

**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA, SECCIONAL BUCARAMANGA**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**TRABAJO DE GRADO**

**MONOGRAFÍA**



**EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA COGNITIVO-  
CONDUCTUAL EN UNA PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE TRASTORNO  
AFECTIVO BIPOLAR**

**Ps. YESSIKA LORENA SANCHEZ BALLESTEROS**

**SUPERVISORA**

**PhD. Ps. ANA FERNANDA URIBE RODRIGUEZ**

**BUCARAMANGA, COLOMBIA**

**2013**

**EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA COGNITIVO-  
CONDUCTUAL EN UNA PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE TRASTORNO  
AFECTIVO BIPOLAR**

**Ps. YESSIKA LORENA SANCHEZ BALLESTEROS**

**ASESORA**

**PhD. Ps. ANA FERNANDA URIBE RODRIGUEZ**

**TÍTULO A OBTENER**

**ESPECIALISTA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA  
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA  
BUCARAMANGA 2013**

## TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	4
ABSTRAC	5
INTRODUCCIÓN	6
METODOLOGÍA	
Participantes	15
Instrumentos	15
Procedimiento	18
Resultados	19
DISCUSIÓN	31
CONCLUSIONES	36
RECOMENDACIONES	37
REFERENCIAS	38
ANEXOS	
<i>Anexo 1. Formato de Recepción de caso</i>	44
<i>Anexo 2. Formato de Historia Clínica</i>	46
<i>Anexo 3. Formato de Consentimiento Informado</i>	50
<i>Anexo4. Formulación de Caso Clínico</i>	51

## **RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO**

**TITULO:** EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN UNA PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR

**AUTOR:** YESSIKA LORENA SANCHEZ BALLESTEROS

**FACULTAD:** FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**SUPERVISORA:** PhD. Ps. ANA FERNANDA URIBE RODRIGUEZ

**COORDINADORA DEL INSTITUTO DE FAMILIA Y VIDA- UPB:** PS. GLADYS ROCIO CAMPOS CACERES.

### **RESUMEN**

El presente informe presenta el trabajo realizado en la práctica de especialización de psicología clínica, en el período comprendido entre Junio y Diciembre del año 2012 en el Instituto de Familia y Vida de la UPB, cuyo objetivo principal fue realizar procesos de evaluación e intervención psicológica basados en el modelo cognitivo-conductual. Así mismo se apoyó las áreas de acción del Instituto de Familia y Vida: Atención, orientación e intervención psicológica, dentro de las cuales se atendieron 21 casos, con una atención de tipo individual, familiar y de pareja. Se realizó un estudio de caso sobre una paciente diagnostico bipolar, para los criterios de selección de caso, se tuvo en cuenta el número de sesiones, cumplimiento de la consultas y la posibilidad de realizar seguimiento al caso.

**PALABRAS CLAVE:** Atención, Intervención, Trastorno Afectivo Bipolar, Terapia cognitivo-conductual.

## **GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE**

**TITLE:** PSYCHOLOGICAL EVALUATION AND INTERVENTION IN A COGNITIVE BEHAVIORAL PATIENT DIAGNOSED WITH BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER

**AUTHOR:** YESSIKA LORENA SANCHEZ BALLESTEROS

**FACULTY:** PSYCHOLOGY

**SUPERVISOR:** PhD. Ps. ANA FERNANDA URIBE RODRIGUEZ

**COORDINATOR INSTITUTE OF FAMILY AND LIFE:** GLADYS ROCIO CAMPOS CACERES.

### **ABSTRACT**

This report presents the work done in the practice of clinical psychology specialization, in the period between June and December of 2012 at the Institute of Family and Life of the UPB, whose main objective was to conduct processes of psychological assessment and intervention based on cognitive-behavioral model. Also supported is the action areas of the Institute of Family and Life Care, guidance and psychological intervention, among which 21 cases were treated with a single type care, family and couples. We conducted a case study on a patient diagnosed bipolar, for case selection criteria, we took into account the number of meetings, consultations and compliance with the possibility to pursue the case.

**KEYWORDS:** Attention, Intervention, bipolar affective disorder, cognitive behavioral therapy.

## INTRODUCCIÓN

La importancia de la salud mental radica en lograr un equilibrio entre salud física y salud psicológica, debido a su estrecha relación e impacto sobre el ser humano. Así mismo se entiende como salud mental, un estado de bienestar que le permite al sujeto, desarrollar habilidades para afrontar las diferentes dificultades de su cotidianidad, así como desempeñarse tanto laboral como socialmente en su entorno. Sin embargo, se reconoce que éste estado de bienestar mental puede ser alterado o afectado por variables de tipo biológico o cultural en las que puede estar vinculado el sujeto (OMS, 2006).

Autores como Berenzon y Juarez (2005), han reportado que los trastornos mentales constituyen uno de los mayores problemas de salud a nivel mundial. Resaltan que sólo en el continente americano, se calcula una cifra cerca de 400 millones de personas que padecen de trastornos psiquiátricos y neurológicos, convirtiéndose en la causa de muchos sufrimientos y discapacidades, siendo los responsables del 11.5% de la carga global de las enfermedades.

Según el Estudio Poblacional Sobre Salud Mental en Medellín 2011-2012 (Secretaría de Salud de Medellín, 2011), se encuentra que hay una marcada diferencia entre las regiones del mundo respecto al número de años de vida saludables (AVISA) y años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) que se deben a condiciones neuropsiquiátricas. Entre las 20 principales causas de AVAD, para todas las edades, se encuentran el trastorno unipolar, las lesiones autoinfligidas y los trastornos por uso de alcohol; en el grupo de 15 a 44 años, se encuentran trastornos depresivos unipolares y el trastorno afectivo bipolar entre los seis trastornos mentales de mayor prevalencia. De igual manera, en países como México, la prevalencia global de padecimientos mentales es de 25% y la pérdida de años de vida saludable (AVISA) por este tipo de trastornos es de 9% (WHO, 1999). Los resultados obtenidos en la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz., Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, & Organización Panamericana de la Salud y de Pfizer México, 2000), señalan que los trastornos de ansiedad (18.5% alguna vez en la

vida, 10.8% últimos 12 meses, 4.1% último mes) y los trastornos afectivos (11.2% alguna vez, 5.8% últimos 12 meses, 2.4% último mes) son los padecimientos más frecuentes en la población femenina, mientras que para el género masculino prevalecen los trastornos asociados con el abuso de sustancias (17.6% alguna vez en la vida, 6.8% últimos doce meses, 1.7% último mes) (Berenzon & Juarez, 2005).

En Colombia, el Estudio Nacional de Salud Mental del 2003, reporta una prevalencia para los trastornos del ánimo del 1,05%, y para los trastornos depresivo mayor de 12,1%, el trastorno depresivo menor 1,05% y para la distimia 0,7%. Así mismo, evidencian que el 10,0% de la población general había presentado un episodio depresivo en el último año y se resalta que el trastorno bipolar ocupa el sexto puesto de morbilidad mundial entre todos los trastornos (Posada, 2003). Por otro lado, la Secretaria de Salud de Medellín (2011), plantea algunos determinantes biológicos y ambientales que podrían incurrir en la adquisición de trastornos mentales. De acuerdo con esto, se encuentra que los trastornos mentales y del comportamiento se deben tanto a la interacción de genes de riesgo, y a factores ambientales como la exposición a sustancias psicotrópicas en la vida fetal, malnutrición, infecciones, desintegración familiar, abandono, aislamiento y traumatismos, que actúan como variables de predisposición a desarrollar un determinado trastorno. Así mismo, contemplando factores psicológicos, se encuentra que el comportamiento del ser humano es establecido mediante interacciones con el entorno, por ende estas interacciones tendrían implicaciones positivas y/o negativas para el individuo, y el mantenimiento de su conducta dependería de si su comportamiento es reforzado o castigado. Teniendo en cuenta lo anterior, los trastornos mentales podrían explicarse a su vez como un comportamiento mal adaptativo que ha sido aprendido, ya sea por observación o modelamiento, y por ende ha sido reforzado por su contexto. Es así como algunos tipos de trastornos, como la ansiedad y la depresión, pueden ser consecuencia de la dificultad para afrontar satisfactoriamente un suceso estresante. Finalmente, otro factor determinante en la salud mental, es la situación socioeconómica del sujeto, principalmente relacionada con la carencia de recursos para tener acceso a los servicios médicos y asistencia psiquiátrica.

Teniendo en cuenta la prevalencia de los trastornos mentales, se enfatizará en los trastornos del estado de ánimo. Autores como Zuñiga y Villegas (2005), comprenden los trastornos del estado de ánimo, como un grupo de síntomas caracterizados por anomalías en la regulación del ánimo. Estos trastornos generalmente se acompañan con alteraciones del funcionamiento cognitivo, del sueño, del apetito, y del equilibrio interno. Según la Asociación Americana de Psicología (APA, 2005), los trastornos del estado de ánimo incluye los trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor dividido en “trastornos depresivos, trastornos bipolares, trastornos del estado de ánimo debidos a enfermedad médica y trastornos del estado de ánimo inducidos por sustancias” (p.323). Dentro de los trastornos depresivos se encuentra, el trastorno depresivo mayor (TDM) es un “trastorno del estado de ánimo, caracterizado por la presencia de uno o más episodios depresivos mayores.... al menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades” (APA, 2005 p.326); a su vez, se dan cambios en el apetito, sueño y psicomotricidad, alteraciones cognitivas y hasta ideación o intento suicida.

En aquellas personas diagnosticadas con trastorno depresivo mayor, entre 50% y 75% experimenta más de un episodio depresivo (Kennedy & Paykel, 2004). Normalmente, el episodio depresivo posterior se produce dentro de los 6 meses después de la recuperación del primer episodio, con recurrencia cada vez mayor en proporción al número de episodios posteriores (Angst, 1999). Por otra parte, el trastorno depresivo mayor, se ha asociado con un aumento en las percepciones negativas de los estímulos sociales, dificultades en las relaciones interpersonales y el desempeño deficiente en el empleo (Elinson, Houck, Marcus & Pincus, 2004). Específicamente, se ha demostrado que existe una relación entre el trastorno depresivo mayor y aumento del cortisol y disminución del volumen del hipocampo, así como la reducción de materia gris. Se encontró que la reducción del hipocampo es prominente en la región posterior y tiene implicaciones específicas en aprendizaje espacial y memoria (Porter, Gallagher, Thompson & Young, 2003).



Dentro de los trastornos depresivos se encuentra el trastorno distímico, de acuerdo con la APA (2005), éste se diferencia del trastorno depresivo mayor en base a la gravedad, la cronicidad y la persistencia. El trastorno distímico “debe estar presente la mayoría de los días a lo largo de un período de al menos 2 años” (p.352). El trastorno depresivo mayor suele consistir en uno o más episodios depresivos mayores separados, que se distinguen por la actividad normal de la persona, mientras que el trastorno distímico se basa por síntomas depresivos menos graves y crónicos.

Igualmente dentro de los trastornos del estado de ánimo se encuentra el trastorno bipolar, se define como una evolución clínica de una o más episodios de manía con episodios depresivos mayores ocasionalmente. El trastorno bipolar II es una variante que se caracteriza por la presencia de episodios de depresión mayor e hipomanía (DSM-IV TR, 2005). Según Vieta, Colom & Martínez-Ará (2004), el trastorno bipolar presenta un inadecuado funcionamiento en mecanismos bioquímicos encargados de regular el estado de ánimo, dichos mecanismos se encuentran ubicados en el sistema límbico, cuyo funcionamiento se basa en factores genéticos e influencia de factores ambientales. Comprendiéndolo de este modo, los individuos que por constitución genética poseen un sistema límbico vulnerable, podrían presentar este trastorno si las condiciones ambientales lo precipitan.

Por otra parte, el trastorno bipolar está asociado con características de cronicidad y gravedad, tales como bajas tasas de remisión, de suicidios, y alta prevalencia de comorbilidades clínicas y psiquiátricas (Mc Intyre, Konarski, Soczynska, et al., 2006) El deterioro cognitivo es una preocupación importante en el campo de los trastornos bipolares debido a la estrecha asociación con el deterioro funcional (Zarate, Tohen & Cavanagh, 2000).

Autores como Becoña y Lorenzo (2001), describen el trastorno bipolar como “un cuadro clínico grave, recurrente e incapacitante, que se caracteriza por episodios de depresión y manía durante los cuales ocurren cambios extremos en el estado de ánimo, las cogniciones y las conductas” (p. 21). Este trastorno presenta períodos de recuperación y de recurrencia. Así mismo se estima que una persona con un trastorno bipolar I sufrirá de 8 a 12 episodios

de depresión mayor, y de 4 a 8 episodios maníacos a lo largo de su vida. Investigaciones como la de Lam y Wong (1997) reportan que la recurrencia está asociada, a factores como, eventos vitales negativos, historia de episodios previos, abuso de alcohol o de drogas, relaciones familiares conflictivas o a la historia previa de alcoholismo. A su vez, resaltan que este trastorno genera dificultades de adaptación a la vida cotidiana, conflictos de pareja y desempleo.

