

Intervencion psicologica desde el modelo cognitivo conductual en un caso de trastorno bipolar I leve con características mixtas.

Yarlyn Dayana Contreras Becerra



Universidad Pontificia Bolivariana

Escuela de Ciencias Sociales

Especializacion en Psicologia Clinica

Bucaramanga

20189

Intervención psicológica desde el modelo cognitivo conductual en un caso de trastorno bipolar I leve con características mixtas.

Yarlyn Dayana Contreras Becerra

Proyecto de grado para optar el título de Especialista en Psicología Clínica

Directora:

Claudia Liliana Gomez Rico

Especialista en psicología clínica

Universidad Pontificia Bolivariana

Escuela de Ciencias Sociales

Especialización en Psicología Clínica

Bucaramanga

2019

Dedicatoria

A mi madre Claudia por brindarme el apoyo incondicional y por permitirme continuar
con mi formación académica

A mi padre Fredy por darme el apoyo y confianza en mis capacidades, por preocuparse
por mi bienestar

A mi hermano Gerson porque a pesar de ser mi hermano menor a contribuido en mi
crecimiento como persona

A Dios por ser mi refugio en este proceso de formación personal y profesional, por
permitirme llegar hasta aquí, porque sin el nada es posible

Agradecimiento

A la Universidad Pontificia Bolivariana que contribuyo en mi formación personal y profesional.

Al Instituto Familia y Vida de la universidad Pontificia Bolivariana por el apoyo, por abrirme las puertas para realizar mi formación de prácticas y aportar en mi proceso de aprendizaje.

Al programa de especialización de psicología clínica y a todos los docentes que me guiaron en todo mi proceso de formación entre ellos a la especialista Claudia Liliana Rico por su paciencia, comprensión y orientación.

Contenido

	Pág.
Introduccion.....	12
1. Objetivos.....	21
1.1 Objetivo general	21
1.2 Objetivos específicos:	21
2. Metodologia de intervencion utilizadas	22
2.1 Participantes	22
2.2 Instrumentos de exploración:	22
2.3 Instrumentos de Evaluación:	23
2.4 Procedimiento	26
3. Fase de Intervencion.....	28
4. Resultados.....	50
5. Discusion	62
6. Conclusiones	65
7. Recomendaciones.....	66
Referencias Bibliográficas.....	67
Apéndices	71

Lista de Figuras

	Pág.
<i>Figura 1.</i> Familograma de consultante P.A.M	24
<i>Figura 2.</i> Pre-tratamiento Aplicación del Inventario clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III):	58
<i>Figura 3.</i> Pos-tratamiento Aplicación del Inventario clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III):	61

Lista de Tablas

	Pág.
Tabla 1. <i>Integrantes de la familia de la consultante P.A.M.</i>	25
Tabla 2. <i>Síntomas del Trastorno Bipolar I. Según DSMV.</i>	39
Tabla 3. <i>Plan de Intervención por sesiones.</i>	41

Lista de Apéndices

	Pág.
Apéndice A. Consentimiento Informado mayores de edad.....	71
Apéndice B. Historia clinica.....	76
Apéndice C. Acta de Cierre de caso.....	81
Apéndice D. Escala Y-BOCS Escala de Obsesiones y compulsiones	82
Apéndice E. Inventario Multiaxial de MCM III	86
Apéndice F. Hoja de respuestas de Inventario clínico Multiaxial MCMI I	96
Apéndice G. Aplicación de Escala Y-BOCS Obsesiones y compulsiones.	97
Apéndice H. Informe de escala Y-BOCS, obsesiones y compulsiones (adaptada a la versión española).....	99
Apéndice I. Pre-tratamiento.....	104
Apéndice J. Pos-tratamiento. Informe de Inventario Multiaxial DE MCMI III.....	111
Apéndice K. Historia psiquiátrica.	118
Apéndice L. Contrato conductual de adherencia al tratamiento.....	119
Apéndice M. Adherencia al tratamiento	120
Apéndice N. Grafico de vida.	121
Apéndice O. Listado de síntomas.	122
Apéndice P. Cuadro de registro de pensamientos.....	123
Apéndice Q. Prevencion de recaidas.....	124

Apéndice R. Programador de actividades.125

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO:	Intervencion psicologica desde el modelo cognitivo conductual en un caso de trastorno bipolar I leve con características mixtas.
AUTOR(ES):	Yarlyn Dayana Contreras Becerra.
PROGRAMA:	Esp. en Psicología Clínica
DIRECTOR(A):	Claudia Liliana Gómez Rico.

RESUMEN

La presente monografía es el estudio de un caso clínico del cual se realizó la comprensión y formulación de un plan de intervención para su respectivo diagnóstico de trastorno Bipolar I, leve con características mixtas, en una mujer de 23 años universitaria, se llevó a cabo en 14 sesiones y se apoyó en el modelo cognitivo conductual, se pusieron en práctica técnicas como reestructuración, cognitiva, psicoeducación de la enfermedad, adherencia al tratamiento psicológico y farmacológico, identificación de prodromos, entrenamiento en habilidades de comunicación interpersonal, estrés, además se aplicaron dos pruebas para la evaluación clínica y como herramienta para el diagnóstico que son el Inventario Multiaxial de Millon III y la escala Y-BOCS adaptada a la versión española yale – Brown obsesive compulsive y el análisis funcional de la conducta. Los resultados permiten evidenciar el cumplimiento de los objetivos propuestos, así como la evolución del caso, se concluye el tratamiento como satisfactorio.

PALABRAS CLAVE:

Intervención, modelo cognitivo conductual, tratamiento, psicoeducación.

Vº Bº DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: Psychological intervention from the cognitive behavioral model in a case of mild bipolar I disorder with mixed characteristics.

AUTHOR(S): Yarlyn Dayana Contreras Becerra.

FACULTY: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR: Claudia Liliana Gómez Rico.

ABSTRACT

The present monograph is the study of a clinical case of which the comprehension and formulation of an intervention plan for its respective diagnosis of Bipolar I disorder, in a 23-year-old university woman, took place in 14 sessions and is based on the cognitive behavioral model, techniques such as restructuring, cognitive, psi coeducation of the disease, adherence to psychological and pharmacological treatment, identification of prodrome, training in interpersonal communication skills, stress, in addition two tests for clinical evaluation were applied and as a tool for diagnosis, the Millon III Multiaxial Inventory and the Y-BOCS scale adapted to the Spanish version Yale - Brown obsessive compulsive and the functional analysis of behavior. The results allow to demonstrate the fulfillment of the proposed objectives, as well as the evolution of the case, the treatment is concluded as satisfactory.

KEYWORDS:

Intervention, cognitive behavioral model, treatment, psychoeducation.

V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK

Introduccion

Este estudio de caso clínico se basa en el trastorno bipolar I, leve con características mixtas, por lo tanto, es importante iniciar mencionando que este, ha sido investigado y tratado por diversos autores a través del tiempo.

Para empezar en la historia el trastorno bipolar se denominaba antiguamente como psicosis maníaco-depresiva. Este nombre fue impuesto por el psiquiatra alemán Emil Kraepelin (1856-1926), quien lo diferenció de otra enfermedad mental la esquizofrenia, a principios del siglo XX, estas enfermedades no estaban bien diferenciadas. Luego se presentó una controversia porque existe un subgrupo de pacientes, denominados esquizoafectivos, que manifiestan síntomas iguales. Al paso de los años se observó que muchos pacientes maníaco-depresivos no manifestaban síntomas de psicosis y que algunos incluso presentaban fases de euforia moderada que no llegaba a la manía, por el que se impuso un cambio de nombre. La denominación trastorno bipolar y fue introducida por Karl Leonhard (1904-1988).

De igual manera, cuando el concepto de trastorno bipolar se fue transformando se investigó y se encontró que este trastorno, se produce por que los mecanismos que controlan el estado de ánimo de una persona no funcionan correctamente, en circunstancias determinadas, se produce un aumento o disminución en el estado de ánimo, que pueden durar semanas o meses, la intensidad a veces requiere la hospitalización. En las fases maníacas, se observa euforia, exceso de confianza en uno mismo, irritabilidad, locuacidad, y en algunos casos, incluso con ideas delirantes; En

cambio en las fases depresivas, la persona siente apatía, falta de energía e interés por las cosas, enlentecimiento y cansancio (Saiz, 2003). Continuando con la idea del autor se puede decir que este trastorno se ve reflejado en la persona cuando los procesos biológicos, químicos que ponen en regla y ordenan el estado de ánimo no trabajan de la forma adecuada.

Los factores de riesgo que se asocian al trastorno bipolar son, la genética, antecedentes psiquiátricos o psicológicos, alguno de los dos padres con el trastorno, familiares de primer grado, antecedente de un episodio traumático, vivir en áreas de escasos recursos, y por ultimo el maltrato en la infancia (Craddock y Sklar,2013).

Ademas, se encontró en la encuesta Nacional de Salud Mental del 2015, que el Trastorno afectivo bipolar inicia en la adolescencia, y se expusó que alrededor del 60% de las personas con trastorno afectivo bipolar tipo I manifiestan los primeros episodios antes de los 18 años y el diagnostico en está etapa del desarrollo es difícil debido a los cambios biológicos, psicológicos y sociales que evidencian los adolescentes (Hauser & Correll 2013).

Por otra parte, en el trastorno bipolar participan factores neuroquímicos ya que existen anormalidades en la serotonina, dopamina y norepinefrina en las personas que lo presentan. Se encontró que aspectos del funcionamiento cerebral, los neurotransmisores como factores presinápticos en la regulación de niveles y captación de la síntesis, almacenamiento, liberación y la recaptura de los neurotransmisores, también los factores postsinápticos como la regulación de la función y unión de receptores y de las proteínas G, regulación de canales iónicos y los mecanismos de transducción de señales intracelulares. Se encontró que factores genéticos como

un gen que presente polimorfismos en tres nucleótidos en la secuencia de ADN es decir afecta variaciones en la adenina, timina, citosina y guanina que son ácidos nucleicos en cromosomas influyen para que se evidencien estos cambios en el proceso anímico de la persona (Carrasco, 2018).

También es importante revisar, el manual estadístico de trastornos mentales DSMV, lo expone como trastorno bipolar y lo separa en dos sub grupos I y II, los criterios de diagnóstico del trastorno bipolar I representan el trastorno maníaco-depresivo, se caracteriza por la existencia de uno o más episodios maníacos o episodios mixtos, y antes se evidencia un episodio depresivo. Se consideran varios subtipos en función del episodio más reciente.

Siguiendo lo anterior, los episodios que comprenden el trastorno bipolar I son: la manía, la hipomanía, y la depresión, por esto empezaremos a describir que la manía es un cambio del comportamiento, una exaltación de las funciones mentales: el pensamiento se acelera, las emociones se hacen más intensas (tanto la alegría como la tristeza o la ira), disminuye la necesidad de dormir y descansar, aumenta el interés por el sexo y las relaciones sociales. El inicio de la fase maníaca es con frecuencia agradable, hasta tal punto que algunos pacientes afirman sentirse “mejor que nunca”. Además, presentan falta de conciencia de enfermedad, Por esto también muchos pacientes se niegan a tratarse o abandonan el tratamiento en curso, con la idea de que ya no lo necesitan (Saiz, 2003).

Así mismo, el otro subgrupo es el trastorno bipolar II, se caracteriza por la existencia de episodios depresivos mayores a lo largo del tiempo y a episodios hipomaníacos. De ahí que para

su diagnóstico tiene que haber la presencia, de uno o más episodios de depresión; no ha habido ningún episodio maníaco ni un episodio mixto y los síntomas provocan un malestar clínicamente significativo y deterioro a nivel laboral, social o en otras áreas importantes de la vida del individuo (Becoña y Lorenzo, 2001).

Es necesario recalcar, en general el trastorno afectivo bipolar, sea tipo I o tipo II, es grave en incapacitante por lo que la detección de éste y el tratamiento psicológico y farmacológico es fundamental para poder mantener una vida que se adapte a las necesidades de cada quien, y por que éste trastorno causa más años de vida por discapacidad que otros trastornos como la ansiedad, y la carga que genera ha aumentado al paso del tiempo por su complejidad (Lépine, 2011).

Igualmente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que el trastorno bipolar es la sexta causa de discapacidad en el mundo y es reconocido como un problema de salud pública, genera diversos impactos negativos en las áreas de la persona social, laboral y personal (Diler,2007).

Por lo cual, el trastorno afectivo bipolar tiene una comorbilidad con otras patologías hasta en el 70% de los casos, como los trastornos de ansiedad, el abuso de sustancias psicoactivas y en niños el trastorno negativista desafiante (Tidemalm, Haglund, Karanti, Landén, y Runeson. 2014).

También, como afirma la guía clínica de la American Psychiatric Association (1994b), en la actualidad no existe cura para el trastorno bipolar. El objetivo del tratamiento es disminuir la

frecuencia, severidad y consecuencias de los episodios y mejorar el funcionamiento social, laboral, familiar, personal entre los episodios.

A pesar de que, en general los trastornos mentales tienen impacto en la calidad de vida de las personas que los presentan, Los adolescentes que tienen un trastorno psicológico están en riesgo de ser estigmatizados y discriminados, por lo que no consultan y no tienen una adherencia a los tratamientos (Torres & Posada, 2010).

De manera que, los tratamientos farmacológicos que sirven como estabilizadores del estado de ánimo y anticonvulsivantes, antipsicóticos, son los diferentes fármacos como el litio, el ácido valproico, carbamazepina y risperidona, se agregan otros medicamentos para la desinhibición o de agitación aguda o insomnio, en niños se utiliza la dosis más baja para disminuir los efectos adversos y efectos secundarios como mareos, marcha inestable, confusión, visión borrosa y trastornos gastrointestinales depende de cada persona. (Liu et al, 2011).

Por lo tanto, para el tratamiento, en este estudio de caso se ha implementado el modelo cognitivo conductual, y las técnicas son psicoeducación en: conocimiento de la enfermedad, características del tratamiento (efectos secundarios, detección y modificación de pensamientos inadecuados respecto a la enfermedad, mejorar el seguimiento al tratamiento, entrenamiento en reconocimiento de síntomas pródromos y signos de recaída, el patrón de hábitos de conducta saludables.

Según lo anterior, se define la psicoeducación como el proceso que permite brindar a los pacientes la facultad de desarrollar, y fortalecer sus capacidades para afrontar las diversas

situaciones de un modo más adaptativo y proveer al paciente las técnicas y recursos necesarios para convivir con la enfermedad, tiene por objeto orientar y ayudar a identificar con mayor facilidad el problema para orientarlo adecuadamente, y se logre su resolución así mismo, fomentar una mejora en la Calidad de Vida (Bulacio & Vieyra , 2003).

Se debe agregar, la técnica de Reestructuración Cognitiva consiste en que la persona, con la ayuda del terapeuta, identifique y reconozca sus pensamientos negativos y los reemplace por otros que sean mas adecuados y adaptativos. El terapeuta propone una serie de preguntas y creá experimentos conductuales para que los pacientes evalúen y pongan a prueba sus pensamientos negativos, los replanteen y lleguen a una valoración sobre la validez y utilidad de cada uno de ellos, disminuyendo el malestar emocional y/o conductual (Clark, 1989).

Hay que mencionar además, que los esquemas cognitivos: son procesadores de información, se inician en la infancia con las experiencias y se desarrollan durante toda la vida del individuo (Young, Klosko & Weishaar, 2013).

Es decir, de acuerdo a la persona, pueden aparecer, cuando son situaciones de amenaza y peligro, dan lugar al miedo que es una emoción normal y si no se procesa adecuadamente se convierte en ansiedad, que es una emoción anormal. Si los esquemas representan creencias de desprecio y dominio, dará lugar al enojo emoción normal o a la rabia emoción anormal; situaciones de pérdida y abandono darán lugar a tristeza emoción normal o a la depresión emoción anormal, con esto se quiere decir que depende de la manera en que se procesa la información y en las

vivencias de cada persona de ahí se forman los esquemas y estos influyen en las emociones (Leahy, 2004).

Del mismo modo, los esquemas en el trastorno bipolar pueden estar distorsionados cognitivamente hacia lo negativo, depresivo o hacia lo positivo, maníaco. Dentro de las distorsiones cognitivas se encuentran la adivinación, la lectura de la mente, el etiquetamiento, el restar importancia, la exageración de fallas y logros y el razonamiento emocional (Leahy, 2004).

Habría que decir también, que en el trastorno bipolar se pueden identificar distorsiones cognitivas como el pensar que es fea, es del “etiquetamiento”. La creencia de que los demás la suponen incapaz, es una manifestación distorsionada cognitivamente. Otras corresponden a una distorsión en la personalización, la sobregeneralización, la abstracción selectiva y dicotómica (blanca o negra), en el caso del episodio maníaco, están en desorden en la mente de forma positiva, si el paciente está eufórico cree que todos lo consideran un genio la distorsión cognitiva correspondería a “adivinación” o “sobregeneralización”. Al igual que en las emociones, influyen en el comportamiento. (Leahy, 2004).

Incluso, se han reportado que las funciones cognitivas más alteradas en los pacientes con trastorno Bipolar tipo I, son las de velocidad del procesamiento de la información, el funcionamiento ejecutivo y la memoria verbal lo que permite que el paciente presente dificultades en su autonomía e interacción social (Levy & Weiss, 2010).

Además, es útil mencionar que dentro del tratamiento psicológico cognitivo conductual, está el entrenamiento en resolución de problemas: a través de estrategias que facilitan tomar decisiones y solucionar situaciones de la vida diaria que son generadoras de estrés, y no se tiene en cuenta cuál sería la mejor solución, escoger de las alternativas la mejor para resolver el problema, definiendo el problema, generando las posibles soluciones, tomar la decisión por medio de ventajas y desventajas (Saiz, 2003).

Así mismo, el entrenamiento en relajación para el manejo del estrés por que el ser humano ante cualquier situación rutinaria o acontecimiento que le pueda generar estrés y en el trastorno bipolar puede que esta situación estresante sea precipitante para la aparición de síntomas de un episodio depresivo o maniaco, el estrés produce una serie de cambios en el organismo ante situaciones que la persona valora como complicadas o conflictivas, se debe reducir el impacto de los factores estresantes siempre que no puedan evitarse, para lo cual es muy útil aprender técnicas para el control del estrés (Saiz, 2003).

De manera que, en las personas que tienen variaciones drásticas en el estado de ánimo es importante saber manejarlo y controlarlo ya que la respiración se vuelve más rápida en situaciones de estrés o tensión. Si se respira así de manera prolongada, pueden aparecer sensaciones somáticas o físicas desagradables (exceso de sudor, aceleración del corazón, sensación de mareo, sequedad de boca). Por el contrario, la respiración controlada consiste en respirar de una manera más lenta y regular, ampliar la capacidad pulmonar y aumentar así la resistencia a la fatiga. Se utiliza para afrontar la ansiedad y, en general, reducir síntomas asociados a ésta (Jacobson, 1938).

