

Evaluación e intervención en problemáticas de consulta en el CPS1

**Evaluación e intervención en problemáticas de consulta en el Centro de  
Proyección Social (CPS) del municipio de Piedecuesta**

**Solangel Alejandra Brijaldo Moreno**

**Asesor**

**Ps. PhD. Ana Fernanda Uribe Rodriguez**



**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA  
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES  
ESPECIALIZACIÓN DE PSICOLOGÍA CLÍNICA  
FLORIDABLANCA**

**2013**

**TABLA DE CONTENIDO**

RESUMEN	5
ABSTRACT	6
REFERENTE TEÓRICO	7
MÉTODO	16
Muestra	16
Instrumentos	16
Procedimientos	17
RESULTADOS	19
Muestra	22
Instrumentos	25
DISCUSIÓN	26
CONCLUSIONES	29
RECOMENDACIONES	30
REFERENCIAS	31
ANEXOS	35
Anexo 1. Historia clínica	36
Anexo 2. Inventario de Depresión de Beck (IDB- II)	41
Anexo 3. Evaluación Mental Abreviada (EMA)	44
Anexo 4 Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE)	50
Anexo 5 Estudio de Caso	52
Anexo 6. Material de psicoeducación: Folleto sobre T. Bipolar	72
Anexo 7. Folleto instructivo sobre técnicas de relajación	74

LISTA DE TABLAS

Tabla1. Distribución de la población atendida según el estado civil	19
Tabla 2. Distribución de la población atendida según el nivel socioeconómicos de los consultantes	20
Tabla 3. Distribución de la población atendida según el nivel de escolaridad de los consultantes	20
Tabla 4. Motivos de consulta de los consultantes	22
Tabla 5. Valoración multiaxial final del proceso Terapéutico	24

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Porcentaje de consultantes que asistieron por cuenta propia o por remisión	21
Gráfico 2. Porcentaje de horas de inasistencia y asistencia de los consultantes	21
Gráfico 3. Evaluación de la activación global	23

## **RESUMEN GENERAL DE MONOGRAFÍA**

**TÍTULO:** EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN EN PROBLEMÁTICAS DE CONSULTA EN EL CENTRO DE PROYECCIÓN SOCIAL (CPS) DEL MUNICIPIO DE PIEDECUESTA

**AUTORA:** SOLANGEL ALEJANDRA BRIJALDO MORENO

**FACULTAD:** ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**ASESORA:** ANA FERNANDA URIBE RODRÍGUEZ

El presente informe muestra el trabajo realizado durante la práctica de especialización en psicología clínica en el Centro de Proyección Social del municipio de Piedecuesta, cuyo objetivo principal fue realizar procesos de evaluación e intervención basado en el modelo cognitivo conductual. Durante la práctica se realizaron asesorías e intervenciones psicológicas en 17 usuarios con un rango de edad entre los 5 y 65 años, una media de edad de 31.4 años y una desviación estándar de 18.4 años, dentro de los cuales el 41.1 % fueron hombres y el 58.9% mujeres. De los usuarios atendidos se escogió un caso con Trastorno Afectivo Bipolar teniendo en cuenta criterios como el cumplimiento de las consultas y el proceso terapéutico, el número de sesiones asistidas y la información completa proporcionada por el consultante.

**PALABRAS CLAVES:** Trastorno Bipolar, Terapia cognitiva- Conductual, Manía, Hipomanía, Depresión, Evaluación, Intervención.

**ABSTRACT**

**TÍTULO:** ASSESMENT AND INTERVENTION ISSUES FOR CONSULTATION AT CENTRO DE PROYECCIÓN SOCIAL (CPS) PIEDECUESTA

**AUTHOR:** SOLANGEL ALEJANDRA BRIJALDO MORENO

**PROGRAM:** CLINICAL PSYCHOLOGY

**SUPERVISOR:** ANA FERNANDA URIBE RRODRÍGUEZ

This report shows the work done during practice specialization in clinical psychology at the Centro de Proyección Social Piedecuesta, whose main objective was to conduct processes of assessment and intervention based on cognitive behavioral model. During practice counseling and psychological interventions performed in 17 users with an age range from 5 to 65 years, mean age of 31.4 years and a standard deviation of 18.4 years, among which 41.1% were male and 58.9% female. Of the consultants attended a case was chosen with bipolar affective disorder based on criteria such as compliance consultation and the therapeutic process, the number of sessions attended and full information provided by the consultant.

**KEY WORDS:** Bipolar Disorder, Cognitive-Behavioural Therapy, Mania, Hipomania, Depression, Assesment, Intervention.

## REFERENTE TEÓRICO

Los trastornos mentales y conductuales son considerados como afecciones de importancia clínica que se caracterizan por cambios en el pensamiento, en las emociones o en el comportamiento asociados a angustia personal, alteraciones del funcionamiento o a ambos (WHO, 2001). De igual forma, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) define el trastorno mental como “un síndrome o patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar, a una discapacidad o a un riesgo significativamente aumentado de morir, de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad” (p. 29 APA, 2002). Estos trastornos difieren de costumbres culturales y de situaciones esperadas porque a nivel individual presentan una “disfunción comportamental, psicológica o biológica” (p. 29 APA, 2002).

A nivel mundial, más del 25% de la población padece trastornos mentales y conductuales en algún momento de su vida sin importar su género, condición social, nacionalidad o edad. Los trastornos mentales y conductuales representan un impacto económico sobre las sociedades y familias, ya que dificulta el mejoramiento de la calidad de vida de las personas y su red primaria de apoyo (OMS, 2001). Un estudio realizado por Murray & López (1996) reporta que cinco de cada diez de las principales causas de discapacidad a nivel mundial son condiciones psiquiátricas, incluyendo la depresión, consumo de alcohol, esquizofrenia y trastornos compulsivos. Actualmente un 10% de la población adulta padece uno o más trastornos mentales (WHO, 2001). En adolescentes, uno de cada ocho presenta un trastorno mental y una quinta parte de los adolescentes menores de 18 años puede presentar algún problema de desarrollo, emocional o de conducta. En el caso de los niños con necesidades especiales, la proporción es uno de cada cinco (OMS, 2004).

En el Informe de Salud Mental del año 2001 (WHO, 2001), y en el artículo de Posada-Villa, Aguilar-Gaxiola, Magaña & Gómez (2004) señalan que factores como la pobreza, el género, la edad, los conflictos (políticos, familiares), los desastres naturales y las enfermedades físicas graves son asociadas a la prevalencia, la aparición y la evolución de los trastornos

mentales y conductuales. Igualmente, Berenzon y Juárez (2005) reportan la existencia de una relación inversa entre el nivel socioeconómico y la prevalencia de trastornos, es decir, que la tasa de los trastornos mentales más frecuentes es aproximadamente dos veces mayor entre las personas de escasos recursos que los de mayores recursos económicos. Kohnet al. (2005) consideran que el cambio de la estructura poblacional conlleva a que más personas lleguen a la adultez mayor, lo que aumenta la posibilidad de padecer trastornos mentales característicos de esa etapa de la vida.

En Colombia estudios realizados por Posada-Villa, Aguilar-Gaxiola, Magaña & Gómez (2004) encontraron que 4 de cada 10 colombianos presentan al menos un trastorno mental alguna vez en la vida; es decir que el 40.1% de la población reportó haber tenido en su vida uno o más de los 23 trastornos mentales; el 16.0% de la muestra evidenció trastornos mentales en los últimos doce meses y el 7.4% presentó alguno en los últimos treinta días. Los trastornos con mayor frecuencia reportados alguna vez en la vida fueron los de ansiedad con un 19.3%, seguido por los trastornos del estado de ánimo con un 15.0% y los trastornos por uso de sustancias con un 10.6%. En cuanto a género, reportan que los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad se presentan con frecuencia en mujeres y los trastornos por uso de sustancias son más frecuentes en hombres.

A pesar de la magnitud del problema que se está desarrollando, la salud mental es una de las áreas en las que existen mayor desigualdad en cuanto a disponibilidad y acceso de los servicios (Berenzon & Juarez, 2005). En Colombia una de cada diez personas que padece trastorno mental y sólo una de cada cinco con dos o más trastornos mentales recibieron servicios de cualquier tipo en el último año (Posada-Villa, Aguilar-Gaxiola, Magaña & Gómez, 2004). Generalmente, el primer contacto que tienen las personas con trastornos mentales y de la conducta es con el médico general, sin embargo, su detección, tratamiento y remisión a servicios es insuficiente; en algunos casos se presenta comorbilidad entre los trastornos mentales y físicos que son de importancia clínica y frecuentemente los problemas de salud mental no son detectados, lo que crea problemas en el tratamiento de las condiciones físicas



y retrasa el tratamiento especializado en el área mental (Secretaría de Salud de Medellín, 2012).

Por otra parte, las personas no solicitan ayuda que se encuentra disponible por diferentes razones, entre ellas, el desconocimiento de los beneficios en la atención psiquiátrica y/o psicológica, el estigma o la vergüenza asociados a la presencia de trastornos mentales y la diferencia entre las necesidades de la población y el tipo de ayuda que ofrecen los servicios de salud (Posada-Villa, Aguilar-Gaxiola, Magaña & Gómez, 2004).

De acuerdo a los hallazgos mencionados anteriormente sobre la prevalencia y afectación de los trastornos mentales, uno de los trastornos que más se presenta en la población son los trastornos del estado de ánimo, caracterizados por un “desequilibrio en la reacción emocional o del estado de ánimo que no se debe a ningún otro trastorno físico o mental” (p 3. Baena, Sandoval, Juárez & Villaseñor, 2005,). El Manual Diagnóstico Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV) realiza una clasificación de los trastornos del estado de ánimo dividiéndolos en depresivos o llamados unipolares (trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, depresivo no especificado, ciclotímico), trastornos bipolares (tipo I y tipo II) y trastornos basados en la etiología (trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica y trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias) (APA, 2002). Estos trastornos están compuestos por episodios afectivos (depresivo mayor, episodio maniaco, episodio mixto e hipomaniaco) y de la combinación de uno u otro de estos episodios y el cumplimiento o no de los criterios diagnósticos de los episodios definen los diferentes trastornos del estado de ánimo (Vásquez & Sanz, 1995)

Dentro de los trastornos del estado de ánimo con mayor incidencia a nivel mundial se encuentra el trastorno depresivo mayor caracterizado por uno o más episodios depresivos mayores sin historia de episodios maniacos, mixtos o hipomaniaco (APA, 2002). Es considerado como el cuarto trastorno de salud con mayor carga global de enfermedad y discapacidad, ya que implica el 4,5% del total de años de vida perdidos ajustados con discapacidad (AVAD) y el 12,1% del total de años de vida con discapacidad (Rueda, Díaz & Rueda, 2008). El trastorno depresivo presenta síntomas de importancia clínica y está

asociado con el sexo femenino, escolaridad, intento de suicidio previo, problemas psicosociales y con sintomatología física como problemas de sueño y jaqueca, en algunos casos cefalea diaria y crónica (Rueda, Díaz & Rueda, 2008). Igualmente se ha encontrado en diferentes investigaciones que las personas con trastorno depresivo mayor presentan alteraciones cognitivas a nivel de atención, percepción, velocidad de respuesta cognitiva y resolución de problemas, memoria y aprendizaje (Emilien, Penasse & Waltergny, 2000 citado en Rueda, Díaz & Rueda, 2008).

Dentro de los trastornos del estado de ánimo presentados anteriormente el trastorno bipolar es caracterizado por “la presencia de episodios reiterados en los que el estado de ánimo y los niveles de actividad están profundamente alterados” p.9 (Secretaría de Salud de México, 2009), estas alteraciones consisten en un aumento o disminución del estado de ánimo, vitalidad y actividad, estas alteraciones se presentan con variabilidad en intensidad y duración de los episodios (Secretaría de Salud de México, 2009).

A nivel mundial, el Trastornos Bipolar es considerado como una de las seis causas principales de años vividos con discapacidad (AVAD) (OMS 2004 citado en Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Bipolar, 2009) y se estima una prevalencia de 0.2 a 1.6% (Encuesta Nacional de Psiquiatría, 2003 citado en Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Bipolar, 2009). En el Trastorno Bipolar, la comorbilidad más frecuente es el abuso y dependencia de sustancias, trastornos de ansiedad, trastornos de personalidad y trastornos de conducta alimentaria (APA, 2012; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012).

Existen de dos tipos de trastorno Bipolar, el trastorno Bipolar I que se caracteriza por la aparición de uno o más episodios maníacos o mixtos que están acompañados por episodios depresivos mayores y el Trastorno Bipolar II que presenta uno o más episodios depresivos mayores acompañado por lo menos de un episodio hipomaniaco (APA, 2012; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012).

La fase maniaca es caracterizada por el predominio de la euforia y /o irritabilidad, disminución en las horas de sueño, autoestima exagerada, desinhibición, impulsividad, búsqueda de situaciones riesgosas, inquietud o agitación. En situaciones graves la persona puede presentar síntomas psicóticos como delirios o alucinaciones, y como consecuencia produce alteraciones en la vida cotidiana que en ocasiones requiere hospitalización. Cabe señalar que dentro del trastorno Bipolar se puede desarrollar la fase hipomaniaca, la cual presenta síntomas similares al cuadro de manía, sin embargo “no se alcanza el grado de repercusión funcional y nunca se asocia a sintomatología psicótica” p.22 (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012).

En las fases depresiva, “se caracterizan por la tristeza patológica y la pérdida de interés y capacidad para obtener placer” p.22. A nivel cognitivo “el pensamiento se vuelve lento, monótono, con una disminución general de las ideas y proyectos, siempre con un tono pesimista y desagradable” p.22. En algunas ocasiones la persona puede presentar depresión psicótica, manifestándose en delirios y alucinaciones relacionados con su estado de ánimo. Durante las fases depresivas el sujeto puede experimentar alteraciones de sueño (insomnio o hipersomnia), fatiga, pérdida de apetito, entre otros (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012).

En algunas situaciones el sujeto puede manifestar la combinación de los síntomas maníacos y depresivos llamados episodios mixtos donde la persona presenta hiperactividad, irritabilidad, inquietud, insomnio, bajo ánimo, ideas de culpa y tendencias al llanto. Con la aparición de estos episodios se hace complicado el manejo clínico ya que se dificulta su diagnóstico y aumenta la frecuencia del riesgo suicida (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012). En el trastorno bipolar existen periodos en el que el estado de ánimo se va normalizando tras una crisis depresiva, maniaca o hipomaniaca, esta fase se denomina eutímica. Sin embargo, es una fase de mayor riesgo ya que la persona se siente “curada” y suspende los tratamiento, corriendo el riesgo de presentar una nueva crisis, por lo que el sujeto y su red primaria de apoyo deben estar atentos a los síntomas que anuncien una nueva crisis (Colom &Vieta, 2004).