Según los reportes investigativos, el pronóstico del trastorno bipolar se caracteriza por ser variable, y la evolución de este cuadro clínico está determinada por múltiples factores, como la mala adherencia al tratamiento farmacológico, por tanto, el cumplimiento terapéutico se ha considerado como uno de los principales determinantes del curso del trastorno bipolar (Keck, McElroy, Strakowski et al., 1998). La influencia de estos factores varía en cada caso concreto, sin embargo se podría explicar a partir de situaciones en que los organismos podrían ser más propensos a las recaídas, como, si se abandona el tratamiento, se consumen drogas, incluido el alcohol, si recientemente se ha tenido una recaída, durante los cambios de medicación, si se lleva a cabo un régimen o una dieta muy estricta, entre otros. Todos estos factores inducen cambios en el organismo sobre las sustancias que regulan el estado de ánimo (neurotransmisores) y pueden precipitar una recaída o volver al sujeto más vulnerable ante situaciones de estrés. Además de estos factores que influyen negativamente, existen factores psicosociales como: las buenas relaciones familiares, situaciones económicas favorables o redes de apoyo social (de amigos o asociaciones) que influyen de manera positiva en el curso del trastorno, siempre y cuando se tengan pronosticados los factores biológicos y se regule la medicación (Vieta, Colom & Martínez-Ará, 2004).

El trastorno bipolar conlleva un deterioro en las relaciones interpersonales, en el disfrute de las actividades recreativas, en la frecuencia de la actividad sexual y, en general, en la satisfacción global. Además, hay una menor tendencia a mejorar en estos aspectos con respecto a los pacientes depresivos unipolares (Coryell, Turvey, Endicott et al., 1998). Con respecto al deterioro social, este puede resultar transitorio, asociado a las crisis pasajeras de los episodios depresivos o maníacos, derivados en este caso de habilidades sociales escasas o de un entorno social y familiar conflictivo, lo cual sugiere la

necesidad de estrategias terapéuticas más efectivas para prevenir recaídas (Perry, Tarrrier, Morris et al., 1999).

En la actualidad diversas investigaciones en psicología reconocen la necesidad de evaluar la efectividad de las intervenciones, con el fin de aplicar intervenciones basadas en evidencia (Ortíz & Vera-Villarroel, 2003). Los hallazgos encontrados en estudios sobre la evaluación de tratamientos de diferentes modelos psicoterapéuticos, reportan una tendencia a evidenciar que las intervenciones conductuales y cognitivo-conductuales cuentan con mayor apoyo empírico, ya que la mayor parte de este tipo de terapias son precisamente conductuales (Mustaca, 2004).

Teniendo en cuenta las diversas investigaciones bajo esta línea de trabajo se observa que las técnicas conductuales y cognitivas-conductuales son eficaces para el tratamiento de la depresión y diversos trastornos de ansiedad, así como también se ha demostrado su eficacia en conductas adictivas, adhesión al tratamiento, entre otras (Livacic-Rojas, Espinoza & Ugalde, 2004; Salas, Gabaldón, Mayoral, Guerrero & Amayra, 2003). Los objetivos generales de las distintas intervenciones psicosociales, como tratamiento complementario de la terapia farmacológica, han sido aumentar la adherencia al tratamiento médico, disminuir las tasas de recaída y las rehospitalizaciones, así como mejorar la calidad de vida del paciente y de sus familias. Dichas intervenciones también buscan potenciar el funcionamiento social y ocupacional de los pacientes, así como desarrollar las capacidades para enfrentarse a estresores en el entorno social y laboral (Craighead & Miklowitz, 2000).

En base a trabajos revisados sobre las intervenciones psicoeducativas y cognitivo-conductuales llevados a cabo en el trastorno bipolar, además de la psicoeducación, de la intervención familiar y de pareja, autores como Palmer y Scott (2001), refieren que varios son los factores que hacen pertinente la elección del tratamiento cognitivo-conductual como alternativa psicoterapéutica para el tratamiento del trastorno bipolar. En primera medida, la naturaleza psicoeducativa de este enfoque, promueve el control y la autorregulación del paciente, haciéndola útil para el tratamiento de un trastorno crónico recurrente.

En segundo lugar, esta terapia ha mostrado ser efectiva en el aumento del cumplimiento del tratamiento farmacológico. Y finalmente, al haber sido demostrada la efectividad de la terapia cognitivo-conductual en la prevención de recaídas en la depresión unipolar, se ha considerado pertinente utilizarla para la prevención de recaídas en el trastorno bipolar, ya que presenta una tasa alta de recaídas.

Con respecto al abordaje cognitivo-conductual, los reportes de investigaciones como las de Cuijpers, van Straten, & Warmerdam (2007), indican que constituye uno de los primeros tratamientos validados para la depresión y actualmente reúne cinco intervenciones con sólido apoyo empírico: (1) la terapia conductual y la activación conductual, (2) la terapia cognitiva, (3) el sistema de análisis cognitivo conductual de psicoterapia, (4) la terapia de resolución de problemas, y (5) la terapia de autocontrol.

La terapia cognitiva, se dirige esencialmente a modificar las cogniciones distorsionadas o desadaptativas y las alteraciones conductuales y emocionales que conllevan. Se centra en problemas específicos o situaciones de la vida actual del paciente generando la elaboración de rutas de acción que pueden ayudar a neutralizar síntomas disfuncionales. Este enfoque pretende lograr una valoración precisa y objetiva de la validez de las cogniciones y sus conductas adaptativas de las desadaptativas. Si se producen distorsiones cognitivas, el paciente y el terapeuta trabajan de manera conjunta para desarrollar una perspectiva más adecuada (empirismo colaborativo) (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1993).

Para Newman, Leahy, Beck, Reilly-Harrington & Gyulai (2005), los factores cognitivos que inciden en los trastornos bipolares son: estilos de atribución, perfeccionismo, deficiencias en la resolución de problemas, aumento de la autonomía, prejuicios en la toma de decisiones, esquemas maladaptativos y procesamiento de actuación cognitiva-afectiva-conductual. Para dichos autores los esquemas del trastorno bipolar interactúan con la percepción de sucesos y otras situaciones que actúan como disparadores; así mismo, resaltan que la experiencia subjetiva de cada sujeto entra en interacción con el estado biológico y determina el estado de ánimo y su

conducta. Dicho en otros términos, cuando los esquemas cognitivos ya consolidados entran en gestión, influyen en el procesamiento de la información produciendo que el individuo tienda a fijarse en la información coherente con su esquema y éste sea sobrevalorado. En coherencia con lo anterior, los autores en mención, explican el trastorno bipolar de la siguiente manera: durante la fase depresiva se activaría un esquema negativo que produciría el recuerdo hacia sucesos de pérdida o de rechazo y centre la atención del momento presente en la posibilidad de fracaso. Por otro lado, en la fase maníaca se activaría un esquema positivo que produciría un olvido selectivo de la necesidad de prudencia y moderación. La irritabilidad, común en los episodios maníacos podría indicar una lucha concurrente con las implicaciones del polo opuesto (negativo) del esquema, esta irritabilidad y la conciencia de esquemas positivos y negativos a la vez, podrían verse de manifiesto en los episodios mixtos (Newman, Leahy, Beck, Reilly-Harrington & Gyulai, 2005).

Así mismo, autores como Lockwood, Page, y Conroy-Hiller (2004), reportan como resultados de un análisis comparativo, que la terapia cognitivo-conductual grupal como individual obtienen eficacia comparable en el tratamiento de depresión moderada a severa. De acuerdo con esto, Beltman, Voshaar, y Speckens (2010), muestran la eficacia de la terapia cognitivo-conductual en pacientes depresivos con enfermedades somáticas. Así mismo estudios recientes indican que la terapia centrada en el niño o la familia y la psicoeducación familiar e individual reportan resultados positivos en la reducción de la severidad de los síntomas (Young & Fristad, 2007).

Dentro de las terapias empleadas en trastornos depresivos, se encuentra la terapia de activación conductual, en estudios (Martell, Dimidjian & Herman-Dunn, 2010) se comparó su eficacia con la terapia cognitiva y el tratamiento farmacológico, resultando ser efectiva como la farmacoterapia. Dicha técnica está orientada a incrementar las experiencias gratificantes y reducción de experiencias negativas, lo que requiere de la identificación y modificación de conductas inhibitorias, por otras funcionales.

En investigaciones clínicas la Terapia Racional Emotiva ha demostrado ser efectiva en tratamientos de la depresión, dicha terapia le permite al

paciente desarrollar habilidades de afrontamiento cognitivo, su eficacia radica en que es una técnica que le permite al paciente modificar su forma de percibir e interpretar el problema y así proponer alternativas para solucionarlo (Vargas & Ibañez, 1998).

Según Navarro (1992), refiere que la Terapia Familiar, ha proporcionado resultados favorables en los trastornos afectivos, destacando que los modelos de esta terapia como eficaces y directivos. Así mismo, el modelo de entrenamiento en autocontrol de Rehm (1977) trabaja los déficit en estrategias de afrontamiento en el trastorno depresivo, dicho autor plantea que se da un desequilibrio entre recompensa y castigo. Por otro lado, la terapia de entrenamiento en resolución de problemas para la depresión de Nezu (1987), se centra en la relación entre acontecimientos negativos de la vida, dificultades actuales, afrontamiento mediante la solución de problemas y síntomas depresivos.

A partir de lo anterior, se plantea como objetivo principal, evaluar y diseñar procesos de intervención psicológica bajo el modelo cognitivo conductual.

## METODOLOGÍA

### Participantes

La presente práctica fue ejecutada en el Instituto de Familia y Vida, de la Universidad Pontificia Bolivariana, Seccional Bucaramanga. Donde se brindó atención psicológica a 21 usuarios de dicha institución, de los cuales fue seleccionado un consultante para la realización del estudio de caso bajo el enfoque cognitivo-conductual. A continuación se describe detalladamente el proceso realizado y los resultados obtenidos.

### Instrumentos

Los recursos e instrumentos implementados durante el periodo de práctica para dar cumplimiento al estudio de caso y a la atención psicológica brindada se describen a continuación:

- **Formato Recepción de caso (UPB):** Este formato permite tener un abordaje previo a la situación o motivo de consulta, de esta manera se orienta al paciente con respecto a la atención que se le puede ofrecer, ya sea de índole terapéutica, orientación o remisión a algún especialista (Véase Anexo 1).
- **Historia Clínica:** Es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley (Resolución 1995 de 1999, Artículo 1) (Véase Anexo 2).
- **Consentimiento Informado:** El Consentimiento Informado es un documento legal que debe ser confiable, veraz, tener fidelidad e íntimo. Además es la aceptación por parte del paciente (previa información

médica) de un procedimiento médico, quirúrgico o la participación en una investigación (Idoate, 2000) (Véase Anexo 3).

- **Entrevista clínica:** Mediante la elaboración de preguntas dirigidas se permitió obtener información tanto de antecedentes personales, familiares y curso y mantenimiento de la situación problema.
- **Cuestionario de 16 PF (Cattell y Cattell, 1995):** Cuestionario construido para medir 16 rasgos de personalidad, consta de 185 ítems con tres alternativas de respuesta, con las que se obtienen las puntuaciones de las 16 escalas primarias, los tres índices de estilos de respuesta y las dimensiones globales. La aplicación puede ser individual o colectiva con una duración de entre 40 y 45 minutos. Los dieciséis rasgos primarios que evalúa son: Afabilidad (A), Razonamiento (B), Estabilidad (C), Dominancia (E), Animación (F), Atención a las normas (G), Atrevimiento (H), Sensibilidad (I), Vigilancia (L), Abstracción (M), Privacidad (N), Aprensión (O), Apertura al cambio (Q1), Autosuficiencia (Q2), Perfeccionismo (Q3) y Tensión (Q4). Las cinco dimensiones globales de personalidad son: Extraversión (Ext), Ansiedad (Ans), Dureza (Dur), Independencia (Ind) y Auto-control (AuC).

Las aplicaciones en el ámbito de Psicología Clínica van desde la detección de ciertos rasgos indicadores de trastornos psicológicos a través del perfil del sujeto hasta la evaluación de la eficacia del tratamiento mediante cambios en las respuestas pre y post intervención, pasando por la individualización de determinados componentes terapéuticos en función de las características de personalidad del paciente. (APA, AERA & NCME, 1999).