Considerando que, en la relajación progresiva de Jacobson en 1938, se reduce la tensión muscular y producí una sensación de bienestar corporal, que en principio es inadaptable con la ansiedad o el estrés mental. Se han conseguido resultados en el tratamiento, no sólo de la tensión muscular. sino también del insomnio, la fatiga, el tortícolis o el dolor de espalda, los espasmos musculares, La finalidad de esta técnica es aprender a reconocer y diferenciar las sensaciones musculares asociadas a tensión y relajación; éste será el primer paso para saber cómo relajarse.

Por ultimo se incluye dentro de la intervención cognitivo conductual el entrenamiento en comunicación interpersonal: la comunicación con los demás está afectada por los cambios del estado de ánimo (tristeza, irritabilidad y euforia), pero también los diferentes cambios que sufren los pensamientos (visión de uno mismo, de los demás, del futuro), de manera que todo esto se relaciona en como el individuo interactúa con los demás, en la interpretación de lo que los demás quieren decir. Cuando los síntomas de un episodio de mania o episodio de depresión se presentan puede que se manifieste una distorsión en la interpretación de estos mensajes, Por esto es importante tener conocimiento sobre pautas o guías de apoyo servirá para que se evite las no adecuadas interpretaciones (Saiz, 2003).

1. Objetivos

1.1 Objetivo general

Evaluar e intervenir desde el modelo cognitivo conductual un caso de trastorno bipolar I, leve con características mixtas.

1.2 Objetivos específicos:

- Diseñar un plan de intervención acorde a las necesidades del consultante y al caso.
- Implementar técnicas de intervención terapéutica desde el enfoque cognitivo conductual que contribuyan a mejorar la calidad de vida y el funcionamiento de la consultante.
- Evaluar la efectividad del proceso de intervención psicológica a través de la aplicación de la prueba y los resultados obtenidos en el proceso.

2. Metodología de intervencion utilizadas

2.1 Participantes

Mujer, adulta joven de 23 años de edad, Universitaria, Noveno semestre de Negocios Internacionales, soltera, pertenece a una familia reconstituida, vive con su madre de 46 años y hermano de 21 años, pasa los fines de semana con su padre de 40 años, él tiene pareja e hija de 10 años de edad. Acude padre al instituto Familia y vida IPS Universidad Pontificia Bolivariana, preocupado porque su hija no se quería tomar los medicamentos psiquiátricos (ácido valproico, litio y risperidona) y quien habría sido diagnosticada con Trastorno Bipolar I y está en periodo de crisis internada en el Instituto del Sistema Nervioso del Oriente ISNOR.

2.2 Instrumentos de exploración:

Consentimiento informado: Documento establecido donde se brinda información del proceso de intervención psicológica y da a conocer aspectos relacionados a la confidencialidad de los datos de la persona (ver apéndice A).

Historia clínica: Se utilizó formato de historia clínica del instituto Familia y vida. podría definirse según la Legislación colombiana en la Resolución 1995 de 2009 como 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 (ver apéndice B).

Entrevista: Se realizó a través de preguntas abiertas, para recolectar datos e indagar aspectos de importancia en el caso y lograr la evaluación clínica y diagnóstico.

Análisis funcional: Es un modelo de formulación de caso clínico que engloba toda la información del consultante, permite la valoración y la comprensión de la persona en su funcionamiento en las áreas laboral, social, se fue realizando a través de 5 sesiones (Ruiz, Díaz & Villalobos,2012).

2.3 Instrumentos de Evaluación:

El cuestionario auto aplicado *de Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS)* fue adaptada por Steketee para medir la presencia de un TOC. El Y-BOCS está compuesto por 10 ítems: 5 relacionado a obsesiones y los otros 5, a compulsiones, teniendo una opción de respuesta de 0 a 4 (desde no presentar un síntoma hasta presentar síntomas extremos). La clasificación de diagnóstico se basa en los puntos de corte donde 0 a 7 representa “sin manifestaciones clínicas”, 8 a 15, “leve”, 16 a 23, “moderado”, 24 a 31 como “severo” y 32 a 40 como “extremo”. Este cuestionario presenta un alfa de Cronbach de 0,78 para personas con TOC y de 0,89 para personas sin manifestaciones clínicas (ver apéndice D) (Steketee, Frost, & Bogart ,1985).

Inventario clínico multiaxial de Millon (MCMI-III):

Escala clínica multiaxial de Millon (MCMI-III): tiene como objetivo medir problemas emocionales, conductuales e interpersonales; el inventario consta de 175 ítems que evalúa 11 escalas básicas: Patrones: clínicos de personalidad, 3 rasgos patológicos: patología clínica de la personalidad, 7 síndromes de gravedad moderada: síndromes clínicos, 3 síndromes de gravedad severa: síndromes clínicos graves y 4 escalas de control: escalas modificadoras (ver apéndice E) (Wiggins, 1969).

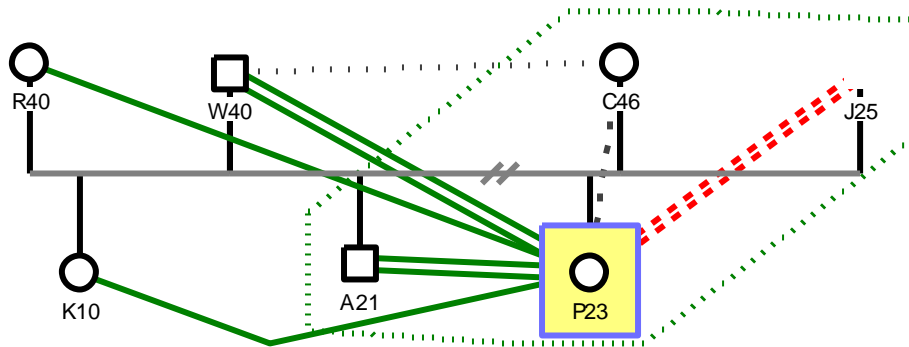


Figura 1. Familograma de consultante P.A.M

Descripción del familograma:

Familia reconstituida padre, madre e hijos, padre y madre viven con sus nuevas parejas, la consultante P vive con su madre C, hermano menor A y novio de su madre J, su padre W vive con su nueva pareja R Y su hija menor K de 10 años. La consultante P tiene buena relación con sus dos padres P y C, aunque en inicio su relación era conflictiva con ellos porque no aceptaba que se

separaron y mantiene una relación a distancia con la pareja de su madre J, manifestó que él no la quería y que es dos años mayor de su edad. En un periodo de crisis expreso la consultante “La pareja de mi mama me quería violar él es malo me quiere matar”. Además, con sus hermanos menores K y A tienen buena relación, es cercana sin conflictos. Su padre pasa tiempo con ella los fines de semana se queda en su casa.

Tabla 1.

Integrantes de la familia de la consultante P.A.M.

Nombre y apellidos	Parentesco	Edad	Grado de escolaridad	Ocupación	Relación
W.S.M	Padre	40	Bachiller.	Oficios varios	Cercana sin conflictos
C.S.P	Madre	46	Bachiller.	Secretaria	Cercana sin conflictos
R.E.R	Pareja De su padre	40	Bachiller.	Ama de casa	Cercana sin conflictos
J.R.F	Pareja de su madre	25	Bachiller.	Mensajero	A distancia
A.Y.M	Hermano	21	Bachiller.	Mensajero	Cercana sin conflictos
K.A.M	Hermana	10	Secundaria.	Estudiante	Cercana sin conflictos
P.A.M	Consultante	23	Universitaria.	Estudiante	

Nota: *las edades de los usuarios corresponden a la edad que informaron iniciando el proceso de intervención terapéutica.

2.4 Procedimiento

El proceso de intervención terapéutica se desarrolló en 14 sesiones, distribuidas en el año 2018, iniciándose en marzo y culminándose en noviembre del mismo año. En el plan de intervención se describe las etapas del proceso.

Primera etapa: exploración y evaluación.

Esta etapa se realizó en 4 sesiones, con duración de 50 minutos para cada una, con una frecuencia semanal, cada 8 días, se inició firmando el consentimiento informado y logrando un encuadre terapéutico en la entrevista, el análisis funcional y se aplicó en un primer momento la escala Y-BOCS, obsesiones y compulsiones adaptada a la versión española y el Inventario multiaxial de MILLON III, por lo que, se logró identificar los síntomas y el trastorno presente en la consultante. Y a partir de la entrevista y pruebas psicológicas mencionadas se generó un diagnóstico, que se adaptará y el más indicado para la consultante (ver apéndice I).

Segunda etapa:

Las sesiones siguientes desde la 5 a la 12, de duración 50 minutos. Se realizó una devolución de los resultados de las pruebas, se procedió al inicio de el plan de intervención clínica, brindando la información a la consultante, de su diagnóstico para que ella misma sea consciente de la condición presentada y las consecuencias de la misma, además de las implicaciones que tiene el no tener consciencia de su situación, se trabajó por sesiones para mejorar su estado actual y

mejorar su funcionamiento en las áreas social, laboral y personal, seguidamente se logró un acuerdo de los objetivos propuestos para el tratamiento, como aumentar su adherencia al tratamiento psiquiátrico y psicológico, detección de pródromos (signos y síntomas) disminución de conductas inadecuadas y aumento de actividades agradables, disminución de estrés, mejorar la comunicación asertiva con sus familiares y pares y adquisición de creencias adaptables en cuanto a su tratamiento y estado. Para lograr así disminuir los periodos de crisis por la aparición de pródromos.

Tercera etapa:

Para finalizar el proceso de intervención y evaluar la efectividad del tratamiento terapéutico se realizó un pos tratamiento, es decir se aplicó nuevamente el test del inicio, en esta etapa, no se aplicó nuevamente la escala (Y-BOCS) obsesiones y compulsiones adaptado a la versión española por que en su primera aplicación no se evidencia puntaje clínico significativo, En cuanto al segundo test si se aplicó nuevamente el Inventario Multiaxial de MCMI- III, en pre- y post tratamiento, se evidencia en los resultados puntajes significativos y positivos gracias al plan de tratamiento ejecutado, ya que disminuyeron los síntomas clínicos que se evidencian en ella en el proceso de exploración (entrevista, análisis funcional) y además al finalizar la sesión se realizó una entrevista con el padre (acudiente) y refirió una mejoría en ella en sus comportamientos y estado de ánimo,tambien disminución total de episodios de crisis, durante el proceso de intervención terapéutica. Y para finalizar se realizó el cierre y se hace la recomendación de la importancia en seguir con la intervención se realiza de manera escrita y oral con los dos, padre y consultante en la historia clínica (Ver apéndice J).

Posterior a esto, se describe la fase de intervención con su respectivo análisis.

3. Fase de Intervencion

Nombre: P.A.M

Fecha de nacimiento: 5/05/1995

Escolaridad: Noveno semestre de Negocios Internacionales

Ciudad: Bucaramanga

Edad:23

Estado civil: soltera.

Antecedentes psiquiátricos: desde los 15 años está presentando periodos de crisis, fue diagnosticada con dos trastornos en el Hospital Psiquiátrico San Camilo los cuales fueron Trastorno Obsesivo Compulsivo y Trastorno bipolar I mixto, ha tenido 8 periodos de crisis de manía, por dejar de tomar la prescripción médica ha sido llevada a Hospital psiquiátrico San camilo y a ISNOR, Instituto del Sistema Nervioso del Oriente, con tratamiento psiquiátrico ácido valproico, litio y risperidona.

Motivo de consulta: Padre (asiste solo, sin compañía de la consultante) refiere “estoy preocupado mi hija está en crisis internada en ISNOR, fue diagnosticada con trastorno Bipolar I, no sé qué hacer con ella, se recupera y vuelve a recaer”, “yo no vivo con ella, la mamá es la que vive con ella, además es la que tiene que estar pendiente y no lo está, no tenemos muy buena comunicación hablamos solo cuando está en crisis mi hija”, (P).

Análisis funcional:**Descripción del motivo de consulta:**

Padre de la consultante evidencia un estado de preocupación, cansancio, en búsqueda de ayuda y apoyo psicológico, por la situación de su hija, por motivos de aumento en sus crisis y la situación se ha tornado más crítica con el transcurrir del tiempo.

Problema:

- No tiene una buena adherencia al tratamiento farmacológico y psiquiátrico, incumplimiento en la prescripción médica.
- Falta de consciencia a la enfermedad por parte de los familiares y consultante.
- Déficit en la comunicación, dificultad en la interacción como familia.

Descripción del problema:

- No adherencia al tratamiento farmacológico y psiquiátrico.

El padre relata que su hija no se toma los medicamentos en el horario indicado, y la consultante refiere que no los quiere tomar, los toma sin frecuencia alguna, porque la engordan y ella no se quiere engordar pues ha visto un aumento en su peso, además expresa que son muchos medicamentos y que le da “flojera” tomarlos diariamente.

- Falta de consciencia a la enfermedad por parte de los familiares y consultante.

La consultante no comprende la importancia del tratamiento farmacológico y psicológico para su mejoría y funcionamiento, no cree necesario tomar la prescripción médica como lo indican además expresa que se siente bien que no es necesario tomarlos a diario, solo es necesario tomarse los medicamentos cuando se siente de bajo estado de ánimo o con mucha energía, además sus padres presentan ideas irracionales sobre el tratamiento que tiene su hija.

- Déficit en la comunicación, dificultad en la interacción como familia.

Los padres de la consultante se separaron y no mantenían una buena comunicación , era a distancia para evitar problemas con su nueva pareja y no se comunicaban para aspectos cotidianos de sus hijos, solo cuando la consultante está en periodo de crisis, además, ella manifiesta que le gustaría que sus padres se comunicaran más seguido, no estuvieran tan alejados, refiere sentirse mal porque cuando se enteraron del abuso su madre la confrontó al no saber qué había sucedido, y luego sus padres se separan, todo esto ocurrió en el mismo año . Le gustaría realizar actividades en compañía de sus padres, es importante que ellos mantengan una relación cercana, porque a pesar de los problemas los dos son sus padres, independiente de su relación afectiva y amorosa, y por qué, con la situación que presenta su hija, es indispensable tener una relación adecuada para la mejoría, funcionamiento y bienestar de la consultante.

Historia personal

La consultante vivía con sus dos padres y hermano menor, a la edad de 15 años empezó en el colegio a alejarse y en su casa a presentar llanto, la madre encontró una carta escrita a mano dirigida a su mejor amiga, donde decía que el vecino que la transportaba había abusado de ella, le tocaba sus partes íntimas en el carro, en reiteradas ocasiones, y que si llegaba a decir algo a alguien “mataba a sus padres”. La madre leyó la carta y asustada le pidió a su hija una explicación sobre esta información escrita. Posterior a esto la hija (consultante) le dijo que había sido abusada físicamente, por dos años. Luego fueron en busca del vecino, pero el ya no vivía en el mismo barrio.

por otro lado, sus padres tomaron la decisión de separarse en ese tiempo y Desde ese momento la consultante empieza a comportarse de manera distinta, el día en que la madre le pregunta sobre la carta encontrada la consultante se bañó 20 veces, cerraba las puertas y ventanas para que nadie la observará.

Por otra parte, en otro episodio de mania, la consultante va a buscar al sacerdote de la Iglesia y le dice que sus padres la quieren matar , que la están persiguiendo que por favor la ayude, y también le dice que la tía la quiere secuestrar para hacer con ella un experimento, el sacerdote de la iglesia decide llamar a la policía donde fue trasladada al Hospital Psiquiátrico San Camilo donde presenta insomnio, aumento de energía, y fue diagnosticada con el trastorno Obsesivo Compulsivo y trastorno Bipolar tipo I.

Además, en un episodio de crisis en la Universidad donde está estudiando actualmente Negocios Internacionales dice en el salón de clase “nadie se me puede acercar yo soy una Diosa”.

Seguido a esto, por no tomar el medicamento, estaba viendo las noticias, ella empezó a sentir bajo estado de ánimo (tristeza y llanto) donde manifiesta “las injusticias que ahí en Colombia ahora el señor Rodrigo Londoño (timochenko) se quiere lanzar a la presidencia, a mí no me gustan las injusticias, no quiero continuar en esta vida”.

También, expresa sentirse mal porque sus padres ya no están viviendo y se separaron, expresa que a ella no le dedican tiempo, manifiesta que ella está sola en esta vida. Empezó a presentar fluctuantes estados de ánimo durante varias semanas, algunos días durante periodos estaba con tristeza, aumento de su sueño y pérdida de apetito y otros días aumento de energía, sin poder dormir durante varios días, y actualmente está viviendo con su madre, hermano menor y pareja de su madre, está estudiando y cursando noveno semestre de Negocios Internacionales, no ha podido terminar por que ha estado en ocho crisis.El padre acude al Instituto Familia y Vida, en búsqueda de atención psicológica donde se inicia proceso terapéutico actualmente no ha presentado ninguna crisis.

Evaluación sincrónica: la consultante y sus padres están presentando problemas económicos, por que han tenido gastos en estos últimos meses, tienen más responsabilidades, y las citas en la EPS son cada dos meses, con especialistas, además por los diferentes periodos de crisis que ha pasado la consultante ha ido interrumpiendo sus estudios lo que ha generado en ella, ideas de tristeza por ver que todos sus compañeros ya se han graduado y ella no, y debe continuar con otros

compañeros que no conoce, por otra parte, los dos padres trabajan y no pueden compartir mucho tiempo con ella, a causa del aumento de peso que se ha generado por la toma de medicamentos le genera a ella una predisposición por no engordar.

Evaluación diacrónica:

Factores de predisposición:

El abuso sexual por parte de su vecino, el enfrentar la situación y separación de sus padres, estos acontecimientos ocurrieron en el mismo tiempo. Refiere que ninguno de sus familiares expresa antecedentes psiquiátrico o psicológico.

Factores de adquisison:

Sentimientos de tristeza, sentimientos de grandeza, llanto.

Factores de mantenimiento:

Esquemas mentales e interpretación de creencias irracionales acerca de su trastorno y tratamiento farmacológico, reforzado por la aprobación de sus padres al dejar de tomar medicamentos y tomarlos cuando este presentando los síntomas.

La falta de comunicación de sus padres es un factor ya que ninguno tiene información clara sobre el tratamiento.

Factores protectores:

Durante la entrevista se evidencian factores protectores como voluntad de cambio, aceptación a la enfermedad, a pesar de que sus padres están distanciados son también su red de apoyo por que no es buena su comunicación, pero están al cuidado de su hija.

Dominios:

Emocional afectivo: En el momento de la consulta se encuentra estable, estaba internada la semana pasada en el instituto del sistema Nervioso del oriente ISNOR, cuando empezamos la entrevista empezó a presentar llanto, tristeza, contando su vivencia de abuso.