Según un estudio realizado por el Global Burden of Disease en el año 2000 el trastorno Bipolar era la sexta causa médica de discapacidad (Ustun, Ayuso-Mateos, Chatterji, Mathers, Murray, 2004). Becoña & Lorenzo (2001) consideran el trastorno bipolar como grave, recurrente e incapacita el desempeño de actividades diarias, en el caso de las personas que presentan trastorno bipolar I pueden sufrir de 8 a 12 episodios en su vida. Adicionalmente el trastorno bipolar genera en las personas que lo padecen problemas de adaptación a la vida cotidiana como el conflicto de pareja, familiares, amigos y desempleo (González, Echeburúa & González-Pinto, 2003). La recurrencia está asociada a variables como abuso de alcohol o droga, vivencias negativas, historia de episodios previos o conflictos en las relaciones familiares (Lam & Wong, 2007).

Si bien, el Trastorno Bipolar es una enfermedad crónica y recurrente, depende su mejoría del tratamiento que se le brinde al sujeto y su adherencia. Actualmente existen diferentes tipos de tratamientos que permite controlar las crisis, los síntomas de los episodios y mejorar el funcionamiento psicosocial del sujeto. Entre los tratamientos se encuentra el farmacológico, la psicoterapia y en casos extremos el tratamiento con electro shock (Becoña & Lorenzo, 2001; Colom & Vieta, 2004; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012). El tratamiento Farmacológico básicamente disminuye la frecuencia, intensidad y recaídas de las fases eufóricas y depresivas del trastorno bipolar. Entre los fármacos utilizados se encuentra el Litio que permite reforzar su mecanismo regulador del estado de ánimo, la utilización del Litio debe ser controlada por el psiquiatra ya que en dosis altas puede ser tóxico, por lo que la persona debe realizarse análisis de laboratorio periódicos para monitorear la concentración del Litio en la sangre (Colom & Vieta, 2004). También existen otros medicamentos como los antipsicóticos (Olanzapina, Ziprasidona y Quetiapina), los antidepresivos (Bupropión, el ADT o los IRS) y los ansiolíticos como las benzodiazepinas (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012).

Los tratamientos psicológicos o las intervenciones psicosociales se consideran imprescindibles para el mejoramiento de la calidad de vida del paciente con Trastorno Bipolar. Las distintas intervenciones se enfocan

básicamente en incrementar la adherencia al régimen de medicación, disminuir las hospitalizaciones, las recaídas y mejorar la calidad de vida del sujeto. Dentro de los componentes importantes para el desarrollo del tratamiento psicológico se encuentra la psicoeducación, terapia de familia y la terapia individual cognitiva-conductual (Craighead, Miklowitz, Vajk & Frank, 1998; González, Artal, Gómez, Caballero, Mayoral, Moreno, Álvarez-Jiménez, Gook; Villacorta, Higuera, Vázquez-Barquero, 2012).

La psicoeducación consiste en proporcionarle tanto al paciente como a la familia información básica sobre el Trastorno Bipolar y habilidades para identificar las señales tempranas de alarma de una crisis (depresiva, maniaca o hipomaniaca); de igual forma, la psicoeducación brinda herramientas para afrontar acontecimientos estresantes de la vida cotidiana, la creación de estilos de vida saludables y la promoción de adherencia a la medicación, todo lo anterior con el propósito de evitar la ocurrencia de un nuevo episodio (Gómez et al., 2012). Así mismo, en revisiones realizadas por Gómez et al., 2012 han encontrado que la psicoeducación combinada con psicofármacos es más eficaz que el uso de placebo con psicofármacos si se administra una vez que un episodio ha finalizado.

La Terapia familiar tiene como objetivo la disminución de la emoción expresada e incrementar el apoyo positivo que la familia aporta, este tipo de terapia es aplicada durante el periodo de estabilidad del paciente (González et al., 2012), y contribuye a la disminución de recaídas en los pacientes con Trastorno Bipolar. En revisiones realizadas por Miklowitz (2010) ha encontrado que la Terapia Familiar combinada con Tratamiento Farmacológico presenta mayor eficacia que el tratamiento Farmacológico (González et al., 2012).

En el caso del tratamiento de pacientes con Trastorno Bipolar, la Terapia Cognitivo Conductual individual parte de la premisa de que las personas que presentan Trastorno Bipolar son “vulnerables a episodios depresivos debido en parte a un prejuicio en su sistema de procesamiento de la información que hace que malinterpreten sucesos en una dirección negativa” p.92 ( Reiser & Thompson, 2006). Desde el modelo cognitivo considera que las intervenciones que propicien cambios en el pensamiento o en el comportamiento de la

persona tiene un efecto mutuo en los sentimientos. De la misma forma, el tratamiento cognitivo conductual interviene en los pensamientos hipomaniacos, los cuales se basan “en ideas distorsionadas de grandeza que subestiman el riesgo y búsqueda de placer, y sobrestiman las recompensas potenciales positivas” (p.92). Por lo tanto, la Terapia Cognitivo Conductual ayuda al paciente a cuestionar sus acciones riesgosas e impulsivas, al igual que las ideas distorsionando, disminuyendo el comportamiento riesgoso e impulsivo y la posibilidad de generar un grave daño ( Reiser & Thompson, 2006).

Dentro de los objetivos de la Terapia Cognitivo Conductual se encuentran la adherencia al tratamiento farmacológico, la adquisición de habilidades y herramientas que reduzcan los problemas que son consecuencia del Trastorno Bipolar (Becoña & Lorenzo, 2001). Dentro de los elementos utilizados en la Terapia Cognitiva Conductual como la psicoeducación, técnicas de modificación cognitiva (reestructuración cognitiva), estrategias de resolución de problemas, planificación de actividades agradables, entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento al paciente técnicas de respiración, relajación progresiva o visualización e higiene del sueño (Colom & Vieta, 2004; González et al., 2012).

En cuanto a la eficacia de la técnica, estudios revisados por González et al. (2012) han encontrado que la Terapia Cognitiva Conductual combinada con psicofármacos es más eficaz que únicamente los psicofármacos, incluso su eficacia aumenta si el paciente presenta un su historial menos de 12 episodios maniacos o depresivos previos. De igual manera, en un estudio realizado por González, Echeburúa& González-Pinto (2003) sobre la eficacia de la terapia farmacológica combinada con la terapia cognitivo conductual (grupo experimental) y comparada con la terapia farmacológica (grupo control) se evidenció que un 80% de los pacientes del grupo experimental y un 70% de los pacientes del grupo control experimentaron una mejoría significativa entre los dos grupos, pero en la evolución intragrupal, en el seguimiento de los 6 meses presentaron una mejoría el grupo experimental en asertividad y en calidad de vida global, mientras que el grupo control no se dio. Igualmente en un estudio realizado con asignación aleatoria con más de 100 pacientes Lam, Watkins, Hayward, Bright, Wringht, Kerret al. (2003) citado en Reidser & Thompson

(2006) hallaron que el tratamiento cognitivo conductual especializado que tenga la supervisión de señales tempranas, diseño de estrategias de afrontamiento y el fomento de la estabilidad del ritmo social, aumentaban los episodios bipolares menores, disminuyendo el número de días de los episodios bipolares y las hospitalizaciones durante el año que duró el estudio.

## METODO

### Población

La práctica de especialización en Psicología Clínica se desarrolló en el Centro de Proyecto Social del Municipio de Piedecuesta con una población total atendida de 17 usuarios con una media de edad de 31.4 años y una desviación estándar de 18.4 años. La población cumplió criterios como: haber firmado el consentimiento Informado, el diligenciamiento de la historia clínica y la asistencia al menos una cita programada.

### Muestra

De los 17 usuarios se seleccionó un consultante para el desarrollo del estudio de caso. Teniendo en cuenta los siguientes criterios: cumplimiento de las consultas y el proceso terapéutico, el número de sesiones asistidas y la información completa proporcionada por el consultante.

### Instrumentos

Para el desarrollo del proceso se utilizaron los siguientes instrumentos:

- a. Consentimiento Informado: Documento que permite al usuario conocer aspectos como la confidencialidad, los beneficios y compromisos que tiene el consultante al aceptar la asesoría psicológica
- b. Historia Clínica: Documento que recolecta información socio demográfica, motivo de consulta, conductas problema, historia personal y familiar (Véase Anexo 1).
- c. Inventario de Depresión de Beck versión II (IDB-II): Instrumento de autoinforme diseñado para evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva. Está constituido por 21 ítems y se aplica de manera colectiva o individual en adultos o adolescentes. Los niveles de severidad de depresión se obtienen a través de la sumatoria de los 21 ítems: (0-13) Depresión leve, (14-19) Depresión leve, (20-28) Depresión moderada, ( $\geq$  29 Depresión grave). El IDB- II presenta un nivel de consistencia interna



más elevado que la primera versión, con un coeficiente alfa de 0.89 (Sanz, Perdigón, & Vázquez, 2003; Sanz, Navarro y Vázquez, 2003)(véase Anexo 2).

- d. Evaluación Mental Abreviado (EMA): Cuestionario que permite detectar deterioro cognitivo; consta de 11 pregunta simples y cortas que permiten evaluar 5 funciones cognitivas como: orientación, retención, atención, cálculo, memoria y lenguaje. El tiempo de aplicación es de 5 a 10 minutos según el entrenamiento de la persona que lo efectúa. El total de ítems suman 30 puntos, un puntaje menor de 24 sugiere demencia, entre 23 y 21 puntos una demencia leve, entre 20 y 11 puntos una demencia moderada y menor de 10 puntos una demencia severa (Ardila & Ostrosky, 2012). (Véase Anexo 3)
  
- e. Inventario de Ansiedad Rasgo- Estado (IDARE): Es un inventario autoevaluativo que permite evaluar la ansiedad como estado (condición emocional transitoria) y la ansiedad como rasgo (propensión ansiosa relativamente estable). Contiene 20 ítems. El IDARE presenta 10 ítems positivos de ansiedad y 10 ítems negativos. En la escala rasgo contiene 13 ítems positivos y 7 negativos. La forma de respuesta va de 0 a 4 en ambas subescalas. En el caso de la escala de estado la persona debe responder cómo se siente en el momento actual en relación a los ítems formulados y en cuanto a la escala rasgo de ansiedad la persona debe responder cómo se siente generalmente en relación a los ítems (González, 2007).En cuanto a validez y confiabilidad investigaciones realizadas en países Latinoamericano (Argentina, Ecuador y Perú) se encontraron altos coeficientes de alpha de Cronbach (mayores a 0.83 en las escalas de ansiedad- rasgo y ansiedad estado y en México puntajes mayores a 0.75 para ansiedad-rasgo y 0.81 para ansiedad-estado)(Arias-Galicia, 1990).(Véase Anexo 4).

## Procedimiento

La práctica de la especialización en psicología estaba dividida en dos partes Evaluación e intervención. La primera parte consistió en la aplicación de

instrumentos psicotécnicos y la entrevista para el desarrollo del proceso terapéutico o de asesoría de los consultantes atendidos. La segunda parte consistía en el desarrollo de los casos basándose en la información presentada por los consultantes y la revisión de literatura. Cabe aclarar que durante el desarrollo de las asesorías se realizaron estas dos partes en conjunto.

A continuación se presenta procedimiento del caso escogido:

- a. Apertura de Historia Clínica: La consultante llegó a la institución remitida por psiquiatría. Se realizó el contacto con el usuario, se indagó el motivo de consulta, los datos sociodemográficos y los antecedentes personales y familiares.
- b. Evaluación clínica: Se evaluaron las características del caso para seleccionar los instrumentos de evaluación (BDI-II, EMA, e IDARE). Luego se realizó la aplicación de los instrumentos y su análisis de los resultados para luego construir un plan de intervención clínica para el consultante.
- c. Análisis de los resultados de la evaluación: Se procedió a realizar la calificación de las pruebas y a partir de los resultados y la información aportada mediante la entrevista se realizó la siguiente fase.
- d. Intervención clínica: De acuerdo con la evaluación clínica, la revisión de literatura relacionada con técnicas de intervención del Trastorno Bipolar y las problemáticas que presentaba la consultante, se diseñó la intervención con enfoque cognitivo-conductual que básicamente integraba elementos de psicoeducación (Anexo 5), modificación cognitiva, técnicas de relajación (Anexo 6) y planificación de actividades agradables.
- e. Seguimiento: Se monitoreaba el estado emocional de la consultante durante la semana con un autoinforme y la aplicación de la escala IDB-II (ver Anexo 2).

- f. Cierre del caso: Se hizo un seguimiento pos intervención a la consultante, la cual refirió durante los meses diciembre y enero no haber reportado ninguna sintomatología respecto a su problemática. Aún no se ha realizado el cierre de caso debido a que la consultante no ha podido asistir a las citas programadas por motivos de trabajo y personales.

## RESULTADOS

### POBLACION ATENDIDA

La población atendida durante el semestre de practica fue en total de 17 pacientes con un rango de edad entre los 5 y 65 años, una media de edad de 31.4 años y una desviación típica de 18.4 años. El 41.1% fueron hombres y el 58.9 % mujeres.

En la Tabla 1 se observa que el estado civil de la población atendida con mayor prevalencia era el soltero (41.17%), seguido con un porcentaje de 23.52% en los estados civiles unión libre y separado; y por último, un 11.76% de consultantes eran casados.

Tabla1. Distribución de la población atendida según el estado civil.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
<b>Soltero</b>	7	41.17%
<b>Casado</b>	2	11.76%
<b>Separado</b>	4	23.52 %
<b>Unión libre</b>	4	23.52%
<b>Total</b>	17	100%

En cuanto a nivel socio económico se observa en la Tabla 2 que el estrato 3 presenta el mayor porcentaje de consultantes con un 41.17%, seguido del estrato 2 con un 21.47%, luego estrato 4 con un 17.64%; y por último, los consultantes del estrato 1 con un 11.76%.

Tabla 2. Distribución de la población atendida según el nivel socioeconómico de los consultantes

<b>Estrato socio económico</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>1</b>	2	11.76%
<b>2</b>	5	29.41%
<b>3</b>	7	41.17%
<b>4</b>	3	17.64%
<b>Total</b>	17	100%

A nivel de escolaridad, en la Tabla 3 se observa que el 29.42% de las personas atendidas realizaron estudios técnicos, un 23.52% corresponden a bachilleres, seguido de un 17.64% de personas que realizaron octavo de bachillerato; y por último, con un promedio de 5.88% se encuentran los grados quinto, cuarto, tercero de primaria y jardín.