- **Examen Mental Abreviado (E.M.A) de Rosselli, et al (2000):** Fue diseñado para cuantificar el grado de demencia y delirio en pacientes psiquiátricos y neurológicos. Consiste de una serie de preguntas simples y cortas que permiten la evaluación de varias funciones tales como



orientación, el registro de información, la atención y el cálculo, el recuerdo, el lenguaje oral y escrito y la construcción. El instrumento consta de ocho secciones: A. Datos personales, B. orientación (temporal y espacial), C. Retención, D. Atención y cálculo, E. Evocación, F. Lenguaje, G. Copia y H. Adición de puntos. Todas las secciones se encuentran conformadas por ítems y cada uno de ellos puntúa 0 ó 1; sin embargo, en la sección A no se adjudica puntuación a causa de su carácter cualitativo y en la sección H, el puntaje asignado depende de las condiciones del participante, como edad y dificultades visuales.

Dada su rapidez de aplicación ha sido utilizada ampliamente para detectar alteraciones cognitivas en poblaciones neurológicas, psiquiátricas y geriátricas, para evaluar la respuesta a tratamientos farmacológicos, como instrumento de tamizaje en estudios epidemiológicos y para la detección de demencia y su incidencia. El MMSE tiene baja sensibilidad para el diagnóstico de deterioro cognitivo leve, la demencia frontal-subcortical y el déficit focal cognitivo (Roselli, Ardila, Pradilla, et al. (2000).

- **Inventario de depresión de Beck:** Fue desarrollado inicialmente como una escala heteroaplicada de 21 ítems para evaluar la gravedad (intensidad sintomática) de la depresión. Esta versión fue adaptada al castellano y validada por Conde & Useros (1975). El sujeto tiene que seleccionar, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante la última semana y el momento actual. La puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas, que van de 0 a 3. El rango de la puntuación obtenida es de 0-63 puntos.

Su objetivo es cuantificar la sintomatología, no proporcionar un diagnóstico. Los puntos de corte usualmente aceptados para graduar la intensidad / severidad son los siguientes: No depresivo: 0-9 puntos; Depresión Leve: 10-18 puntos; Depresión Moderada: 19-29 puntos; Depresión Grave: > 30 puntos. Su contenido enfatiza más en el

componente cognitivo de la depresión, ya que los síntomas de esta esfera representan en torno al 50 % de la puntuación total del cuestionario, siendo los síntomas de tipo somático / vegetativo el segundo bloque de mayor peso; de los 21 ítems, 15 hacen referencia a síntomas psicológico-cognitivos, y los 6 restantes a síntomas somático-vegetativos (Conde & Useros, 1975).

## PROCEDIMIENTO

El estudio de caso se basó en tres pasos:

**El primer paso,** Contacto: Se realizó el contacto con el paciente por medio del proceso de recepción de caso, en el cual se establece contacto paciente-terapeuta a fin de tener un primer abordaje de la problemática presente, realizar el encuadre y establecer los horarios de encuentro para el proceso terapéutico.

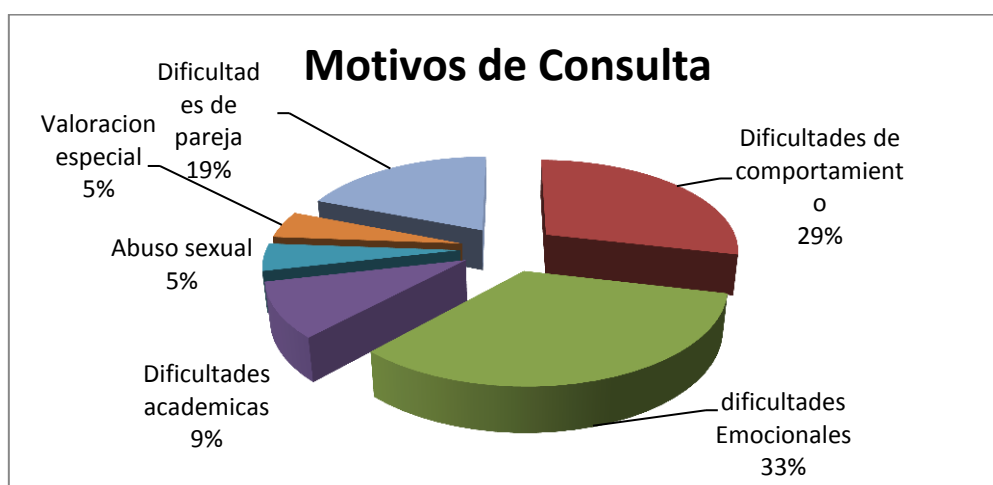
**El segundo paso,** Evaluación: Se dio inicio con el diligenciamiento de la historia clínica, a fin de conocer variables sociodemográficas e historia de vida del paciente, así como posibles eventos y situaciones que han contribuido con la problemática actual. Seguidamente se realizó el diligenciamiento del consentimiento informado, de esta manera informar al paciente sobre aspectos como la confidencialidad y la publicación de información relevante con los fines educativos que se maneja en el estudio de caso, contando con el consentimiento del paciente. Posteriormente, se inició con la evaluación clínica, donde fue necesario la aplicación de instrumentos como: Entrevista semiestructurada, cuestionario de personalidad 16 PF, Examen Mental Abreviado (EMA), y el Inventario de Depresión de Beck.

**El tercer paso,** Intervención y seguimiento: Teniendo en cuenta la información obtenida y los resultados arrojados por los instrumentos de evaluación clínica aplicados, se realizó el proceso de intervención basado en el modelo cognitivo-conductual y sus principios básicos. Así mismo, se realizó el seguimiento del proceso a fin de contrastar los avances y resultados logrados y mantener los cambios positivos. Para finalizar se dio cierre del proceso.

## RESULTADOS

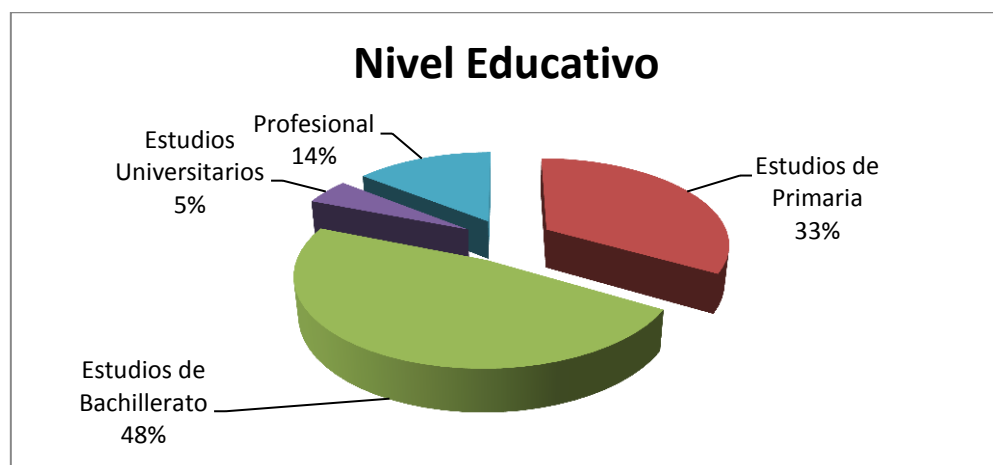
### Población

La población total atendida fueron 21 consultantes, de los cuales el 61,9% son hombres, y el 38,09% mujeres. Las edades oscilaron entre 6 y 39 años, con una media de 19,71 años y una desviación de 9,68 años. Con respecto al estado civil el 81,7% solteros, el 4,7% casado, el 4,7% Unión Libre y el 4,7% Separado.



Gráfica 1. Distribución de los motivos de consulta de los pacientes

El motivo de consulta con mayor prevalencia es dificultades emocionales (33%), seguido de dificultades de comportamiento (29%), dificultades de pareja (19%), dificultades académicas (9%), abuso sexual (5%) y valoración especial (5%) en la población atendida (Véase Gráfica 1.).



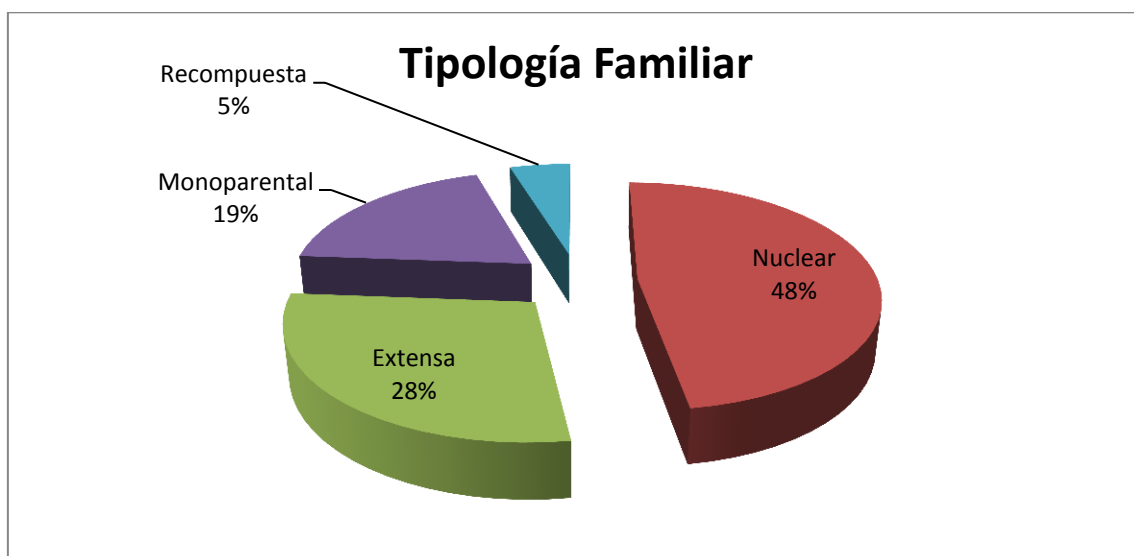
Gráfica 2. Distribución del nivel educativo de los pacientes.

De acuerdo al nivel educativo el 48% de la población se encuentra realizando sus estudios de bachillerato, seguido del 33% con estudios de primaria, el 14% son profesionales y el 5% se encuentra realizando estudios universitarios.

Tabla 1. Distribución del nivel socioeconómico de los pacientes.

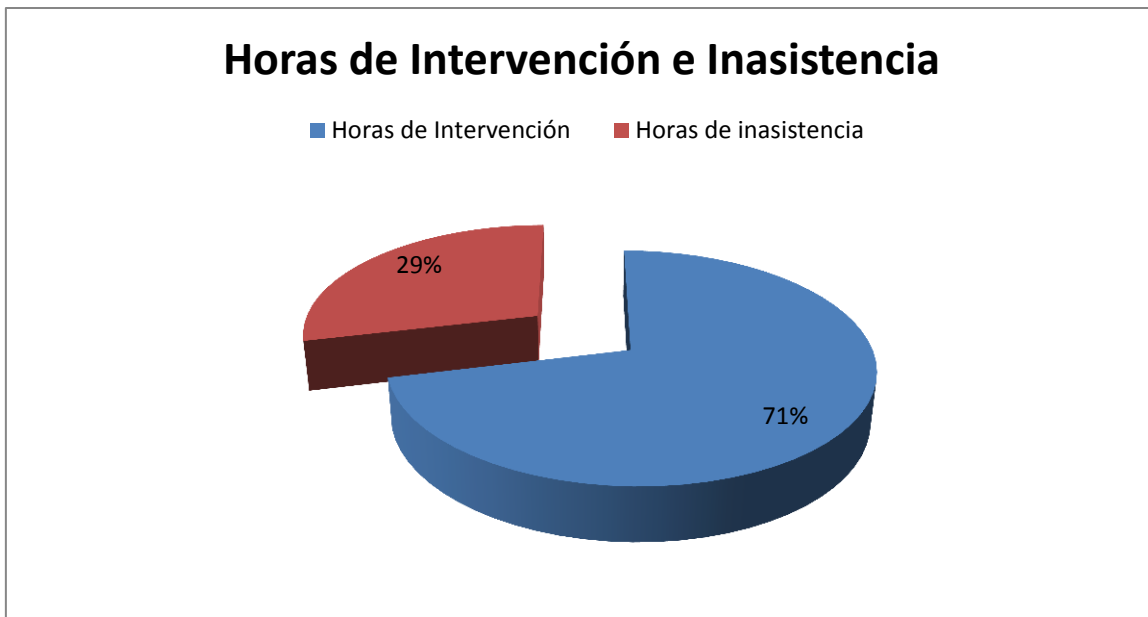
Nivel socioeconómico	Frecuencia	Porcentaje
<b>Estrato 1</b>	6	29%
<b>Estrato 2</b>	8	38%
<b>Estrato 3</b>	7	33%

Como se observa en la Tabla 1, el nivel socioeconómico con mayor porcentaje de la población atendida, equivale al estrato 2 (38%), seguido del estrato 3 (33%) y finalmente el estrato 1 (29%).



Gráfica 3. Distribución de la tipología familiar de los pacientes

Con respecto a la tipología familiar con mayor prevalencia de la población atendida, es la Nuclear (48%), seguida de la Extensa (28%), Monoparental (19%) y la Recompuesta (5%) (Véase Gráfica 3).