Cognoscitivo verbal: Se evidencia un desarrollo cognitivo y lenguaje adecuado a su edad, nivel educativo, lenguaje fluido y coherente. Percepción de ideas irracionales y creencias respecto al tratamiento.

Interacción: La consultante tiene una adecuada interacción con sus padres y hermanos, en la Universidad se alejó de sus compañeros durante un tiempo por sus periodos de crisis. Y refiere que le gustaría compartir más tiempo en compañía de sus padres.

Repertorios relacionados a la salud: la consultante evidencia conductas de autocuidado, arreglo personal, y preocupación su estado de salud, sin embargo, no tiene adecuada adherencia al tratamiento farmacológico por que expresa que la engordan los medicamentos.

Contextos

Académico o laboral: La consultante está cursando noveno semestre de Negocios Internaciones, su rendimiento escolar es bueno, sus notas son altas, no ha podido terminar sus estudios por periodos de crisis que ha sido internada en hospital psiquiátrica, en cuanto a su situación laboral no ha trabajado cuenta con el apoyo económico de sus padres.

Familiar: En el hogar convive con madre, hermano menor y pareja de la madre, su padre comparte tiempo con ella los fines de semana.

Pareja sexual: No tiene pareja en el momento, antes de ingresar tuvo pareja con duración de 6 meses de noviazgo.

Condiciones ambientales: Siempre han vivido en el mismo barrio se sienten bien, la consultante y su familia allí viviendo, con estrato socioeconómico medio.

Estímulos discriminativos:

La percepción de la consultante de que sus padres la abandonaron por que se separaron y que cada quien hace su vida sin importar la de ella.

La percepción de la consultante que le quieren causar daño las demás personas.

La percepción de que los medicamentos solo se deben tomar cuando este presentando los síntomas, y no toma en cuenta la prescripción médica, tomarlos a diario

Formulación de la hipótesis

Problema: El padre acude al Instituto Familia y Vida, preocupado por la situación actual de su hija, ya que cada día se ha hecho más difícil su enfermedad, y por qué está en periodo de crisis, internada por octava vez en el Hospital Psiquiátrico, por no tener en cuenta la prescripción médica, solo toma los medicamentos cuando ya están presentes los síntomas y no en el horario establecido, porque no ha podido terminar sus estudios Universitarios, y no quieren que su hija vuelva a recaer. Los dos padres refieren que sus estados de ánimos son cambiantes y fluctuantes, anormales a los de siempre, aumento de su energía, se pone muy habladora con cualquier persona, dice ideas incoherentes, están hablando en la conversación de algo y no lo termina sigue con otro tema, algunas veces cree que el mundo gira solo en torno a ella y cuando la dejamos sola, hace cosas fuera de lo normal, busco a un sacerdote y le dijo cosas que no eran verdad (sus padres la quieren matar , la están persiguiendo que por favor la ayude, y también le dice que la tía la quiere secuestrar

para hacer con ella un experimento). Fue diagnosticada con dos trastornos (F42) trastorno obsesivo compulsivo y (F30.1) Trastorno Bipolar tipo I.

Hipótesis: Consultante de 23 años de edad, que a sus 15 años empieza a presentar ciclos de síntomas representados en aumento de energía, fuga de ideas, verborreica, disminución del sueño y aumento de contacto social. Por otro lado, en algunos días pérdida de energía, aumento del sueño, reducción de actividades placenteras, hipersomnia, pérdida de apetito, llanto fácil y anhedonia. Se podría decir que estas manifestaciones las empezó a presentar por eventos desencadenantes biológicos y psicológicos, debido a que existe una inestabilidad en el metabolismo de los neurotransmisores, asimismo, los elementos psicológicos que podrían mantener los síntomas evidenciados en ella, como son: las situaciones sociales en la que fue expuesta, abuso físico y separación de sus padres, además las creencias irracionales de los medicamentos formulados y su resistencia a la ingestión de los mismos; lo cual la llevó a múltiples hospitalizaciones Psiquiátricas en periodos cortos de tiempo. Con lo anteriormente expuesto se puede concluir que los síntomas presentados en la consultante corresponden con los criterios del manual de diagnóstico **296.41 (F31.11)** Trastorno Bipolar I, leve con características mixtas.

Análisis explicativo

Repertorio de autocontrol: La consultante evidencia baja capacidad de control, interno y externo.

Autoconocimiento: la consultante manifiesta cierto grado de conciencia, pero no total ya que ella reconoce su situación actual, pero de las consecuencias de no tomar los medicamentos tal como están prescritos y de los síntomas.

Repertorios para cambiar el ambiente: la consultante intenta comprender la decisión de sus padres de separarse, y se acopla al nuevo ambiente familiar y a la recomposición de la nueva familia reconstituida y comparte tiempo con su padre y la nueva pareja y hermana menor.

Regulación verbal del comportamiento: en el momento ella no utiliza ninguna estrategia o mecanismo que la ayude a regular su comportamiento.

Identificación de la conducta:

Estado de ánimo cambiante, fluctuante.

Presenta Ideas inconclusas, en una conversación sin terminar lo que quiso decir.

Aumento de energía, disminución en el sueño. Irritabilidad por situaciones que antes no le causan malestar.

Episodios de manía: en los que ella realiza actividades fuera de lo normales.

Aumento de sueño, sentimientos de culpa, llanto fácil, anhedonia

Conducta clínicamente relevante:

En consulta con la terapeuta, relatando en entrevista sucesos dolorosos, presenta llanto fácil, sentimientos de culpa.

Función explicativa:

La respuesta de la consultante fue normal ya que esta vivencia fue dolorosa y esto fue un desencadenante a la situación actual por la que está pasando y ha afectado su funcionamiento social, personal.

Tabla 2.

Síntomas del Trastorno Bipolar I. Según DSMV.

Sintomatología del Trastorno bipolar I según el DSM-V	Sintomatología De la consultante.
A. Episodio de manía :período definido de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía, que dura como mínimo una semana y está presente la mayor parte del día, (o cualquier duración si se necesita hospitalización).	Padre y consultante expresan que ha presentado varios episodios de crisis de manía, donde experimenta estado de ánimo irritable y anormal, y ha sido hospitalizada.
B. Durante el periodo de alteración del estado de ánimo y aumento de la energía o la actividad existen tres o más de estos síntomas	La consultante expresa que siente mucha energía para realizar las actividades, además siente que puede ganarle a cualquiera.

Sintomatología del Trastorno bipolar I según el DSM-V

Sintomatología De la consultante.

- aumento de autoestima y sentimientos de grandeza.
- disminución de la necesidad de dormir.
- más hablador de lo habitual o presión para mantener la conversación
- fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad
- facilidad de distracción
- aumento de la actividad dirigida a un objetivo o agitación psicomotora.

- presenta disminución en la cantidad de horas de sueño, duerme de 2 a 3 horas.
- padres expresan que existen días, que ella está más conversadora de lo habitual, y que no se le entiende por qué no termina las ideas que empieza.
- La consultante expresa que empieza una tarea y quiere empezar otra, no la termina y quiere hacer varias al mismo tiempo.

A. Episodio de depresión mayor: cinco o más de los síntomas han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y representa un cambio en el funcionamiento anterior, Estado de ánimo deprimido o pérdida del interés o de placer.

- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días.
- disminución del interés o del placer por casi todas las actividades la mayor parte del día.
- insomnio o hipersomnia casi todos los días.
- agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
- fatiga o perdida de energía casi todos los días.
- sentimientos de inutilidad o de culpabilidad excesiva o inapropiada.

La consultante expresa que cuando se deprime no quiere hacer nada, sentimientos de culpa, le causa mucha tristeza todo lo que sucede a su alrededor, llanto fácil y no sabe los motivos por los cuales se encuentra así.

- los padres manifiestan que su hija, tiene periodos donde no quiere hacer nada, aun sean actividades de su interés o de su gusto.
- la consultante manifiesta que presente en varios días el aumento de sueño y muchas veces no quisiera levantarse.
- la consultante expresa la poca energía que siente cuando tiene que hacer una actividad y su cuerpo no tiene fuerzas para realizarlo.
- la consultante expresa que en ocasiones no quisiera volver a la Universidad porque siente que no puede llegar a graduarse, que de nada le serviría a ella ser una profesional.

Sintomatología del Trastorno bipolar I según el DSM-V	Sintomatología De la consultante.
-disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o tomar decisiones casi todos los días.	- la consultante expresa que durante sus parciales no es capaz de concentrarse aun estudie se cansa y no quisiera estudiar más.
B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativos o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento	La consultante expresa que ha dejado de asistir a actividades de la universidad y se ha alejado demasiado de sus compañeros y amigos.

Diagnostico:

296.41 (F31.11) Trastorno bipolar I, leve con características mixtas.

Plan de intervención

Tabla 3.

Plan de Intervención por sesiones.

<u>Objetivo Terapéutico 1</u>	
Recoger información del paciente sobre motivo de consulta.	
<u>Sesión 1</u> Evaluación	
Objetivo	Recolección de datos y evaluación de la consultante. (ella no acude, va solo el padre).
Actividad	- Observación -Diligenciamiento de historia clínica, y consentimiento informado.

Objetivo Terapéutico 1**Recoger información del paciente sobre motivo de consulta.**

	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista semiestructurada e identificación de sintomatología. - Se realiza solo con el padre de la consultante.
Técnica	<p>Observación.</p> <p>Entrevista semiestructurada.</p>

Sesión 2**Recolección de datos y evaluación de la consultante.**

Objetivo sesión	Recolección de datos y evaluación de los síntomas de la consultante.
Actividad	<p>Se inició recolección de datos con la consultante, firma de consentimiento informado, ya que ella no asiste en la primera sesión, pues estaba en episodio de crisis internada en hospital psiquiátrico San Camilo.</p> <p>Además aplicar el Instrumento escala Yale Brown de Obsesiones y compulsiones adaptada a la versión española.</p>
Técnica	<p>Observación</p> <p>Entrevista semiestructurada.</p> <p>Aplicación de instrumento psicométrico de medición escala Yale Brown obsesiones y compulsiones adaptada a la versión española (ver apéndice I).</p>

Sesión 3**Aplicación de pruebas**

Objetivo session	Evaluar los principales síndromes clínicos y síntomas presentes en la consultante para corroborar y como una herramienta para su diagnóstico.
Actividad	<p>Aplicación de Instrumento de evaluación Inventario Multiaxial de millón III (ver apéndice I).</p> <p>Explicar a la consultante en que consiste el tratamiento desde el modelo cognitivo conductual, teniendo en cuenta la</p>

Objetivo Terapéutico 1**Recoger información del paciente sobre motivo de consulta.**

	sintomatología presente en ella, Número de sesiones y establecimiento de horario de las sesiones.
Técnicas	-Aplicación de Instrumento Inventario Multiaxial de MillonIII. -Entrevista. -Psicoeducacion.

Objetivo terapéutico 2**Psicoeducar sobre diagnostico y tratamiento desde el modelo cognitivo conductual****Sesión 4**

Objetivo sesión	Encuadre e impresión diagnostic
Actividad	-Realizar retroalimentación y entregar resultados de instrumentos de evaluación: Escala Yale Brown obsesiones y compulsiones, adaptada a la versión española e Inventario Multiaxial de MILLON III. -Psicoeducación sobre la impresión diagnostica y su sintomatología. -Se dejó tarea de realizar un autoregistro de los síntomas según cada episodio presentado por ella: manía, depresión. Psicoeducación.
Técnicas	Entrevista Auto registro

Sesión 5**Adherencia al tratamiento psicológico y farmacológico.**

Objetivo sesión	Aumentar la Adherencia al tratamiento y disminuir episodios de crisis.
Actividad	Se realiza Psicoeducación en la adherencia al tratamiento con la consultante y los familiares (dos padres): madre con quien convive y padre con quien pasa los fines de semana y con la

Objetivo terapéutico 2

Psicoeducar sobre diagnóstico y tratamiento desde el modelo cognitivo conductual

consultante se identificó creencias irracionales sobre la toma de medicamentos por los cuales los ha dejado de tomar, se realizó reestructuración cognitiva sobre esas creencias con la consultante para lograr una adecuada adherencia a la medicación prescrita eliminando los obstáculos que interfieren con dicha adherencia.

Técnicas

Contrato conductual de adherencia al tratamiento farmacológico y psicológico (ver apéndice L).
Ventajas y desventajas de tomas de medicamentos.
Reestructuración cognitiva.

Objetivo terapéutico 3

Reducir episodios de crisis mediante la prevención de recaídas.

Sesión 6

Intervención temprana en la detección de síntomas.

Objetivo

Disminuir episodios de recaída.

Actividad

Con una línea histórica de representaciones gráficas del curso de su vida, que representa los episodios de manía y depresión.

Se realiza resumen de los síntomas, una lista de síntomas físicos, cognitivos, emocionales y conductuales que ocurren durante los episodios de depresión, manía y mixtos.

Se deja tarea y se explica un auto registro: en el que ella escribe como se siente

Su estado de ánimo y síntomas durante su transcurso del día.

Técnicas

Gráfico de historia de vida: síntomas de episodios manía, depresión y mixtos. (línea de tiempo desde que inicio con su trastorno hasta el momento) (ver apéndice N).

Listado de síntomas (ver apéndice O).

Objetivo terapéutico 3**Reducir episodios de crisis mediante la prevención de recaídas.****Sesión 7**

Retroalimentación de actividades de detección de síntomas.

Objetivo sesión

Concienciar sobre los cambios que experimentan durante los episodios de depresión, de manía, de hipomanía y mixtos.

Actividad

Se realiza retroalimentación sobre las actividades trabajadas como línea de gráfico de vida, resumen de síntomas en la sesión pasada, y se evaluó la tarea para la casa, la cual no realizo, se realizó en sesión. Con esta retroalimentación, ella pudo observar los diferentes cambios que ha tomado desde que inicio a presentar este trastorno y como se ha sentido al pasar el tiempo, sus episodios de crisis y los síntomas.

Técnicas

Gráfico de vida: línea de tiempo desde que inicio con sus episodios de crisis y sus síntomas (ver apéndice N).

Listado de síntomas (ver apéndice O).

Auto registro.

Objetivo terapéutico 4**Reducir episodios de crisis, mediante la prevención de recaídas por medio de reestructuración cognitiva.****Sesión 8**

Identificación de situaciones, pensamiento, emociones y conducta.

Objetivo

Evaluación y modificación de las distorsiones cognitivas.

Actividad

Al iniciar la sesión se le explica como nuestras creencias y pensamientos afectan nuestra manera de sentirnos y de actuar se procede a realizar un auto registro de pensamiento, sentimiento y conducta, sobre creencias y pensamientos

Objetivo terapéutico 4

Reducir episodios de crisis, mediante la prevención de recaídas por medio de reestructuración cognitiva.

disfuncionales ya que los pensamientos son sesgados por las emociones que está sintiendo en el momento y esto puede llevar a actuar de una forma determinada. Se plantea esta actividad para que ella evalúe los pensamientos que pueden surgir en el momento.

Técnicas

Psicoeducación
Reestructuración cognitiva.

Sesión 9

Identificar pensamientos automáticos y modificación por unos pensamientos más adaptables durante episodios de crisis.

Objetivo

Que la consultante identifique pensamientos automáticos, durante cada episodio de crisis y situaciones de su diario vivir. Y los reemplace por unos más adaptables.

Actividad

-Se continuó trabajando con ella reestructuración cognitiva sobre sus pensamientos ya que en sus episodios de crisis continuos antes de la entrevista fueron estos síntomas exacerbados por pensamientos que llegaron a su mente tras situaciones vividas. Se diligencio auto registro y se reemplazaron estos pensamientos por unos funcionales y adaptables a través de la validez de cada pensamiento.

Técnica

Reestructuración cognitiva
Autorregistro

Sesión 10

Reducir el estrés y prevención de recaída.

Objetivo

Entrenar a la pacientes en la técnica de respiración diafragmática y relajación progresiva

Actividad

Se entrena a la consultante sobre el entrenamiento en relajación , se le explica a ella sobre la importancia de la

Objetivo terapéutico 4

Reducir episodios de crisis, mediante la prevención de recaídas por medio de reestructuración cognitiva.

	respiración y de disminuir el estrés tras algún evento que le ha generado estrés, se le enseña a través de la sesión , se realiza la respiración y la relajación progresiva de Jacobson.
Técnica	Psicoeducación. Respiración diafragmática Relajación muscular progresiva.

Objetivo terapéutico 5

La reducción de los estímulos estresantes psicosociales que pueden interferir en su funcionamiento.

<u>Sesión 11</u>	
Aumentar las habilidades de comunicación interpersonal, de modo que pueda mantener relaciones saludables en su funcionamiento.	
Objetivo	Brindar habilidades de comunicación interpersonal.
Actividad	Se realiza Psicoeducación sobre estrategias de resolución de problemas, para que la consultante tenga idea de qué hacer ante un problema, tenga una estructura para abordar futuros problemas, a través de un registro, que ella debía diligenciar con las posibles soluciones , las ventajas y desventajas de cada solución Después de revisar cada una de ellas y eliminar las soluciones menos deseables o razonables.
Técnica	Entrenamiento en solución de problemas Autoregistro.
<u>Sesión 12</u>	
Brindar herramientas para reducir estímulos estresantes psicosociales.	
Objetivo	Brindar habilidades de comunicación interpersonal.
Actividad	Se realizó Psicoeducación de la comunicación interpersonal y la importancia de las emociones en nuestra vida y que

Objetivo terapéutico 5

La reducción de los estímulos estresantes psicosociales que pueden interferir en su funcionamiento.

pueden llevar a distorsionar los acontecimientos. Ya que las emociones son fluctuantes en la consultante, y se diligencio un registro con situaciones de la vida cotidiana, de como como actuamos ante diferentes situaciones según nuestra emoción.

Técnica Psicoeducación.
Autoregistro.

Objetivo terapéutico 4

Aplicación de pos tratamiento. Para la efectividad del tratamiento.

Sesión 13

Aplicación de pos tratamiento. Para la efectividad del tratamiento.

Objetivo Efectividad del tratamiento.

Actividad

Aplicación de Instrumento Inventario Multiaxial de Millon III (ver apéndice J).

No se aplica la escala Yale Brown obsesiones y compulsiones, adaptada a la versión española por que en la primera aplicación no se evidenció presencia de sintomatología alguna.

Técnicas

Aplicación de pos tratamiento. Para la efectividad del tratamiento.

Instrumento Inventario Multiaxial de Millon III.

Sesión 14.

Cierre del proceso de intervención terapéutico.

Objetivo Cierre del proceso de intervención.

Actividad

Psicoeducación: se orientó sobre las posibles recaídas y cómo afrontarlas, se retroalimentó sobre los logros

Objetivo terapéutico 4

Aplicación de pos tratamiento. Para la efectividad del tratamiento.

obtenidos durante el proceso terapéutico (disminución total de episodios de crisis durante tratamiento) y aquellos que se deben seguir trabajando.