Tabla 3. Distribución de la población atendida según el nivel de escolaridad de los consultantes.

<b>Escolaridad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Jardín</b>	1	5.88%
<b>Tercero de primaria</b>	1	5.88%
<b>Cuarto de primaria</b>	1	5.88%
<b>Quinto de primaria</b>	1	5.88%
<b>Octavo de primaria</b>	3	17.64%
<b>Bachillerato</b>	4	23.52%
<b>Técnico</b>	5	29.41%
<b>Licenciatura</b>	1	5.88%
<b>Total</b>	17	100%

Un 88.23% de los consultantes asistieron por cuenta propia y un 11.76% remitidos por instituciones educativas del municipio de Piedecuesta. Con un promedio de 3.8 sesiones. (Véase Gráfico 1.)



Gráfica 1. Porcentaje de consultantes que asistieron por cuenta propia o por remisión

Durante el semestre de práctica se realizó un total de 100 horas, de las cuales 66% se realizó intervención y el 34% de la población no asistió a las citas programadas (Véase Gráfico 2).



Gráfica 2. Porcentaje de horas de inasistencia y asistencia de los consultantes

El motivo de consulta de niños que mayor prevalencia presentó fue dificultades de comportamiento (23.52%), seguido de bajo rendimiento académico (17.64%), con un porcentaje igual se encuentran los relacionados con bajo estado de ánimo e infidelidad (11.76%); y por último, se encuentran los relacionados con el temor al contexto escolar, temor ante situaciones de la

vida cotidiana, descarga emocional, manejo de estrés, dificultades para mantener relaciones de amistad y mejoramiento del estilo de vida (5.88%).

Tabla 4. Motivos de consulta de los consultantes.

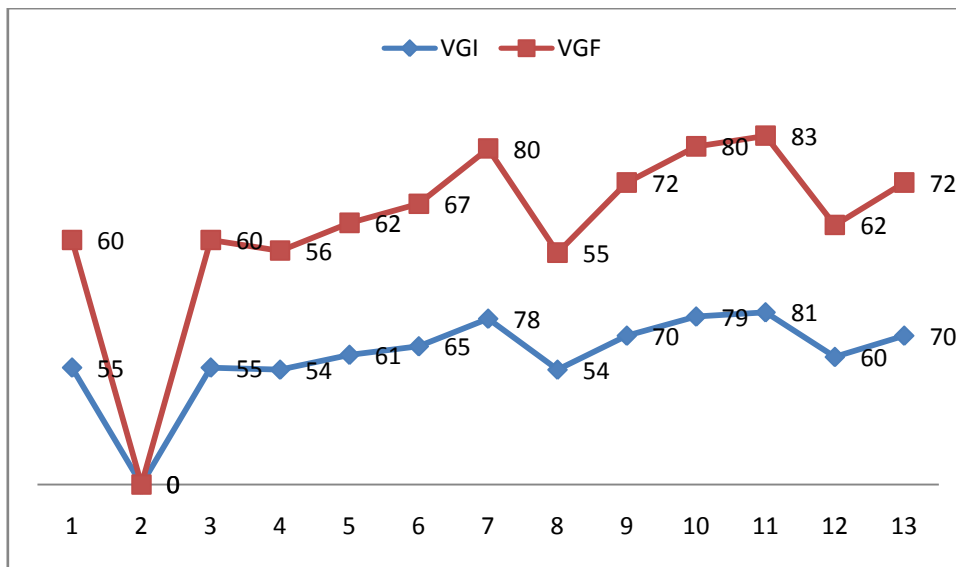
Motivos de Consulta	Frecuencia	Porcentaje
Bajo rendimiento académico	3	17.64%
Temor al contexto escolar	1	5.88%
Estado de ánimo	2	11.76%
Infidelidad	2	11.76%
Dificultades de comportamiento	4	23.52%
Temor ante situaciones de la vida cotidiana	1	5.88%
Descarga emocional	1	5.88%
Manejo del estrés	1	5.88%
Dificultades para mantener relaciones de amistad	1	5.88%
Mejoramiento del estilo de vida	1	5.88%
Total	17	100%

## MUESTRA

De los consultantes tratados se seleccionó uno, que cuenta con la siguiente descripción clínica:

C es una mujer de 37 años, de profesión independiente, madre de una adolescente de 17 años y un niño de 13 años. Vive hace 15 años en unión libre. En mayo del 2011 fue diagnosticada de trastorno afectivo bipolar con episodio hipomaniaco presente, se encuentra bajo tratamiento farmacológico con carbamazepina tableta 200mg, Haloperidol solución Oral 2mg/mL (0.2%) y Litio Carbonato 300mg. Expresa excesiva preocupación por deudas económicas, por lo que otras personas pueden decir de ella y por lo que puede suceder en el futuro. Manifiesta dificultades para memorizar y recordar actividades rutinarias. Reporta dificultar para conciliar el sueño. Presenta buen apetito, come de manera balanceada y camina de dos a tres veces por semana

a petición del psiquiatra. Manifiesta ansiedad al encontrarse sola en casa y salir de la casa para realizar diligencias personales o de la casa.



Gráfica 3. Evaluación de la actividad Global

En la Gráfica 3, se observa la Evaluación Global realizada durante las sesiones con C, que la consultante faltó a una sola sesión y en las demás se pudo encontrar que había un mejoramiento en la valoración de la actividad global final comparado con la valoración de la actividad inicial.

Sin embargo, se puede observar que C presenta durante algunas sesiones disminución en el puntaje de la Evaluación de la Actividad Global manifestando sentimientos de tristeza, inutilidad y “nerviosismo”, estas variaciones en el estado ánimo pueden deberse a las etapas de las fases emocionales que manifiesta el Trastorno Bipolar.

Tabla 5. Valoración multiaxial al final del proceso terapéutico

Valoración multiaxial	C
<b>Eje I</b>	Eje I: F.310 Trastorno afectivo Bipolar con episodio Hipomaniaco presente [296.7] con crisis de angustia
<b>Eje II</b>	Eje II: Ninguno
<b>Eje III</b>	Eje III: Dislipidemia (en proceso)

<b>Eje IV</b>	Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo, trabajo estresante, cambio de vivienda
<b>Eje V</b>	Eje V: EEAG 70

A través del proceso realizado con C se realizó la valoración multiaxial final mostrada en la Tabla 5. En la cual se observa que C cumple con los criterios del DSM- IV del Trastorno Afectivo Bipolar con episodio Hipomaniaco presente, los cuales son los siguientes:

- A. Actualmente (o el más reciente) es un episodio hipomaniaco
- B. Previamente se ha presentado al menos un episodio maníaco o un episodio mixto.
- C. Los síntomas afectivos provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Los episodios afectivos en los Criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

Igualmente C presenta seis criterios de los 10 establecidos para el diagnóstico de crisis de angustia (panic attack)

1. Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca.
2. Sudoración
3. Temblores o sacudidas
4. Sensación de ahogo o falta de aliento
5. Miedo a perder el control o volverse loco
6. Parentesias (sensación de entumecimiento u hormiguelo)



A nivel físico, C presenta dislipidemia que actualmente se encuentra bajo asesoría de profesional de nutrición y presenta problemas relativos al grupo primario de apoyo, trabajo estresante y cambio de vivienda.

### INSTRUMENTOS

<b>Inventario de Depresión de Beck segunda versión (IDB-II)</b>	El BDI- II ha sido aplicado durante 8 sesiones como una forma de monitorear el estado de ánimo del paciente. La paciente ha tenido puntajes de 26 lo que corresponde a una posible depresión moderada, hasta un puntaje total de 7 lo que correspondería a una ausencia de depresión o depresión leve.
<b>Minimental</b>	<p>La paciente reporta que presenta dificultades para recordar claves de las tarjetas, pedidos de los clientes y la forma de realizar el almuerzo, por esta razón se aplicó el Examen Mental (minimental).</p> <p>Se observó que la paciente estaba tranquila, contestó las preguntas con facilidad, a pesar de que el dibujo de copia era pequeño y a diferencia de los otros ítems se demoró en realizarlo, pero cumplió con criterios que exige el examen, obteniendo una puntuación de 30/30.</p> <p>A partir del resultado anterior se descarta una deficiencia cognitiva, por lo tanto, es posible que las dificultades de memoria reportadas se deban a un bloqueo emocional posiblemente producido por las crisis de angustia que manifiesta la paciente.</p>
	La paciente reporta en la escala de Ansiedad Estado un total de 51 puntos, lo que indica que se

<b>Inventario de ansiedad rasgo-estado</b>	encuentra en un nivel de ansiedad media. De la misma forma en la escala Ansiedad Rasgo tiene una puntuación de 51 que corresponde a un Nivel de Ansiedad Media.
--	---

## DISCUSIÓN

A nivel mundial existe una alta prevalencia de trastornos mentales en la población, presentando graves repercusiones económicas y sociales en las naciones y particularmente en la familia del individuo. Dentro de las problemáticas que afectan la incidencia del trastorno se encuentra la violencia, el desplazamiento, la pobreza, el consumo de drogas y el envejecimiento (Posada-Villa, Aguilar-Gaxiola, Magaña & Gómez ,2004; OMS, 2004). Debido a que los trastornos mentales se han vuelto una problemática de salud pública, entidades gubernamentales y organizaciones sin ánimo de lucro han creado políticas de prevención y tratamiento para la disminución de los trastornos mentales en la población. De igual forma, se han realizado investigaciones para conocer la incidencia de los trastornos en la población colombiana (Posada-Villa, Aguilar-Gaxiola, Magaña & Gómez ,2004; Secretaría de Salud de Medellín, 2012).

El Centro de Proyección Social (CPS) en convenio con la Universidad Pontificia Bolivariana es un espacio que ofrece servicios de atención a personas que han tenido dificultades para acceder a ellas, a través de programas de prevención e intervención para el mejoramiento de la calidad de vida y salud mental de los consultantes. Dentro de los servicios ofrecidos en el CPS, se encuentran las asesorías psicológicas dirigidas a consultantes de diferentes edades, nivel de escolaridad y nivel socioeconómico. En la asesoría psicológica se realiza la evaluación, que desde el modelo cognitivo conductual es considerada como un elemento fundamental para la estructuración del caso, ya que permite a través de instrumentos como la entrevista, la observación, la aplicación de pruebas psicométricas, la confirmación o no de hipótesis que se plantea el terapeuta y permite “entender mejor al individuo, de modo que se pueda tomar una

decisión más informada o se elija el curso de la acción más deseable” (Trull&Phares, 2003. p. 11). Al tener un conjunto de información del consultante, es importante la construcción de la historia de vida a través de una formulación del caso, que según Eell (1997,citado en NezuNezu,2006) es considerada como “un conjunto de hipótesis, delineadas por una teoría de la personalidad u orientación de psicoterapia particulares respecto de las variables que operan como causas, detonadores o factores que mantienen los problemas emocionales, psicológicos, interpersonales y conductuales del individuo” (p. 13). Teniendo en cuenta los aspectos mencionados anteriormente, en el caso de la paciente C dentro de su historia de vida se encontraron factores psicosociales y familiares que fueron detonantes para el desarrollo del Trastorno Bipolar, como el fallecimiento de miembros cercanos de su familia y los problemas maritales.

La formulación de caso permite al terapeuta tener una visión más amplia de la problemática del consultante y puede proceder a la construcción de un plan de tratamiento adaptado a las características y circunstancias del paciente, y aunque presente un trastorno o una problemática que muchas otras personas puedan tenerlo, las características de historia de vida y ambientales hacen que cada paciente sea un caso único (Nezu, Magut-Nezu & Lombardo, 2006).Con referencia a los casos atendidos, a pesar de que la mayoría de los motivos de consulta eran por dificultades de comportamiento y bajo rendimiento académico, los casos diferían entre sí.

Con respecto al caso de la paciente con Trastorno Afectivo Bipolar, teniendo en cuenta que se encontraba bajo tratamiento farmacológico se implementó un plan de intervención bajo el enfoque cognitivo conductual, ya que según la literatura los tratamientos cognitivos conductuales aumentan la adherencia al tratamiento, disminuyen las tasas de recaídas y mejoran la calidad de vida del paciente permitiendo desarrollar habilidades y estrategias para enfrentarse ante ambientes estresores (Craihead & Milkowitz, 2000 citado en González, Echeburúa & González-Pinto, 2003). Dentro de lo descrito anteriormente, los objetivos de la intervención estaban encaminados a la

adherencia al tratamiento farmacológico y psicosocial, el incremento de actividades y la resolución de problemas.

Uno de los aspectos importantes dentro del plan de intervención es la psicoeducación del paciente y su familia porque permite brindarles información sobre el Trastorno Bipolar y las herramientas para la identificación de señales tempranas de alarma, contribuyendo a que el paciente pueda tener conciencia de la enfermedad y aumente su adherencia a la medicación (González et al, 2012).

Según Reiser& Thompson (2006) las personas que presentan Trastorno Bipolar son “vulnerables a episodios depresivos debido en parte a un prejuicio en su sistema de procesamiento de la información que hace que malinterpreten sucesos en una dirección negativa” (p.92).Teniendo en cuenta lo anterior se utilizaron técnicas de modificación cognitiva para propiciar cambio en el pensamiento y comportamiento de la persona,teniendo un efecto sobre los sentimientos. De igual forma, se realizó un entrenamiento en técnicas de respiración y relajación conductual para enfrentar situaciones estresantes o posibles brotes de manía (Vieta& Pascual, 2004), entrenamiento en resolución de problemas (Nezu-Nezu, 2006) y planificación de actividades agradables, entre ellos la realización de actividades para el manejo del ocio y caminatas diarias (Martell, Dimidjian& Herman-Dunn, 2010).

La práctica clínica de la especialización fue una experiencia enriquecedora a nivel personal y profesional porque permitió aplicar los conocimientos teóricos adquiridos durante los dos semestres y adquirir habilidades fundamentales para la práctica clínica como la aplicación de pruebas, la entrevista y la observación. Una de las ventajas del espacio de práctica fue la recepción de diferentes personas, lo cual permitió trabajar con diferentes poblaciones y problemáticas, facilitando la adquisición de experiencia en el manejo de problemáticas que se presentan en diferentes ciclos vitales como infantil, adolescente y adulta. Además el trabajo terapéutico individual, en pareja o en familia.

