.

Otra de las investigaciones que permite identificar la eficacia de la terapia cognitiva es la de Sanz y Aparicio (2013) en la cual se evidencia el diseño de un programa de tratamiento cognitivo conductual de tres meses de duración reduciendo los síntomas en un caso de depresión mayor, distimia e ideación autolítica persistente. Generando la mejoría anímica, afectiva, funcional y social, así como una desaparición de la ideación suicida. Es importante inferir que la terapia cognitiva permite disminuir la sintomatología depresiva en un número corto de sesiones de intervención.

En los aspectos que se pueden identificar como desventajas de la terapia cognitiva están las mencionadas por Moragón (2018) el cual manifiesta que esta terapia se basa demasiado en la atención del pensamiento consciente, en otras palabras esto infiere que el consultante puede sentirse mejor sin necesidad de abordar el pensamiento directamente, enfocándolo no como un intento de modificar el síntoma, sino de alejarse y observarlo con perspectiva, conectando y explorando con las emociones que se mueven dentro, como hace el Mindfulness. Otra de las desventajas mencionadas por Moragón es la poca eficacia de la terapia cognitiva para el trastorno límite de la personalidad para el cual se está utilizando actualmente la terapia dialéctica comportamental de tercera generación.

En cuanto a los aspectos por mejorar se señala la integración de otro seguimiento terapéutico, en el cual se pueda evidenciar los avances y dificultades que pueda presentar la consultante después un tiempo prolongado. Por último, cabe mencionar que el terapeuta se encontraba en proceso de formación, por lo cual las variables de inexperiencia y falta de conocimiento son factores por considerar que pudieron haber influido en el proceso terapéutico.

No obstante, es importante mencionar que las condiciones del proceso terapéutico fueron adecuadas en cuanto al el contexto, el modelo terapéutico, y la participación de la consultante, lo cual favoreció el establecimiento de la relación terapéutica y los resultados positivos del proceso.

Conclusiones

Según la investigación realizada por la OMS (2017) el trastorno depresivo es la tercera enfermedad en el mundo causante de discapacidad, por lo cual, es relevante realizar estrategias para una adecuada promoción y prevención de la sintomatología depresiva permitiendo a la población identificar los síntomas y prevenirlos con anticipación.

Para Colombia la depresión tampoco es desconocida, dado en los últimos estudios de salud pública se identificó un porcentaje alarmante en diagnósticos de depresión moderada y severa presentándose más en las mujeres colombianas que en los hombres colombianos. Por lo cual, es de gran relevancia que el gobierno implemente estrategias de prevención y promoción ante la sintomatología depresiva y estrategias de salud mental saludable.

El modelo cognitivo permite evaluar e intervenir las problemáticas que pueda presentar una persona, catalogándose como una de las terapias más efectivas para tratar sintomatología depresiva y ansiosa. Como se pudo evidenciar en esta investigación la terapia cognitiva permitió disminuir las conductas desadaptativas y generar conductas con mayor adaptabilidad a nivel individual, familiar y social.

Las hipótesis plantadas ante la problemática de la consultante hacen referencia a una adecuada interpretación de la dificultad. Dado que dan cumplimiento con los síntomas detectados, permitiendo intervenir ante cada síntoma detectado desde la terapia cognitiva.

Generando así una disminución significativa de la sintomatología depresiva.

Por otra parte, el proceso de prácticas para un especialista en formación en el área de psicología clínica permite no solo obtener un aprendizaje empírico para determinar un mayor profesionalismo; si no también proporciona un crecimiento personal, el cual es fundamental para servir a las personas con un malestar mental específico. De igual manera íntegra al especialista en formación la constante investigación y preparación para cada sesión de evaluación e intervención de los consultantes que se presenten.