4. Resultados

Resultado de cada sesión.

De acuerdo al caso clínico expuesto, a la evaluación clínica, se realizó un plan de intervención en 14 sesiones, de las cuales en cada una se trabajó con la consultante para una mejoría en el funcionamiento de su vida y una adaptación.

Sesión 1:

Se inició proceso terapéutico, en esta primera sesión se realiza apertura de la historia clínica, se procede a la exploración clínica, el motivo de consulta según el padre: “estoy preocupado por mi hija, está en crisis internada y tiene trastorno bipolar, no sé qué hacer”. Se abre historia clínica con la información del padre ya que la consultante no asiste en la primera sesión, porque estaba en episodio de crisis, se recoge información, acerca de su infancia y como ha sido el comienzo y las situaciones en las que ella ha estado en crisis. el expresa que su hija a partir de los 15 años empezó a comportarse diferente, encontraron una carta donde ella decía que habría sido abusada sexualmente por su vecino quien la transportaba a ella y su hermano al colegio durante dos años y la amenazó con no decir por que mataba a sus familiares y en ese mismo año el proceso de separación, él dice que estos dos sucesos para ella fueron difíciles la confrontación y la separación

de sus padres, a partir de esto empezó a distanciarse, alejarse y realizar actividades fuera de lo común.

Sesión 2:

En esta segunda sesión se continua con la exploración y evaluación clínica con la consultante ya que no asiste en la primera sesión, se recoge información a través de entrevista semiestructura, se llena el consentimiento informado, ella expresa la información de manera más detallada y dice que ella tenía miedo de decir, pero que no quiere más injusticias , como el hombre que abuso y sigue libre y se aplica un instrumento de evaluación ya que se revisa en su historia clínica y es diagnosticada con dos trastornos y como herramienta para el diagnóstico, se aplica la Escala Yale Brown (Y-BOCS) adaptada a la versión española.

Sesión 3:

En esta segunda sesión se aplica el Inventario clínico Multiaxial de MillónIII, Y se explica a la consultante en que consiste el tratamiento desde el modelo cognitivo conductual, teniendo en cuenta la sintomatología presente en ella, Número de sesiones y establecimiento de horario de las sesiones.

Sesión 4:

Se realizó con la consultante una retroalimentación de los resultados de instrumentos de evaluación: Escala Yale Brown obsesiones y compulsiones, adaptada a la versión española e Inventario Multiaxial de MILLON III, se procede a realizar Psi coeducación sobre la impresión diagnóstica y su sintomatología.

Se dejó tarea de realizar un autoregistro de los síntomas según cada episodio presentado por ella: manía, depresión.

Sesión 5:

En esta sesión se realizó Psicoeducación en adherencia al tratamiento psicológico y farmacológico con la consultante y los familiares (dos padres): madre con quien convive y padre con quien pasa los fines de semana. También realizó un compromiso contrato conductual de toma de medicamentos y asistir al psicológico una vez por semana a la hora programada y acordada, por otra parte durante la sesión se identificó en la consultante varias creencias irracionales sobre el abandono de medicamentos, se realizó reestructuración cognitiva sobre estas creencias, esto ayudó a iniciar nuevamente con una adherencia a la medicación prescrita eliminando los obstáculos que impedían seguirla y a continuar con el proceso terapéutico.

Sesión 6:

En esta sesión se realizó con la consultante una línea histórica representaciones gráficas del curso de su vida, donde ella escribía el momento de los episodios de manía y depresión en toda su vida, con los síntomas que ella vivenciaba y la situación.

Además, la consultante realizó un resumen de los síntomas, una lista de síntomas físicos, cognitivos, emocionales y conductuales que ocurren durante los episodios de depresión, manía y mixtos. Ella pudo describir cómo se siente ante cada uno de estos. Se logró con la consultante que ella pudiera detectar estos síntomas y saber cómo actuar en los primeros momentos de su evolución de un nuevo episodio, para prevenir la probabilidad de prevención de la recaída.

Sesión 7:

Se realizó retroalimentación sobre las actividades trabajadas en la sesión pasada que son: línea o gráfico de vida, listado de resumen de síntomas, como línea de gráfico de vida, resumen de síntomas en la sesión pasada, y se evaluó la tarea para la casa, la cual no realizó, por lo que se trabaja en la sesión con esta actividad. Con esta retroalimentación, ella pudo observar los diferentes cambios que ha tomado desde que inicio a presentar este trastorno y como se ha sentido al pasar el tiempo, sus episodios de crisis y los síntomas y prevenir recaída. (ella no presentó recaídas durante el proceso de terapéutico).

Sesiones 8 y 9:

En estas dos sesiones se trabajó reestructuración cognitiva se logró que ella cuando identificara un posible episodio observara y combatiera los pensamientos automáticos que venían a su mente producto del estado de ánimo de ella en ese momento. Es decir, cuando un episodio de manía estaba presente en tratar de concentrarse en uno a la vez y de mirar la evidencia de ese pensamiento, como que pruebas existen de que sea así y cuestionando estos pensamientos que muchas veces son sesgados por el estado afectivo de ese momento, generando un pensamiento alternativo o más adaptable.

Sesión 10:

Se logró reducir el estrés en ella, ya que con esta técnica de respiración y relajación ella expreso a lo último de la consulta sentirse bien y tranquila, también que iba a implementarla siempre que estuviera estresada por sus actividades diarias, ya que estaba finalizando semestre en evaluaciones, entonces se trabajó con el fin de reducción estímulos estresores, ya que pueden acarrear un nuevo episodio.

Sesión 11:

Se trabajó psicoeducación en resolución de problemas para que ella supiera cómo actuar ante alguna situación problema, sin desbordarse, mirar las posibles soluciones, y ventajas y desventajas de este

Sesión 12:

Se trabajó comunicación interpersonal, para mejorar la comunicación con las demás personas que la rodean, sus padres, hermanos y compañeros de carrera por que la emoción influye en la comunicación. Ella expreso que, durante todo el proceso de intervención psicológica, no había tenido episodio de crisis y que su relación con los demás había aumentado, que no había vuelto a discutir con nadie en la casa como antes, y que la relación con sus padres es más cercana, además a su círculo social, amigas de la u por lo que hacían compartir.

Sesiones 13 y 14:

Se procedió en la sesión 13 a aplicar pos tratamiento con la consultante y en la sesión 14 se realizó retroalimentación y cierre del proceso psicológico, se logró durante todo el proceso de intervención clínica, una adecuado mantenimiento de la adherencia al tratamiento no solo farmacológico si no psicológico , asistió de manera puntual a citas programadas y toma del fármaco, además no presento episodios de crisis durante este, y se trabajó de forma efectiva del plan de trabajo con el apoyo de sus familiares. Se realiza cierre de proceso por cumplimiento de objetivos y cumplimiento de horas, pero se sugiere seguir con el proceso ya que ella requiere atención por la gravedad de este trastorno.

Para el siguiente estudio de caso se cumplió con el objetivo general establecido de evaluar e intervenir desde el modelo cognitivo conductual, logrando identificar el diagnostico según los síntomas de la consultante, entrevista, además se aplicó un plan de intervención que fuera útil para

disminuir los síntomas del trastorno presente en ella y valorando la efectividad del tratamiento implementado, con un post tratamiento. Se van a describir los resultados del estudio de caso.

Resultados del proceso de evaluación:

Resultados de la evaluación clínica Pre tratamiento. (PRE).

Los resultados de este proceso se pudieron observar anteriormente en el plan de intervención de manera más detallada en la fase de intervención donde se describe el plan de intervención de cada una de las sesiones al finalizar la etapa PRE de evaluación se concluye con el diagnóstico de la consultante que es Trastorno Bipolar tipo I.

Resultados de la evaluación psicométrica

Para corroborar la hipótesis diagnóstica se aplican el Inventario clínico Multiaxial de MILLON III, y el Escala Y-BOCS adaptada a la versión española de obsesiones y compulsiones ya que ella habría sido diagnosticada en Hospital psiquiátrico con dos trastornos, los resultados en cada uno de estos instrumentos aplicados son:

Inventario clínico multiaxial de Millon (MCMI-III):

Se obtuvo una confiabilidad y validez adecuada respecto a la interpretación del cuestionario como se muestra en la figura N.1. Los resultados obtenidos durante la evaluación pre del

tratamiento, el Inventario clínico Multiaxial de Millon III indico que la consultante puntuó alto en la escala de síndromes clínicos de puntuación (A) de Trastorno de ansiedad 88 y (N) trastorno bipolar 78 generando una preocupación excesiva por diversas situaciones, deteriorando su salud física y mental y afectando importantes áreas del funcionamiento como familiar, personal, académico, laboral y social.

Los resultados del cuestionario son válidos, la escala de sinceridad denota que el paciente no minimiza ni exagera síntomas, la escala de *deseabilidad social* indica que el paciente no trata de mostrarse positivo, en la escala de *devaluación* se presenta como negativo.

Para la escala de *patrones clínicos de personalidad de la 1 a 8B*, no tiene ningún patrón claro de personalidad de los datos de la prueba.

En la escala de *patología severa de personalidad*, no presenta ningún estilo o trastorno de personalidad grave (S-Esquizotípico, C -Límite- y P -Paranoide) que haya tenido características de comportamientos que limiten las dificultades cotidianas.

En la escala de *síndrome clínico* presenta una escala elevada que es un rasgo que indica la presencia del rasgo en la prominencia de Trastorno de ansiedad y trastorno bipolar. (Escala A).

En la escala de *síndromes clínicos graves*, (SS -Trastorno del pensamiento-, CC -Depresión mayor- o PP) no presenta puntaje significativo en (-Trastorno delusional)se evidencia con un

puntaje alto lo que quiere decir que está presentando dificultades para enfrentar las situaciones cotidianas.

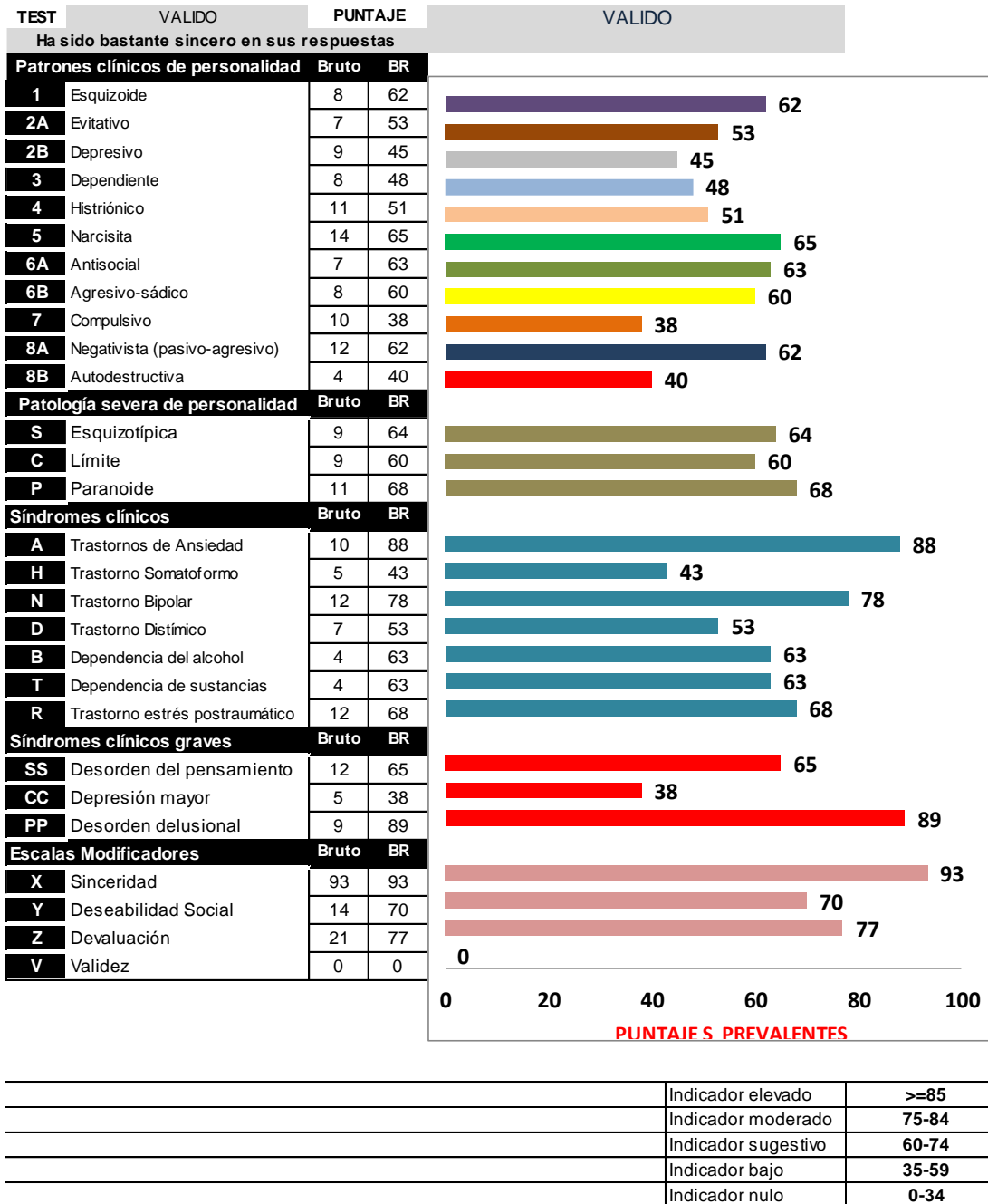


Figura 2. Pre-tratamiento Aplicación del Inventario clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III):

Escala de adaptación YALE-BOCS, obsesiones y compulsiones:

Con esta aplicación de la prueba Y-BOCS, no se evidencia presencia de compulsiones y obsesiones en la consultante lo que se infiere que los síntomas presentados no reflejan un trastorno obsesivo compulsivo.

Los resultados de la escala (Y-BOCS) total es de 5 es decir sin manifestaciones clínicas ya que esta escala va de (0 a 7). Respecto a la severidad de los dos grupos de obsesiones y compulsiones se refleja en las obsesiones que son las primeras 5 preguntas puntaje de 5 además en el grupo de compulsiones es un puntaje de 0.

Resultados de evaluación clínica pos- tratamiento. (POS)**Inventario clínico multiaxial de Millon (MCMI-III):**

Los resultados del cuestionario son válidos, no hay una comparación significativa, los puntajes son casi iguales en esta escala no existe mucha diferencia, la escala de sinceridad denota no minimiza ni exagera síntomas, la escala de *deseabilidad social* indica que el paciente trata de mostrarse positivo, en la escala de *devaluación* se presenta como positivo.

Para la escala de *patrones clínicos de personalidad de la 1 a 8B*, no tiene ningún patrón claro de personalidad de los datos de la prueba. Y en la escala de *patología severa de personalidad*, no presenta ningún estilo o trastorno de personalidad grave (S-Esquizotípico, C -Límite- y P -

Paranoide) que haya tenido características de comportamientos que limiten las dificultades cotidianas.

En la escala de *síndrome clínico* si presenta cambios, se evidencia una disminución de puntaje de la escala (A) Ansiedad con 0 Lo que quiere decir que ha disminuido su ansiedad respecto a los síntomas y pródromos que venía presentando antes de un periodo de manía o depresión y del mismo modo disminución en la escala (N) de trastorno bipolar Con puntaje de 40.

En la escala de *síndromes clínicos graves*, (SS -Trastorno del pensamiento-, CC -Depresión mayor- o PP) no presenta puntaje significativo y en (-Trastorno delusional) el que presentaba en la primera aplicación fue alto, en esta segunda aplicación su puntaje fue bajo de 0, lo que quiere decir que no está presentando delirios y ha disminuido el puntaje en comparación a la primera aplicación de esta prueba.

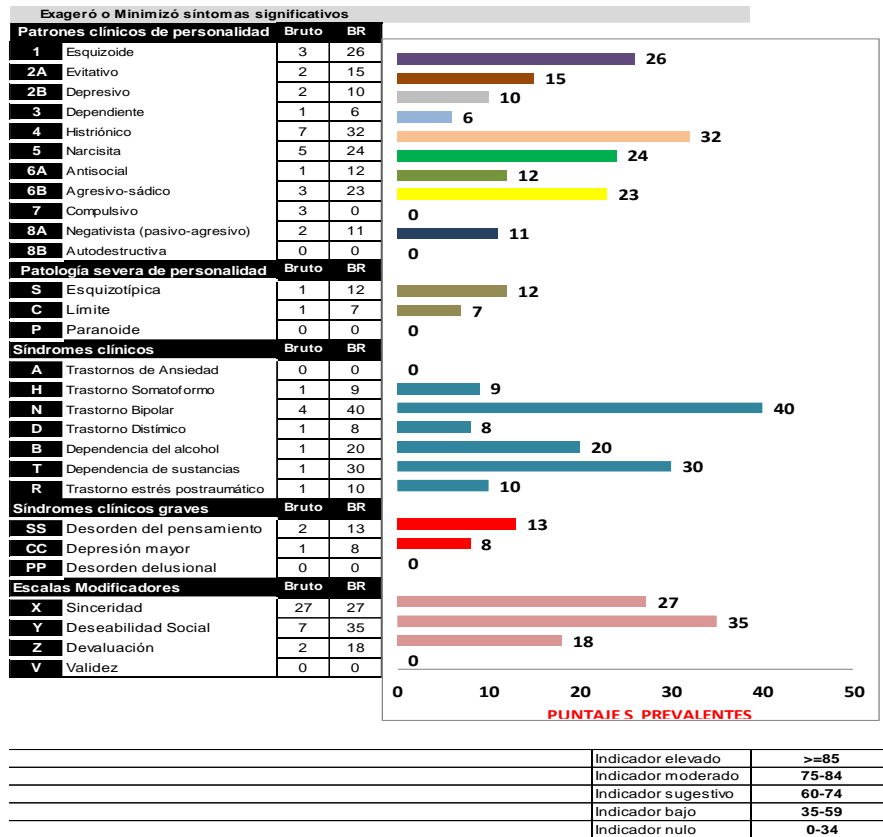


Figura 3. Pos-tratamiento Aplicación del Inventario clínico Multiaxial de Millon (MCMII-III):

Escala de adaptación española Y-BOCS, Obsesiones y compulsiones:

No se aplicó pos tratamiento ya que no se evidencio puntaje en un inicio de aplicarla, significativo de presencia de síntomas de obsesiones y compulsiones.