De igual forma, la práctica es un espacio que incentiva el interés en investigar información relacionada con las problemáticas que se presentan, para tener una mejor comprensión de ellas y llevar a cabo un desarrollo adecuado de la intervención, lo que permite la adquisición de conocimientos para el trabajo con personas que presenten problemáticas similares.

## CONCLUSIONES

La práctica de especialización es un espacio que permite combinar la teoría con la práctica donde de manera bidireccional hay beneficios. Por un lado, el profesional en formación brinda un servicio de salud procurando el mejoramiento de la salud mental de las personas que acuden. Y por otro lado el conocimiento adquirido al entrar en contacto con el consultante incrementa el conocimiento, contextualización y búsqueda de la eficacia terapéutica.

La exposición a diferentes pacientes y casos exige profundizar en las temáticas, problemáticas, trastornos y condiciones humanas para mejorar las habilidades clínicas y profesionales como psicólogos clínicos.

En el desarrollo de la práctica se crearon espacios que permitían el intercambio de experiencias y conocimiento entre el asesor y el psicólogo en formación a través de los estudios de caso y de información relacionada con problemáticas actuales.

Finalmente, con respecto al tratamiento de la paciente se observó un cambio positivo en las conductas problemas de la consultante, permitiendo el fortalecimiento de la adherencia al tratamiento farmacológico, la interacción con otras personas diferentes a su núcleo familiar y el desarrollo de actividades laborales y personales que impliquen desplazarse fuera de su hogar.

## RECOMENDACIÓN

Teniendo en cuenta que la mayoría de usuarios atendidos son personas de bajos recursos y se les facilita el desplazamiento hacia el Centro de Proyección Social se recomienda la compra de instrumentos psicométricos (inteligencia, personalidad, problemas de aprendizaje, vocacional) para la realización del proceso de evaluación de los usuarios.

Como la mayor parte de los consultantes atendidos son niños, se sugiere la implementación de material (juguetes, juegos didácticos) que permitan facilitar el establecimiento del rapport con los menores.

Cabe resaltar que se considera importante para próximas prácticas la realización de una inducción para el manejo de las historias clínicas de los pacientes, ya que permite uniformidad y la minimización de errores.

De igual forma, es recomendable la modificación de la historia clínica en cuanto a datos sociodemográficos ya que no aparece información que exige la Resolución 1995 de 1999 que establece las normas para el manejo de la Historia Clínica.

Se sugiere el diseño de un formato de remisión y el diseño de una historia clínica para parejas ya que se presenta dificultades para la consignación de la información con el formato actual.

Es recomendable el cambio de ubicación de los muebles de algunos consultorios para minimizar riesgos que pueda sufrir el psicólogo si el paciente se vuelve violento.

Por último, a nivel de práctica se sugiere que se incrementen las horas de asesoría individual y grupal para abarcar mayor información relacionada con entrenamiento en técnicas, entrevistas y psicopatología.

## REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2002). Manual Estadístico y Diagnóstico de los Trastornos Mentales. Trastornos del estado de ánimo (pp.223) Barcelona: Masson
- Ardila, A. & Ostrosky, F. (2012). *Guía para el diagnóstico neuropsicológico*. Disponible en: [http://www.coedu.usf.edu/zalaquett/hab/Ardila%20\\_Ostrosk\\_Guia\\_para\\_el\\_Diagnostico\\_Neuropsicologico.pdf](http://www.coedu.usf.edu/zalaquett/hab/Ardila%20_Ostrosk_Guia_para_el_Diagnostico_Neuropsicologico.pdf)
- Arias-Galicia, L.F. (1990) Investigaciones sobre el IDARE en cuatro países latinoamericanos: Argentina, Ecuador, México y Perú. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 3. 49-85.
- Baena, A., Sandoval, M, A., Urbina, C, C., Juárez, N. H & Villaseñor, S.J. (2005). Los trastornos del estado de ánimo. *Revista Digital Universitaria*, 6 (11), 2-14.
- Becoña, E. & Lorenzo, M.C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno bipolar. *Psicothema*, 13, 511-522.
- Berenzon, S. & Juárez, F. (2005). Atención de pacientes pobres con trastornos afectivos de la ciudad de México. *Revista Saúde Pública*, 39(4), 619-626.
- Colom, F. & Vieta, E. (2004). *Manual de Psicoeducación para el Trastorno Bipolar*. Barcelona: Ars Médica.
- Craighead, W.W., Miklowitz, D.J., Vajk, F.C. y Frank, E. (1998). Psychosocial treatments for bipolar disorder. En P.E. Nathan y J.M. Gorman(Eds.), *A guide to treatments that work* (pp. 240-248). Nueva York: Oxford University Press.
- Emilien, G., Penasse, C & Waltregny, A. (2000). Deterioro cognitivo en los trastornos depresivos. Evaluación neuropsicológica de la memoria y trastornos conductuales. *Revista de Toxicomanías*, 3, 3-19.
- González, S., Artal, J., Gómez, E., Caballero, P., Mayoral, J., Moreno, T., Álvarez-Jiménez, M., Gook, S., Villacorta, M. C., Higuera, A &

Vázquez-Barquero, J. L. (2012). Intervención temprana en trastorno Bipolar: el programa Jano del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40(2), 51-56.

González, A., Echeburúa, E & González-Pinto, A. (2003). Diseño y evaluación de un programa de intervención psicológica para pacientes con trastorno bipolar refractarios al tratamiento: un estudio- Piloto. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29 (127), 649-671.

González, F. M. (2003). *Instrumentos de evaluación psicológica*. La Habana: Ciencias Médicas

Kohn, R., Levav, I., Caldas, J.M., Vicente, B., Andrade, L., Caraveo, J. J., Saxena, S & Saraceno, B. (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública. Journal Public Health*, 18, (4/5), 229- 240.

Lam, D,H & Wong,G. (1997). Prodromes, coping strategies, insight and social functioning in bipolar affective disorders.*Psicological Medicina*,27, 1091-1100.

Martell, C., Dimidjian, S. & Herman-Dunn, R.(2010). Behavioral Activation for Depression. A clinician's guide. New York: The Guilford Press.

Miklowitz,D. J. (2010). Tratamiento coadyuvante para el Trastorno Bipolar: Actualización de las Evidencias. *Revista de Toxicomanías*, 59, 3-17.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012). *Guía Práctica Clínica sobre el Trastorno Bipolar: Versión resumida*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Nezu, A. M., Magut- Nezu, C & Lombardo, E. (2006). Formulación de casos y diseños de tratamientos Cognitivos- Conductuales: Un enfoque Basado en problemas. México: Manual Moderno.

Organización Mundial de la Salud. (2004). *Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones políticas*. Recuperado



de:[http://www.who.int/mental\\_health/evidence/Prevention\\_of\\_mental\\_disorders\\_spanish\\_version .pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf)

- Trull, T. J & Phares, E. J. (2003). *Psicología Clínica: Conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión*. Tomson: México.
- Murray, J.L & López, A.D. (1996). *La carga global de la enfermedad: una evaluación integral de la mortalidad y discapacidad de las enfermedades, lesiones y factores de riesgo en 1990 proyectado al 2020*. Ginebra, Banco Mundial, Organización Mundial de la Salud y Escuela Harvard de Salud Pública.
- Posada-Villa, J.A., Aguilar-Gaxiola. S. A., Magaña. C. G & Gomez, L. C. (2004). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados preliminares del Estudio Nacional de Salud Mental. Colombia, 2003. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 23(3), 241-262. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v33n3/v33n3a02.pdf>.
- Reiser, R. P & Thompson, L. W. (2006) *Trastorno Bipolar*. México, D.F.: Manual Moderno
- Rueda, M., Díaz, L.A & Rueda, G.E. (2008). Prevalencia del trastorno depresivo mayor y factores asociados: un estudio poblacional en Bucaramanga (Colombia). *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37 (2), 159-168.
- Sanz, J., Navarro, M.E. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del inventario para la depresión de Beck-II (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29, 239-288.
- Sanz, J., Perdigón, A.L & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck- II (BDI-II): 2 propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14 (3), 249-280.

Secretaría de Salud de México. (2009). Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Bipolar Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud: México, D.F.

Secretaría de Salud de Medellín. (2012). Primer estudio poblacional de la ciudad de Medellín, 2011- 2012. Recuperado de: <http://www.onsm.gov.co/images/stories/estudios/Estudio%20Salud%20Mental%20Medellin%202011.pdf>.

Stromgren, L.S. (1977). The influence of depression on memory. *Acta Psychaitric Scandinavica*, 56,109-28.

Ustun, T.B., Ayuso-Mateos, J.L., Chatterji, S., Mathers, C & Murray, C.J. (2004).Global burden of depressive disorders in the year 2000.*British Journal of Psychiatry*.184, 386-92.

Vásquez, C & Sanz, J. (1995). Trastornos del estado de ánimo: Aspectos clínicos. En A. Belloch, B. Sandín& F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología* (pp. 299- 340). Madrid: MacGrawHill. Recuperado de: [http://www.ucm.es/info/psisalud/carmelo/PUBLICACIONES\\_pdf/1995-Trastornos%20estado%20Animo-Aspectos%20clinicos.pdf](http://www.ucm.es/info/psisalud/carmelo/PUBLICACIONES_pdf/1995-Trastornos%20estado%20Animo-Aspectos%20clinicos.pdf)

World Health Organization [WHO].(2001). Informe sobre salud en el mundo 2001. *Capítulo 2: Carga de los trastornos mentales y conductuales*. Recuperado de: [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_ch2\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_ch2_es.pdf).

Weingartner. H., Cohen. R.M & Murphy, D.L. (1981). Cognitive processes in depression. *Archives of General Psychiatry* 38, 42-47.

## ANEXOS





Universidad  
Pontificia  
Bolivariana  
SECCIONAL BUCARAMANGA

## FORMATO HISTORIA CLÍNICA INDIVIDUAL

Código: FO – 405 - 007

Versión: 1

Página 37 de 5

2.3 Descripción de la situación actual:


### 3. ANTECEDENTES PERSONALES


### 4. ANTECEDENTES FAMILIARES




Universidad  
Pontificia  
Bolivariana  
SECCIONAL BUCARAMANGA

## FORMATO HISTORIA CLÍNICA INDIVIDUAL

**5. DIAGNOSTICO**


**6. PLAN DE INTERVENCIÓN**

**7 SEGUIMIENTO TERAPÉUTICO**

7.1 Fecha

7.2 Seguimiento



 <p><b>Universidad Pontificia Bolivariana</b> SECCIONAL BUCARAMANGA</p>	<p align="center"><b>FORMATO HISTORIA CLÍNICA INDIVIDUAL</b></p> <p align="right">Código: FO – 405 - 007 Versión: 1 Página 5 de 5</p>
<p><b>8. MOTIVO DE FINALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN</b></p>	



INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI-II)

INSTRUCCIONES

Este cuestionario consiste en 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos y, a continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor el modo en el que se ha sentido DURANTE LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS, INCLUYENDO EL DÍA DE HOY. Rodee con un círculo el número que se encuentre escrito a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro del mismo grupo, hay más de una afirmación que considere igualmente aplicable a su caso, señálela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

<p>1. Tristeza</p> <p>0. No me siento triste habitualmente.</p> <p>1. Me siento triste gran parte del tiempo.</p> <p>2. Me siento triste continuamente.</p> <p>3. Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.</p> <p>2. Pesimismo</p> <p>0. No estoy desanimado sobre mi futuro.</p> <p>1. Me siento más desanimado sobre mi futuro que antes.</p> <p>2. No espero que las cosas mejoren.</p> <p>3. Siento que mi futuro es desesperanzador y que las cosas sólo empeorarán.</p> <p>3. Sentimientos de Fracaso</p> <p>0. No me siento fracasado.</p> <p>1. He fracasado más de lo que debería.</p> <p>2. Cuando miro atrás, veo fracaso tras fracaso.</p> <p>3. Me siento una persona totalmente fracasada.</p> <p>4. Pérdida de Placer</p> <p>0. Disfruto de las cosas que me gustan tanto como antes.</p> <p>1. No disfruto de las cosas tanto como antes.</p> <p>2. Obtengo muy poco placer de las cosas con las que antes disfrutaba.</p> <p>3. No obtengo ningún placer de las cosas con</p>	<p>6. Sentimientos de castigo</p> <p>0. No siento que esté siendo castigado.</p> <p>1. Siento que puedo ser castigado.</p> <p>2. Espero ser castigado.</p> <p>3. Siento que estoy siendo castigado</p> <p>7. Insatisfacción con uno mismo.</p> <p>0. Siento lo mismo que antes sobre mí mismo.</p> <p>1. He perdido confianza en mí mismo.</p> <p>2. Estoy decepcionado conmigo mismo.</p> <p>3. No me gusto.</p> <p>8. Auto-Críticas</p> <p>0. No me critico o me culpo más que antes.</p> <p>1. Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser</p> <p>2. Critico todos mis defectos.</p> <p>3. Me culpo por todo lo malo que sucede.</p> <p>9. Pensamientos o Deseos de Suicidio</p> <p>0. No tengo ningún pensamiento de suicidio.</p> <p>1. Tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevaría a cabo.</p> <p>2. Me gustaría suicidarme.</p> <p>3. Me suicidaría si tuviese la oportunidad.</p> <p>1a Duermo algo más de lo habitual.</p> <p>1b Duermo algo menos de lo habitual.</p> <p>2a Duermo mucho más de lo habitual.</p> <p>2b Duermo mucho menos de lo habitual.</p>
---	--