Gráfica 5. Horas de asistencia e inasistencia del proceso psicológico

Como se puede observar en la Gráfica 5, durante el periodo de práctica de especialización en psicología clínica se cumplieron 101 horas de proceso psicológico, de las cuales el 71% de horas fue de intervención y el 29% fue de inasistencia al proceso por parte de los pacientes, sin embargo éste tiempo de inasistencia fue empleado para la formulación y seguimiento de los casos clínicos.

### MUESTRA

Para la elección del paciente para la formulación del estudio de caso, se tuvo en cuenta como criterios de inclusión: Numero de sesiones intervenidas, cumplimiento y permanencia en el proceso y la posibilidad de realizar seguimiento al caso clínico.

Paciente 1.

A.M.G.C es una mujer de sexo femenino, de 32 años de edad, natural y residente de Bucaramanga. Es la segunda de cuatro hermanos, soltera, actualmente se encuentra desempleada, no tiene pareja y vive con sus padres. Refiere haber tenido una infancia difícil, por la relación conflictiva de sus padres. En el año 2000 inicia sus estudios universitarios. Tras finalizar sus

estudios de patronismo industrial, ejerce su profesión durante un año. Renuncia para viajar a la ciudad de México (hace 6 años), por una propuesta laboral; se desempeñó como diseñadora textil durante un año, su desempeño fue sobresaliente y reconocido. Como antecedentes médicos y psiquiátricos presenta diagnóstico de gastritis; a la edad de 15 años presenta intento suicida. En el año 2008 presentó alteraciones mentales, siendo internada en una clínica psiquiátrica durante 15 días, fue diagnosticada con trastorno esquizoafectivo, no especificado; desde entonces recibe tratamiento farmacológico, sin manejo por psicología. En el 2012 presente una recaída (episodio de manía) lo cual fue internada nuevamente durante 10 días en una clínica psiquiátrica (véase anexo 4).

### **OBJETIVOS TERAPEUTICOS**

- Adherencia al tratamiento y reducir recaídas.
- Reducir ideas irracionales.
- Aumentar los niveles de activación conductual, motivación y reducir la apatía.
- Incremento de habilidades sociales (Toma de decisiones, estrategias afrontamiento y solución de problemas).

**1. PLAN DE INTERVENCIÓN**

<b>CONDUCTAS PROBLEMAS</b>	<b>OBJETIVOS DE INTERVENCIÓN</b>	<b>ACTIVIDADES (COMO)</b>	<b>TECNICAS</b>	<b>INDICADORES</b>
Distorsiones cognitivas	Disminuir ideas irracionales frente a sí misma, el futuro y el mundo.	Identificación de creencias irracionales.	Autoregistro de creencias irracionales mediante discurso  Reestructuración cognitiva	Frente a la valoración de su autoeficacia las verbalizaciones son:  Inicialmente expresaba “no soy capaz” “me va quedar mal todo”.  Ahora su pensamiento de incapacidad y generalización ha disminuido, sus verbalizaciones refiere: “en algunos momentos se me dificulta pero logro hacer las cosas” “puede que no me quede perfecto pero lo puedo arreglar”.
		Confrontación de los pensamientos automáticos	Reestructuración cognitiva  Confrontación cognitiva	“Es que siempre me pasa a mi” → “A veces se me presentan dificultades”  “Siempre hago todo bien” → “Algunas veces pueden quedar mal las cosas, y si se puede se corrige ”
		Búsqueda de evidencias frente a creencias	Reestructuración cognitiva	Con respecto a su temor a fracasar laboralmente se

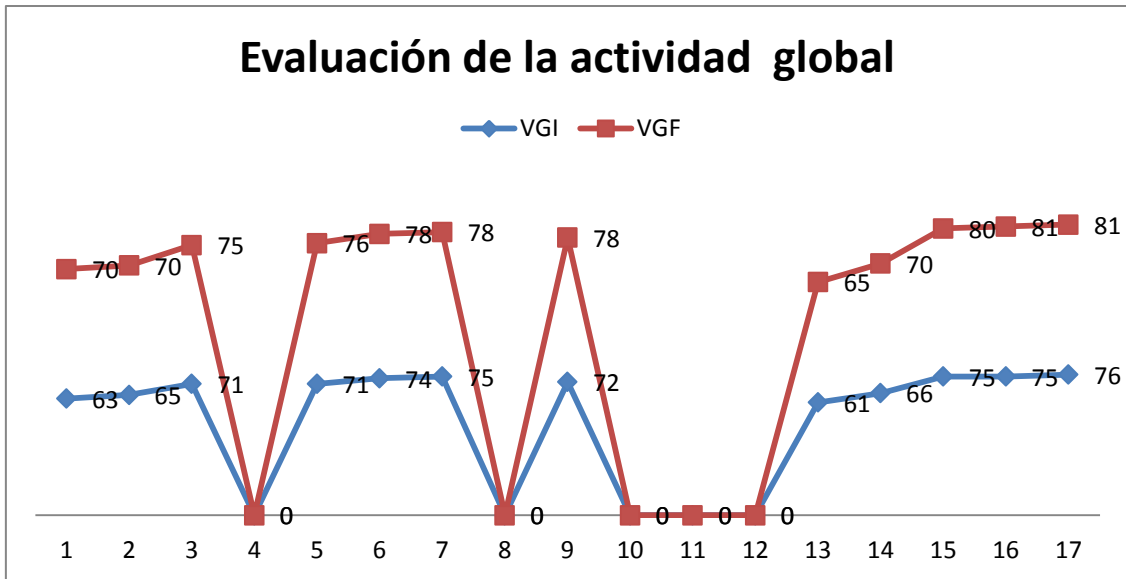
		irracional frente a su autoeficacia	Contrastación de evidencias	<p>contrastó con su éxito en la profesión, los logros y enseñanzas que cada trabajo le dejó.</p> <p>“En mi segundo trabajo tenía miedo de hacer las cosas mal, pero luego aprendí y cogí experiencia y habilidad en el trabajo”.</p>
Conductas de evitación al contacto social.	Reducir conductas de evitación	Explorar ante qué situaciones evita el contacto social.	Auto registro	<p>Mediante el discurso y narración de situaciones, se logró identificar “cuando tenía problemas en mi casa o en el trabajo algo salía mal, me ponía a llorar, a veces salía corriendo o me daban ganas de salir de ese lugar o situación” ahora las narraciones cambian un poco su intensidad “Cuando se presentan discusiones familiares no me tomo tan personal las cosas y no me siento tan mal, se ha hecho llevaderas las situaciones”</p>
		Confrontar conductas y pensamientos de evitación por otras más eficaces.	Terapia Racional Emotiva Relajación muscular	Anteriormente cuando se le presentaban situaciones conflictivas en la casa y



			progresiva	trabajo, “salía corriendo y le daban deseos de tirarse del carro donde iba”; y ahora se le presentan situaciones tensas, “se siente mal, confronta los pensamientos, en ocasiones llora pero no evita la situación, la tolera”
Estado de ánimo deprimido la mayor parte del tiempo.	Disminuir los estados de ánimo bajo y aumentar los niveles de activación conductual.	Identificar actividades placenteras.	Registro de actividades placenteras mediante el discurso	Inicialmente “nada era agradable, lo único que deseaba era no salir de casa y quedarme refugiada en mi habitación”; paulatinamente se inició a identificar que habían actividades que realmente le agradaban pero por darle prioridad a su estado emocional, se aislaba, dejando de disfrutar momentos agradables (incluso en reuniones familiares no compartía), reforzando así su estado de ánimo deprimido, refiere “cuando había alguna actividad pensaba: no me sentiré bien, no disfrutare, mejor me quedo acostada y q mis papás disfruten sin que yo les dañe el rato” y actualmente refiere “a veces se me dificulta

				levantarme e ir a realizar actividades, pero pienso que es por mi bien y me motivo a tomar la iniciativa de integrarme tanto a fiestas familiares como a realizar algunas visitas a amigas”
		Generar el inicio de actividades físicas al menos una vez al día.	Activación conductual Respiración Diafragmática	<p>Cuando se inició con las actividades de activación conductual, “al inicio se me dificultaba salir a caminar, ahora ya hace parte de mi rutina diaria, en ocasiones lo hago en compañía de mi padre y otras ocasiones invito a una amiga vecina, que es gordita a que hagamos ejercicio”</p> <p>Refiere “luego de realizar los ejercicios de relajación, me siento con tranquilidad, siento paz, y pienso que todo puede estar en calma”.</p>
Déficit en estrategias de afrontamiento/ habilidades sociales	Generar el desarrollo y de estrategias de afrontamiento eficaces.	Identificación de estrategias de afrontamiento que implementa la paciente.	Entrenamiento en habilidades sociales y autocontrol	“Si me encuentro calmada, ésto hace que exprese mis opiniones más fácilmente, anteriormente me irritaba por todo, ahora pienso un poco más en cómo reaccionar”

<p>Diagnóstico Trastorno esquizoafectivo/b ipolar I</p>	<p>Favorecer la adherencia al tratamiento y reducir recaídas.</p>	<p>Psicoeducar a la paciente con respecto a su situación de salud y enfermedad, a la toma de medicamentos.</p>	<p>Psicoeducación (adherencia al tratamiento y enfoque cognitivo conductual).</p>	<p>“Sé que mi enfermedad es una realidad, y tengo que poner de mi parte para lo que está mal, se equilibre con la medicación”</p> <p>La paciente ya ha establecimiento rutinas frente a la toma de medicación (alarmas y pastilleros).</p> <p>Cumplimiento en cuanto a la asistencia al procesos psicológico.</p> <p>Comprende la relación que existe entre los pensamiento, conducta y emoción.</p>
---	---	--	---	--



Gráfica 6. Evolución de evaluación de la actividad global.

Como se puede observar la Grafica 6, evidencia la evolución del proceso de intervención psicológica llevada a cabo, las puntuaciones bajas están relacionadas a inasistencia a las consultas y recaída del trastorno afectivo.

### INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN APLICADOS

#### 16 PF

Teniendo en cuenta la historia y antecedentes de la paciente, se consideró pertinente aplicar el **Cuestionario de Personalidad 16PF (Cattell y Cattell, 1995)**: éste cuestionario fue construido para medir 16 rasgos de personalidad, consta de 185 elementos, con tres alternativas de respuesta y puede aplicarse a adolescentes y adultos. A continuación se presenta una tabla síntesis de los resultados arrojados en la aplicación de dicho instrumento.

AREAS	RESULTADOS
	<p>Posee pensamiento de tipo concreto, con razonamiento simple y poco elaborado. Se apega a valores internos, siendo considerablemente lenta y precavida.</p> <p>Anticipa las dificultades por miedo a cometer errores, muy indecisa para asumir riesgos, más por distorsiones</p>

<p style="text-align: center;">ÁREA INTELECTUAL</p>	<p>pesimistas y una inhibición general de la espontaneidad que por una cautela adaptativa.</p> <p>Suele ser responsable y tomar muy en serio su trabajo, por lo que puede ser muy apreciado por sus jefes. Sin embargo, poco se le elige para funciones de liderazgo. Se concentra mucho en la tarea.</p> <p>Muestra una renuencia a dejar atrás sus lazos pasados, prefiriendo mantenerse en lo familiar, y mostrando poco interés en las innovaciones futuras.</p> <p>Se le dificulta no sólo iniciar al cambio, sino mantener el paso por las transiciones normales de la vida.</p>
<p style="text-align: center;">ÁREA EMOCIONAL</p>	<p>Muestra un nivel de ansiedad alto. Con frecuencia pierde el control sobre sus sentimientos, tiene muy poca tolerancia a la frustración y se trastorna con mucha facilidad.</p> <p>Perturbable con facilidad, evade responsabilidades, tiende a casi siempre a renunciar. Con tendencia a hacer evaluaciones con base en intenciones subjetivas y reaccionar de manera emocional. En consecuencia, juzga con base en valores estéticos, gustos y tendencias personales de acercamiento / evitación.</p> <p>Su sensibilidad emocional le obstaculiza el tomar decisiones duras, creando algunas veces retrasos excesivos.</p> <p>Ansioso y deprimido, llora y se afecta con facilidad, abrumado por sus estados de ánimo. Tiene un fuerte sentido de la obligación, siendo bastante sensible a la</p>