REFERENCIAS

- American Psychological Association APA (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM 5* (5ª ed) Bogotá: Panamericana.
- Anchique, F. (2006). Efectos de la autosugestión positiva en el incremento de la efectividad del servicio en tenistas de campo. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 1(1), 113-226.
- Avenue, G. (2017) *Ansiedad y depresión*. Georgia: Asociación de Ansiedad y Depresión de América.
- Bados, A., & García, E. (2014). *Resolución de Problemas*. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Beck, A. (2012). *Terapia cognitiva de la depresión (20ª ed)*. Chicago: Desclée de Brouwer.
- Beck, A. (2010). *Esquizofrenia Terapia Cognitiva, Investigación y Terapia* (1ª ed). España: Paidós.
- Beck, J. (1995). *La conceptualización cognitiva. Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. Nueva York: Gedisa.
- Beck, J. (1995). *Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. Nueva York: Gedisa.
- Bianchi, J., & Henao, A. (2015) Activación conductual y depresión: conceptualización, evidencia y aplicaciones en Iberoamérica. *Terapia Psicológica*, 33(2), 69-79. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082015000200002>

- Bockting, C., Klein, N., Elgersma, H., van Rijsbergen, G., Slofsfra, Ormel, J... (2018). Effectiveness of preventive cognitive therapy while tapering antidepressants versus maintenance antidepressant treatment versus their combination in prevention of depressive relapse or recurrence (DRD study): a three-group, multicentre, randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 5(5), 401-410. Doi: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30100-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30100-7)
- Brenlla, M., & Rodriguez, C. (2009). *BDI-II Inventario de Depresion de Beck. (2ª ed)* Buenos Aires: Paidós SAICF.
- Colciencias & Ministerio de Salud. (2013) *Plan Decenal de Salud Pública*. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>
- Cormier, W., & Cormier, S (2000). *Estrategias de entrevista para terapeutas (3ª ed)*. California: Desclée de Brouwer.
- Encinas, F., Rodríguez, J., & López, M. (2001). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta (3ª ed)*. España. Ediciones Pirámide.
- Escobar, M. (2015). Para qué usar el autorregistro. Recuperado de <http://www.psicologiayutopia.es/psi/para-que-usar-el-autorregistro/>
- Figueroa, G. (2002). La terapia cognitiva en el tratamiento de la depresión mayor. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 22(32), 65-87.
- Fullana, M., Fernández, L., Bulbena, A., & Toro, J. (2011). Eficacia de la terapia cognitivoconductual para los trastornos mentales. *Medicina Clínica*, 1753, 1-5. Doi: 10.1016/j.medcli.2011.02.017
- Hernandez, G. (2014). *Consentimiento Informado*. Obtenido de ética psicologica: Recuperado de <http://www.eticapsicologica.org/index.php/documentos/articulos/item/1-consentimientoinformado>
- Hoyos, M., Jaramillo, C., Calle, A., León, Z., & Ossa, D. (2011). Perfil cognitivo de la dependencia emocional en estudiantes universitarios en Medellín, Colombia. *Universitas Psychologica* (11) 2, 395-404
- Ijaz, S., Davies, P., Williams, C.J., Kessler, D., Lewis, G., & Wiles, N. (2018). Psychological therapies for treatment-resistant depression in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5. Doi: 10.1002/14651858.CD010558.pub2.
- Jódar, R., Gómez, M., & Soliveres, C. (2014). Intervención cognitivo-conductual en el manejo de obsesiones y compulsiones de lavado en una niña con trastorno obsesivo compulsivo. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1(2) 141-148