Evaluación e intervención en problemáticas de consulta en el CPS42

<p>las que antes disfrutaba.</p> <p>5. Sentimientos de Culpa</p> <p>0. No me siento especialmente culpable.</p> <p>1. Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho.</p> <p>2. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.</p> <p>3. Me siento culpable constantemente.</p> <p>10. Llanto</p> <p>0. No lloro más de lo que solía hacerlo.</p> <p>1. Llora más de lo que solía hacerlo.</p> <p>2. Llora por cualquier cosa.</p> <p>3. Tengo ganas de llorar continuamente, pero no puedo.</p> <p>11. Agitación</p> <p>0. No estoy más inquieto o agitado que de costumbre.</p> <p>1. Me siento más inquieto o agitado que de costumbre. 2. Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta estar quieto.</p> <p>3. Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo.</p> <p>12. Pérdida de Interés</p> <p>0. No he perdido el interés por otras personas o actividades.</p> <p>1. Estoy menos interesado que antes por otras personas o actividades.</p> <p>2. He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas.</p> <p>3. Me resulta difícil interesarme en algo.</p> <p>13. Indecisión</p> <p>0. Tomo decisiones más o menos como siempre.</p> <p>1. Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre.</p>	<p>3a Duermo la mayor parte del día.</p> <p>3b Me despierto 1 o 2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.</p> <p>17. Irritabilidad</p> <p>0. No estoy más irritable de lo habitual.</p> <p>1. Estoy más irritable de lo habitual.</p> <p>2. Estoy mucho más irritable de lo habitual.</p> <p>3. Estoy irritable continuamente.</p> <p>18. Cambios en el Apetito</p> <p>0. No he experimentado ningún cambio en mi apetito.</p> <p>1a Mi apetito es algo menor de lo habitual.</p> <p>1b Mi apetito es algo mayor de lo habitual.</p> <p>2a Mi apetito es mucho menor que antes.</p> <p>2b Mi apetito es mucho mayor de lo habitual.</p> <p>3a He perdido completamente el apetito</p> <p>3b Tengo ganas de comer continuamente.</p> <p>19. Dificultad de Concentración</p> <p>0. Puedo concentrarme tan bien como siempre.</p> <p>1. No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.</p> <p>2. Me cuesta mantenerme concentrado en algo durante mucho tiempo.</p> <p>3. No puedo concentrarme en nada.</p> <p>20. Cansancio o Fatiga</p> <p>0. No estoy más cansado o fatigado que de costumbre.</p> <p>1. Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre.</p> <p>2. Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer muchas cosas que antes solía hacer.</p> <p>3. Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer.</p> <p>21. Pérdida de Interés en el Sexo</p> <p>0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.</p> <p>1. Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar.</p> <p>2. Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.</p>
---	--

Evaluación e intervención en problemáticas de consulta en el CPS43

<p>2. Tengo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre.</p> <p>3. Tengo problemas para tomar cualquier decisión.</p> <p>14. Inutilidad</p> <p>0. No me siento inútil.</p> <p>1. No me considero tan valioso y útil como solía ser.</p> <p>2. Me siento inútil en comparación con otras personas.</p> <p>3. Me siento completamente inútil.</p> <p>15. Pérdida de Energía</p> <p>0. Tengo tanta energía como siempre.</p> <p>1. Tengo menos energía de la que solía tener.</p> <p>2. No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas.</p> <p>3. No tengo suficiente energía para hacer nada.</p> <p>16. Cambios en el Patrón de Sueño.</p> <p>0. No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño</p>	<p>3. He perdido completamente el interés por el sexo.</p>
--	--

Anexo 3. Evaluación Mental Abreviada ( EMA)

**EXAMEN MENTAL ABREVIADO (EMA)**

*“A continuación voy a hacerle algunas preguntas y solicitarle que efectúe algunas tareas. Por favor responda y realice lo planteado”*

<b>A. DATOS GENERALES</b>
Nombre del entrevistado:
Edad:       /años
Escolaridad:       (años primaria + bachillerato + universidad; analfabeto)

<b>B. ORIENTACIÓN</b>	<b>RESPUESTA</b>			
¿En qué año estamos?	Año		0	1
¿En qué mes del año estamos?	Mes		0	1
¿Qué día de la semana es hoy?	Día		0	1
¿Qué fecha es hoy?	Fecha		0	1
¿Qué hora es?	Hora		0	1
¿En qué departamento estamos?	Departamento		0	1
¿En qué país estamos?	País		0	1
¿En qué ciudad estamos?	Ciudad		0	1
¿En qué sitio estamos ahora?	Sitio		0	1
¿En qué piso/barrio/vereda estamos?	Barrio		0	1
<b>Subtotal Parte B / 10</b>				

<b>C. RETENCIÓN</b>	<b>RESPUESTA</b>			
	Casa		0	1

Evaluación e intervención en problemáticas de consulta en el CPS45

Repita después de mí, las siguientes palabras: CASA, ÁRBOL, PERRO. (Un segundo de intervalo entre palabras y dar un punto por cada respuesta correcta)	Árbol		0	1
	Perro		0	1
<b>Subtotal Parte C / 3</b>				

D. ATENCIÓN Y CÁLCULO	RESPUESTA			
Reste 7 a 100, sucesivamente, durante 5 veces. (Dé un punto por cada respuesta correcta. Espere hasta 10 segundos por respuesta.)	93		0	1
	86		0	1
	79		0	1
	72		0	1
	65		0	1
<b>Subtotal Parte D / 5</b>				

E. EVOCACIÓN	RESPUESTA			
Pedir que repita las palabras dadas anteriormente. (Dar un punto por cada respuesta correcta)	Casa		0	1
	Árbol		0	1
	Perro		0	1
<b>Subtotal Parte E / 3</b>				

F. LENGUAJE	RESPUESTA			
Mostrar un lápiz y un reloj y preguntar el nombre de los objetos. (Dar un punto por cada respuesta correcta)	Lápiz		0	1
	Reloj		0	1
<b>Puntaje / 2</b>				
	Repetición		0	1

Evaluación e intervención en problemáticas de consulta en el CPS46

Pedir que repita: "Si no bajo entonces usted suba". (Dar un punto si es correcta)	<b>Puntaje / 1</b>		
Decir: A continuación le voy a dar una orden; escúchela toda y realícela: "Tome este papel con su mano derecha, dóblelo por la mitad y colóquelo en el suelo". (De un punto por cada paso correcto)	Toma el papel con su mano derecha	0	1
	Lo dobla por la mitad	0	1
	Lo coloca en el suelo	0	1
	<b>Puntaje / 3</b>		
Pedir que haga lo que dice la tarjeta: "Cierre los ojos". (Dar un punto si lo hace correctamente)	Cierra los ojos	0	1
	<b>Puntaje / 1</b>		
Pedir que escriba una frase. (Dar un punto si lo hace correctamente).	Escribe una frase	0	1
	<b>Puntaje / 1</b>		
<b>Subtotal Parte F / 8</b>			

<b>G. COPIA</b>			
Copiar dos pentágonos cruzados en un ángulo. -Se muestra el dibujo-. (Dar un punto si lo hace exactamente).	Dibuja pentágonos	0	1
<b>Subtotal Parte G / 1</b>			

<b>H. ADICIÓN DE PUNTOS</b>			
(sumar 2 puntos a individuos con alteración visual evidente)	Alteración visual evidente	0	2
	Mayor de 65 años	0	1
(sumar 1 punto sujetos mayores de 65 años)	Mayor de 75 años	0	2

Evaluación e intervención en problemáticas de consulta en el CPS47

(sumar 2 punto sujetos mayores de 75 años)			
	<b>Subtotal Adición de puntos</b>		

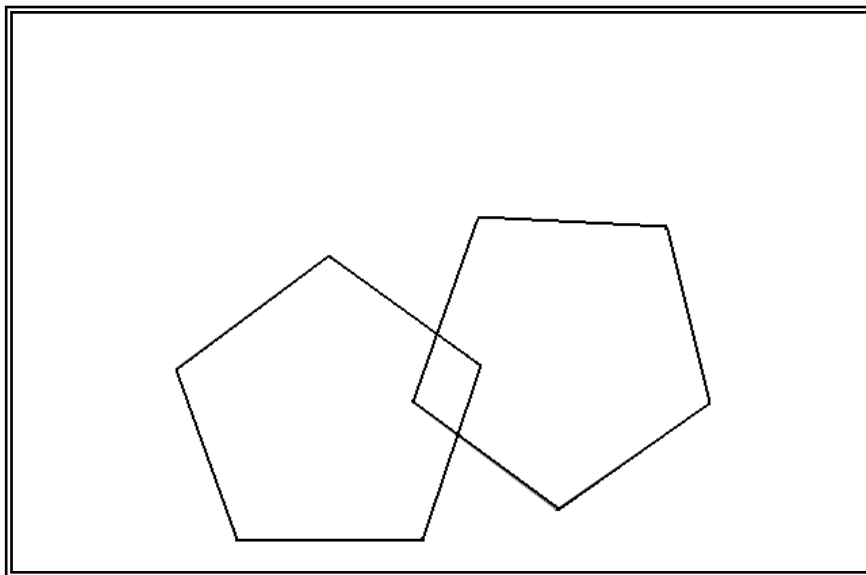
<b>TOTAL GENERAL / 30</b>	
---------------------------	--

*Observaciones:*

---

---

# CIERRE LOS OJOS





Anexo EMA dirigido al evaluador

(Recortar por las líneas)

✂ El cuadrado (en la zona superior) se destina para la tarea de **Orden en tres pasos** correspondiente al tercer ítem de la sección **F. LENGUAJE**.

✂ Los rectángulos (en la zona inferior) se destinan así:

\* Uno para la tarea de **Escritura** correspondiente al quinto ítem de la

Anexo 4. Inventario de Ansiedad Estado- Rasgo

**IDARE**  
INVENTARIO DE AUTOVALORACIÓN

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

**INSTRUCCIONES:** Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique **cómo se siente ahora mismo**, o sea, en estos momentos.

No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	<b>NO</b>	<b>UN POCO</b>	<b>BASTANTE</b>	
<b>MUCHO</b>				
1. Me siento calmado	1	2	3	4
2. Me siento seguro	1	2	3	4

## Evaluación e intervención en problemáticas de consulta en el CPS50

3. Estoy tenso	1	2	3	4
4. Estoy contrariado	1	2	3	4
5. Me siento a gusto	1	2	3	4
6. Me siento alterado	1	2	3	4
7. Estoy alterado por algún posible contratiempo	1	2	3	4
8. Me siento descansado	1	2	3	4
9. Me siento ansioso	1	2	3	4
10. Me siento cómodo	1	2	3	4
11. Me siento con confianza en mí mismo	1	2	3	4
12. Me siento nervioso	1	2	3	4
13. Estoy agitado	1	2	3	4
14. Me siento “a punto de explotar”	1	2	3	4
15. Me siento relajado	1	2	3	4
16. Me siento satisfecho	1	2	3	4
17. Estoy preocupado	1	2	3	4
18. Me siento muy excitado y aturdido	1	2	3	4
19. Me siento alegre	1	2	3	4
20. Me siento bien	1	2	3	4

### **IDARE** INVENTARIO DE AUTOVALORACIÓN

**INSTRUCCIONES:** Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique ***cómo se siente generalmente***. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero describa cómo se siente generalmente.

Evaluación e intervención en problemáticas de consulta en el CPS51

	CASI	ALGUNAS	FRECUENTE-	CASI
		NUNCA		VECES
MENTE SIEMPRE				
21. Me siento bien	1	2	3	4
22. Me canso rápidamente	1	2	3	4
23. Siento ganas de llorar	1	2	3	4
24. Quisiera ser tan feliz	1	2	3	4
25. Me pierdo cosas por no poder decidirme rápidamente	1	2	3	4
26. Me siento descansado	1	2	3	4
27. Soy un persona "tranquila serena y sosegada"	1	2	3	4
28. Siento que las dificultades se amontonan al punto de no poder soportarlas	1	2	3	4
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	1	2	3	4
30. Soy feliz	1	2	3	4
31. Me inclino a tomar las cosas muy a pecho	1	2	3	4
32. Me falta confianza en mí mismo	1	2	3	4
33. Me siento seguro	1	2	3	4
34. Trato de evitar enfrentar una crisis o dificultad	1	2	3	4
35. Me siento melancólico	1	2	3	4
36. Estoy satisfecho	1	2	3	4
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente	1	2	3	4
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	1	2	3	4
39. Soy una persona estable	1	2	3	4
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	1	2	3	4

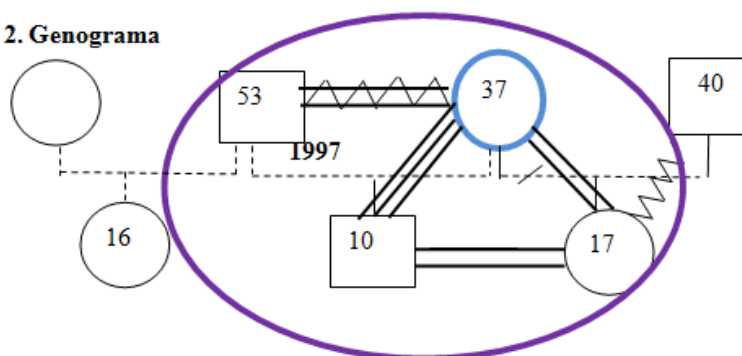
Anexo 5. Estudio de Caso

## Estudio de Caso

### 1. Datos sociodemográficos

Nombre: C.R	Lugar de residencia: Piedecuesta
Fecha de Nacimiento: 24 de Agosto de 1974	Sexo: Femenino
Estado civil: Unión Libre	Religión Católica
Estudios: Bachiller	Ocupación: Independiente

### 2. Genograma



### 3. Motivo de consulta

La paciente asiste a consulta y manifiesta: “Siento que me estoy empeorando, me dan muchos nervios, antes de que se muriera mi hermano yo no era así”.

La paciente es diagnosticada de ansiedad generalizada y trastorno afectivo bipolar con episodio hipomaniaco reciente por dos psiquiatras en el 2011; actualmente se encuentra en tratamiento psiquiátrico para el trastorno afectivo

bipolar con episodio hipomaniaco reciente por lo que es remitida por el psiquiatra para terapia de apoyo y psicoeducación.

#### 4. Listado de conductas problema. Historia y antecedentes del problema.

- ✓ **Preocupación por los aspectos económicos y resultados de diferentes situaciones que vive:** La paciente reporta que durante su infancia y adolescencia fue maltratada física, verbal y psicológicamente por su progenitor, generando temor y preocupación por cometer errores. En la adolescencia por temor a perder una materia reporta que sufrió una “crisis nerviosa” manifestándose con temblores y debilidad en miembros inferiores hasta perder el movimiento; 3 días después se recuperó. Comenta que hace 2 años manifestó preocupación excesiva al organizar un evento familiar (15 años de su hija), comenta que siempre ha sido “perfeccionista” en la organización de eventos familiares y en la organización de los deberes del hogar. A partir del episodio maniaco e hipomaniaco, la paciente presenta preocupación por deudas económicas y por lo que otras personas puedan decir de ella. La paciente reporta que en Diciembre de 2010 una sobrina tuvo un intento de suicidio en la madrugada y la llaman para darle la noticia. En mayo del presente año en un posible episodio hipomaniaco adquiere una deuda considerable con un almacén de cadena por lo que teme contestar el teléfono y pasar por almacenes de cadena
  
- ✓ **Dificultad para salir de la casa y respuesta fisiológica ante la situación:** Durante los meses de Octubre y Noviembre 2012 manifiesta que le da “miedo” salir de la casa. Se demora hasta dos horas para salir a hacer mercado y en la mayoría de situaciones tiene que ir acompañada. Presenta posibles síntomas de ansiedad cuando se encuentra sola y cuando va a salir (sudoración, boca seca, aumento de la respiración, aumento de frecuencia cardiaca, agitación, piensa que se va a volver loca o que repetirá las situaciones en las que estuvo internada en una clínica psiquiátrica). Años anteriores no reportaba estos temores y salía con tranquilidad a diferentes lugares y ciudades sola o acompañada.
  