	<p>aprobación o desaprobación de los demás.</p> <p>Posee sentimientos de inferioridad, suele tratar de mitigar sus autoevaluaciones negativas haciendo sacrificios personales, trabajando duro o comprometiéndose con fuerza. Su vulnerabilidad a sentimientos de inutilidad e inadecuación hace que sea susceptible a la manipulación y la explotación. Algo tensa, un poco frustrada e irritable. Puede sentirse un poco inquieta, algo nerviosa y presionada.</p>
<p>ÁREA SOCIAL</p>	<p>Es una persona notoriamente introvertida. Es dependiente en su pensamiento y en el modo de comportarse. Muy obediente, socialmente mediocre, es manejado con facilidad, dócil y servicial.</p> <p>Suele hacer pocas demandas; más bien se acomoda demasiado a los deseos de los demás. En sus relaciones interpersonales, la guía un fuerte deseo de evitar el conflicto, lo que con frecuencia se acompaña de un esfuerzo por agradar y obtener aprobación.</p> <p>Fuertemente temerosa, muy tímida, reprimida, sensible a las amenazas, retraída frente al sexo opuesto.</p> <p>Permanentemente reacciona en forma excesiva a cualquier amenaza percibida y como resultado prefiere mantenerse en lo que es fijo, predecible y seguro.</p> <p>Puede estudiar de forma independiente, viajar sola, aislarse cuando está estresada.</p>
<p>ÁREA DE NORMAS Y VALORES</p>	<p>Su muy baja estabilidad emocional perjudica su nivel de moral general. Cumple sus deberes por amenazas o miedo. Su pensamiento concreto no le ayuda a interpretar las normas.</p>

## INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

El objetivo de este inventario es cuantificar la sintomatología, no proporcionar un diagnóstico. Los puntos de corte usualmente aceptados para graduar la intensidad / severidad son los siguientes: No depresivo: 0-9 puntos; Leve perturbación del estado de ánimo: 10-18 puntos; Depresión Moderada: 19-29 puntos; Depresión Grave: > 30 puntos. Su contenido enfatiza más en el componente cognitivo de la depresión, ya que los síntomas de esta esfera representan en torno al 50 % de la puntuación total del cuestionario, siendo los síntomas de tipo somático / vegetativo el segundo bloque de mayor peso; de los 21 ítems, 15 hacen referencia a síntomas psicológico-cognitivos, y los 6 restantes a síntomas somático-vegetativos. De acuerdo con los resultados obtenidos en la aplicación del instrumento, la paciente obtuvo una puntuación de 14 puntos, que la ubica con una leve perturbación del estado de ánimo (Conde & Useros (1975)).

## EXAMEN MENTAL ABREVIADO

**Examen Mental Abreviado (E.M.A) de Rosselli et al., (2000):** El instrumento consta de ocho secciones: A. Datos personales, B. orientación (temporal y espacial), C. Retención, D. Atención y cálculo, E. Evocación, F. Lenguaje, G. Copia y H. Adición de puntos. Todas las secciones se encuentran conformadas por ítems y cada uno de ellos puntúa 0 ó 1; sin embargo, en la sección A no se adjudica puntuación a causa de su carácter cualitativo y en la sección H, el puntaje asignado depende de las condiciones del participante, como edad y dificultades visuales.

A modo general la paciente obtuvo un rendimiento promedio de acuerdo con el puntaje obtenido, siendo 23 puntos de 25. Se detectó una leve dificultad en el área de cálculo, sin embargo en las áreas de orientación, retención, evocación, lenguaje y copia, obtuvo un desempeño adecuado, sin reportar dificultades notorias.

## DISCUSIÓN

Teniendo en cuenta estudios sobre la prevalencia de los trastornos mentales, su importancia radica en ofrecer a las personas que padecen dificultades de tipo mental, tratamientos tanto medico como psicoterapéuticos, ya que sin duda alguna éstos generan un impacto en el desarrollo del ser humano y sus potencialidades, llegando a incurrir en la salud pública (OMS, 2006).

El presente trabajo de grado, tuvo como objetivo ejecutar métodos de evaluación clínica y diseñar e implementar procesos de intervención bajo el modelo cognitivo-conductual.

Considerando autores como Fernández-Ballesteros (1996), quien comprende la evaluación psicológica como “una disciplina de la psicología que se ocupa de la exploración y análisis del comportamiento humano con distintos objetivos a través de un proceso de toma de decisiones mediante la aplicación de dispositivos, test y técnicas de medida y/o evaluación” (p. 17). La evaluación clínica tiene como objetivo principal llevar a cabo procesos de análisis exhaustivos para poder efectuar una intervención terapéutica (Ackerman, 2010). De acuerdo con esto, en los procesos de atención psicológica brindados durante el periodo de práctica de especialización, específicamente en el estudio de caso realizado, la evaluación psicológica fue un aspecto clave en el diagnóstico y diseño de la intervención; teniendo en cuenta referentes teóricos del modelo cognitivo-conductual, específicamente sobre la formulación de casos, el cual “permite comprender en detalle los problemas que presenta el paciente e identificar las variables que se relacionan de manera funcional con esas dificultades” (Nezu, Nezu & Lombardo, 2006. p. 14). La práctica permitió desarrollar una fase de evaluación en la cual se logró tener un panorama amplio frente a la historia de vida del paciente, dicha información fue recogida mediante la aplicación de instrumentos clínicos (Entrevistas semiestructuradas, Cuestionario de personalidad 16 PF, inventario de depresión de Beck, Examen Mental Abreviado) que contribuyeron tanto en la comprensión del problema, e identificación de características y variables explicativas del comportamiento, aportando al establecimiento de objetivos y tratamiento terapéutico, a fin de



minimizar el impacto de la problemática presente. Los instrumentos de evaluación más utilizados en el ámbito clínico son los autoinformes y las entrevistas estructuradas (Echeburúa, Amor & Corral, 2003).

En cuanto al diseño de objetivos y metas de tratamiento, se formuló un caso clínico bajo el modelo cognitivo-conductual a una paciente con diagnóstico de trastorno bipolar. Teniendo en cuenta las características clínicas de los pacientes psiquiátricos (diagnóstico y medicación), autores como Craighead y Miklowitz (2000), plantean como objetivos generales de las distintas intervenciones psicosociales, como tratamiento complementario de la terapia farmacológica, aumentar la adherencia al tratamiento médico, disminuir las tasas de recaída y las rehospitalizaciones. De acuerdo con lo anterior, para este caso en particular los objetivos primordiales fueron: adherencia al tratamiento farmacológico, y contribuir en el desarrollo y potenciación de habilidades psicosociales, a fin de favorecer el mejoramiento de la calidad de vida del paciente y de sus familias, así como el desarrollo de las capacidades para enfrentarse a estresores en el entorno social y laboral. Cabe resaltar la psicoeducación como factor determinante en la evolución del tratamiento, para esto se hace indispensable fortalecer redes de apoyo que favorezcan el proceso psicológico (Palmer & Scott, 2001). En coherencia con esto, se pudo evidenciar durante el proceso de intervención del caso clínico abordado en la práctica clínica, que luego de abordar las habilidades sociales de la paciente, se logró minimizar los conflictos con su red de apoyo primaria, evidenciándose de manera positiva el progreso y evolución del tratamiento psicológico.

Por otra parte, se hace imprescindible resaltar algunos factores que pueden explicar el curso y aspectos precipitantes del trastorno bipolar, entre ellos el factor biológico. Estudios como los de Keck, McElroy, Strakowski et al. (1998), refieren que en la mayoría de casos existe una relación entre factores hereditarios con el trastorno bipolar; en el presente estudio de caso, se corroboró dicha hipótesis encontrando en la paciente antecedentes familiares de trastornos del estado de ánimo (Depresión) y un evento de suicidio. Diversas investigaciones han demostrado que los factores psicosociales tales como los acontecimientos de la vida, el entorno familiar, el estilo cognitivo y la contención social desempeñan un papel importante en el riesgo de la aparición

de trastornos mentales, además de su curso y modo de expresión (Brissoss, Dias & Kapczinski, 2008). De acuerdo con esto, se encontró en la historia de la paciente intervenida varios eventos psicosociales como violencia intrafamiliar, situaciones traumáticas y estresantes durante su estadía fuera del país, los cuales han contribuido en su malestar psicológico, dichos factores ambientales posiblemente han precipitado factores biológicos propios del sujeto, favoreciendo el desarrollo y mantenimiento de trastornos mentales.

En coherencia con lo anterior, este tipo de ejercicios académicos, favorece el desarrollo de habilidades clínicas en cuanto a procesos de evaluación como intervención psicológica. Autores como Riso (2006), plantea que el psicólogo clínico debe contar con “modelos que le permitan tener una opción de intervenir en un nivel terciario, en prevención y promoción del trastorno, creando en los pacientes estilos de afrontamiento cognitivos, emocionales y comportamentales que redunden en una mejor calidad de vida” (p.23). En este orden de ideas, el psicólogo clínico más que en su función, cuenta con la habilidad de ampliar su práctica clínica, no solo quedarse fijado en atención a la enfermedad, sino contemplar tanto factores de riesgo como factores protectores, mediante el diseño de protocolos de promoción y prevención de los trastornos mentales.

Así mismo, el modelo de conceptualización de casos clínicos y realizar su formulación permite no solo sistematizar e integrar la información con base en un modelo explicativo y un método de trabajo, sino también la integración de la evaluación y la intervención (Nezu, Nezu & Lombardo, 2006). Esta articulación favoreció la labor realizada durante los procesos de intervención, ya que se tuvo en cuenta dicha metodología como modelo tanto estructural como explicativo, teniendo en cuenta factores de adquisición y mantenedores de la conducta problema, los cuales mediante un análisis de evaluación hace pertinente y eficaz el diseño del proceso de intervención acorde a las características propias de cada caso. De acuerdo con esto, el psicólogo clínico cuenta con la capacidad de organizar, fundamentar y justificar sus hipótesis y las decisiones clínicas. Por tanto, se resalta la importancia de la conceptualización clara y sólida de los casos clínicos, ya que aumenta las posibilidades del éxito terapéutico, así mismo refiere “es imprescindible que

exista una fuerte amalgama entre el sustrato teórico del modelo y la experiencia clínica del psicólogo” (Riso, 2006. p. 25). Por lo anterior, se hace relevante que los profesionales de la salud, cuenten con espacios de formación superior, a fin de incrementar y actualizar sus conocimientos ajustándolos a la práctica clínica, generando así una intervención sólida, eficiente y efectiva.

Lo anterior, conlleva a que los profesionales de la salud mental, contribuyan cada día en ofrecer una atención eficiente y efectiva a la problemáticas presentes, de aquí, su importancia está en llevar a cabo procesos psicológicos basados en la evidencia (Ortíz & Vera-Villarroel, 2003), a fin de garantizar tanto al individuo como a las instituciones prestadoras de este servicio, la efectividad de los procesos mitigando así el impacto desfavorable en el desarrollo de las áreas de vida (familiar, social y laboral) de los individuos afectados por enfermedades mentales.

Finalmente, las asesorías de práctica es un espacio fundamental para las orientaciones sobre el manejo de los casos, permite integrar la parte teórica y práctica. Es importante también que aunque atender varios pacientes facilita el entrenamiento en atención psicológica y responder a la demanda, sería ideal poder tener un número específico de atención a pacientes para garantizar el seguimiento de algunos. Aunque esto podría afectar la formulación final para la monografía ya que no se garantiza el mantenimiento del paciente en el tiempo, y como se establecía en los resultados la media de consultas fue más o menos cuatro sesiones por paciente.

## CONCLUSIONES

En cuanto a tratamientos psiquiátricos, la medicación es concebida como tratamiento exclusivo, sin embargo, gracias a los avances en el sector de salud, se encuentra soporte teórico que respalda la psicoterapia como tratamiento complementario al farmacológico, predominando el modelo psicoeducativo, con mayor soporte teórico eficiente para la adherencia al tratamiento y prevención de recaídas.

Así mismo, es de gran relevancia resaltar la intervención familiar y psicosocial, como un factor protector para la evolución de tratamiento en los trastornos afectivos. Ya que por factores como el desconocimiento del diagnóstico y pronóstico de la enfermedad, se rotula o incapacita a los sujetos afectados, contribuyendo al mantenimiento del trastorno.

El Instituto de Familia y Vida de la Universidad Pontificia Bolivariana, Seccional Bucaramanga, contribuye con la academia facilitando los procesos de formación profesional y nutriéndose con el apoyo de los psicólogos en formación. Del proceso de práctica de la especialización en psicología clínica, se puede concluir que a través del cumplimiento paulatino de los objetivos propuestos durante este periodo, se logró brindar procesos de atención e intervención a 21 usuarios, de los cuales se eligió un caso para su respectivo estudio metodológico. Así mismo se refleja el desarrollo de habilidades clínicas en procesos de evaluación y diseño de tratamientos de intervención psicológica teniendo en cuenta las características específicas de cada consultante, mediante el modelo de estudio de caso.

Dicha institución facilita el abordaje de diferentes poblaciones como: adultos, adolescentes y niños, lo que favorece el proceso formación, llevando a que no sólo se limite la labor del psicólogo clínico en un área específica, por el contrario, genera un trabajo interdisciplinario. Así mismo se cuenta con convenios con instituciones del estado como el Bienestar familiar, comisarías de familia, centros médicos entre otros, lo que promueve espacios de atención, orientación e intervención.