- Kircanski, K., Joormann, J., & Gotlib, I. H. (2012). Cognitive aspects of depression. *Wiley Interdisciplinary Reviews. Cognitive Science*, 3(3), 301–313.
- Ley 1090. Diario Oficial de la República de Colombia, Bogotá, 06 de septiembre de 2006.
- Menárguez, V., & García, P (2016). Intervención cognitivo-conductual en un caso de depresión en una adolescente tardía. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 3(1), 45-52
- Minici, L., Rivadereira., C., & Dahab J. (2008). Entrenamiento en Autoinstrucciones. *Revista de Terapia Cognitivo Conductual* 15(5), 1-5
- Ministerio de Salud. (2017). *Boletín de salud mental. Depresión. Enfermedades no transmisibles*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletind depresion-marzo-2017.pdf>
- Moragón, S. (2018). *Ventajas y Desventajas de la Terapia Cognitivo Conductual*. Recuperado de <https://www.psiky.es/practica-clinica/terapia-cognitivo-conductual/ventajas-desventajas/>
- Núñez, K. (2015). *Psicopedagogía*. Recuperado de <https://www.psicopedagogia.com/definicion/habilidades%20sociales>
- Muñiz, J., & Fernández J. (2010). La opinión de los psicólogos españoles sobre el uso de los tests. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 108-121.
- O'Kearney, R.T., Anstey, K., von Sanden, C., & Hunt, A. (2006). Behavioural and cognitive behavioural therapy for obsessive compulsive disorder in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 4. Doi: 10.1002/14651858.CD004856.pub2.
- Organización Mundial de la Salud OMS (2017). *Depresión*. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/management/depression/es/
- Organización Mundial de la Salud OMS (2011). *Carga mundial de trastornos mentales y necesidad de que el sector de la salud y el sector social* . Recuperado de http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_9-sp.pdf
- Rivadeneira, L., Dahab, J., & Minici, A. (2013). El Modelo Cognitivo de la Depresión. *Revista de Terapia Cognitivo Conductual*, 12(2), 9-22.
- Rosique, M., & Sanz, T. (2013) Tratamiento cognitivo-conductual en depresión mayor, distimia e ideación autolítica persistente. *Revista Análisis y modificación de conducta*, 39 (159), 17-23.
- Sánchez, J. (2015). *Aplicación de la Terapia Cognitivo-Conductual en una Paciente con depresión doble y rasgos obsesivos de personalidad* (tesis de maestría) Universidad del Norte, Barranquilla, Atlántico, Colombia.

Sanz, J. (2013). 50 años de los inventarios de depresión de Beck: consejos para la utilización de la adaptación española del BDI-II en la práctica clínica. *Papeles del Psicólogo*, 34(3), 161-168.

Toro, R. (2010). Los perfiles cognitivos psicopatológicos en la formulación cognitiva de caso. *Revista Colombiana de Psicología*, 19(1), 97-110.

Anexos

Anexo1

Consentimiento Informado

Yo _____,
certifico que he recibido

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

También sé que la información que suministro en el proceso de consulta, podrá ser utilizada para procesos académicos o investigativos; siempre y cuando se resguarde mi identidad. Se me indicó que el procedimiento a seguir es en primera instancia un periodo de evaluación en la que se incluirán la entrevista, la aplicación de pruebas psicológicas y otras formas de evaluación que se consideren pertinentes para valorar mi estado psicológico actual. Posteriormente recibiré un diagnóstico sobre las problemáticas o condiciones psicológicas en las que me encuentro, y se me dará información sobre las opciones de intervención por parte del psicólogo en formación y otros profesionales; como también sobre el tiempo probable de tratamiento. También se me indicó yo puedo revocar el consentimiento o dar por terminada en cualquier momento la relación entre el psicólogo en formación y yo, cuando lo considere pertinente, sin que ello implique ningún tipo de consecuencia para mí.

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

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

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

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

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

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

Nota: El presente consentimiento informado, está basado en lo propuesto en el documento validación lista de chequeo para la

elaboración del consentimiento informado en el ejercicio profesional de la psicología en Colombia, publicado en 2015 por el Colegio Colombiano de Psicólogos y que tiene como investigadores principales al psicólogo Gerardo Augusto Hernández Medina, abogado Magíster en Derecho Penal y Criminología y la Psicóloga Maritza Sánchez Ramírez, especialista en Educación Médica y Magister en Psicología.