- ✓ **Dificultades en memoria:** La paciente manifiesta que recientemente ha presentado problemas para recordar y memorizar actividades rutinarias como realizar un almuerzo, recordar las claves de las tarjetas, el pedido de los clientes.
  
- ✓ **Creencias irracionales:** Creencias irracionales sobre sí mismo, los demás y el futuro: Manifiesta que desde su infancia y adolescencia ha respetado las normas del hogar y ha tenido una educación rígida en valores, refiere que durante la adolescencia cuando no era honesta o le

incumplía al padre con las responsabilidades sentía intranquilidad, expresada en preocupación, sentimiento de persecución, maximización y catastrofización de la situación. Actualmente refiere que presenta sentimientos de inutilidad atribuidos a su “enfermedad”.

**Desconocimiento de los diagnósticos psiquiátricos. Trastorno de ansiedad generalizada:** Diagnóstico emitido por la psiquiatra en febrero de 2011, debido a que la paciente manifiesta cefalea, insomnio y excesiva preocupación, la remiten a neurología le realizaron un TAC, no encuentran alteraciones neurológicas sin embargo le formularon Carbamazepina para la cefalea. En Junio de 2011 es internada en un hospital psiquiátrico por presencia de posible episodio maniaco manifestado en lenguaje incoherente y desorganizado, alucinaciones visuales y auditivas. Cambia de psiquiatra y la diagnostica con **Trastorno Bipolar con episodio maniaco presente**, recibe tratamiento farmacológico con litio carbonato, Carbamazepina y Haloperidol. En diciembre de 2011 fue internada en un hospital psiquiátrico al parecer por un episodio depresivo (bajo estado de ánimo, insomnio de 20 días, inquietud) y convulsión por el consumo de un medicamento no formulado para dormir. En Mayo del 2012 presentó un episodio hipomanía manifestado en gastos económicos considerables, excesiva energía e insomnio, el episodio duró 20 días.

## 5. Descripción historia de vida

Mujer de 37 años, de profesión comerciante, madre de una adolescente de 17 años y un niño de 10 años. Convive hace 15 años en unión libre. Paciente perteneciente a una familia compuesta, es la decimonovena hija de 20 hijos y la séptima de 8 hijos de un segundo matrimonio. La primera esposa se separó y vivió con sus 12 hijos a parte.

Durante su primera infancia comenta que fue una época agradable, donde vivió con sus padres que le brindaban amor y cariño, tenía mayor cercanía con sus hermanas mayores y una relación distante con sus medio hermanos. Se consideraba como una niña saludable que socializaba con sus pares.

Inició sus estudios primarios manifiestos que era una excelente alumna, activa y participativa. A los 9 años falleció su progenitora por un cáncer de útero, vivió con el padre y sus 11 hermanos. Como consecuencia de la situación el padre comenzó a consumir grandes cantidades de alcohol y tenía gastos excesivos. Recibió maltrato físico por parte del padre. Manifiesta que las relaciones con el padre eran distantes sin manifestaciones de afecto (besos, abrazos, palabras) y que lo respetaba por miedo. Comenzó a trabajar a los 10 años de edad para suplir necesidades personales y aportar al hogar.

En bachillerato reporta que comenzó a presentar problemas académicos y disciplinarios, estudió en 5 colegios. Cuando perdió octavo de bachillerato por una materia, reporta que al conocer su pérdida sintió excesivo temor al castigo físico del padre por lo que presentó una “crisis nerviosa”, describiéndola como temblor en el cuerpo y debilidad en los miembros inferiores, hasta perder total movilidad. Fue internada en el hospital y a través de terapias recuperó movilidad 3 días después.

A los 15 años reporta que presentaba cambios en el estado de ánimo (un día era callada no hablaba con nadie y otro día era habladora, alegre). A esa misma edad comenta que tuvo su primera menstruación y comenzó a presentar alucinaciones visuales y desrealización (pensaba que la perseguían un sujeto, la sangre de vaca que estaba en la mesa de la cocina era la sangre de su menstruación), en algunas situaciones lloraba durante días, esta situación se prolongó aproximadamente un año y fue llevada por consulta externa a un hospital psiquiátrico, asistió a dos citas porque el padre no la volvió a llevar.

A los 20 años la paciente manifiesta que tuvo una relación de noviazgo de la cual quedó embarazada de su hija mayor y la pareja la abandona. Finalizó el bachillerato en un colegio nocturno por temor a lo que la gente pudiera decir de su situación. A los 23 años conoce su actual pareja con la que tiene su segundo hijo, es comerciante y se encarga de la mayoría de los gastos de la casa. Manifiesta la paciente que el esposo ya no comparte tiempo con ella, se siente sola y eso la entristece.

En Mayo del 2011 presentó insomnio y cefalea, fue remitida al psiquiatra el cual la diagnosticó con trastorno de ansiedad generalizada. En Junio del 2011 presentó al parecer una crisis con alucinaciones auditivas y visuales, fue internada en una clínica psiquiátrica hasta estabilizarla. Realizó cambio de psiquiatra y fue diagnosticada con Trastorno Afectivo Bipolar

A finales de Diciembre y principios de enero de 2012 presentó inquietud, desrealización, insomnio, fue internada nuevamente en un hospital psiquiátrico y fue diagnosticada con Trastorno Afectivo Bipolar con episodio Hipomaniaco presente.

## 6. Ciclo de vida

Ciclo de vida	Descripción
<b>Prenatal</b>	Reporta la paciente que no se presentaron anomalías durante el embarazo y parto
<b>Primera infancia</b>	Reporta que no presentó ninguna enfermedad significativa y su desarrollo posnatal fue normal. Tenía favorables relaciones sus hermanos y medio hermanos. Manifiesta la paciente que la madre le brindaba mayor afecto que el padre. Manifiesta que no presentaba dificultades para relacionarse Se consideraba como una niña tranquila, no le gustaba pelear.
<b>Segunda infancia</b>	A los 7 años de edad comenzó sus estudios primarios, se destacaba por su excelente desempeño académico y disciplinario hasta quinto de primaria. A los 9 años de edad fallece la progenitora de cáncer uterino. Vivió con su padre y sus 7 hermanos. Las relaciones entre padre e hijos se deterioraron, se comenzó a presentar maltrato físico, verbal y psicológico por parte del padre. A los 10 años comenzó a trabajar en la venta de alimentos. A los 11 años inició bachillerato, presentó bajo rendimiento académico. Se consideraba tímida y socializaba con un grupo pequeño de niñas de su edad.
<b>Adolescencia</b>	A los 15 años fue llevada a un hospital psiquiátrico por estado de ánimo bajo, desrealización y alucinaciones visuales, no siguió el tratamiento por desinterés del padre. Adicionalmente presentó parálisis en los miembros inferiores (3 días) paciente lo atribuye a un "ataque de nervios" por temor a ser castigada; sin embargo, ella manifiesta que los médicos dijeron que pudo ser una disminución en el líquido sinovial de la rodilla (no se conoce claramente el diagnóstico). A los 16 años se fue a vivir donde unos tíos maternos a Bucaramanga, reporta la paciente duró años y medio y se regresó a la casa en Piedecuesta porque era rígidos y no le permitía salir con sus amigos, además extrañaba a su padre y a sus hermanos. Mostraba excesiva preocupación por incumplir las normas. Entre los 15 y 16 años tuvo una relación sentimental con un



	<p>joven contemporáneo, tenía un grupo pequeño de amigas mujeres. Se fue de la casa a los 18 años de edad junto con una hermana.</p> <p>La paciente reporta que era una joven recursiva, que buscaba una manera de adquirir dinero para sus necesidades personales trabajando en ventas y como impulsadora. Después de la primera crisis se ha concentrado en el trabajo esporádico y labores del hogar.</p> <p>En el área académica no tenía buen desempeño, estudió en 5 colegios, perdió un año (octavo de bachillerato), no presentaba interés y motivación en el estudio.</p>
<p><b>Adultez</b></p>	<p>No reporta enfermedades significativas. Quedó embarazada a los 21 años en su primera relación sexual y la pareja la abandonó. Manifiesta que durante el embarazo se sentía con vergüenza y tristeza por lo que salía muy poco de la casa y decidió finalizar su bachillerato en modalidad nocturna. Vivió en casa de una hermana, manifiesta que no se sentía cómoda porque la humillaban por haber quedado embarazada.</p> <p>La relación con el padre fue distante, sin embargo, a los 25 años mejoraron las relaciones ya que le diagnosticaron Diabetes tipo 2 y falleció cuando la paciente tenía 30 años. Manifiesta que a pesar del maltrato que recibió del padre ella no guarda rencor.</p> <p>A los 23 años conoció el actual esposo, una persona mayor (53 años) comerciante. Ella manifiesta que al principio no se sentía enamorada, lo hizo más porque estaba “aburrida” pero luego se enamoró. Su relación fue problemática ya que el esposo consumía alcohol y era infiel con varias mujeres. Actualmente el señor tiene una hija de 16 años por fuera de la relación. Manifiesta que había violencia verbal y violencia física (empujones). A los 35 años se separaron durante 9 meses, luego regresaron disminuyó el consumo de alcohol y las peleas. La paciente manifiesta que el esposo incrementa su consumo licor durante los meses de Octubre hasta Enero, lo cual ella no le agrada porque descuida los deberes y compromisos como padre y esposo.</p> <p>La paciente comenta que en diciembre de 2010 una sobrina presentó un intento de suicidio en la madrugada y la llaman para informarle. En Febrero del año 2011 es asesinado uno de los hermanos de la paciente. En mayo del 2011 a los 37 años reporta insomnio y cefalea, es remitida al psiquiatra el cual la diagnostica con Ansiedad generalizada. En Junio de 2011 es llevada de urgencias a una institución psiquiátrica porque presentó alucinaciones visuales y auditivas y es diagnosticada por el psiquiatra con trastorno afectivo bipolar con episodio hipomaniaco presente, recibe un tratamiento farmacológico. En Enero de 2012 presenta otra recaída manifestada en ausencia de sueño durante 20 días, bajo estado de ánimo, desinterés, se automedicó, presentó una crisis y como consecuencia fue hospitalizada por varios días.</p>

**7. Contexto**

<p><b>Aspectos emocionales y cognitivos</b></p>	<p>Manifiesta que en algunas situaciones se siente triste, desmotivada por su “enfermedad”, cuando su esposo no comparte con ella o consume bebidas alcohólicas con sus amigos. Presenta distorsiones cognitivas, acompañadas de conductas ansiosas cuando se encuentra sola en casa o cuando debe salir de la casa para realizar diligencias (catastrofización, maximización, sobregeneralización y atención selectiva).</p>
<p><b>Familiar</b></p>	<p>Tipología familiar reconstituida integrada por dos hijos; una adolescente de 17 años y un niño de 10 años, convive con su pareja en unión libre hace 15 años. Refiere que presenta una buena relación con sus hijos, sobre todo con el menor, manifiesta que presenta discusiones con su pareja porque siente que no comparte tiempo con ella y consume bebidas alcohólicas con sus amigos y piensa que su esposo considera “su enfermedad es algo pasajero”.</p>
<p><b>Contexto Académico / Laboral</b></p>	<p>Estudió hasta bachillerato, durante los años de estudio tuvo problemas académicos, perdió octavo de bachillerato y estudió en 5 colegios.</p> <p>Ha laborado desde que era pequeña, considera que tiene una habilidad para realizar negocios y vender productos. Hace 8 años trabaja atendiendo una tienda 1 vez al mes durante 8 días, es una persona responsable y honesta. Manifiesta que antes de tener la “enfermedad” era una persona recursiva, creativa, enérgica, “echada para adelante” que no le tenía temor al realizar negocios.</p>
<p><b>Interacción social y de pareja</b></p>	<p>Ella manifiesta que antes estar “enferma” era una persona enérgica, tranquila, asistía a eventos familiares, salía con un grupo de amigas e interactuaba más con sus clientes y empleados. Actualmente refiere ser una persona introvertida, temerosa, callada, con un grupo de amistad restringido, la mayor parte de su grupo social está compuesto por hermanos y nueras.</p> <p>Tuvo 3 relaciones de pareja, con el primer novio duró 3 meses y con el segundo 5 meses, con el cual tuvo su primera relación sexual quedando embarazada. Y la tercera pareja con la que tiene 15 años de convivencia.</p> <p>La paciente reporta que por la dificultad para mantener y</p>

	conciliar el sueño ha disminuido su actividad sexual.
<b>Salud</b>	<p>En Mayo del 2011 presentó insomnio y cefalea, reporta que fue remitida al psiquiatra el cual la diagnosticó con trastorno de ansiedad generalizada y al neurólogo el cual dice que no presenta ninguna anomalía a nivel neurológico, sin embargo le receta carbamazepina para disminuir los síntomas ansiosos. En Junio del 2011 presentó al parecer una crisis con alucinaciones auditivas y visuales, fue internada en una clínica psiquiátrica hasta estabilizarla. Realizó cambio de psiquiatra y fue diagnosticada con Trastorno Afectivo Bipolar, realizan tratamiento farmacológico con carbamazepina tableta 200mg, Haloperidol sIn Oral 2mg/mL (0.2%) y Litio Carbonato 300mg. Manifiestan que realizan exámenes mensuales para monitorear el nivel de litio en la sangre y los niveles de tiroides.</p> <p>A finales de Diciembre y principios de enero de 2012 presentó inquietud, desrealización, insomnio, se tomó una pastilla no medicada para dormir, convulsionó, fue llevada al hospital del municipio y luego trasladada a un hospital psiquiátrico.</p> <p>Actualmente presenta un diagnóstico de trastorno afectivo bipolar con episodio hipomaniaco presente, consume la medicación, asiste a control de psiquiatría, presenta dislipidemia y ha sido remitida a nutricionista. Se encuentra realizando dieta y ejercicio físico, ha disminuido 4 kilos.</p>
<b>Recreacional (Ocio)</b>	Camina dos a tres veces a la semana por recomendación del psiquiatra. Esporádicamente tiene paseos familiares con sus hijos. Asiste 1 vez cada dos meses a un grupo de oración.
<b>Recursos extrínsecos</b>	<p>Tiene el apoyo de los hermanos y de su familia.</p> <p>Desde hace 8 años trabaja en una tienda 8 días al mes.</p>