## RECOMENDACIONES

Sin duda alguna, se resalta la demanda presente en el instituto de Familia y Vida en procesos de atención psicológica a la comunidad en general, teniendo en cuenta esto, se hace importante que dicha institución cuente con un equipo amplio de profesionales en psicología, ya que los psicólogos en prácticas de especialización reciben un número reducido de pacientes.

Por otra parte, se hace importante contar con espacios de seminarios de socialización sobre estudios de caso en las instituciones de práctica, a fin de enriquecer el proceso formativo.

Igualmente, el Instituto cuenta con una biblioteca donde se encuentra material bibliográfico de gran pertinencia para la labor realizada, por esta razón, se sugiere que se difunda a los psicólogos practicantes el listado del material bibliográfico actualizado.

Es importante incrementar el tiempo de asesorías ya que no es suficiente para resolver todas las inquietudes, seguimiento a casos y la finalización de la monografía, ya que durante la práctica no hay tiempo suficiente para la formulación del caso ya que también se estaba en clases.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ackerman, M.J. (2010). *Essentials of forensic psychological assessment*. Nueva York: John Wiley & Sons.
- American Psychological Association, American Educational Research Association y National Council on Measurement in Education (1999). *Standards for educational and psychological testing*. Washinton, DC: American Psychological Association.
- Angst, J. (1999). Major depression in 1998: Are we providing optimal therapy. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 5–9.
- Asociación Americana de Psicología (APA, 2005). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, (DSM-IV TR)*. Barcelona: Masson.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. & Emery, G. (1993). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Bilbao: Desclée de Brower.
- Becoña, E. & Lorenzo, M.C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno bipolar. *Psicothema*, 13, 511-522.
- Beltman, M. W., Oude Voshaar, R. C., & Speckens, A. E. (2010). Cognitive-behavioural therapy for depression in people with a somatic disease: Meta-analysis of randomised controlled trials. *The British Journal of Psychiatry*, 197, 11–19.
- Berenzon, S. y Juarez, F. (2005). Atención de pacientes pobres con trastornos afectivos de la ciudad de México. *Revista Saúde Pública*, 39 (4), 619-626.
- Brissoss, S., Dias, V. & Kapczinski, F. (2008). Cognitive performance and quality of life in bipolar disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53, 517-524.
- Cattell, R.B. y Cattell, H.E. (1995). Personality structure and the new fifth edition of the 16PF. *Educational and Psychological Measurement*, 6, 926-937.

- Conde, V. & Useros, E. (1975). Adaptación castellana de la Escala de Evaluación para la depresión de Beck. *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latina*, 12, 217-236.
- Coryell, W., Turvey, C., Endicott, J., et al. (1998). Bipolar I affective disorder: Predictors of outcome after 15 years. *Journal of Affective Disorders*, 50, 109-116.
- Craighead, W.E. & Miklowitz, D.J (2000). Psychosocial interventions for bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 58-64.
- Cuijpers, P., Van Straten, A. & Warmerdam, L. (2007). Behavioral activation treatments of depression: a meta-analysis. *Review Clinical Psychology*, 27 (3), 318-326.
- Echeburúa, E., Amor, P.J. & Corral, P. (2003). Autoinformes y entrevistas en el ámbito de la psicología clínica forense: limitaciones y nuevas perspectivas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29, 503-522.
- Elinson, L., Houck, P., Marcus, S. C., & Pincus, H. A. (2004). Depression and the ability to work. *Psychiatric Services*, 55, 29–34.
- Fernández-Ballesteros, R. (1996) *Introducción a la evaluación psicológica*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Folstein, M., Folstein, S. & McHugh, P. (1975). "Mini-Mental State". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Idoate, V.M. (2000). Salud Pública y Administración Sanitaria, la comprensión del consentimiento informado. *ANALES Sis San Navarra*, 23(1), 109-113
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz., Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología & Organización Panamericana de la Salud y de Pfizer México (2000). *Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (adultos)*. México, D.F.: CISMAD.

- Keck, P.E., McElroy, S.L., Strakowski, S.M. et al. (1998). 12 month outcome of patients with bipolar disorder following hospitalization for a manic or mixed episode. *American Journal of Psychiatry*, 155, 646-652.
- Kennedy, N. & Paykel, E. S. (2004). Residual symptoms at remission from depression: Impact on long-term outcome. *Journal of Affective Disorders*, 80, 135–144.
- Lam, D.H. & Wong, G. (1997). Prodromes, coping strategies, insight and social functioning in bipolar affective disorders. *Psychological Medicine*, 27, 1092-1100.
- Livacic-Rojas, P., Espinoza, M. & Ugalde, F. (2004). Intervenciones psicológicas basadas en la evidencia para la prevención de la delincuencia juvenil. Un programa de habilidades sociales en ambientes educativos. *Terapia Psicológica*, 22, 83-91.
- Lockwood, C., Page, T. & Conroy-Hiller, T. (2004). Comparing the effectiveness of cognitive behaviour therapy using individual or group therapy in the treatment of depression. *JBI Reports*, 2, 185–206.
- Martell, C., Dimidjian, S. & Herman-Dunn, R.(2010). *Behavioral Activation for Depression. A clinician's guide*. New York: The Guilford Press.
- Mc Intyre, R.S., Konarski, J.Z., Soczynska, J.K., et al. (2006). Médico comorbilidad en el trastorno bipolar: implicaciones para los resultados funcionales y la utilización del servicio de salud. *Serv Psychiatry*, 57 (8), 1140-1144.
- Ministerio de Salud (1999). Resolución 1995, Normas para el manejo de la Historia Clínica. Bogotá.
- Mustaca, E. (2004). Tratamientos psicológicos eficaces y ciencia básica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36, 11-20.
- Navarro, J. (1992). *Técnicas y programas en terapia familiar*. Barcelona: Editorial Paidós.



- Newman, C.F., Leahy, R.L., Beck, A.T., Reilly-Harrington, N.A. & Gyulai, L. (2005). *El trastorno Bipolar: Una aproximación desde la terapia cognitiva*. Barcelona: Paídos.
- Nezu, A., Nezu, C. & Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos Cognitivo – Conductuales, un enfoque basado en problemas*. México, D.F.: Manual Moderno.
- Nezu, A.M. (1987). A problem-solving formulation of depression: A literature review and proposal of a pluralistic model. *Clinical Psychology Review*, 7, 121-144.
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006). *Colaboremos por la Salud. Informe sobre la Salud en el mundo*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Ortiz, J. & Vera-Villaruel, P. (2003). Investigaciones en psicología clínica basadas en la evidencia en Chile: un análisis bibliométrico de tres revistas de psicología. *Terapia Psicológica*, 21, 61-66.
- Palmer, A. & Scott, J. (2001). *Cognitive therapy for bipolar disorders. Psychological interventions in bipolar disorders*. Chichester: John Wiley & Sons,
- Perry, A., Tarrier, N., Morriss, R., et al. (1999). Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *British Medical Journal*, 318, 149-153.
- Porter, R. J., Gallagher, P., Thompson, J. M. & Young, A. H. (2003). Neurocognitive impairment in drug-free patients with major depressive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 182, 214–220.
- Posada, J. (2003). *Estudio Nacional de Salud Mental Colombia*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social.

- Rehm, L.P. (1977). A self-control model of depression. *Behavior Therapy*, 8, 787-804
- Riso, W. (2006). *Terapia cognitiva: fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. Bogotá: Editorial Norma.
- Roselli, D., Ardila, A., Pradilla, G., Morillo, L., Bautista, L., Rey, O., et al. (2000). El examen mental abreviado (Mini-Mental State Examination) como prueba de selección para el diagnóstico de demencia: estudio poblacional colombiano. *Revista de Neurología*, 30, 428-432.
- Salas, M., Gabaldón, O., Mayoral, J., Guerrero, R. & Amayra, I. (2003). Intervención psicológica para el afrontamiento de procedimientos médicos dolorosos en oncología pediátrica. *Anales de Pediatría*, 59(1), 105-109.
- Secretaría de Salud de Medellín (2011-2012). *Primer Estudio Poblacional de Salud Mental de Medellín, 2011-2012*. Medellín: Secretaría de Salud de Medellín.
- Vieta, E. (2001). *Trastornos Bipolares. Avances clínicos y terapéuticos*. Madrid: Editorial Panamericana.
- Vieta, E., Colom, F. & Martínez-Arán, A. (2004). *La enfermedad de las emociones. El trastorno bipolar*. Barcelona: Psiquiatría Editores.
- WHO (1999). Balancing mental health promotion and mental health care: A joint world health organization (WHO) /european commission (EC) meeting. Bruselas, 22-24.
- Young, M. E. & Fristad, M.A. (2007). Evidence based treatments for bipolar disorder in children and adolescents. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 37, 157-164.
- Zarate, C.A., Tohen, M., & Cavanagh, S. (2000). Deterioro funcional y cognitivo en el trastorno bipolar. *Psichyatric trimestral*, 71(4), 309-329.

Zuñiga, A. & Villegas, M.A. (2005). Los trastornos del estado de ánimo. *Revista Digital Universitaria*, 6(11), 2-14.

## **ANEXOS**



### 3. DESCRIPCIÓN DE LA PROBLEMÁTICA

SUBSISTEMA IMPLICADO	DIFICULTAD IDENTIFICADA							
Individuo	Académica		Violencia Intrafamiliar	Violencia conyugal		Conductas de riesgo	Adicciones	
Pareja	De aprendizaje			Maltrato Infantil			Embarazo adolescente	
Parental	Comportamental			Abuso sexual			Pandillismo	
Fraternal	Mental			Otra dificultad			Bullying	
Familiar	De relación		¿Cuál?			Otra conducta de riesgo		
Comunitario	Social					¿Cuál?		

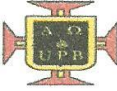
### 4. ASIGNACIÓN DE CITA

Nombre del profesional asignado	
Fecha	
Hora	
Información sobre el proceso	
Valor de la consulta	
Personas que deben asistir a la primera cita	

### ORIENTACIÓN SOBRE LA PRIMERA CONSULTA

Condiciones iniciales de la atención: presentarse 10 minutos antes de la consulta, traer la documentación requerida, cancelación de citas.

## ANEXO 2. Formato de Historia Clínica

 <p><b>Universidad Pontificia Bolivariana</b> SECCIONAL BUCARAMANGA</p>	<p><b>INSTITUTO DE FAMILIA Y VIDA</b> <b>HISTORIA CLÍNICA PARA ADULTOS</b></p>			
Fecha de Recepción	Día	Mes	Año	No de Historia:
<b>1. DATOS DEMOGRÁFICOS</b>				
<b>1.1. Datos del Paciente</b>				
Nombres y Apellidos		Edad	Género	
			M	F
Lugar y Fecha de nacimiento:		Dirección de Residencia		
Estrato	No. Teléfono Residencia		No. Teléfono Celular	
Nivel de Escolaridad	Ocupación	Nombre de la Institución Educativa		
Remitido por		Entidad (EPS)	Tipo de Afiliación a IPS	
<b>1.2 Datos del Acudiente - Persona de Contacto en caso de emergencia</b>				
Nombres y Apellidos		Parentesco	Edad	Estado Civil
Dirección de Residencia		No. Teléfono Residencia	No. Teléfono Celular	
<b>2. SITUACIÓN ACTUAL DEL PACIENTE</b>				
2.1 Motivo de consulta:				
2.2 Observación general del Paciente:				
2.3 Aspectos relacionados al motivo de consulta				
Historial de la situación				
Intentos previos para solucionarlo				
Percepción de la situación desde el/la paciente				

Recursos profesionales disponibles al momento

Recursos económicos disponibles al momento

Redes de apoyo del/la paciente

**2.4 Aspectos Familiares**

Familiograma

Nombres y Apellidos	Parentesco	Edad	Escolaridad	Ocupación	Relación del paciente con esta persona

Observaciones generales del ambiente familiar (tipología familiar, ciclo vital familiar, límites, comunicación)

**3. NECESIDADES BÁSICAS**

Vivienda (describir situación actual)

Alimentación (describir situación actual)

Patrones de sueño (describir situación actual)

4. HISTORIAL ACADÉMICO - LABORAL				
ACADÉMICO				
Estudios cursados	Título Obtenido		Finalizado	En proceso
LABORAL				
Empresa	Cargo	Tiempo de vinculación	Relaciones interpersonales- ámbito laboral	
5. ANTECEDENTES MÉDICOS				
Enfermedad Física				
Condición	Controlada/no controlada		Tratamiento	
Enfermedad Mental				
Condición	Controlada/no controlada		Tratamiento	
6. RELACIONES DE PAREJA				
Describir relaciones pasadas				
Describir relación actual				



V. Fortalezas y limitaciones					
Fortalezas			Limitaciones		
<b>7. CONDUCTAS DE RIESGO</b>					
CONDUCTA	Edad de inicio		Dificultades presentadas a causa de esta		Alternativas para manejar la problemática
Actividad sexual					
<b>7. CONDUCTAS DE RIESGO</b>					
CONDUCTA	Edad de inicio	Frecuencia de uso	Tipo de sustancia	Dificultades presentadas a causa de esta situación	Alternativas para manejar la problemática
Uso de alcohol					
Uso de drogas					
Otras situaciones de riesgo					
<b>8. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA</b>					
<b>9. PLAN DE TRATAMIENTO</b>					
Firma del profesional: _____			Fecha: _____		

### ANEXO 3. Formato de Consentimiento Informado

INSTITUTO DE FAMILIA Y VIDA

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, \_\_\_\_\_

Identificado/a con Documento No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, por medio de la presente declaro que acepto recibir el acompañamiento psicológico brindado por el Instituto de Familia y Vida, donde me han aclarado aspectos relacionados con el proceso de atención psicológica, el pago de honorarios, la asignación de citas, entre otros.