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

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

| |
|--|
| 3.5 Redes de apoyo del/la consultante |
|--|

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

| |
|-------------------------------|
| 4. ASPECTOS FAMILIARES |
|-------------------------------|

| |
|-------------------------|
| 4.1 Familiograma |
|-------------------------|

| Nombres y Apellidos | Parentesco | Edad | Ocupación | Escolaridad | Relación del menor con esta persona |
|----------------------------|-------------------|-------------|------------------|--------------------|--|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

4.2 Observaciones generales del ambiente familiar

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

5. ÁREA PERSONAL

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

| |
|--|
| |
| |
| |

6. ÁREA ACADÉMICA (Para consultantes entre 18 y 22 años)

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

7. ÁREA SOCIAL, RELACIONAL Y DE PAREJA

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

8. ÁREA LABORAL / OCUPACIONAL

| Empresa | Cargo | Tiempo de vinculación | Relaciones interpersonales en el ámbito laboral |
|----------------|--------------|------------------------------|--|
|----------------|--------------|------------------------------|--|

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Observaciones generales de la historia laboral | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| 9. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| 10. CONDUCTAS DE RIESGO | | | |

| | | | | | |
|--|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--|---|
| <p>Conducta</p> <p>Actividad Sexual</p> | <p>Edad De Inicio</p> | | | <p>Dificultades Presentadas A Causa De Esta Situación</p> | <p>Alternativas Para Manejar La Problemática</p> |
| <p>Uso de Alcohol</p> | <p>Edad de Inicio</p> | <p>Frecuencia de uso</p> | <p>Tipo de sustancia</p> | <p>Dificultades presentadas a causa de esta situación</p> | <p>Alternativas para manejar la problemática</p> |
| <p>Uso de Drogas</p> | | | | | |
| <p>Otras Situaciones de riesgo</p> | | | | | |
| <p>11.OBSERVACIÓN GENERAL DEL USUARIO (Examen mental)</p> | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

| |
|--|
| |
|--|

| |
|--|
| 12. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA (DSM V) |
|--|

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

| |
|--------------------------------|
| 13. PLAN DE TRATAMIENTO |
|--------------------------------|

| |
|--|
| |
|--|

| | | |
|--|--|--|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Anexo 3

Guía de entrevista clínica Cormier (2000)

1. Encuadre.
2. Entrevista:

Delimitación inicial del problema: por ejemplo, ¿Cuál es el problema por el que acude a consulta?, ¿Explíqueme qué ocurre?

Implicaciones del problema: por ejemplo, ¿Esto le afecta? ¿De qué manera?, ¿Hasta qué punto esto afecta su vida? (indicando a la persona diversas áreas de funcionamiento, laboral, familiar, social, personal, etc.), ¿Cómo reaccionan las otras personas?

Análisis de secuencias: por ejemplo, ¿En qué situaciones sucede? ¿Con quién? ¿En qué lugares?, ¿qué está haciendo, pensando o sintiendo cuando sucede?, ¿qué sucede después?, ¿qué lo empeora? ¿Qué lo mejora?, entre otros.

Análisis de parámetros: por ejemplo, ¿Cuándo ha sido peor?, ¿con qué frecuencia ocurre?, ¿Cuánto dura?

Evolución del problema: por ejemplo, ¿Cuándo fue la primera vez?, ¿ha mejorado? ¿Ha empeorado?, ¿cómo era al principio?

Autocontrol, motivación y expectativas: por ejemplo, ¿A qué le atribuye tal situación?, ¿cómo piensa que sería al solucionarlo?, ¿Qué solución le han dado?

3. Cierre

Anexo 4

Formato de autorregistros

Anexo 5

| DÍAS | SITUACIÓN | PENSAMIENTOS | EMOCIONES | RESPUESTA MOTORA | FRECUENCIA |
|------|-----------|--------------|-----------|------------------|------------|
| | | | | | |

| DÍAS | PERSONAS | PENSAMIENTOS | EMOCIONES | RESPUESTA MOTORA |
|------|----------|--------------|-----------|------------------|
| | | | | |

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre:..... Estado Civil..... Edad:..... Sexo.....
Ocupación..... Educación:..... Fecha:.....

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo 0 No siento que este siendo castigado 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
2 Espero ser castigado.
3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.
0 Siento acerca de mí mismo que siempre.
1 He perdido la confianza en mí mismo.
2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
3 No me gusta a mí mismo.