**8. Análisis funcional relacionado con la “Exposición a situación determinada (cocinar, salir)”**

<p><b><u>a. Antecedentes (lejanos y próximos)</u></b></p>	<p><b>Lejanos:</b></p> <p>Fallecimiento de la madre</p> <p>Excesivo consumo de alcohol por parte del padre</p> <p>Maltrato físico</p> <p><b>Próximos:</b></p> <p>Intento de suicidio de sobrina</p> <p>Asesinato de hermano</p>
<p><b><u>b. Sistemas de respuesta (fisiológico, cognitivo y conductual)</u></b></p>	<p><b>Fisiológico:</b> aumento del pulso cardiaco, respiración agitada, sudoración, temblor, inquietud.</p> <p><b>Cognitivo:</b> Pensamientos irreales y negativos, anticipaciones catastróficas. “Tengo miedo de volverme loca como el día que no me vi las piernas y vi el diablo”, “Tengo miedo de lo que la gente dice de mí “, “Me dan nervios quedarme sola, comienza esa tembladera en las manos”, “Es que antes yo no era así, yo no me asustaba y podía hacer las cosas bien y ahora no puedo” “Antes de que estuviera enferma yo podía hacer las cosas mejor”.</p> <p><b>Conductual:</b> Llora, llama al esposo para que la acompañe. Movimientos constantes por la casa, no hacia el almuerzo.</p>
<p><b><u>c. consecuencias (hipótesis moleculares)</u></b></p>	<p>Es posible que pueda presentar nuevamente un episodio maniaco, o hipomaniaco o crisis de angustia, alucinaciones.</p> <p>El desconocimiento de la enfermedad puede disminuir las probabilidades de adherencia al tratamiento.</p> <p>La paciente puede desarrollar un trastorno de angustia o fobia social.</p>

**d. Conclusiones (hipótesis moleculares)**

La paciente presenta eventos pasados que han influido en su condición emocional. Adicionalmente presenta una alteración afectiva relacionada con su diagnóstico bipolar I. Como consecuencia de lo anterior presenta rumiación, anticipaciones catastróficas, dificultades para solucionar problemas, alternativas de manejo de sus sistemas de respuestas y un desequilibrio entre el placer y el deber.

**9. Identificación de factores predisposición, adquisición, mantenimiento, desencadenantes y protección.**

Factores	Descripción
Predisposición	Labilidad emocional, consumo de sustancias psicoactivas del padre (alcohol).
Adquisición	Muerte de la mamá. Evento en el ambiente (asesinato del hermano e intento de suicidio de la sobrina). Excesivo consumo de alcohol del padre, maltrato físico
Mantenimiento	La ausencia de tratamiento psicológico y psicoeducación frente al diagnóstico. Las conductas evitativas frente a los generadores de ansiedad
Desencadenantes	Situaciones de estrés, Rumiación al estar sola en la casa. Cuando debe realizar diligencias, o cuando se encuentra sola en casa. El esposo no le presta atención o no comparte con él. Dificultades familiares (económico, consumo de alcohol del esposo).
Protección	El apoyo de los hijos y el esposo. Es una persona responsable en la toma del medicamento. Adherencia al tratamiento

**10. Procesos (biológico, aprendizaje, motivación, emoción y afecto)**

Procesos	Descripción
	Diagnóstico psiquiátrico Trastorno de Ansiedad

<b>Biológico</b>	<p>Trastorno Afectivo Bipolar con episodio Hipomaniaco presente, Dislipidemia.</p> <p>Tratamiento farmacológico con carbamazepina tableta 200mg, Haloperidol sln Oral 2mg/mL (0.2%) y Litio Carbonato 300mg.</p>
<b>Aprendizaje</b>	<p>Condicionamiento clásico y operante (Evitar pasar por almacenes de cadena, escuchar el timbre del teléfono o no demorarse mucho en hablar).</p> <p><b>Distorsiones cognitivas</b></p> <p>Catastrofización: Es un evento familiar y últimamente se ha sentido mal y teme que se empeore el día del evento. “Tengo nervios de ponerme mala el día del grado de mi hija y que tal si no salen las cosas bien...” “Tengo miedo de cocinar porque de pronto me queda la comida fea y no se la coman y se pongan bravos porque se me olvidó cocinar”.</p> <p>Atención selectiva: La paciente le da mayor importancia a situaciones que confirmen lo que ha pensado, como por ejemplo: “ Ya no hago las cosas que podía hacer antes de que estuviera enferma”.</p> <p>Profecía autocumplidora: La paciente reporta que siempre que piensa en algo trágico le sucede al momento o durante el día. “Me iba a subir en una moto y yo pensaba que nos íbamos a accidentar y al momento de tomar la autopista una tractomula pasó cerca de nosotros y casi nos matamos...” “En la mañana pensé que me iba a encontrar con personas conocidas en el hospital y que iban a ver mi autorización con el nombre de ... (clínica psiquiátrica) y en la tarde me sucedió”.</p>
<b>Motivación</b>	<p>De igual forma durante el proceso ha sido acompañada por su familia la cual le ha brindado el apoyo en las recaídas.</p> <p>Una de las motivaciones que remite la paciente es que desea mejorar para poder estar con sus hijos y acompañarlos en las diferentes etapas de sus vidas.</p> <p>La paciente presenta un Locus interno de control que le permite tener una adherencia al tratamiento farmacológico y psicológico.</p>

	<p>Desequilibrio entre actividades de placer y deber.</p> <p>Sale a caminar en las mañanas en promedio 1 hora al día, no tiene otra actividad ocupacional por temor a lo que digan de ella o a presentar una posible crisis.</p> <p>Su proyecto de vida está enfocado en sus hijos y su familia pero no se observa un proyecto personal de vida a futuro</p>
<b>Emoción</b>	<p><b>Tristeza:</b> cuando piensa sobre su “enfermedad” y las actividades que ha dejado de realizar.</p> <p><b>Miedo:</b> cuando piensa que nuevamente va a experimentar el episodio maniaco, cuando va a realizar diligencias personales, organiza eventos familiares y cuando escucha el teléfono.</p> <p><b>Impulsividad:</b> manifestada en la compra excesiva de ropa y en la adquisición de préstamos bancarios.</p>
<b>Afecto</b>	<p>Cuenta con vínculos afectivos: Presenta una relación estrecha con sus hijos, recibe apoyo de su familia extensa.</p> <p>Presenta buenas relaciones con sus hermanos, sin embargo una relación más cercana con tres hermanos</p> <p>Carece de otras redes de apoyo (amistad, trabajo)</p>

**11. Impresión diagnóstica incluida hipótesis diagnósticas desde el DSM IV**

<b>Evaluación multiaxial</b>	<p>Eje I: F.310 Trastorno afectivo Bipolar con episodio Hipomaniaco presente [296.7] con crisis de angustia</p> <p>Eje II: Ninguno</p> <p>Eje III: Dislipidemia (en proceso)</p> <p>Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo, cambio de vivienda</p> <p>Eje V: EEAG 55</p>
	<p>La paciente posiblemente presenta un diagnóstico de Trastorno Afectivo Bipolar con episodio Hipomaniaco</p>

<b>Impresión diagnóstica</b>	<p>presente con crisis de angustia debido a los cambios fluctuantes en el estado de ánimo y dos hospitalizaciones relacionadas con episodios maníacos y depresivos. Recientemente presentó un episodio hipomaniaco pero no requirió hospitalización. Adicionalmente experimenta crisis de angustia manifestadas en aumento de ritmo cardíaco y respiratorio, temblores, sudoración, miedo a volverse loco, etc producto de anticipaciones catastróficas y rumiación relacionado con la fuerte experiencia que vivió con los episodios del trastorno bipolar</p>
<b>Hipótesis diagnóstica desde el DSM- IV</b>	<p>De acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM-IV para el diagnóstico de F31.0 Trastorno Bipolar I con episodio hipomaniaco reciente [296.40]</p> <p>A. Actualmente (o el más reciente) en un episodio hipomaniaco</p> <p>B. Previamente se ha presentado al menos un episodio maníaco o un episodio mixto.</p> <p>C. Los síntomas afectivos provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.</p> <p>D. Los episodios afectivos en los Criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.</p> <p>La paciente presenta 4 criterios de los 4 establecidos por el DSM-IV</p> <p>De acuerdo con los criterios diagnósticos DSM-IV para el diagnóstico de crisis de angustia (panic attack)</p> <ol style="list-style-type: none"><li>7. Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca.</li><li>8. Sudoración</li><li>9. Temblores o sacudidas</li><li>10. Sensación de ahogo o falta de aliento</li></ol>



11. Miedo a perder el control o volverse loco

12. Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)

La paciente presenta 6 síntomas de los 10 establecidos por el DSM-IV

**13. Plan de intervención.**

Conducta/Problema	Objetivos de intervención	Actividades	Técnicas	Indicadores
<p>Excesiva preocupación por los aspectos económicos y resultados de diferentes situaciones de la vida diaria</p>	<p>Disminuir la excesiva preocupación de la paciente por los aspectos económicos y resultados de diferentes situaciones que vive</p>	<p>Identificar los pensamientos automáticos de la paciente</p>	<p>Autoinforme  Juego de rol Sondeo cognitivo</p>	<p>Verbalizaciones</p> <p>Antes: “No puedo pasar por (almacén de cadena) porque me dan muchos nervios por las deudas..”, “suena el teléfono y yo me asusto mucho porque pienso que son malas noticias, contesto pero no me demoro”</p> <p>Ahora: “Entro a.(almacén de cadena) y compro las cosas del mercado pero no siento tantos nervios” “Contesto el teléfono y no me entran los nervios, hasta hablo con mi hermana de Barranquilla..”</p>
		<p>Verificar la validez de los pensamientos automáticos</p>	<p>Contrastación empírica</p>	

Evaluación e intervención en un caso con diagnóstico de trastorno afectivo bipolar 67

		<p>Modificación o disminución de las ideas relacionadas con lo económico y situaciones de la vida diaria</p>	<p>Reestructuración cognitiva (pensamientos alternos, confrontación)</p>	<p>Verbalizaciones</p> <p>Antes. “ Yo a mi hija le compraba ropa y me metía en deudas ayudando a mi hermano para que comprara un televisor, yo les prestaba plata a mis hermanos pero no me pagan.. ahorita tengo una deuda de 4 millones de pesos y me dan muchos nervios de pasar por (almacén de cadena)”.</p> <p>Ahora: “Pagué las cuentas, ya estoy mas tranquila, le dije a mi esposo que guardara las tarjetas...” “Que días me llamaron del banco que me prestaban plata y yo le iba a prestar la plata a una hermana que me estaba presionando hace rato porque estaba endudada, al momento yo me ilusioné porque me ganaba algo de los intereses pero después me di cuenta que iba a estar intranquila y además era una persona que no ha sido cumplida en otros préstamos entonces decidí no prestarle la plata y ahora estoy más tranquila...”</p>
<p>Dificultad para salir de la casa y presenta respuesta fisiológica ante la situación.</p>	<p>Disminuir la respuesta fisiológica que ocurre antes de salir de la casa</p>	<p>Identificar los pensamientos automáticos que surgen antes de salir de casa</p>	<p>Autoinforme Sondeo cognitivo Juegos de rol</p>	<p>Verbalizaciones</p> <p>Antes: “cuando me pongo mala me coge unos nervios y un miedo a salir a la calle... me demoro hasta dos horas en salir de la casa para hacer mercado y me toca ir acompañada”</p> <p>Ahora: Me incomoda salir, pero asisto a reuniones de celebraciones de familiares a pesar de que no me siento bien</p>

Evaluación e intervención en un caso con diagnóstico de trastorno afectivo bipolar 68

		<p>Identificar las respuestas fisiológicas antes de salir</p>	<p>Imaginería Escala subjetiva</p>	<p>Verbalización Antes: “Antes de salir, siento tembladera, comienzo a respirar rápido, el corazón palpita rápido y se me ponen las manos frías y me suda..” Ahora: “ Ahora me siento feliz cuando salgo, eso me demoro por ahí 2 minutos y no me da nada, me siento contenta al salir”</p>
		<p>Entrenar la paciente en técnicas de respiración y relajación Biblioterapia</p>	<p>Técnicas en respiración, visualización y tensión y distensión</p>	<p>C: Realiza los ejercicios en la mañana dos veces a la semana o cuando se siente agitada. Reporta que al hacer los ejercicios siente que su corazón late normal y su respiración se enlentece Autoinforme</p>
<p>Incremento de actividades de manejo ocio o de ocupación</p>	<p>Mejorar el desempeño mnemónico de la paciente</p>	<p>Asesorar a la paciente en ejercicios mnemónicos</p>	<p>Información</p>	<p>Verbalizaciones Antes: “Cuando hago el almuerzo a mi se me olvida como cocinar, me pongo nerviosa y me toca pedirle el favor a una sobrina para que me ayude hacerlo” “Cada vez que hago el almuerzo pienso que lo voy hacer mal y que a mis hijos y a mi marido no le va a gustar, se van a disgustar y no se lo comerán”. Horario: Para facilitar la realización del almuerzo semanal la paciente creó un horario de los platos que realizará durante la semana”. Ahora: “Cuando hago el almuerzo me da</p>

Evaluación e intervención en un caso con diagnóstico de trastorno afectivo bipolar 69

				un poquito de nervios pero lo termine haciendo sola y ellos se lo comen”.
	Mejorar el estado de ánimo de la paciente mediante actividades ocupacionales	Incrementar las actividades de manejo de ocio y ocupación	Horario Autoinformes	Autoinformes
Desconocimiento de los diagnósticos psiquiátricos	Educar a la paciente y su familia en el trastorno bipolar	Conocer las creencias que tiene la paciente y su familia sobre el trastorno Bipolar	Entrevista	<p>Verbalización</p> <p>Antes</p> <p>Paciente: “Doctora las vecinas me dicen que lo que a mi me hicieron fue brujería pero yo no les paro mucho bolas..”</p> <p>“Estuve mirando por internet y vi muchos casos parecidos al mio pero quiero no se de donde viene y si tiene cura”</p> <p>Hijos “el Trastorno Bipolar es algo donde la persona es feliz y luego triste” “El TB es algo que se le pasa estando con gente y pasando..”.</p> <p>Ahora</p> <p>Paciente: “ El trastorno Bipolar es crónico y tiene diferentes momentos, estoy mas tranquila porque conozco su origen y como se desarrolla... aunque siempre me he tomado la droga ahora conozco la importancia de tomármela y no le paro bolas a la gente que me dice que me la deje de tomar”.</p> <p>Hijos: “El trastorno Bipolar es algo serio y tenemos que estar pendiente del cambio de comportamiento de mi mamá para avisarle a mi papá... hay que tenerle más paciencia”.</p>