5. Discusion

En el presente estudio de caso, y en los resultados obtenidos evidenciados durante el proceso de intervención, puede considerarse una vez más la efectividad del modelo cognitivo conductual para los objetivos propuestos en este plan de trabajo, que están en función de mejorar la calidad de vida en las áreas personal, social, familiar y laboral de la consultante, ya que el trastorno Bipolar tipo I, es complejo y para las personas que lo presentan es difícil, no solo aceptarlo, si no la adaptación, el saber vivir con este trastorno, sin que siga afectando su funcionamiento. El trastorno Bipolar es reconocido como una enfermedad que se presenta por factores biológicos, neuroquímicos y psicológicos, lo que conlleva para la persona consecuencias negativas. Esta enfermedad es severa e incapacitante, hace que presenten dificultades en el ajuste en sus áreas. Por esto se puede decir que el abordaje debe ser multidimensional, los profesionales de la salud deben trabajar colectivamente en el bienestar de estos tipos de consultantes no solo atención medica si no direccionada en conjunto desde lo fisiológico y lo psicológico, para un tratamiento eficaz y que puedan tener una vida que se adapte a sus necesidades (Blairy & Souery, 2004).

Asimismo, se debe tener en cuenta las intervenciones psicoeducativas dirigidas a pacientes en forma individual y a la familia como algo importante, ya que mejoran la comprensión con respecto a la naturaleza de la enfermedad, a lograr la prevención de recaídas, el autocuidado, desestigmatización, y estimular la adherencia al tratamiento farmacológico. Por lo que se puede decir que el tratamiento psicológico es indispensable en este trastorno porque ayuda en la mejoría

y en el proceso de estabilización no solo en periodos de crisis, si no en su diario vivir (Sajatovic y Davis, 2004).

En este estudio de caso, de la consultante P.A.M con las técnicas utilizadas del modelo cognitivo conductual que fueron Psicoeducación en el trastorno, adherencia al tratamiento, identificación de pródromos, listado de síntomas, reestructuración cognitiva, entrenamiento en relajación en resolución de problemas, comunicación interpersonal permitieron en ella una mejoría y un cambio a nivel emocional, cognitivo y conductual disminuyendo durante todo el proceso de intervención recaídas y episodios de crisis que eran constantes en ella, es decir antes del proceso terapéutico presentó 8 episodios de recaídas, y su proceso de hospitalización durante varios días fue difícil con conflictos en su convivencia a nivel familiar y personal también, no pudo continuar con sus clases en su carrera Universitaria, y cuando se inició intervención clínica se logra como se dice anteriormente una disminución total de recaídas, y una normalización de su funcionamiento social, laboral, personal y familiar, y la identificación de los estilos cognitivos en las diferentes fases maníaca como en la depresión además, la transformación de los pensamientos negativos, reemplazándolos por otros más adaptables y útiles, así mismo, por lo trabajado en las sesiones se logra en ella tener la orientación de que cuando estos síntomas se están presentando, se debe programar actividades agradables, y eliminar estímulos estresores a través del entrenamiento en relajación, tratar de disminuir la intensidad de los síntomas para que no se conviertan en un episodio de recaída (manía, depresión).

Con el anterior estudio de caso expuesto, se tiene en cuenta que el trastorno bipolar genera numerosas consecuencias negativas, en quien lo padece y en su entorno, se tiene información de

su fuerte influencia biológica, como ya se refirió, pero también desde la psicología clínica existe el gran aporte que contribuye en el estado de mejoría y estabilización de síntomas de la consultante. Por que siempre estarán presentes estos prodromos en las personas que lo tienen, lo que se debe saber, es qué hacer y como reducir los síntomas manejarlos y controlarlos para que no se conviertan crisis y pueda continuar con su vida.

Por último, en una revisión sistemática de estudios se encontró que los tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno Bipolar contienen información, entrenamiento en habilidades de prevención de recaídas, adherencia a la medicación, elementos que forman parte de la técnica Psicoeducación (Colom y Lam ,2005). Lo que corrobora que el empleo de estas técnicas es significativo para la intervención ya que se ha demostrado su efecto.

6. Conclusiones

Se concluyó con este proceso de intervención cognitivo conductual que se cumplieron los objetivos terapéuticos general y específicos en su totalidad, ya que se realizó una evaluación clínica y psicométrica que permitió identificación de un diagnóstico pertinente a los síntomas de la consultante, a partir de lo cual se planteó un plan de intervención que logró una mejoría en ella, según los resultados del pos-tratamiento.

En cuanto al proceso de intervención, se logró una mejoría y un proceso de adaptación en el diario vivir, una mayor adherencia al tratamiento lo que disminuyó sus crisis, y desenvolverse en sus actividades universitarias, familiares y sociales.

Se logró una mejoría en la comunicación con sus familiares, ya que estaban distanciados y puesto a los constantes cambios de estados de ánimo de la consultante se alejaron, el proceso de intervención ayudo a estrechar vínculos afectivos entre todos como familia reconstituida.

Según lo anterior se puede decir que el proceso psicológico y la terapia cognitivo conductual ha contribuido a cumplir con los objetivos propuestos en este trabajo y demostró que es de gran ayuda no solo para la persona que presenta el trastorno bipolar, si no para la familia, ya que la familia como red de apoyo es fundamental en este proceso.

7. Recomendaciones

Según los resultados se recomienda seguir con el proceso de intervención con la consultante, pues se evidencian cambios positivos, y significativos, porque este trastorno es grave e incapacitante y para evitar recaídas (crisis) se debe continuar con el tratamiento.

También se recomienda seguir con tratamiento farmacológico ya que como sabemos es un trastorno que proviene de origen biológico y físico por lo que se debe tener en cuenta la prescripción médica psiquiátrica.

Se recomienda que la consultante continúe con la identificación de síntomas subsindrómicos y con las estrategias para afrontar estímulos estresantes que pueden ser factores desencadenantes en la manifestación de los síntomas de un episodio de crisis.

Referencias Bibliográficas

- American Psychiatric Association (1993). Practice guideline for major depressive disorder in adults. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1-26.
- Apiquián, R., Páez, F., Tapia, R., Fresán, A., Vallejo, G., Nicolini, H. (1997). validez y confiabilidad de la escala para la evaluación de la mania. *Salud mental*. recuperado de http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/656/655
- Blairy, S. Linotte, S., Souery, D., Dikeos, B., Lerer, R. (2004). Social adjustment and selfesteem of bipolar patients: a multicentric study. *J Affect Disord.*;79: 97-103.
- Bulacio, J.M y Vieyra, M.C (2003) Psicoeducación en Salud. Recuperado de <http://www.intramed.net>
- Caballo, Vicente, E. (2007). Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos. España: Siglo XXI España editores.
- Craddock, N. Sklar P. (2013). Genetics of bipolar disorder. *Lancet*.381(9878):1654-62.
- Clark, D.M. (1989). Anxiety states: Panic and generalized anxiety. En K. Hawton, P.M. Salkovskis, J. Kirk y D.M. Clark (Edicion.), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide* (pp. 52-96). Oxford: Oxford University Press. Recuperado de: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/reestructuracion.pdf>
- Colom, F., Lam, D. (2005). Psychoeducation: improving outcomes in bipolar disorder. *Eur Psychiatry*. 20:359-64.
- Chávez-Leon, Enrique., Benitez-Camacho, Erika & Ontiveros Uribe, Martha Patricia. (2014). La terapia cognitiva conductual en un caso de trastorno bipolar tipo I. *salud mental*, 37,2,111-117. Recuperado en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=SO185-3325201400200004&Ing=es&tlng=es.

- Diler, Rs (2007). *Pediatric Bipolar Disorder: A Global Perspective*. New York: Nova Science Publishers.
- Frank, E., Kupfer, D.J., Ehlers, C.L., Monk, T.H. Cornes, C., Carter, S. y Frankel, D. (1994). Interpersonal and social rhythm therapy for bipolar disorder: Integrating interpersonal and behavioral approaches. *The Behavior Therapist*, 17, 143-149.
- Hauser M, Correll CU. (2013). The significance of at-risk or prodromal symptoms for bipolar I disorder in children and adolescents. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatry*. Jan;58(1):22-31.
- Jacobson, E. (1938). *Relajación progresiva*. Chicago: Prensa de la Universidad de Chicago.
- Kraepelin, E. (1991). The origins of American psychiatric diagnosis. *Curare*, 7, p. 175-81, Special Volume.
- Leahy, R. (2004). *Cognitive therapy*. En Johnson SL. *Psychological treatment of bipolar disorder*. New York: The Guilford Press.
- Lam, H., Jones, S. H., Hayward, P. y Bright, J. A. (1999). *Cognitive therapy for bipolar disorder. A therapist's guide to concepts, methods and practice*. Chichester: Wiley.
- Lépine, J. (2011). Briley M. The increasing burden of depression. *Neuropsychiatr Dis Treat*. (Suppl 1): 3-7.
- Liu HY, Potter MP, Woodworth KY (2011). Pharmacologic treatments for pediatric bipolar disorder: a review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*,50:749-762.
- Levy, B. Weiss R. (2010). Neurocognitive impairment and psychosis in bipolar I disorder during early remission from an acute episode of mood disturbance. *J clin Psychiatry*; 71,201. Recuperado de www.scielo.org.com/pdf/rcp/v47n4/0034-7450-rcp-47-04-00204.pdf
- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM5. Editorial médica panamericana, 2014.

- Ministerio de Salud y protección Social. (2015). Dirección de Epidemiología y Demografía. Sistema Nacional de estudios y Encuestas Poblacionales para la Salud: conceptualización y guía metodológica. Colombia. Recuperado de <https://minisalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/RIDE/VS/ED/GCFI/guia-estudios-poblacionales.pdf>
- Ramirez-Basco, M. y Rush, J. (2005). *Cognitive-behavioural therapy for bipolar disorder*. Nueva York: Guilford
- Ruiz, M.A., Diaz, M.L., y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Bilbao: Desclee De Brouwer, S.A.
- Saiz, J. (2003). El trastorno bipolar. Depresión y manía, la enfermedad de las emociones. *Psiquiatría* 21.
- Sajatovic, M., Davis M. (2004). Enhancement of Treatment Adherence among Patients with Bipolar Disorders. *US National Library of Medicine National Institutes of Health. Psychiatr Serv.* 55: 264-269.
- Retamal Carrasco, P. (2018). La enfermedad bipolar: una guía para conocerla y enfrentarla. Recuperado de <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/159335>
- Sevillá, J. y Pastor, C. (2009). *Terapia cognitivo-conductual para el trastorno bipolar. Un manual práctico para el terapeuta*. Valencia: Publicaciones del Centro de Terapia de Conducta.
- Torres, Y. Posada-Villa J. (2010). Estado del arte sobre la salud mental del adolescente. In: Torres Y, editor. *Situación de salud mental del adolescente Estudio Nacional de Salud Mental Colombia The Who World Mental Health Survey Consortium*. Colombia: L. Vieco e hijas. p. 31-2. Recuperado de http://www.visiondiweb.com/insight/lecturas/Encuesta_Nacional_de_Salud_Mental_Tom_o_I.pdf
- Tidemalm, D. Haglund, A. Karanti, A. Landén, M. Runeson, B. (2014). Attempted suicide in bipolar disorder: risk factors in a cohort of 6086 patients.
- Wiggins, J. S. (1969). Content dimensions in the MMPI: Interpretation norms and correlations with other scales. *Journal of consulting and clinical psuchology*, 37(3),403-410.

Yacila, G., Cook del Aguila L., Sanchez, Castro AE., Reyes, Bossio M., Tejada RA. (2016). Traducción y adaptación cultural del Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) para trastornos obsesivos compulsivos. *Acta Med Peru*; 33(3):253-5.

Young, J., Klosko, J., & Weishaar, M. (2013). *Terapia de esquemas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Apéndices**Apéndice A. Consentimiento Informado mayores de edad.**

 <p>Universidad Pontificia Bolivariana SECCIONAL BUCARAMANGA Vigilada Mineducación</p>	<p>CONSENTIMIENTO INFORMADO MAYORES DE EDAD</p> <p>Código: PS-FO-154</p> <p>Versión: 03</p>
---	--

Por medio de la presente, _____ mayor y vecino (a) de la ciudad de _____ e identificado(a) con cédula de ciudadanía No. _____, me permito manifestar que he sido informado sobre el tratamiento y confidencialidad que se le dará a la información que se obtenga de la consulta psicológica, la cual será atendida por un Psicólogo en formación y un Psicólogo asesor.

Que, en todo caso, la información podrá ser revelada si durante la evaluación o el tratamiento, se detecta de manera clara que hay un evidente daño para mí o para terceros; lo anterior con el fin de que se puedan tomar las medidas preventivas o correctivas según sea el caso.

Es claro para mí, que el procedimiento a seguir es, en primera instancia un periodo de evaluación en el que se incluirán la entrevista, la aplicación de pruebas psicológicas y otras formas de evaluación que se consideren pertinentes para valorar mi estado psicológico actual, posteriormente recibiré un diagnóstico sobre las problemáticas o condiciones psicológicas en las

que me encuentro, y se me dará información sobre las opciones de intervención por parte del psicólogo en formación y otros profesionales; como también sobre el tiempo probable de tratamiento.

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

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

- a. Cuando la problemática expuesta no corresponda a su campo de conocimiento o competencia.
- b. Cuando en mi calidad de consultante rehúse o revoque la intervención del psicólogo en formación.
- c. Por enfermedad o imposibilidad física del psicólogo en formación para prestar el servicio.
- d. Cuando la vinculación del psicólogo en formación con la **UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA – SECCIONAL BUCARAMANGA** termine por cualquier circunstancia.
- e. Cuando el periodo de formación práctica del (la) estudiante finalice, aun cuando continúe su vínculo con la universidad.

De otra parte, y comprendiendo que el servicio es prestado por una Institución de Educación Superior dentro de un proceso académico, autorizo de forma expresa e informada a la **UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA – SECCIONAL BUCARAMANGA** a través de su IPS y/o a sus colaboradores y estudiantes, para que traten la información demográfica que se derive de las consultas realizadas con la finalidad de llevar a cabo investigaciones, obtener resultados y objetivos académicos y realizar publicaciones de tipo científico y/o académico que se requieran, esto siempre que al momento de realizar cualquier informe, entrega o similares, la información sea tratada frente a terceros de forma anonimizada; es decir, la información se comparta sin que medie la identificación plena de la persona que constituye nuestro representado. Se aclara que no serán tratados los datos de salud y relacionados con la intimidad del paciente para temas distintos a la atención en consulta y la realización de los tratamientos que correspondan de acuerdo con las normas aplicables al ejercicio de la psicología, esto junto a todos aquellos usos que respecto del material recaudado exija o autorice la normatividad vigente.

Dada la autorización, comprendo y he sido informado que de acuerdo con la ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios, puedo ejercer los derechos de acceso, rectificación, corrección, actualización aclaración y supresión en los términos legales mediante comunicación a la dirección datos.personales.bga@upb.edu.co.

A partir de acá debe ser completada por los psicólogos:

He explicado a: _____ la naturaleza y los propósitos de la consulta; le he explicado el contenido, objetivos y alcance de la misma, los riesgos y beneficios

que implica su realización. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar consultas psicológicas y me apego a ella.


Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firman, Fecha _____

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

Nota: *El presente consentimiento informado, está basado en lo propuesto en el documento validación lista de chequeo para la elaboración del consentimiento informado en el ejercicio profesional de la psicología en Colombia, publicado en 2016 por el Colegio Colombiano de Psicólogos y que tiene como investigadores principales al psicólogo Gerardo Augusto Hernández Medina, abogado Magíster en Derecho Penal y Criminología y la Psicóloga Maritza Sánchez Ramírez, especialista en Educación Médica y Magister en Psicología. Así mismo, el documento ha sido ajustado de conformidad con los preceptos establecidos en la ley 1581 de 2012 y las normas que la complementan y reglamentan.*

Apéndice B. Historia clínica.

 <p>Universidad Pontificia Bolivariana</p>	<p>FORMATO HISTORIA CLINICA PARA ADULTOS Código: PS-FD-061 Versión: 02</p>										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">Fecha de recepción</td> <td style="width: 10%;">Día</td> <td style="width: 10%;">Mes</td> <td style="width: 10%;">Año</td> <td style="width: 10%;">No. De historia</td> </tr> </table>		Fecha de recepción	Día	Mes	Año	No. De historia					
Fecha de recepción	Día	Mes	Año	No. De historia							
1. DATOS DEMOGRAFICOS DEL USUARIO											
Datos del Usuario											
Nombres y Apellidos	Edad	Género	Documento de Identidad								
Lugar y Fecha de nacimiento		Dirección de Residencia									
Estado	No. Teléfono Residencia	No. Teléfono Celular									
Nivel de Escolaridad	Profesión / Ocupación										
Remitido por	Entidad (EPS)										
2. DATOS DEL ACUDIENTE											
Nombres y Apellidos	Parentesco	Edad	Estado Civil								
Dirección de Residencia		No. Teléfono Residencia	No. Teléfono Celular								
3. SITUACION ACTUAL DEL USUARIO											
3.1 Motivo de Consulta											
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> </table> </div>											
3.2 Historial de la situación											
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> </table> </div>											
<table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50px;">Folio No.</td> <td style="width: 50px;"> </td> </tr> </table>		Folio No.									
Folio No.											

 Universidad Pontificia Bolivariana CENTRO DE INVESTIGACIONES PSICOLÓGICAS	FORMATO HISTORIA CLINICA PARA ADULTOS Código: PS-FD-001 Versión: 02
---	--

4. ASPECTOS FAMILIARES

4.1 Familiaograma

--	--	--	--	--	--

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

4.2 Observaciones generales del ambiente familiar

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Folio No.	
-----------	--

	FORMATO HISTORIA CLINICA PARA ADULTOS Código: PS-FD-081 Versión: 02
---	--



6. AREA PERSONAL			
8. AREA ACADEMICA (Para consultantes entre 18 y 22 años)			
7. AREA SOCIAL, RELACIONAL Y DE PAREJA			
8. AREA LABORAL / OCUPACIONAL			
Empresa	Cargo	Tiempo de vinculación	Relaciones interpersonales en el ámbito laboral

Folio No.	
-----------	--

	FORMATO HISTORIA CLINICA PARA ADULTOS Código: PS-FD-061 Versión: 02
---	--

Observaciones generales de la historia laboral

9. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES
--

10. CONDUCTAS DE RIESGO

Conducta	Edad De Inicio			Dificultades Presentadas A Causa De Esta Situación	Alternativas Para Manejar La Problemática
Actividad Sexual					
Uso de Alcohol	Edad de Inicio	Frecuencia de uso	Tipo de sustancia	Dificultades presentadas a causa de esta situación	Alternativas para manejar la problemática
Uso de Drogas					
Otras Situaciones de riesgo					

	<p>FORMATO HISTORIA CLINICA PARA ADULTOS Código: P8-FD-061 Versión: 02</p>
---	--

11. OBSERVACION GENERAL DEL USUARIO (Examen mental)


12. IMPRESION DIAGNOSTICA (DSM V)

13. PLAN DE TRATAMIENTO

14. SEGUIMIENTO TERAPEUTICO

Fecha	Hora	Seguimiento

Apéndice C. Acta de Cierre de caso.