De igual forma, refiero que he sido informado por la Psicóloga del Instituto de Familia y Vida, de los objetivos del proceso de atención psicológica y sé que la información entregada es **CONFIDENCIAL** pero que puede ser empleada como material académico, cuidando de no revelar la identidad del consultante. No obstante, sé que soy libre de retirarme del proceso de atención psicológica en cualquier momento.

Del mismo modo, comprendo y acepto que durante el proceso no existe ni voy a recibir ningún tipo de retribución económica; y en caso que se presente sintomatología del trastorno, será informado por la Psicóloga en Formación.

En constancia se firma en \_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_ días, del mes \_\_\_\_ del año \_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

D.I. No. \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

**Psicólogo en formación**

## ANEXO 4. Formulación de Caso Clínico

<b>ESPECIALIZACIÓN PSICOLOGÍA CLÍNICA FORMULACIÓN DE CASO</b>	
<b>2. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS</b>	
<b>NOMBRE</b>	A.M.G.
<b>EDAD</b>	32 Años
<b>ESTADO CIVIL</b>	Soltera
<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>	xx-xx-1979 Bucaramanga
<b>ESCOLARIDAD</b>	Tecnologías
<b>OCUPACIÓN</b>	Diseñadora Textil
<b>3. GENOGRAMA</b>	
<b>4. MOTIVO DE CONSULTA</b>	
<p>“Estoy un poco desubicada, no sé que hacer, me siento desmotivada; siento que no soy capaz, siento que no puedo salir adelante”.</p>	
<b>5. LISTADO DE CONDUCTAS PROBLEMA</b>	<b>HISTORIA Y ANTECEDENTES DEL PROBLEMA</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Creencias irracionales sobre si mismo, los demás y el futuro: Desde</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Distorsiones cognitivas</li>   <li>• Conductas de evitación al contacto social</li>   <li>• Estado de ánimo deprimido la mayor parte del tiempo</li>   <li>• Déficit en estrategias de afrontamiento</li>   <li>• Dificultades en la concentración y memoria.</li>   <li>• Diagnóstico Trastorno esquizoafectivo previo</li> </ul>	<p>su infancia refiere experimentar sentimientos de inutilidad, dependencia emocional, distorsión en la autoimagen. Sentimientos de fracaso en las áreas afectivas, social y laboral.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manifiesta que en la infancia le restringían cualquier tipo de salidas, siempre se hacía lo que ordenaban los padres, no se permitía ir en contra de las normas de la casa. Cuando requería salir iba en compañía de la madre. Refiere que se ha caracterizado por ser tímida, pasiva, reservada. Prefiere permanecer en la casa sin salir. A pesar de su formación no está vinculada laboralmente ya que renuncia al presentarse dificultades laborales.</li>   <li>• Falta de interés y motivación a realizar cualquier tipo de actividad. Realiza poca actividad física, presenta una vida sedentaria y de ocio, que se inicia aproximadamente desde el 2008.</li>   <li>• Aunque se describe como una persona pasiva, refiere que se irrita con facilidad (enojo, llanto y se retira de la situación) cuando le llevan la contraria o cuando presenta sensaciones de incapacidad e inutilidad. Se le dificulta expresar su inconformidad por temor a ser juzgada o rechazada.</li>   <li>• Refiere dificultad para concentrarse, mala memoria (cuando realiza actividades de lectura afirma que retiene escasa información).</li>   <li>• En el año 2008 fue diagnosticada por psiquiatría. En cuanto antecedentes familiares se encuentra: Hermano depresivo, tío materno depresivo; tío</li> </ul>
---	---

materno se suicidó.

## 6. DESCRIPCIÓN DE HISTORIA DE VIDA

A.M.G.C es una mujer de sexo femenino, de 32 años de edad, estatura aproximada 160 cms, peso aproximado 58 kls, piel de tez blanca, cabello castaño claro, ojos color azul. Natural y residente de Bucaramanga. Es la segunda de cuatro hermanos, soltera, actualmente se encuentra desempleada, no tiene pareja y vive con sus padres.

Refiere haber tenido una infancia difícil, por la relación conflictiva de sus padres. Afirma que como hijos se veían afectados por las decisiones que tomaban los padres en situaciones de violencia conyugal (separación temporal). Sostiene que su rendimiento académico se vio afectado por la situación familiar (reprobó un año escolar). Por estas situaciones a la edad de 15 años tuvo un intento suicida y posteriormente a esa misma edad empezó a trabajar para contribuir económicamente para la terminación de sus estudios de bachiller.

En el año 2000 inicia una tecnología en patronismo industrial. Tras finalizar sus estudios inicia a ejercer su profesión durante un año. Renuncia para viajar a la ciudad de México (hace 6 años), por una propuesta laboral; se desempeñó como diseñadora textil durante un año, su desempeño fue sobresaliente y reconocido. La paciente refiere que a pesar de estabilidad laboral en dicho país, se presentaron una serie de situaciones que hicieron insostenible su estadía (situación laboral con una compañera y soledad) por lo cual se vio en la necesidad de regresar a Colombia en el año 2008 y sentir el apoyo y compañía de su familia. Desde entonces trabajó en casa de la hermana menor, cuidando de sus sobrinos de 10 y 6 años, deja de cuidarlos hace 4 meses por decisión propia a fin de buscar otro medio de empleo con expectativas de ejercer nuevamente su profesión.

Como antecedentes médicos y psiquiátricos presenta diagnóstico de gastritis; a la edad de 15 años presenta intento suicida; no contó con apoyo terapéutico porque no querían que nadie se enterara de la situación de la casa. En el año 2008 presentó alteraciones mentales (alucinaciones), siendo internada en una clínica psiquiátrica durante 15 días, fue diagnosticada con trastorno esquizoafectivo, no especificado; desde entonces recibe tratamiento farmacológico, sin manejo por psicología. Actualmente presenta Hipotiroidismo debido a sustancias exógenas (litio) y está en tratamiento médico.

## 7. CICLO DE VIDA

<b>EMBARAZO Y PARTO</b>	No reporta ningún evento o complicación durante este periodo de gestación. Sin embargo refiere llanto constante por parte de la madre durante el embarazo y su crianza.
<b>INFANCIA</b>	De su niñez refiere negligencia por parte de los padres (maltrato y abandono), tuvo que asumir rol materno con sus hermanos debido a la separación temporal de los padres, la madre abandona el hogar sin previo aviso durante 15 días. Presenció violencia conyugal. Reporta que recuerda que lloraba mucho ante las situaciones que vivía.
<b>ADOLESCENCIA</b>	Respecto a la adolescencia, manifiesta intento de suicidio a los 15 años (pastillas), a raíz de la carga

	emocional que le generaba la madre al descargar en ella todos los conflictos de pareja. Refiere que la dinámica familiar era conflictiva, padres autoritarios y conservadores, restringían cualquier tipo de permiso. Desde la adolescencia inició a trabajar (informal) como ayudante en un taller de modistería, para poder ayudarse para estudiar y terminar su bachillerato.
<b>ADULTEZ</b>	Ejerció su profesión durante 4 años. Actualmente, refiere sentirse “desmotivada, sin rumbo fijo y con temores a fracasar nuevamente o a quedarse estancada en el hogar”. Generalmente, estos sentimientos surgen después de sobrecarga laboral, discusiones familiares, no acepta su estado de salud, manifiesta rechazo frente a la medicación. Manifiesta sentimientos de fracaso y culpa con respecto al “no poder ejercer su profesión”.
<b>8. CONTEXTO</b>	
<b>Aspectos emocionales y cognitivos</b>	Refiere sentirse desmotivada, con temores a fracasar, poca tolerancia a la frustración. Presenta ambivalencia frente a su autoimagen (refiere tener unas piernas feas), baja autoestima, pensamientos de incapacidad. Distorsiones cognitivas (abstracción selectiva, dicotomización, maximización, generalización) y déficit en estrategias de afrontamiento que le generan irritabilidad.
<b>Familiar</b>	Tipología familiar Nuclear, es la segunda de cuatro hermanos, dos hermanos y una hermana, tía de cuatro sobrinos. Refiere que su familia no le brinda tranquilidad, ni paz. Evidencia situaciones no resueltas vividas en su infancia que durante el discurso salen a colación como el maltrato de su padre hacia su madre, abandono por parte de la madre. Refiere que hay poca comunicación entre los miembros de la familia, aunque ha recibido el apoyo de los mismos en situaciones difíciles y durante las crisis presentadas y el tratamiento psiquiátrico.
<b>Contexto Académico / Laboral</b>	Estudio diseño textil, durante su carrera se destacó por su buen rendimiento académico y adecuado desempeño en los sitios de práctica, siendo contratada en la última empresa que realizó su práctica. Hace 6 años viajó a la ciudad de México por razones laborales, duró un año trabajando en dicho país destacándose por su labor. Se describe como una persona responsable, comprometida con su trabajo y la visión de la empresa. Luego de su llegada, trabajó en casa de su hermana menor, asumiendo el rol de cuidadora de dos sobrinos, trabajó desde el 2008 hasta el 2012, renunció por

	<p>voluntad propia, con el objetivo de iniciar nuevamente su vida laboral en cuanto a su profesión. En octubre inició a laborar en una fábrica de calzado, trabajó durante tres días, abandonó el puesto de trabajo a causa de una recaída y fue hospitalizada. Actualmente se encuentra en el hogar en compañía de sus padres.</p>
<p><b>Interacción social y de pareja</b></p>	<p>Refiere ser introvertida, callada, pasiva, grupo social restringido, se describe así misma como una persona amargada, de pocas amistades “desconfío mucho en la gente” (dos o tres amistades cercanos), relaciones de pareja pocas (2) con una duración de 4 y 6 meses (rupturas por engaño por parte de la pareja). No ha iniciado su vida sexual.</p>
<p><b>Salud</b></p>	<p>En el año 2008, tras su llegada de la Ciudad de México, y presentar sintomatología depresiva y “crisis” fue internada en una Clínica psiquiátrica, siendo diagnosticada con Trastorno esquizoafectivo. En el año 2012 en el mes de Octubre presenta una recaída lo cual requirió ser internada nuevamente por un periodo de 15 días en dicha clínica psiquiátrica (episodio de manía). Actualmente se encuentra recibiendo tratamiento farmacológico: Acido Valproico (250 mg), Levotiroxina (50 mg), Lorazepan (1 mg), Clozapina (25 mg).</p>
<p><b>Recursos Extrínsecos</b></p>	<p>Cuenta con el apoyo de su familia (padres y hermanos), semanalmente le colabora a su padre en el negocio (Ferretería), refiere que lo hace para contribuir en el hogar y para ocuparse. Igualmente, asiste un día a la semana a un grupo de oración.</p>
<p><b>9. ANALISIS FUNCIONAL (Evitación)</b></p>	
<p><b>A. Antecedentes (lejanos y próximos).</b></p>	<p><b>Lejanos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Violencia intrafamiliar</li> <li>• Consumo de alcohol por parte del padre</li> <li>• Tío materno problemas emocionales (Depresión)</li> <li>• Suicidio familiar (Tío)</li> </ul> <p><b>Próximos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Depresión Hermano</li> <li>• Experiencia “negativa” en otro país (México).</li> </ul>
<p><b>B. Sistemas de respuesta (fisiológico, cognitivo y conductual)</b></p>	<p><b>Fisiológico:</b> Llanto fácil y frecuente, desgano, insomnio, e irritabilidad.</p> <p><b>Cognitivo:</b> Desmotivación, sentimientos de frustración y fracaso, pensamientos irracionales y visión negativa (“no quiero quedarme estancada en mi casa”, “no soy capaz de salir adelante”, “yo no puedo decir nada, porque todo es un problema”, “siento que voy sin rumbo”.</p>