**Evaluación e intervención en un caso con diagnóstico de trastorno afectivo bipolar 70**

		<p>Educar a la paciente y a la familia sobre las generalidades del Trastorno Bipolar</p>	<p>Biblioterapia Información</p>	<p>Verbalización Antes: “El trastorno bipolar es una enfermedad terrible que se trata solo con pastillas y que tiene muchos cambios de humor” Después: “El trastorno bipolar es un trastorno que se trata con pastillas y con el psicólogo, por eso es importante poner de mi parte tomarme las pastillas a tiempo y realizar los ejercicios que me mandan...”</p>
		<p>Enseñar a la paciente y a la familia a identificar los síntomas de los episodios maniaco, hipomaniaco y depresivo.</p>	<p>Biblioterapia Información Orientación</p>	<p>Aplicación del BDI-II en cada sesión, revisión de los puntajes y contrastación con las situaciones que acontecieron</p>

#### 14- Instrumentos de evaluación aplicados

<p><b>Inventario de Depresión de Beck segunda versión (BDI-II)</b></p>	<p>El BDI- II ha sido aplicado durante 8 sesiones como una forma de monitorear el estado de ánimo del paciente. La paciente ha tenido puntajes de 26 lo que corresponde a una posible depresión moderada, hasta un puntaje total de 7 lo que correspondería a una ausencia de depresión o depresión leve.</p>
<p><b>Minimental</b></p>	<p>La paciente reporta que presenta dificultades para recordar claves de las tarjetas, pedidos de los clientes y la forma de realizar el almuerzo, por esta razón se aplicó el Examen Mental (minimental).</p> <p>Se observó que la paciente estaba tranquila, contestó las preguntas con facilidad, a pesar de que el dibujo de copia era pequeño y a diferencia de los otros ítems se demoró en realizarlo, pero cumplió con criterios que exige el examen, obteniendo una puntuación de 30/30.</p> <p>A partir del resultado anterior se descarta una deficiencia cognitiva, por lo tanto es posible que las dificultades de memoria reportadas se deban a un bloqueo emocional posiblemente producido por las crisis de angustia que manifiesta la paciente.</p>
<p><b>Inventario de ansiedad rasgo-estado</b></p>	<p>La paciente reporta en la escala de Ansiedad Estado un total de 51 punto, lo que indica que se encuentra en un nivel de ansiedad media. De la misma forma en la escala Ansiedad Rasgo tiene una puntuación de 51 que corresponde a un Nivel de Ansiedad Media.</p>

## Anexo 5. Material de psicoeducación; Folleto sobre el Trastorno Bipolar

### ¿Cuál es el tratamiento para el TB?

#### Farmacológico

##### A. Estabilizadores del estado de ánimo

Aliviar los episodios de manía y depresión y evitar episodios futuros.

##### B. Anti psicóticos

Se utilizan para tratar episodios maníacos o depresivos agudos relacionados con el TB.

##### C. Antidepresivos

Pueden utilizarse junto con estabilizadores del estado de ánimo en personas con episodios de depresión. Si se utilizan solos, pueden aumentar las posibilidades de que una persona con depresión pase a sufrir manía.

#### Psicoeducación

Informar al paciente y a la familia sobre el TB para que aprendan a conocer y reconocer los síntomas iniciales de una posible descompensación y evitar la progresión del episodio.

#### Terapia de Apoyo

Permite adquirir herramientas para el afrontamiento de situaciones complejas para el paciente.

Modificación de creencias que repercuten en el comportamiento del paciente .



### Algunas recomendaciones para el mejor control del TB

- 1. Reconocer y aceptar su enfermedad:** Es uno de los pasos más importantes para mejorar su calidad de vida, ayuda a identificar las fases que se encuentra y evitar el abandono de los medicamentos en la fase de Eutimia.
- 2. Establecer rutinas:** Establecer rutinas en los hábitos alimenticios, de sueño, ocio, de hogar y laborales permiten crear estabilidad y disminuyen las recaídas.
- 3. Consumir los medicamentos correctamente:** Tomar los medicamentos de manera regular y en las dosis adecuadas puede prevenir las recaídas.
- 4. Contarle al médico todo sus síntomas:** Es importante reportarle al profesional datos que ud puede considerar irrelevantes y que puedan ayudar al psiquiatra a reconocer el estado en el que se encuentra para iniciar un tratamiento adecuado.
- 5. Escuche a las personas de confianza:** Ellas pueden ayudar en detectar cambios de comportamiento que fueron percibidos por ud y puedan detectar de manera temprana una descompensación.
- 6. No consuma sustancias tóxicas:** El consumo de alcohol y drogas aumentan el riesgo de presentar episodios. Es recomendable abstenerse de consumir bebidas con cafeína después de las 4 de la tarde.

#### CENTRO DE PROYECCIÓN SOCIAL PIEDECUESTA AREA DE PSICOLOGIA



¿Qué es el  
trastorno  
bipolar?



## ¿Qué es un trastorno Bipolar (TB )?

Alteración del mecanismo que regula el estado de ánimo, de forma que los cambios habituales que experimenta cualquier persona se acentúan hasta un punto que puede llegar a requerir hospitalización. El trastorno Bipolar (TB ) presenta periodos de días, semanas o meses donde puede presentar:

### Fase depresiva

Es la pérdida de interés en actividades habituales, se caracteriza por:

- Falta de concentración
- Apatía intensa
- Alteración del sueño
- Alteración del apetito.
- Olvidarse de las cosas
- Sentirse cansados o sin energía
- Sentirse muy “deprimidos ” o tristes
- Pensar en la muerte o en el suicidio



### Fase Maniaca

Es un estado de exageración emocional. Es posible que se presenten síntomas psicóticos. Se caracteriza por:

- Disminución en la necesidad de dormir
- Sentirse muy “alegre o “animado ”
- Sentirse “nervioso o “alterado/ ansioso ”
- Hablar muy rápido de muchas cosas distintas
- Estar inquietos, irritados o sensibles
- Creerse capaz de hacer muchas cosas a la vez y estar más activos de los común
- Hacer cosas arriesgadas (gastar dinero, tener relaciones sexuales sin cuidado ).



### Fase hipomaniaca

Se presentan los mismos comportamientos que en la fase maniaca pero más suaves. Se caracteriza por no presentar síntomas psicóticos.

### Fase Mixta

Es la mezcla de síntomas de la fase maniaca y la fase depresiva, se caracteriza por los siguiente comportamientos:

- Aceleración del pensamiento
- Cambios rápidos de humor
- Comportamiento descontrolado
- Mal humor

- Falta de ilusión
- Hostilidad
- Ideas negativas
- Inquietud
- Insomnio o pérdida del sueño.
- Alucinaciones (en casos graves ).

### ¿Quiénes pueden desarrollar un TB?

Cualquier persona puede desarrollar TB. La mayoría de veces inicia en las ultimas etapas de la adolescencia o a principio de la adultez. Generalmente la enfermedad dura toda la vida



### ¿Cuáles son las causas del Trastorno Bipolar?

Existen varios factores que contribuyen al TB, entre ellos; los **factores genéticos** y la **anormalidad en la estructura del cerebro**. Los **factores ambientales** pueden actuar como **precipitantes** de las crisis, al igual que acontecimientos estresantes como los conflictos familiares , laborales o la muerte de un ser querido. Las causas del TB no son claras y los científicos están buscando más información a través de estudios.

## Anexo 6. Folleto instructivo sobre técnicas de relajación

### TECNICAS DE RELAJACIÓN Y DE RESPIRACIÓN

#### Recomendaciones

Utilizar ropa suelta u holgada, estar en un lugar tranquilo sin ruido, con poca luminosidad, temperatura adecuada, en una silla cómoda o en una cama. Es opcional utilizar música, si lo hace preferiblemente sea música suave, instrumental o “nueva era”.

Evitar realizar este tipo de ejercicios en ayunas o cuando haya comido recientemente, dificulta la concentración o puede quedarse dormido.

#### Beneficios

A nivel psicológico permite que la persona se sienta mejor consigo misma, ayuda a disminuir la tensión y la ansiedad ante una situación difícil, mejora el estado de ánimo. A nivel físico disminuye la tensión escolar, ayuda a reforzar el sistema inmunológico, disminuye la presión arterial y el ritmo.

#### APRENDIENDO A RESPIRAR (RELAJACIÓN SIN TENSIÓN)

Uno de los elementos fundamentales de la técnica de relajación es la respiración, por lo que se explicará a continuación:

Con la boca cerrada vas a inhalar tranquilamente todo el aire que puedas, este aire lo vas a llevar hasta tu abdomen. Tienes que imaginar que estas inflando un globo, ya que el estómago se expandirá como tal.

Mentalmente tienes que contar despacio 1, 2, 3 sosteniendo el aire... y dejarlo salir mientras cuentas 4, 5, 6. Para entonces tu “Globo” (estómago) debe estar vacío y listo para ser inflado nuevamente.

Esta respiración la debes repetir por lo menos 3 veces.

La manera más simple de saber si estas inhalando bien es poniendo tus manos a la altura del ombligo para que sientas como se expande tu abdomen.

Una manera de comprobar que estas exhalando bien es ponerte la mano frente a la boca, para que sientas la suavidad con la que sale el aire.

Tenga cuidado de no hiperventilarse (sentirse mareado) al hacer varias repeticiones, si sucede se recomienda bajarle el ritmo de la respiración y respirar profundamente.



## RELAJACIÓN MUSCULAR PROGRESIVA

### “TENSA LAS PIERNAS”

#### a) Pies y piernas.

- El primer ejercicio consiste en encoger los dedos de los pies como si quisieras tomar algo con ellos, ejerce toda la fuerza que puedas mantenlo cuenta hasta 5 y regresa a la posición normal (Repetir 5 veces).
- Ahora, es al revés, tienes que elevarlos, como si quisieras alcanzar el techo cuenta hasta 5 y regresa a la posición normal (Repetir 5 veces).

- Ahora vas a levantar la pierna izquierda con la punta hacia arriba y con tu mano, vas a tocar el muslo y la pierna para que sientas lo dura que está, en dado caso que la sientas “flojita” ténsala mucho más, en esta posición eleva los dedos de los pies.
- Repítelo solo que ahora sin tocarte, solo siente la tensión cuenta hasta 5, y baja (relaja) lentamente la pierna. (Repetir 5 veces).
- Ahora vas a levantar la pierna derecha con la punta hacia arriba y con tu mano, vas a tocar el muslo y la pierna para que sientas lo dura que esta, en dado caso que la sientas “flojita” ténsala mucho más, en esta posición eleva los dedos de los pies.
- Repítelo solo que ahora sin tocarte, solo siente la tensión cuenta 1, 2, 3, 4, 5, y baja (relaja) lentamente la pierna (Repetir 5 veces).
- Una vez que hayas realizado las 5 repeticiones coloca tus manos en los costados de tus piernas y balancéalas a ambos lados tocando suavemente rodilla con rodilla. SIENTE LA DIFERENCIA ENTRE RELAJADO Y TENSO.

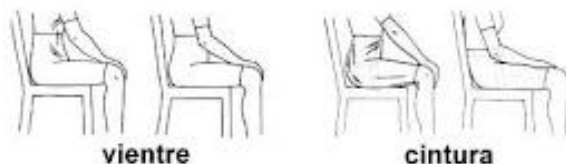


“TENSA EL TRONCO”

b) El tronco (incluye abdomen, glúteos, pecho y espalda)

El tronco comprende las siguientes partes de tu cuerpo como es el abdomen (estómago), los glúteos, el pecho y la espalda.

- Toma un poco de aire por la nariz y llévalo al abdomen y pecho poniéndolos lo más duro que puedas sostenlo y cuenta hasta 5, suéltalo suavemente (repetir 2 veces).
- Ahora siéntese erguido, con la cabeza muy derecha y tensa lo más posible toda tu espalda sostenla, cuenta hasta 5, relájate y repítelo 2 veces.
- Vamos con tus glúteos, apriétalos lo más posible, mantenlo así cuenta hasta 5, relájate y repítelo 2 veces.



“TENSA LOS BRAZOS”

c) Manos y Brazos.

- Cerrar muy fuerte ambas manos, contar hasta 5 y luego abrirlas lentamente, observe como gradualmente las palmas se vuelven rojas otra vez (repetir 3).
- Ahora al mismo tiempo que se cierran (tensar) las manos vamos a estirar ambos brazos hacia delante a la altura de los hombros y vamos a ponerlos tan duros como se pueda, cuenta hasta 5, relájelos mientras los ubica en las piernas (repetir 5 veces)



“TENSAR CUELLO Y CARA”

d) Cuello y cara.

- Se empezará con la frente, sube ambas cejas lo más que puedas cuenta hasta 3 y bájalas, (toca con tu

mano todas las arrugas que se te forman), (repítelo 5 veces). Puedes utilizar un espejo.

- Ahora encoge las cejas (llamaremos cara de enojado), cuenta hasta 3, regrésalas a su posición normal (repítelo 5 veces)
- Ahora cierra los ojos y apriétalos también muy fuerte, cuenta hasta 3, regresa a la posición normal (repítelo 5 veces)
- Arruga la nariz lo más que pueda, como si oliera desagradable, cuenta hasta 3, regresa a la posición normal (repítelo 5 veces)
- Con la boca se trabajarán dos cosas primero, una sonrisa exageradamente alegre, sube lo más que pueda las

comisuras de los labios, cuenta hasta 3, bájalas (repetir 5 veces). Segundo, ahora vamos a hacer una cara muy triste, bajando lo más posible las comisuras de los labios cuenta hasta 3, súbelas (repítelo 5 veces)

- el cuello, hay que ponerlo derecho, y con la mirada al frente con la mano izquierda trae tu cabeza hacia la izquierda, ahora haciendo fuerza con la mano no dejes que tu cabeza regrese al lugar original siente con la mano derecha como se siente tenso tu cuello, repite el ejercicio 5 veces para cada lado, sin excederse en la tensión del cuello.