	<p>ACTA CIERRE DE CASO</p> <p>Código: PS-FO-155</p> <p>Versión: 02</p>
---	---

Por medio de la presente se hace el cierre del proceso de atención Psicológica del consultante

_____, con documento de identidad
N° _____, de _____, debido a:

- Ψ Cumplimiento de objetivos terapéuticos
- Ψ Inasistencia continuada
- Ψ Paciente desiste del servicio
- Ψ Otra / Cual? _____

En constancia se firma a los ____ días del mes de _____ del año _____.

Firma

Firma

Nombre del Practicante

Nombre Supervisor

Apéndice D. Escala Y-BOCS Escala de Obsesiones y compulsiones

Versión al español del cuestionario Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS).

Nombre _____

Edad: ____ **fecha de aplicacion:** _____

Encierra con una x o circulo la respuesta que consideres que se acerca a tus comportamientos y pensamientos.

1. ¿Cuánto de tu tiempo lo ocupas en pensamientos persistentes sobre un defecto o falla en tu apariencia?

- a) Ninguno
- b) Menos de 1 hora al día
- c) 1 a 3 horas al día
- d) 3 a 8 horas al día
- e) Más de 8 horas al día

2. ¿Cuánto interfieren los pensamientos persistentes de tus defectos corporales con tus funciones (roles) sociales, de trabajo u otros?

- a) Ninguno

- b) Pequeña interferencia, pero no hay impedimento.
- c) Hay interferencia definitiva pero manejable
- d) Impedimento substancial
- e) Interferencia extrema, incapacitante

3. ¿Cuánta angustia te causan los pensamientos persistentes sobre tus defectos corporales?

- a) Ninguna
- b) Ligera, no muy perturbadores
- c) Moderada, perturban, pero es manejable
- d) Severa, muy perturbadores
- e) Extrema, angustia incapacitante

4. ¿Cuánto te esfuerzas para resistirte a estos pensamientos persistentes?

- a) No necesita resistir
- b) Trata de resistir la mayor parte del tiempo
- c) Hace algún esfuerzo de resistir
- d) Cede a todos esos pensamientos persistentes
- e) Cede completa y voluntariamente a todos los pensamientos persistentes

5. ¿Cuánto control tienes sobre los pensamientos persistentes sobre tus defectos corporales?

- a) Control completo

- b) Mucho control, usualmente capaz de detener o desviar estos pensamientos persistentes con algo de esfuerzo y concentración
- c) Control moderado, algunas veces es capaz de detener o desviar estos pensamientos persistentes.
- d) Poco control, muy rara vez tiene éxito en detener los pensamientos persistentes.
- e) Ningún control, rara vez capaz de desviar aún por un momento la atención

6. ¿Cuánto tiempo le dedicas a realizar conductas repetitivas relacionadas a tu defecto o falla en tu apariencia?

- a) Ninguno
- b) Menos de 1 hora al día
- c) 1 - 3 horas al día
- d) 3 - 8 horas al día
- e) Más de 8 horas al día

7. ¿Cuánto interfieren las conductas repetitivas relacionadas a tus defectos corporales con tus funciones (roles) sociales, de trabajo u otros?

- a) Ninguna
- b) Pequeña interferencia, pero no hay impedimento.
- c) Hay interferencia definitiva pero manejable
- d) Impedimento substancial
- e) Interferencia extrema, incapacitante

8. ¿Cuán ansioso te pondrías si te impidieran realizar tus conductas repetitivas relacionadas a tus defectos corporales?

- a) Sin ansiedad
- b) Sólo ligeramente ansioso
- c) Poca ansiedad, pero manejable
- d) Ansiedad prominente y perturbadora
- e) Extrema, ansiedad incapacitante

9. ¿Cuánto esfuerzo realizas para resistir estas conductas repetitivas?

- a) No necesita resistir
- b) Trata de resistir la mayor parte del tiempo
- c) Hace algún esfuerzo de resistir
- d) Cede a todas esas conductas repetitivas
- e) Cede completa y voluntariamente a todas las conductas repetitivas

10. ¿Cuánto control tienes sobre realizar tus conductas repetitivas relacionadas a tus defectos corporales?

- a) Control completo
- b) Mucho control, usualmente capaz de detener o desviar estas conductas repetitivas con algo de esfuerzo y concentración
- c) Control moderado, algunas veces es capaz de detener o desviar estas conductas repetitivas
- d) Poca control, muy rara vez tiene éxito en detener las conductas repetitivas
- e) Ningún control, rara vez capaz de desviar aún por un momento la atención.

Apéndice E. Inventario Multiaxial de MCM III**CUESTIONARIO**

- 1) Últimamente parece que me quedo sin fuerzas, incluso por la mañana
- 2) Me parece muy bien que haya normas porque son una buena guía a seguir,
- 3) Disfruto haciendo tantas cosas diferentes que no puedo decidir por cuál empezar.
- 4) Gran parte del tiempo me siento débil y cansado.
- 5) Sé que soy superior a los demás, por eso no me importa lo que piense la gente.
- 6) La gente nunca ha reconocido suficientemente las cosas que he hecho.
- 7) Si mi familia me presiona, es probable que me enfade y me resista a hacer lo que ellos quieren.
- 8) La gente se burla de mí a mis espaldas, hablando de lo que hago o parezco.
- 9) Frecuentemente critico mucho a la gente que me irrita.
- 10) Raramente exteriorizo las pocas emociones que suelo tener.
- 11) Me resulta difícil mantener el equilibrio cuando camino.
- 12) Muestro mis emociones fácil y rápidamente.

- 13) En el pasado, mis hábitos de tomar drogas me han causado problemas a menudo.
- 14) Algunas veces puedo ser bastante duro y desagradable con mi familia.
- 15) Las cosas que hoy van bien no durarán mucho tiempo.
- 16) Soy una persona muy agradable y sumisa.
- 17) Cuando era adolescente, tuve muchos problemas por mi mal comportamiento en el colegio.
- 18) Tengo miedo a acercarme mucho a otra persona porque podría acabar siendo ridiculizado o avergonzado.
- 19) Parece que elijo amigos que terminan tratándome mal.
- 20) He tenido pensamientos tristes gran parte de mi vida desde que era niño.
- 21) Me gusta coquetear con las personas del otro sexo.
- 22) Soy una persona muy variable y cambio de opiniones y sentimientos continuamente.
- 23) Beber alcohol nunca me ha causado verdaderos problemas en mi trabajo.
- 24) Hace unos años comencé a sentirme un fracasado.
- 25) Me siento culpable muy a menudo sin ninguna razón.
- 26) Los demás envidian mis capacidades.
- 27) Cuando puedo elegir, prefiero hacer las cosas solo.
- 28) Pienso que el comportamiento de mi familia debería ser estrictamente controlado.
- 29) La gente normalmente piensa que soy una persona reservada y seria.
- 30) Últimamente he comenzado a sentir deseos de destrozar cosas.
- 31) Creo que soy una persona especial y merezco que los demás me presten una particular atención.
- 32) Siempre estoy buscando hacer nuevos amigos y conocer gente nueva.

- 33) Si alguien me criticase por cometer un error, rápidamente le señalaría sus propios errores.
- 34) Últimamente he perdido los nervios.
- 35) A menudo renuncio a hacer cosas porque temo no hacerlas bien.
- 36) Muchas veces me dejo llevar por mis emociones de ira y luego me siento terriblemente culpable por ello.
- 37) Muy a menudo pierdo mi capacidad para percibir sensaciones en partes de mi cuerpo.
- 38) Hago lo que quiero sin preocuparme de las consecuencias que tenga en los demás.
- 39) Tomar las llamadas "drogas ilegales" puede ser imprudente, pero reconozco que en el pasado las he necesitado.
- 40) Creo que soy una persona miedosa e inhibida.
- 41) He hecho impulsivamente muchas cosas estúpidas que han llegado a causarme grandes problemas.
- 42) Nunca perdono un insulto ni olvido una situación embarazosa que alguien me haya causado.
- 43) A menudo me siento triste o tenso, inmediatamente después de que me haya pasado algo bueno.
- 44) Ahora me siento terriblemente deprimido y triste gran parte del tiempo.
- 45) Siempre hago lo posible por complacer a los demás, incluso a quienes no me gustan.
- 46) Siempre he sentido menos interés por el sexo que la mayoría de la gente.
- 47) Siempre tiendo a culparme a mí mismo cuando las cosas salen mal.
- 48) Hace mucho tiempo decidí que lo mejor es tener poco que ver con la gente.
- 49) Desde niño, siempre he tenido que tener cuidado con la gente que intentaba engañarme.

- 50) No soporto a las personas influyentes que siempre piensan que pueden hacer las cosas mejor que yo.
- 51) Cuando las cosas son aburridas, me gusta provocar algo interesante o divertido.
- 52) Tengo un problema con el alcohol que nos ha creado dificultades a mi familia y a mí.
- 53) Los castigos nunca me han impedido hacer lo que yo quería.
- 54) Muchas veces me siento muy alegre y animado sin ninguna razón.
- 55) En las últimas semanas me he sentido agotado sin ningún motivo especial.
- 56) Últimamente me he sentido muy culpable porque ya no soy capaz de hacer nada bien.
- 57) Pienso que soy una persona muy sociable y extravertida.
- 58) Me he vuelto muy nervioso en las últimas semanas.
- 59) Controlo muy bien mi dinero para estar preparado en caso de necesidad.
- 60) Simplemente, no he tenido la suerte que otros han tenido en la vida.
- 61) Algunas ideas me dan vueltas en la cabeza una y otra vez y no desaparecen.
- 62) Desde hace uno o dos años, al pensar sobre la vida, me siento muy triste y desanimado.
- 63) Mucha gente ha estado espiando mi vida privada durante años.
- 64) No sé por qué pero, a veces, digo cosas crueles sólo para hacer sufrir a los demás.
- 65) En el último año he cruzado el Atlántico en avión 30 veces.
- 66) En el pasado, el hábito de abusar de las drogas me ha hecho faltar al trabajo.
- 67) Tengo muchas ideas que son avanzadas para los tiempos actuales.
- 68) Últimamente tengo que pensar las cosas una y otra vez sin ningún motivo.
- 69) Evito la mayoría de las situaciones sociales porque creo que la gente va a criticarme o rechazarme.
- 70) Muchas veces pienso que no merezco las cosas buenas que me pasan.

- 71) Cuando estoy solo, a menudo noto cerca de mí la fuerte presencia de alguien que no puede ser visto.
- 72) Me siento desorientado, sin objetivos, y no sé hacia dónde voy en la vida.
- 73) A menudo dejo que los demás tomen por mí decisiones importantes.
- 74) No puedo dormirme, y me levanto tan cansado como *al* acostarme.
- 75) Últimamente sudo mucho y me siento muy tenso.
- 76) Tengo una y otra vez pensamientos extraños de los que desearía poder librarme.
- 77) Tengo muchos problemas para controlar el impulso de beber en exceso.
- 78) Aunque esté despierto, parece que no me doy cuenta de la gente que está cerca de mí.
- 79) Con frecuencia estoy irritado y de mal humor.
- 80) Para mí es muy fácil hacer muchos amigos.
- 81) Me avergüenzo de algunos de los abusos que sufrí cuando era joven.
- 82) Siempre me aseguro de que mi trabajo esté bien planeado y organizado.
- 83) Mis estados de ánimo cambian mucho de un día para otro.
- 84) Me falta confianza en mí mismo para arriesgarme a probar algo nuevo.
- 85) No culpo a quien se aprovecha de alguien que se lo permite.
- 86) Desde hace algún tiempo me siento triste y deprimido y no consigo animarme.
- 87) A menudo me enfado con la gente que hace las cosas lentamente.
- 88) Cuando estoy en una fiesta nunca me aílo de los demás.
- 89) Observo a mi familia de cerca para saber en quién se puede confiar y en quién no.
- 90) Algunas veces me siento confuso y molesto cuando la gente es amable conmigo.
- 91) El consumo de "drogas ilegales" me ha causado discusiones con mi familia.
- 92) Estoy solo la mayoría del tiempo y lo prefiero así.

- 93) Algunos miembros de mi familia dicen que soy egoísta y que sólo pienso en mí mismo.
- 94) La gente puede hacerme cambiar de ideas fácilmente, incluso cuando pienso que ya había tomado una decisión.
- 95) A menudo irrito a la gente cuando les doy órdenes,
- 96) En el pasado la gente decía que yo estaba muy interesado y apasionado por demasiadas cosas.
- 97) Estoy de acuerdo con el refrán: "Al que madruga Dios le ayuda".
- 98) Mis sentimientos hacia las personas importantes en mi vida muchas veces oscilan entre el amor y el odio.
- 99) Cuando estoy en una reunión social, en grupo, casi siempre me siento tenso y cohibido.
- 100) Supongo que no soy diferente de mis padres ya que, hasta cierto punto, me he convertido en un alcohólico.
- 101) Creo que no me tomo muchas de las responsabilidades familiares tan seriamente como debería.
- 102) Desde que era niño he ido perdiendo contacto con la realidad.
- 103) Gente mezquina intenta con frecuencia aprovecharse de lo que he realizado o ideado.
- 104) No puedo experimentar mucho placer porque no creo merecerlo.
- 105) Tengo pocos deseos de hacer amigos íntimos.
- 106) He tenido muchos periodos en mi vida en los que he estado tan animado y he consumido tanta energía que luego me he sentido muy bajo de ánimo.
- 107) He perdido completamente mi apetito y la mayoría de las noches tengo problemas para dormir.
- 108) Me preocupa mucho que me dejen solo y tenga que cuidar de mí mismo.

- 109) El recuerdo de una experiencia muy perturbadora de mi pasado sigue apareciendo en mis pensamientos.
- 110) El año pasado aparecí en la portada de varias revistas.
- 111) Parece que he perdido el interés en la mayoría de las cosas que solía encontrar placenteras, como el sexo.
- 112) He estado abatido y triste mucho tiempo en mi vida desde que era bastante joven.
- 113) Me he metido en problemas con la ley un par de veces.
- 114) Una buena manera de evitar los errores es tener una rutina para hacer las cosas.
- 115) A menudo otras personas me culpan de cosas que no he hecho.
- 116) He tenido que ser realmente duro con algunas personas para mantenerlas a raya.
- 117) La gente piensa que, a veces, hablo sobre cosas extrañas o diferentes a las de ellos.
- 118) Ha habido veces en las que' no he podido pasar el día sin tomar drogas.
- 119) La gente está intentando hacerme creer que estoy loco.
- 120) Haría algo desesperado para impedir que me abandonase una persona que quiero.
- 121) Sigo dándome atracones de comida un par de veces a la semana.
- 122) Parece que echo a perder las buenas oportunidades que se cruzan en mi camino.
- 123) Siempre me ha resultado difícil dejar de sentirme deprimido y triste.
- 124) Cuando estoy solo y lejos de casa, a menudo comienzo a sentirme tenso y lleno de pánico.
- 125) A veces las personas se molestan conmigo porque dicen que hablo mucho o demasiado deprisa para ellas.
- 126) Hoy, la mayoría de la gente de éxito ha sido afortunada o deshonesto.
- 127) No me involucro con otras personas a no ser que esté seguro de que les voy a gustar.

- 128) Me siento profundamente deprimido sin ninguna razón que se me ocurra.
- 129) Años después, todavía tengo pesadillas acerca de un acontecimiento que supuso una amenaza real para mi vida.
- 130) Ya no tengo energía para concentrarme en mis responsabilidades diarias.
- 131) Beber alcohol me ayuda cuando me siento deprimido.
- 132) Odio pensar en algunas de las formas en las que se abusó de mí cuando era un niño.
- 133) Incluso en los buenos tiempos, siempre he tenido miedo de que las cosas pronto fuesen mal.
- 134) Algunas veces, cuando las cosas empiezan a torcerse en mi vida, me siento como si estuviera loco o fuera de la realidad.
- 135) Estar solo, sin la ayuda de alguien cercano de quien depender, realmente me asusta.
- 136) Sé que he gastado más dinero del que debiera comprando "drogas ilegales".
- 137) Siempre compruebo que he terminado mi trabajo antes de tomarme un descanso para actividades de ocio.
- 138) Noto que la gente está hablando de mí cuando paso a su lado.
- 139) Se me da muy bien inventar excusas cuando me meto en problemas.
- 140) Creo que hay una conspiración contra mí.
- 141) Siento que la mayoría de la gente tiene una mala opinión de mí.
- 142) Frecuentemente siento que no hay nada dentro de mí, como si estuviera vacío y hueco.
- 143) Algunas veces me obligo a vomitar después de comer.
- 144) Creo que me esfuerzo mucho por conseguir que los demás admiren las cosas que hago o digo.
- 145) Me paso la vida preocupándome por una cosa u otra.

- 146) Siempre me pregunto cuál es la razón real de que alguien sea especialmente agradable conmigo.
- 147) Ciertos pensamientos vuelven una y otra vez a mi mente.
- 148) Pocas cosas en la vida me dan placer.
- 149) Me siento tembloroso y tengo dificultades para conciliar el sueño debido a dolorosos recuerdos de un hecho pasado que pasan por mi cabeza repetidamente.
- 150) Pensar en el futuro al comienzo de cada día me hace sentir terriblemente deprimido.
- 151) Nunca he sido capaz de librarme de sentir que no valgo nada para los demás.
- 152) Tengo un problema con la bebida que he tratado de solucionar sin éxito.
- 153) Alguien ha estado intentando controlar mi mente.
- 154) He intentado suicidarme.
- 155) Estoy dispuesto a pasar hambre para estar aún más delgado de lo que estoy.
- 156) No entiendo por qué algunas personas me sonríen.
- 157) No he visto un coche en los últimos diez años.
- 158) Me pongo muy tenso con las personas que no conozco bien, porque pueden querer hacerme daño.
- 159) Alguien tendría que ser bastante excepcional para entender mis habilidades especiales.
- 160) Mi a afectada por 'imágenes mentales' de algo terrible que me pasó.
- 161) Parece que creo situaciones con los demás en las que acabo herido o me siento rechazado.
- 162) A menudo me pierdo en mis pensamientos y me olvido de lo que está pasando a mi alrededor.
- 163) La gente dice que soy una persona delgada, pero creo que mis muslos y mi trasero son

demasiado grandes.