	<p><b>Conductual:</b> Ante las situaciones difíciles, realiza conductas de evitación (siente deseos de salir corriendo, se retira del lugar o situación), llora y se encierra en su habitación por horas e incluso días.</p>
<p><b>C. Consecuencias (hipótesis moleculares)</b></p>	<p>Las escasas estrategias de afrontamiento hacen que se le dificulte asumir situaciones conflictivas, generando sentimientos de frustración y desesperanza, lo cual mantiene su bajo estado de ánimo.</p> <p>La poca conciencia de enfermedad dificulta la adecuada adherencia al tratamiento (El hecho de tomar medicación, le genera sentimientos de culpa e irritabilidad).</p> <p>Aislamiento, disminución de la empleabilidad, dependencia.</p>
<p><b>D. Conclusiones (hipótesis moleculares)</b></p>	<p>La paciente presenta antecedentes familiares (historia de violencia intrafamiliar, sobreprotección de los padres, antecedentes psiquiátricos familiares) que han contribuido con el poco desarrollo de las estrategias de afrontamiento y resolución de conflictos, lo cual la han hecho vulnerable a la presencia de dificultades en el manejo y regulación del estado de ánimo y afectación en su desarrollo profesional.</p>
<p><b>10. IDENTIFICACIÓN</b></p>	
<p><b>PREDISPOSICIÓN</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Labilidad emocional madre</li> <li>• Consumo de alcohol del padre</li> <li>• Vivencia de violencia conyugal (padre hacia la madre)</li> <li>• Violencia intrafamiliar</li> </ul>
<p><b>ADQUISICIÓN</b></p>	<p>Vivencia de eventos de violencia conyugal (padre hacia la madre). Evento en el ambiente (Depresión de un hermano). Excesivo consumo de alcohol del padre, maltrato físico.</p>
<p><b>MANTENIMIENTO</b></p>	<p>Escasos recursos en el desarrollo de habilidades sociales (dificultades afrontamiento y resolución de problemas), lo cual se manifiesta en conductas de evitación ante estresores. La ausencia de tratamiento psicológico y psicoeducación frente al diagnóstico y toma de medicación.</p>
<p><b>DESENCADENANTES</b></p>	<p>Situaciones de tensión, dificultades familiares donde se siente excluida o culpable de alguna situación en particular, situación laboral (desempleo), pensamientos rumiativos frente a su condición médica (poca conciencia de enfermedad), pensamientos irracionales de incapacidad, actitud sobreprotectora de los padres le generan</p>



	irritabilidad (luego de su irritabilidad se siente culpable “no debo responderle mal a mis padres, me han enseñado a respetarlos siempre”).
<b>PROTECCIÓN</b>	Apoyo por parte de los padres y hermanos. La paciente cumple con sus citas psiquiátricas y psicológicas, sin embargo se evidencia resistencia en la toma del medicamento.
<b>11.PROCESOS</b>	
<b>BIOLÓGICO</b>	Antecedentes familiares con enfermedades psiquiátricas: Hermano depresivo, tío materno depresivo; tío materno se suicidó. En el año 2008 fue diagnosticado con trastorno esquizoafectivo, presenta crisis nuevamente en el año 2012 (episodio de manía). Actualmente se encuentra recibiendo tratamiento farmacológico: Acido Valproico (250 mg), Levotiroxina (50 mg), Lorazepan (1 mg), Clozapina (25 mg).
<b>APRENDIZAJE/COGNITIVO</b>	Aprendizaje social (observacional y modelamiento) como pautas de crianza y restricciones sociales. Condicionamiento (conducta mantenida por refuerzo y castigo). Distorsiones cognitivas y déficit en estrategias de afrontamiento y resolución de problemas. Reporta dificultad en los procesos de memoria desde el colegio.
<b>MOTIVACION</b>	Su motivación se encuentra en poner todo su compromiso en el proceso terapéutico a fin de disminuir sintomatología que perturba su vida. Desea desempeñarse nuevamente como diseñadora, salir adelante y ser un apoyo emocional y económico para sus padres (retribución). Manifiesta un proyecto de vida familiar (conformar su familia) y profesional (estudiar diseño de alta costura).
<b>EMOCION</b>	Su parte emocional la describe como deprimida la mayor parte del tiempo, irritabilidad ante diferentes situaciones difíciles su respuesta es de llanto permanente.
<b>AFECTO</b>	Cuenta con vínculos familiares fuertes, los cuales se constituyen como una fuente de apoyo y motivación. Sin embargo presenta labilidad emocional.
<b>12.IMPRESIÓN DIAGNOSTICA INCLUIDA HIPÓTESIS DIAGNOSTICAS DESDE EL DSM IV</b>	
<b>EVALUACIÓN MULTIAIXIAL</b>	<b>EJEI:</b> 296.4. Trastorno Bipolar I, Episodio más reciente maniaco. <b>EJE II:</b> Sin Diagnóstico <b>EJE III:</b> E03.2 Hipotiroidismo debido a medicamentos y a otras sustancias exógenas (litio) (Según reporte de Historial Clínico). <b>EJE IV:</b> Problemas relativos al grupo primario de

	apoyo Problemas laborales (Desempleo) <b>EJE V: EEAG 61 (Actual)</b>
--	--

### **IMPRESIÓN DIAGNOSTICA**

Paciente de 32 años de edad, cuya infancia estuvo permeada por antecedentes de violencia intrafamiliar, padres sobreprotectores, pautas de crianzas rígidas e inflexibles, posiblemente contribuyeron a que la paciente no desarrollara estrategias de afrontamiento eficaces, por lo cual presentó intento suicidio a los 15 años de edad. Ante situaciones de tensión y dificultades genera respuestas de tipo evitativo, generando bajo estado de ánimo y poca tolerancia a la frustración. Presenta episodio maniaco en el año 2008 y nuevamente presenta una recaída con episodio maniaco en el 2012. Teniendo en cuenta los resultados arrojados por el Cuestionario de Personalidad 16 PF, es importante resaltar algunas características como: Anticipa las dificultades por miedo a cometer errores, muy indecisa para asumir riesgos, más por distorsiones pesimistas e inhibición general de la espontaneidad que por una cautela adaptativa.

Muestra un nivel de ansiedad alto, con frecuencia pierde el control sobre sus sentimientos, tiene muy poca tolerancia a la frustración y se trastorna con mucha facilidad, evade responsabilidades, tiende a casi siempre a renunciar. Con tendencia a hacer evaluaciones con base en intenciones subjetivas y reaccionar de manera emocional. En consecuencia, juzga con base en valores estéticos, gustos y tendencias personales de acercamiento / evitación.

Ansiosa y deprimida, llora y se afecta con facilidad, abrumado por sus estados de ánimo. Tiene un fuerte sentido de la obligación, siendo bastante sensible a la aprobación o desaprobación de los demás. Es una persona notoriamente introvertida, dependiente en su pensamiento y en el modo de comportarse. Muy obediente, socialmente mediocre, es manejado con facilidad, dócil y servicial.

De acuerdo a lo anterior se podría hablar de un posible trastorno Bipolar tipo I, con episodio más reciente maniaco.

### **HIPOTESIS DIAGNOSTICA DESDE EL DSM IV**

De acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM-IV para el diagnóstico de F31.x Trastorno bipolar I, episodio más reciente maníaco [296.4x]

- A. Actualmente (o el más reciente) en un episodio maníaco.
- B. Previamente se ha presentado al menos un episodio depresivo mayor, un episodio maníaco o un episodio mixto.
- C. 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.

De acuerdo con lo anterior la paciente cumple con 3 de los 3 criterios.

### **OBJETIVOS TERAPEUTICOS**

- Adherencia al tratamiento y reducir recaídas.
- Reducir ideas irracionales.
- Aumentar los niveles de activación conductual, motivación y reducir la apatía.
- Incremento de habilidades sociales (Toma de decisiones, estrategias afrontamiento y solución de problemas).

### 13. PLAN DE INTERVENCIÓN

CONDUCTAS PROBLEMAS	OBJETIVOS DE INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES (COMO)	TECNICAS	INDICADORES
Distorsiones cognitivas	Disminuir ideas irracionales frente a sí misma, el futuro y el mundo.	Identificación de creencias irracionales.	Autoregistro de creencias irracionales mediante discurso  Reestructuración cognitiva	Frente a la valoración de su autoeficacia las verbalizaciones son:  Inicialmente expresaba “no soy capaz” “me va quedar mal todo”.  Ahora su pensamiento de incapacidad y generalización ha disminuido, sus verbalizaciones refiere: “en algunos momentos se me dificulta pero logro hacer las cosas” “puede que no me quede perfecto pero lo puedo arreglar”.
		Confrontación de los pensamientos automáticos	Reestructuración cognitiva  Confrontación cognitiva	“Es que siempre me pasa a mi” → “A veces se me presentan dificultades”  “Siempre hago todo bien” → “Algunas veces pueden quedar mal las cosas, y si se puede se corrige ”
		Búsqueda de evidencias frente a creencias	Reestructuración cognitiva	Con respecto a su temor a fracasar laboralmente se

		irracional frente a su autoeficacia	Contrastación de evidencias	<p>contrastó con su éxito en la profesión, los logros y enseñanzas que cada trabajo le dejó.</p> <p>“En mi segundo trabajo tenía miedo de hacer las cosas mal, pero luego aprendí y cogí experiencia y habilidad en el trabajo”.</p>
Conductas de evitación al contacto social.	Reducir conductas de evitación	Explorar ante qué situaciones evita el contacto social.	Auto registro	<p>Mediante el discurso y narración de situaciones, se logró identificar “cuando tenía problemas en mi casa o en el trabajo algo salía mal, me ponía a llorar, a veces salía corriendo o me daban ganas de salir de ese lugar o situación” ahora las narraciones cambian un poco su intensidad “Cuando se presentan discusiones familiares no me tomo tan personal las cosas y no me siento tan mal, se ha hecho llevaderas las situaciones”</p>
		Confrontar conductas y pensamientos de evitación por otras más eficaces.	Terapia Racional Emotiva Relajación muscular	Anteriormente cuando se le presentaban situaciones conflictivas en la casa y

			progresiva	trabajo, “salía corriendo y le daban deseos de tirarse del carro donde iba”; y ahora se le presentan situaciones tensas, “se siente mal, confronta los pensamientos, en ocasiones llora pero no evita la situación, la tolera”
Estado de ánimo deprimido la mayor parte del tiempo.	Disminuir los estados de ánimo bajo y aumentar los niveles de activación conductual.	Identificar actividades placenteras.	Registro de actividades placenteras mediante el discurso	Inicialmente “nada era agradable, lo único que deseaba era no salir de casa y quedarme refugiada en mi habitación”; paulatinamente se inició a identificar que habían actividades que realmente le agradaban pero por darle prioridad a su estado emocional, se aislaba, dejando de disfrutar momentos agradables (incluso en reuniones familiares no compartía), reforzando así su estado de ánimo deprimido, refiere “cuando había alguna actividad pensaba: no me sentiré bien, no disfrutare, mejor me quedo acostada y q mis papás disfruten sin que yo les dañe el rato” y actualmente refiere “a veces se me dificulta

				levantarme e ir a realizar actividades, pero pienso que es por mi bien y me motivo a tomar la iniciativa de integrarme tanto a fiestas familiares como a realizar algunas visitas a amigas”
		Generar el inicio de actividades físicas al menos una vez al día.	Activación conductual Respiración Diafragmática	<p>Cuando se inició con las actividades de activación conductual, “al inicio se me dificultaba salir a caminar, ahora ya hace parte de mi rutina diaria, en ocasiones lo hago en compañía de mi padre y otras ocasiones invito a una amiga vecina, que es gordita a que hagamos ejercicio”</p> <p>Refiere “luego de realizar los ejercicios de relajación, me siento con tranquilidad, siento paz, y pienso que todo puede estar en calma”.</p>
Déficit en estrategias de afrontamiento/habilidades sociales	Generar el desarrollo y de estrategias de afrontamiento eficaces.	Identificación de estrategias de afrontamiento que implementa la paciente.	Entrenamiento en habilidades sociales y autocontrol	“Si me encuentro calmada, ésto hace que exprese mis opiniones más fácilmente, anteriormente me irritaba por todo, ahora pienso un poco más en cómo reaccionar”

<p>Diagnóstico Trastorno esquizoafectivo/b ipolar I</p>	<p>Favorecer la adherencia al tratamiento y reducir recaídas.</p>	<p>Psicoeducar a la paciente con respecto a su situación de salud y enfermedad, a la toma de medicamentos.</p>	<p>Psicoeducación (adherencia al tratamiento y enfoque cognitivo conductual).</p>	<p>“Sé que mi enfermedad es una realidad, y tengo que poner de mi parte para lo que está mal, se equilibre con la medicación”</p> <p>La paciente ya ha establecimiento rutinas frente a la toma de medicación (alarmas y pastilleros).</p> <p>Cumplimiento en cuanto a la asistencia al procesos psicológico.</p> <p>Comprende la relación que existe entre los pensamiento, conducta y emoción.</p>
---	---	--	---	--