8. Autocrítica
0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
2 Me critico a mí mismo por todos mis errores 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas
0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
2 Querría matarme
3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto
0 No lloro más de lo que solía hacerlo. 1 Lloro más de lo que solía hacerlo 2 Lloro por cualquier pequeñez.
3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11 Agitación
0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés
0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
3 Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión
0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

0 No siento que yo no sea valioso

1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.

3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

0 Tengo tanta energía como siempre.

1. Tengo menos energía que la que solía tener.

2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado

3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.

1ª. Duermo un poco más que lo habitual.

1b. Duermo un poco menos que lo habitual. 2a

Duermo mucho más que lo habitual.

2b. Duermo mucho menos que lo habitual

3ª. Duermo la mayor parte del día

3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

0 No estoy tan irritable que lo habitual.

1 Estoy más irritable que lo habitual.

2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.

3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.

1ª. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.

1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.

2a. Mi apetito es mucho menor que antes. 2b.

Mi apetito es mucho mayor que lo habitual 3ª.

No tengo apetito en absoluto.

3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.

1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.

3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer. 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:

Anexo 6

Plan de intervención

| Fases (por sesiones) | Objetivos | Técnicas utilizadas | Actividades realizadas |
|---------------------------------------|--|---|--|
| Fase de Evaluación (sesiones 1,2,3,4) | <ul style="list-style-type: none"> • Indagar sobre el motivo de consulta • Conocer la historia del problema de la consultante • Determinar conductas problemáticas • Generar diagnóstico | <ul style="list-style-type: none"> • Historia clínica del Instituto Familia y Vida • Entrevista semiestructurada • Autorregistros • Inventario de depresión de Beck versión II (IDB-II) • Técnicas de orientación de información | <p>Contextualización del proceso terapéutico, encuadre, lectura y firma del consentimiento informado.</p> <p>Interrogación “¿qué ha sucedido?, ¿cuál es el motivo para que esté aquí?”, buscando la percepción que tiene la consultante sobre su situación actual.</p> |

| | | | |
|--|--|--|---|
| | <p>□ Introducir a la consultante bajo el modelo terapéutico cognitivo.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación • Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. | <p>Indagación sobre los hechos o situaciones relevantes que considera han podido intervenir en la situación en la que se encuentra hoy día.</p> <p>Gráfica de genograma.</p> <p>Registro de datos de identificación en la historia clínica.</p> <p>Exploración sobre los pensamientos, emociones, personas y lugares con quienes se dan las conductas problema. A través de autorregistros.</p> <p>Se aplica el Pre test (Inventario de depresión de Beck versión II (IDBII) para determinar con más claridad los</p> |
|--|--|--|---|

| | | | |
|--|---|---|--|
| | | | <p>síntomas detectados en la consultante. Se da cumplimiento al diligenciamiento de la Historia clínica. Mediante la psicoeducación se da a conocer la impresión diagnóstica que presenta la consultante y así mismo se introduce a LA en la Terapia Cognitiva para un mayor entendimiento y apropiación de su problemática.</p> |
| <p>Fase de intervención (Sesiones 5,6,7,8,9,10,11, 12)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Disminuir el estado ánimo deprimido. • Disminuir los reforzadores negativos. | <ul style="list-style-type: none"> • Técnicas de orientación, información y bibliografía. • Autorregistros • Reestructuración cognitiva. | <p>Se realiza nuevamente la contextualización de la impresión diagnóstica, guiada por el modelo cognitivo por medio de una psicoeducación</p> |

| | | | |
|--|--|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Contextualizar adecuados reforzadores positivos. • Disminuir las quejas verbales • Aumentar el auto-concepto y auto imagen. • Disminuir la ansiedad presentada • Aumentar las redes de apoyo. • Prevenir las recaídas | <ul style="list-style-type: none"> • Autosugestión • Autoinstrucciones • Técnicas de distracción • Solución de problemas. • Inventario de depresión de Beck versión II (IDB-II) | <p>implantando técnicas de orientación, información y bibliografía, para una mayor interpretación y apropiación del problema por parte de la consultante.</p> <p>Se utilizan los autorregistros diligenciados por la consultante como apoyo para determinar las técnicas apropiadas para tratar la sintomatología detectada en la cual se encuentra Estado de ánimo deprimido,</p> <p>Ansiedad, Hipersomnia Apatía, Autoimagen y auto-concepto deteriorados, quejas verbales y aislamiento social. Seguido de</p> |
|--|--|--|---|