- 164) Hay terribles hechos de mi pasado que vuelven repetidamente para perseguirme en mis pensamientos y sueños.
- 165) No tengo amigos íntimos al margen de mi familia.
- 166) Casi siempre actúo rápidamente y no pienso las cosas tanto como debiera.
- 167) Tengo mucho cuidado en mantener mi vida como algo privado, de manera que nadie pueda aprovecharse de mí.
- 168) Con mucha frecuencia oigo las cosas con tanta claridad que me molesta.
- 169) Siempre estoy dispuesto a ceder en una riña o desacuerdo porque temo el enfado o rechazo de los demás.
- 170) Repito ciertos comportamientos una y otra vez, algunas veces para reducir mi ansiedad y otras para evitar que pase algo malo.
- 171) Recientemente he pensado muy en serio en quitarme de en medio.
- 172) La gente me dice que soy una persona muy formal y moral.
- 173) Todavía me aterrorizo cuando pienso en una experiencia traumática que tuve hace años.
- 174) Aunque me da miedo hacer amistades, me gustaría tener más de las que tengo.
- 175) A algunas personas que se supone que son mis amigos les gustaría hacerme daño.

FIN DE LA PRUEBA. COMPRUEBE, POR FAVOR, QUE NO HA DEJADO

NINGUNA FRASE SIN CONTESTAR.

Apéndice F. Hoja de respuestas de Inventario clínico Multiaxial MCMI I

Inventario Clínico Multiaxial de MCMI - III
Hoja de Respuestas

Nombre _____ Edad _____ Fecha de Aplicación _____

1	V	F	26	V	F	51	V	F	76	V	F	101	V	F	126	V	F	151	V	F
2	V	F	27	V	F	52	V	F	77	V	F	102	V	F	127	V	F	152	V	F
3	V	F	28	V	F	53	V	F	78	V	F	103	V	F	128	V	F	153	V	F
4	V	F	29	V	F	54	V	F	79	V	F	104	V	F	129	V	F	154	V	F
5	V	F	30	V	F	55	V	F	80	V	F	105	V	F	130	V	F	155	V	F
6	V	F	31	V	F	56	V	F	81	V	F	106	V	F	131	V	F	156	V	F
7	V	F	32	V	F	57	V	F	82	V	F	107	V	F	132	V	F	157	V	F
8	V	F	33	V	F	58	V	F	83	V	F	108	V	F	133	V	F	158	V	F
9	V	F	34	V	F	59	V	F	84	V	F	109	V	F	134	V	F	159	V	F
10	V	F	35	V	F	60	V	F	85	V	F	110	V	F	135	V	F	160	V	F
11	V	F	36	V	F	61	V	F	86	V	F	111	V	F	136	V	F	161	V	F
12	V	F	37	V	F	62	V	F	87	V	F	112	V	F	137	V	F	162	V	F
13	V	F	38	V	F	63	V	F	88	V	F	113	V	F	138	V	F	163	V	F
14	V	F	39	V	F	64	V	F	89	V	F	114	V	F	139	V	F	164	V	F
15	V	F	40	V	F	65	V	F	90	V	F	115	V	F	140	V	F	165	V	F
16	V	F	41	V	F	66	V	F	91	V	F	116	V	F	141	V	F	166	V	F
17	V	F	42	V	F	67	V	F	92	V	F	117	V	F	142	V	F	167	V	F
18	V	F	43	V	F	68	V	F	93	V	F	118	V	F	143	V	F	168	V	F
19	V	F	44	V	F	69	V	F	94	V	F	119	V	F	144	V	F	169	V	F
20	V	F	45	V	F	70	V	F	95	V	F	120	V	F	145	V	F	170	V	F
21	V	F	46	V	F	71	V	F	96	V	F	121	V	F	146	V	F	171	V	F
22	V	F	47	V	F	72	V	F	97	V	F	122	V	F	147	V	F	172	V	F
23	V	F	48	V	F	73	V	F	98	V	F	123	V	F	148	V	F	173	V	F
24	V	F	49	V	F	74	V	F	99	V	F	124	V	F	149	V	F	174	V	F
25	V	F	50	V	F	75	V	F	100	V	F	125	V	F	150	V	F	175	V	F

Apéndice G. Aplicación de Escala Y-BOCS Obsesiones y compulsiones.

PSICOLOGIA clinica

NOMBRE:

EDAD: 7

1. ¿Cuánto de tu tiempo lo ocupas en pensamientos persistentes sobre un defecto o falla en tu apariencia?

a) Ninguno
 b) Menos de 1 hora al día
 c) 1 a 3 horas al día
 d) 3 a 8 horas al día
 e) Más de 8 horas al día

2. ¿Cuánto interfieren los pensamientos persistentes de tus defectos corporales con tus funciones (roles) sociales, de trabajo u otros?

a) Ninguno
 b) Pequeña interferencia, pero no hay impedimento.
 c) Hay interferencia definitiva pero manejable
 d) Impedimento substancial
 e) Interferencia extrema, incapacitante

3. ¿Cuánta angustia te causan los pensamientos persistentes sobre tus defectos corporales?

a) Ninguna
 b) Ligera, no muy perturbadores
 c) Moderada, perturban, pero es manejable
 d) Severa, muy perturbadores
 e) Extrema, angustia incapacitante

4. ¿Cuánto te esfuerzas para resistirte a estos pensamientos persistentes? ✓

a) No necesita resistir (dormir).
 b) Trata de resistir la mayor parte del tiempo
 c) Hace algún esfuerzo de resistir
 d) Cede a todos esos pensamientos persistentes
 e) Cede completa y voluntariamente a todos los pensamientos persistentes

5. ¿Cuánto control tienes sobre los pensamientos persistentes sobre tus defectos corporales?

a) Control completo
 b) Mucho control, usualmente capaz de detener o desviar estos pensamientos persistentes con algo de esfuerzo y concentración
 c) Control moderado, algunas veces es capaz de detener o desviar estos pensamientos persistentes.
 d) Poco control, muy rara vez tiene éxito en detener los pensamientos persistentes.
 e) Ningún control, rara vez capaz de desviar aún por un momento la atención

6. ¿Cuánto tiempo le dedicas a realizar conductas repetitivas relacionadas a tu defecto o falla en tu apariencia?

a) Ninguno
 b) Menos de 1 hora al día
 c) 1 - 3 horas al día
 d) 3 - 8 horas al día
 e) Más de 8 horas al día

7. ¿Cuánto interfieren las conductas repetitivas relacionadas a tus defectos corporales con tus funciones (roles) sociales, de trabajo u otros?

a) Ninguna
 b) Pequeña interferencia, pero no hay impedimento.
 c) Hay interferencia definitiva pero manejable

- d) Impedimento substancial
e) Interferencia extrema, incapacitante
- 8. ¿Cuán ansioso te pondrías si te impidieran realizar tus conductas repetitivas relacionadas a tus defectos corporales?**
- a) Sin ansiedad
b) Sólo ligeramente ansioso
c) Poca ansiedad, pero manejable
d) Ansiedad prominente y perturbadora
e) Extrema, ansiedad incapacitante
- 9. ¿Cuánto esfuerzo realizas para resistir estas conductas repetitivas?**
- a) No necesita resistir
b) Trata de resistir la mayor parte del tiempo
c) Hace algún esfuerzo de resistir
d) Cede a todas esas conductas repetitivas
e) Cede completa y voluntariamente a todas las conductas repetitivas
- 10. ¿Cuánto control tienes sobre realizar tus conductas repetitivas relacionadas a tus defectos corporales?**
- a) Control completo
b) Mucho control, usualmente capaz de detener o desviar estas conductas repetitivas con algo de esfuerzo y concentración
c) Control moderado, algunas veces es capaz de detener o desviar estas conductas repetitivas
d) Poco control, muy rara vez tiene éxito en detener las conductas repetitivas
e) Ningún control, rara vez capaz de desviar aún por un momento la atención

Tabla 1. Versión al español del cuestionario *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS)*.

Apéndice H. Informe de escala Y-BOCS, obsesiones y compulsiones (adaptada a la versión española)

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CONSULTANTE

Nombre del consultante:	P.A.M.
Edad al momento de la evaluación:	23 años.
Lugar y fecha de nacimiento:	12 de junio de 1995
Sexo:	Mujer
Escolaridad:	Universitaria.
Ocupación:	Universitaria

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PSICÓLOGO EN FORMACIÓN Y CENTRO

Nombre del psicólogo en formación:	Yarlyn Dayana Contreras Becerra
Centro donde se realiza la investigación:	IPS- Familia y Vida.
Fecha de inicio del proceso de evaluación:	09 de abril de 2018
Fecha de finalización del proceso de Evaluación.	30 abril de 2018.

3. MOTIVO DE CONSULTA Y OBJETIVO DE LA EVALUACIÓN

Acudiente de la paciente expresa que le preocupa la situación de su hija fue diagnosticada con trastorno obsesivo compulsivo y trastorno bipolar y ha estado 8 veces en crisis en diferentes clínicas psiquiátricas y mentales.

4. ANTECEDENTES

Durante la entrevista clínica se identifican antecedentes médicos que se han presentado durante los últimos años. Ha ingresado 8 veces en crisis a clínicas psiquiátricas donde ha estado internada durante varios días, mientras se reestablece, Por parte de la familia la paciente refiere que no presentan antecedentes psicológicos y psiquiátricos, además durante su infancia se evidencia evento traumático (abuso sexual por parte de un vecino en reiteradas ocasiones), a partir de esto que empezó a presentar diferentes síntomas clínicos y de importancia de su comportamiento. Empezó a bañarse varias veces al día, a gastar jabón y volverlo pequeño porque estaba “sucio”

5. PROCESO DE EVALUACIÓN.

En el proceso de evaluación se realizó durante las dos primeras sesiones del registro de historia clínica, permitiendo conocer antecedentes médicos, psicológicos, situaciones personales, familiares y laborales. Así como el historial de la situación, intentos por solucionarlos y percepción del usuario frente a este.

Durante la tercera sesión, se efectuó la implementación del instrumento y aplicación de la escala de obsesión-compulsión de Yale-Brown (Y-BOCS) el cual tiene como objetivo medir la severidad de las obsesiones y compulsiones en los pacientes previamente diagnosticados de trastorno obsesivo compulsivo (TOC), sin que se viera influida por el tipo o número de las mismas. Además de la severidad de los síntomas permite la evaluación de su respuesta al tratamiento.

6. OBSERVACIÓN DEL COMPORTAMIENTO DURANTE LA PRUEBA

P.A.M. llega puntual a la consulta, ingresa por sus propios medios, se muestra tranquila actitud de interés y colaboración ante la evaluación, se evidencia orientado auto psíquicamente y alopsíquicamente, establece contacto visual y verbal de normal, arreglo y presentación personal de acuerdo a la circunstancia y congruente con la edad cronológica.

7. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN

Escala de obsesión-compulsión de Yale-Brown (Y-BOCS)

Preguntas 01 a 05 obsesiones y 06 a las 10 compulsiones.

01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
1	1	2	0	1	0	0	0	0	0

8. ANÁLISIS DE RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN

La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones de todos los ítems. Además, esta escala permite hallar el Subtotal de la severidad de las obsesiones (suma de los ítems de 1 a 5) y el Subtotal de la severidad de las compulsiones (suma de los ítems del 6 al 10). En general, puntuaciones iguales o mayores a 25 se consideran propias de personas con trastorno obsesivo compulsivo, frente a una puntuación menor a 8 típica de las personas sin dicho trastorno.

Momento de aplicación: Evaluación pre, durante y post-tratamiento.

El Y-BOCS está compuesto por 10 ítems: 5 relacionado a obsesiones y los otros 5, a compulsiones, teniendo una opción de respuesta de 0 a 4 (desde no presentar un síntoma hasta presentar síntomas extremos).

La clasificación de diagnóstico se basa en los puntos de corte donde 0 a 7 representa “sin manifestaciones clínicas”, 8 a 15, “leve”, 16 a 23, “moderado”, 24 a 31 como “severo” y 32 a 40 como “extremo”.

Los resultados de la escala (Y-BOCS) total es de 5 es decir sin manifestaciones clínicas ya que esta escala va de (0 a 7). Respecto a la severidad de los dos grupos de obsesiones y compulsiones se refleja en las obsesiones que son las primeras 5 preguntas puntaje de 5 además en el grupo de compulsiones es un puntaje de 0.

9. CONCLUSIONES

Con esta aplicación de la prueba Y-BOCS, no se evidencia en P.A.M. presencia de compulsiones y obsesiones en la consultante lo que se infiere que los síntomas presentados no reflejan un trastorno obsesivo compulsivo.

10. CIERRE DE INFORME PSICOLÓGICO.

La anterior información no es de carácter conclusivo o rotulador, no tiene un alcance mayor al de ser un informe de carácter evaluativo, no pericial o testimonial.

Yarlyn Dayana Contreras Becerra

Psicóloga en Formación

Practicante Especialización Psicología

Clínica IPS UPB

Claudia Liliana Rico.

Psicóloga.

Reg. No.

ABON RIBERO

Psicólogo

Coordinador del IPS-IFV

Apéndice I. Pre-tratamiento.**Informe de Inventario Multiaxial de MCMI iii****DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CONSULTANTE**

Nombre del consultante: P.A.M.
Edad al momento de la evaluación: 23 años
Lugar y fecha de nacimiento: 12 de junio de 1995
Sexo: Femenino.
Escolaridad: Noveno semestre de Negocios Internacionales.
Ocupación: Estudiante.

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PSICÓLOGO EN FORMACIÓN Y CENTRO

Nombre del psicólogo en formación: Dayana Contreras Becerra.
Centro donde se realiza la investigación: IPS- Universidad Pontificia Bolivariana
Fecha de inicio del proceso de evaluación: 09 de abril 2018
Fecha de finalización del proceso de 02 de noviembre de 2018
Evaluación:

2. MOTIVO DE CONSULTA Y OBJETIVO DE LA EVALUACIÓN

El acudiente (padre) refiere que no sabe q hacer con su hija, fue diagnosticada con TRASTORNO BIPOLAR y ha estado varias veces en crisis en el hospital psiquiátrico. (Asiste solo porque su hija se encuentra internada en Hospital Psiquiátrico San camilo.

3. ANTECEDENTES

Durante la entrevista clínica se identifican antecedentes médicos que se han presentado durante este año. Diferentes periodos de crisis, donde ha estado en el hospital psiquiátricos San camilo y en el Instituto del sistema Nervioso del Oriente ISNOR. Y fue diagnosticada con dos trastornos el primero fue TRASTORNO OBSECIVO COMPULSIVO Y TRASTORNO DEL ESTADO DE ANIMO BIPOLARIDAD. Por parte de la familia La paciente refiere que ninguno de sus parientes presenta trastorno psicológico o psiquiátrico Así mismo informa que cuando tenía 7 años, un vecino abusó sexualmente de ella, le tocaba sus partes íntimas en reiteradas ocasiones y ella no había contado nada por miedo porque el sujeto la amenazo verbalmente que si decía algo “ iba a matar a sus padres” ella escribió este suceso en una carta a su mejor amiga , y la mejor amiga se la mostro a sus profesores y padres, desde este momento ella empieza a presentar conductas inadecuadas y malestar significativo en sus áreas de funcionamiento como social, laboral , personal y académico.

4. PROCESO DE EVALUACIÓN.

En el proceso de evaluación se realizó durante las dos primeras sesiones del registro de historia clínica, permitiendo conocer antecedentes médicos, psicológicos, situaciones personales, familiares y laborales. Así como el historial de la situación, intentos por solucionarlos y percepción del usuario frente a este.

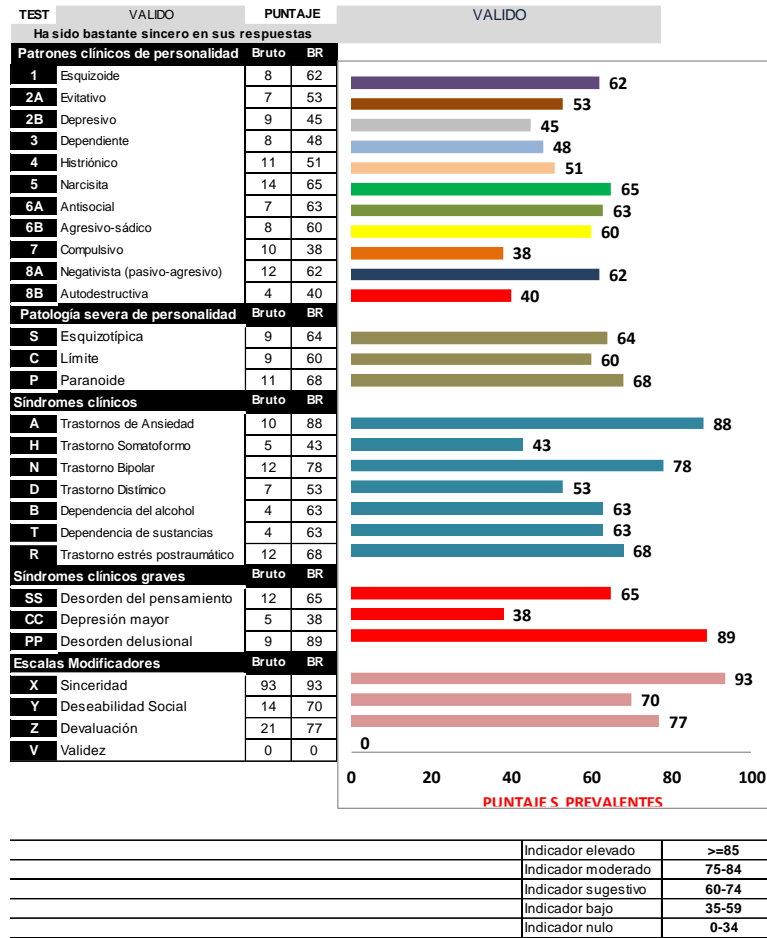
Durante la cuarta sesión , se efectuó la implementación del instrumento y aplicación del inventario clínico multiaxial de millon (MCMI-III), el cual tiene como objetivo medir problemas emocionales, conductuales e interpersonales; el inventario consta de 175 ítems que evalúa 11 escalas básicas: Patrones: clínicos de personalidad, 3 rasgos patológicos: patología clínica de la personalidad, 7 síndromes de gravedad moderada: síndromes clínicos, 3 síndromes de gravedad severa: síndromes clínicos graves y 4 escalas de control: escalas modificadores.

5. OBSERVACIÓN DEL COMPORTAMIENTO DURANTE LA PRUEBA

P.A.M. llega puntual a la consulta, ingresa por sus propios medios, se muestra tranquila actitud de interés y colaboración ante la evaluación, se evidencia orientada autopsíquicamente y alopsíquicamente, establece contacto visual y verbal de normal, arreglo y presentación personal de acuerdo a la circunstancia y congruente con la edad cronológica.

6. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN

INVENTARIO CLÍNICO MULTIAIXIAL DE MILLON (MCMII-III),



7. ANÁLISIS DE RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN

Los resultados del cuestionario son válidos, la escala de sinceridad denota que el paciente no minimiza ni exagera síntomas, la escala de *deseabilidad social* indica que el paciente no trata de mostrarse positivo, en la escala de *devaluación* se presenta como negativo.