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | <p>identificar cada síntoma se evalúa el malestar clínicamente significativo de cada síntoma para determinar las técnicas más efectivas para tratar.</p> <p>Por lo consiguiente se interviene el estado de ánimo deprimido, deterioró de autoimagen y auto-concepto por medio de la reestructuración cognitiva identificado pensamientos irracionales y modificación de estos utilizando las técnicas de autosugestión y autoinstrucciones. Implementadas durante tres sesiones (5, 6, 7).</p> |
|--|--|--|--|

| | | | |
|--|--|--|---|
| | | | <p>La quejas verbales, ansiedad y apatía se manejó con la técnica de solución de problemas la cual se desarrolló en dos sesiones (7 y 8) informando y orientado a la consultante los distintos pasos que presenta esta técnica (1. Identificar la situación problema, 2. Describir con detalle la situación problema, 3. Realizar un listado acerca de las alternativas de solución del problema “tempestad de ideas”, 4. Seleccionar las estrategias más apropiadas para la solucionar el problema y evaluar las</p> |
|--|--|--|---|

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | <p>consecuencias”). En la novena sesión se evaluó el aprendizaje y apropiación de la técnica por medio de la interacción entre la consultante y la hija debatiendo sobre una problemática presentada en el transcurso de la semana.</p> <p>Para los síntomas de hipersomnia y aislamiento social trabajados en la de trabajo con las técnicas de distracción en donde se empodero a la consultante con diversos temas como (tolerancia a la frustración, comunicación asertiva, amor en familia,</p> |
|--|--|--|--|

| | | | |
|--|--|--|---|
| | | | <p>motivación, clima laboral, cultura laboral y respeto laboral) para tratar con sus amigos, familia y empleados. Estos temas permiten una integración social y distracción positiva a la hora de relacionarse y de evitar una problemática específica. En la doceava sesión de aplica el post test Inventario de depresión de Beck versión II (IDBII) para identificar estadísticamente la disminución de los síntomas presentados en LA. los resultados se evidenciaran en la sesión de cierre (13)</p> |
|--|--|--|---|

| | | | |
|---|--|---|--|
| <p>Fases de cierre terapéutico (Sesión 13)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Dar a conocer el resultado del pos test Psicoeducar en prevención en recaídas realizar cierre terapéutico. • • | <ul style="list-style-type: none"> • Técnicas de información, orientación y bibliografía • Psicoeducación • Inventario de depresión de Beck versión II (IDB-II). | <p>Se muestra gráficamente a la consultante los resultados obtenidos del pre test y pos test evidenciado una disminución relevante de la sintomatología detectada. Por otra parte se realiza una psicoeducación con los familiares enfatizando en la prevención de recaídas en las sesiones</p> <p>(10 y 12) y con la consultante en la sesión treceava por medio de las técnicas de información, orientación y bibliografía. Para finalizar se realiza el cierre terapéutico con agradecimientos y despedida entre la</p> |
|---|--|---|--|

| | | | |
|------------------------------------|---|---|--|
| | | | consultante y el terapeuta |
| Fase de Seguimiento (Sesión 14) | <ul style="list-style-type: none"> □ Observar cómo van los resultados terapéuticos. después de tres meses. | <ul style="list-style-type: none"> • Observación • Escucha activa | Mediante la observación y la escucha activa se puede determinar la apropiación de las estrategias aprendidas en la intervención terapéutica por parte de la consultante. De igual manera se realiza el cierre terapéutico con agradecimientos y despedida entre la consultante y el terapeuta. |