Para la escala de *patrones clínicos de personalidad de la 1 a 8B*, no tiene ningún patrón claro de personalidad de los datos de la prueba.

En la escala de *patología severa de personalidad*, no presenta ningún estilo o trastorno de personalidad grave (S-Esquizotípico, C -Límite- y P -Paranoide) que haya tenido características de comportamientos que limiten las dificultades cotidianas.

En la escala de *síndrome clínico* presenta una escala eleva que es un rasgo que indica la presencia del rasgo en la prominencia de Trastorno de ansiedad y trastorno bipolar. (Escala A).

En la escala de *síndromes clínicos graves*, (SS -Trastorno del pensamiento-, CC -Depresión mayor- o PP) no presenta puntaje significativo en (-Trastorno delusional) se evidencia con un puntaje alto lo que quiere decir que está presentando dificultades para enfrentar las situaciones cotidianas.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA.

La puntuación obtenida a través del *INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON (MCMI-III)*, realizado a P.A.M, puntúa un síndrome de trastornos mentales y del comportamiento que pueden ser transitorio y en algunos casos disminuye o aumenta según las situaciones estresantes, el paciente muestra un una escala (A) de *Trastorno de ansiedad*, pude estar sintiendo que las situaciones problemáticas son difíciles de afrontar por lo cual es impórtate alejarse de dichas situaciones, cuando no se pude apartarse genera un malestar significativo

causando tensión, inquietud desasosiego e inseguridad, dificultad para dormir. También se evidencia *el(N) trastorno bipolar* (trastorno diagnosticado y en actualmente tratamiento farmacológico) lo que quiere decir que ella puede estar presentando ansiedad por periodos en los que se encuentre en su etapa de manía y depresión ya que sus estados de ánimo y afecto son muy fluctuantes en la que tiene mucha y poca energía para realizar las cosas, además sumando que paso por un suceso traumático del cual no había expresado nada , sino hasta después de un periodo de varios años , estos dos trastornos son los puntajes altos de la escala aplicada, Considerando lo valorado como el dialogo abierto, la observación conductual, historia clínica y cumpliendo con los criterios del DSM V; se concluye de forma probable que el paciente describe síntomas asociados a un *Trastorno de bipolaridad DSM V*.

8. CONCLUSIONES

Con la realización de este informe se permite concluir que P.A.M demuestra una escala de síndromes clínicos de puntuación (A) de Trastorno de ansiedad 88 y (N) trastorno bipolar 78 generando una preocupación excesiva por diversas situaciones, deteriorando su salud física y mental y afectando importantes áreas del funcionamiento como familiar, personal, académico, laboral y social.

9. CIERRE DE INFORME PSICOLÓGICO.

La anterior información no es de carácter conclusivo o rotulador, no tiene un alcance mayor al de ser un informe de carácter evaluativo, no pericial o testimonial.

Yarlyn Dayana Contreras Becerra

Psicóloga en Formación

Practicante Especialización Psicología

Clínica IPS UPB

Claudia Liliana Rico.

Psicóloga.

Reg. No.

ABON RIBERO

Psicólogo

Coordinador del IPS-IFV.

Apéndice J. Pos-tratamiento. Informe de Inventario Multiaxial DE MCMII III**1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CONSULTANTE**

Nombre del consultante:	P.A.M.
Edad al momento de la evaluación:	23 años
Lugar y fecha de nacimiento:	Bucaramanga, 12 /05/ 1995
Sexo:	Femenino.
Escolaridad:	Universitaria.
Ocupación:	Estudiante.

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PSICÓLOGO EN FORMACIÓN Y CENTRO

Nombre del psicólogo en formación:	Dayana Contreras Becerra.
Centro donde se realiza la investigación:	IPS- Universidad Pontificia Bolivariana
Fecha de inicio del proceso de evaluación:	09 de abril de 2018
Fecha de finalización del proceso de	02 de noviembre de 2018
Evaluación:	

3. MOTIVO DE CONSULTA Y OBJETIVO DE LA EVALUACIÓN

El acudiente (padre) refiere que no sabe q hacer con su hija, fue diagnosticada con TRASTORNO BIPOLAR y ha estado varias veces en crisis en el hospital psiquiátrico. (Asiste solo porque su hija se encuentra internada en Hospital Psiquiátrico San camilo.

4. ANTECEDENTES

Durante la entrevista clínica se identifican antecedentes médicos que se han presentado durante este año. Diferentes periodos de crisis, donde ha estado en el hospital psiquiátricos San camilo y en el Instituto del sistema Nervioso del Oriente ISNOR. Y fue diagnosticada con dos trastornos el primero fue TRASTORNO OBSECIVO COMPULSIVO Y TRASTORNO DEL ESTADO DE ANIMO BIPOLARIDAD. Por parte de la familia La paciente refiere que ninguno de sus parientes presenta trastorno psicológico o psiquiátrico Así mismo informa que cuando tenía 7 años, un vecino abusó sexualmente de ella, le tocaba sus partes íntimas en reiteradas ocasiones y ella no había contado nada por miedo porque el sujeto la amenazo verbalmente que si decía algo “ iba a matar a sus padres” ella escribió este suceso en una carta a su mejor amiga , y la mejor amiga se la mostro a sus profesores y padres, desde este momento ella empieza a presentar conductas inadecuadas y malestar significativo en sus áreas de funcionamiento como social, laboral , personal y académico.

5. PROCESO DE EVALUACIÓN.

En el proceso de evaluación se realizó durante las dos primeras sesiones del registro de historia clínica, permitiendo conocer antecedentes médicos, psicológicos, situaciones personales, familiares y laborales. Así como el historial de la situación, intentos por solucionarlos y percepción del usuario frente a este.

Durante la cuarta sesión , se efectuó la implementación del instrumento y aplicación del Inventario clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III), el cual tiene como objetivo medir problemas emocionales, conductuales e interpersonales; el inventario consta de 175 ítems que evalúa 11 escalas básicas: Patrones: clínicos de personalidad, 3 rasgos patológicos: patología clínica de la personalidad, 7 síndromes de gravedad moderada: síndromes clínicos, 3 síndromes de gravedad severa: síndromes clínicos graves y 4 escalas de control: escalas modificadores.

Esta es la segunda aplicación es el post test de esta prueba, se realiza con el fin de identificar si el proceso de intervención con la terapia cognitivo conductual ha sido efectivo en ella y el tratamiento psicológico ha tenido efectos positivos en los comportamientos en ella.

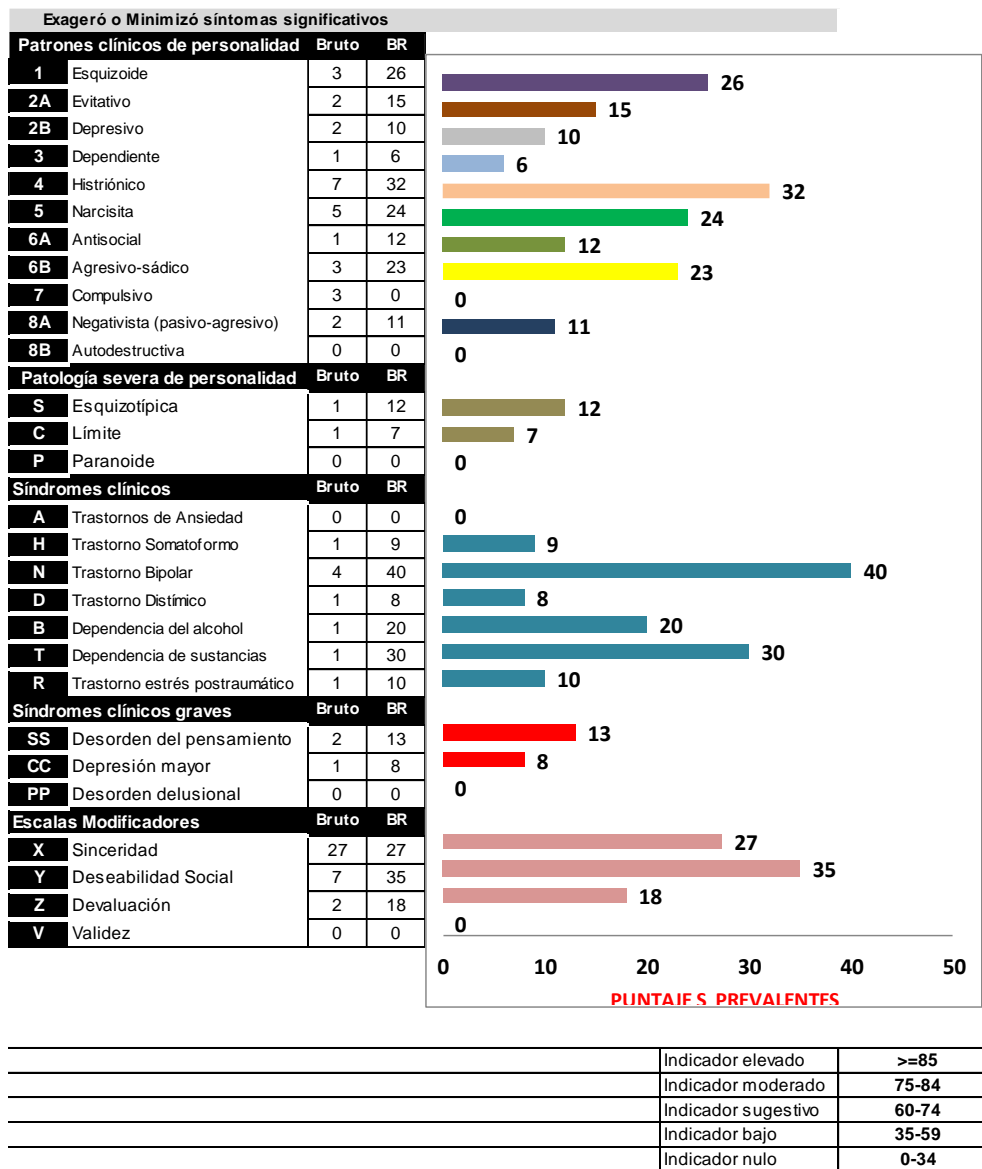
6. OBSERVACIÓN DEL COMPORTAMIENTO DURANTE LA PRUEBA

P.A.M. llega puntual a la consulta, ingresa por sus propios medios, se muestra tranquila actitud de interés y colaboración ante la evaluación, se evidencia orientada autopsíquicamente y

alopsíquicamente, establece contacto visual y verbal de normal, arreglo y presentación personal de acuerdo a la circunstancia y congruente con la edad cronológica.

7. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN

INVENTARIO CLÍNICO MULTIAIXIAL DE MILLON (MCMII-III),



8. ANÁLISIS DE RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN

Los resultados del cuestionario son válidos, no hay una comparación significativa con el anterior test de la primera aplicación, los puntajes son casi iguales no existe mucha diferencia, en esta aplicación la escala de sinceridad denota que el paciente no minimiza ni exagera síntomas, la escala de *deseabilidad social* indica que el paciente trata de mostrarse positivo, en la escala de *devaluación* se presenta como positivo.

Para la escala de *patrones clínicos de personalidad de la 1 a 8B*, no tiene ningún patrón claro de personalidad de los datos de la prueba.

En la escala de *patología severa de personalidad*, no presenta ningún estilo o trastorno de personalidad grave (S-Esquizotípico, C -Límite- y P -Paranoide) que haya tenido características de comportamientos que limiten las dificultades cotidianas.

En la escala de *síndrome clínico* presenta disminución de puntaje de la escala (A) Ansiedad con 0 Lo que quiere decir que ha disminuido su ansiedad respecto a los síntomas y pródromos que venía presentando antes de un periodo de manía o depresión y del mismo modo disminución en la escala (N) de trastorno bipolar Con puntaje de 40.

En la escala de *síndromes clínicos graves*, (SS -Trastorno del pensamiento-, CC -Depresión mayor- o PP) no presenta puntaje significativo y en (-Trastorno delusional) el que presentaba en

la primera aplicación fue alto, en esta segunda aplicación su puntaje fue bajo de 0, lo que quiere decir que no está presentando delirios y ha disminuido.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA.

La puntuación obtenida a través del *INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON (MCMI-III)*, realizado a P.A.M, en su segunda aplicación revela datos importantes en la intervención cognitiva conductual que fue abordada, ya que han disminuido síntomas y pródromos que hacían más difícil su tratamiento farmacológico y no solo esto si no su funcionamiento en sus áreas social, labora, económico, familiar, personal, académico. Lo que también refleja una intervención efectiva en cuanto no ha vuelto a estar en periodos de crisis y sabe detectar los síntomas pródromos ante un episodio de manía o depresión. También se puede decir que los resultados de las pruebas fueron una disminución total del trastorno de ansiedad puntaje 0 ESCALA (A) Y en el trastorno bipolar ESCALA (N) una disminución con un puntaje de 40. Lo que se hace importante decir que para *el trastorno del estado de animo bipolar (F 30.1)* que ella presenta, por esto es importante seguir con la intervención cognitiva conductual.

9. CONCLUSIONES

Con la realización de este informe se permite concluir que P.A.M demuestra una escala de síndromes clínicos de puntuación (A)(0) TRASTORNO DE ANSIEDAD Y (N) (40) TRASTORNO BIPOLAR, disminución en sus síntomas por tanto quiere decir que la intervención abordada y realizada con ella ha sido eficaz y efectiva para su tratamiento no solo farmacológico

si no psicológico ya que ha demostrado un aumento de su bienestar en las diferentes áreas social, laboral , persona, académico , personal y no ha presentado periodos de crisis.se debe recalcar que es importante continuar con su proceso psicológico, farmacológico y terapéutico.

10. CIERRE DE INFORME PSICOLÓGICO.

La anterior información no es de carácter conclusivo o rotulador, no tiene un alcance mayor al de ser un informe de carácter evaluativo, no pericial o testimonial.

Yarlyn Dayana Contreras Becerra

Psicóloga en Formación

Practicante Especialización Psicología

Clínica IPS UPB

Claudia Liliana Rico.

Psicóloga.

Reg. No.

ABON RIBERO

Psicólogo

Coordinador del IPS-IFV.

Apéndice K. Historia psiquiátrica.

NOR INSTITUTO DEL SISTEMA NERVIOSO DEL ORIENTE SA
 NIT 800012323-8
 CALLE 50 # 23-100 Tel: 6432364
 Bucaramanga, Colombia
 Email: gerencia@clinicaisor.com Web: www.clinicaisor.com

EPICRISIS

PEREZ PASCAL ANDREA CC [redacted] Edad [redacted] Entidad ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A (EPS SANIT) Página 1 de 3
 02/ABR/2018 03:45 P.M. Egreso 10/ABR/2018 11:21 A.M.

Antecedente	P	F	Observaciones
[redacted]			

Motivo de consulta
 "sigue mal y empeorando"
 Paciente de 24 años de edad conocida en la institución tiene historia de síntomas psiquiátricos de mas de 10 años de evolución a la entrevista refiere síntomas inician en la adolescencia donde presentó un episodio de características psicóticas (- tenía alucinaciones, decía de mascarar, salía corriendo, decía que el hermano no era el hermano sino otra persona-), luego durante los controles se describen episodios de síntomas maniformes por lo que se realizó diagnóstico de Trastorno Bipolar, tiene antecedente de hospitalización reciente por episodio de características mixtas, en donde se realizó ajuste de manejo farmacológico, consultó a urgencias a los pocos días por persistencia de los mismos, realizaron nuevo ajuste. Sin embargo consulta el día de hoy en compañía de la madre quien refiere ha persistido sintomática a pesar de la adecuada adherencia al tratamiento. Refiere que ha estado presentado labilidad emocional aunque de base está ansiosa y triste, refieren momentos de euforia, luego llanto fácil e ideas de soledad y desesperanza, además de ideas de características delirantes de contenido referencial y paranoide donde refiere que muchos hombres han abusado de ella y que siente que todos quieren hacerle daño "ella tiene historia de abuso sexual cuando tenía años pero solo nos enteramos cuando tenía 15 luego por eso tuvo la primera crisis que fue un episodio psicótico, ahora esta diciendo que muchos hombres abusan de ella, que mi pareja abusó de ella, lleva con eso desde hace un mes pero no decía nada, y hoy fue

PEREZ PASCAL ANDREA CC [redacted] Edad 4 Entidad ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A (EPS SANIT) Página 2 de 3

le escribió una carta al padre", la paciente refiere "el padre tambien me da desconfianza porque el sabe muchas cosas que no debe saber".

F312 síntomas psicóticos. TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, EPISODIO MANIACO PRESENTE CON SINTOMAS PSICOTICOS
 K590 CONSTIPACION
 J00X RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)
 K297 GASTRITIS, NO ESPECIFICADA

[redacted] edad conocida en la institución tiene historia de síntomas psiquiátricos de mas de 10 años de evolución a la entrevista refiere síntomas inician en la adolescencia donde presentó un episodio de características psicóticas (- tenía alucinaciones, decía de mascarar, salía corriendo, decía que el hermano no era el hermano sino otra persona-), luego durante los controles se describen episodios de síntomas maniformes por lo que se realizó diagnóstico de Trastorno Bipolar, tiene antecedente de hospitalización reciente por episodio de características mixtas, en donde se realizó ajuste de manejo farmacológico, consultó a urgencias a los pocos días por persistencia de los mismos, realizaron nuevo ajuste. Sin embargo consulta el día de hoy en compañía de la madre quien refiere ha persistido sintomática a pesar de la adecuada adherencia al tratamiento. Refiere que ha estado presentado labilidad emocional aunque de base está ansiosa y triste, refieren momentos de euforia, luego llanto fácil e ideas de soledad y desesperanza, además de ideas de características delirantes de contenido referencial y paranoide donde refiere que muchos hombres han abusado de ella y que siente que todos quieren hacerle daño "ella tiene historia de abuso sexual cuando tenía 7 años pero solo nos enteramos cuando tenía 15 luego por eso tuvo la primera crisis que fue un episodio psicótico, ahora esta diciendo que muchos hombres abusan de ella, que mi pareja abusó de ella, lleva con eso desde hace un mes pero no decía nada, y hoy fue y le escribió una carta al padre", la paciente refiere "el padre tambien me da desconfianza porque el sabe muchas cosas que no debería saber"

EMA. Ingresa por sus propios medios en compañía de la madre con adecuada presentación personal. alerta, orientada, euilíaca, dispreséxica, afecto contenido de fondo ansioso, con llanto durante la consulta, expresa ideas de características delirantes de contenido paranoide, sin ideas de muerte o suicidio, sin actitud alucinatoria, introspección parcial, prospección incierta, juicio debilitado

Paciente de 24 años de edad con antecedente de síntomas psiquiátricos de mas de 8 años de evolución en con diagnóstico de manejo de Trastorno Bipolar, quien tuvo hospitalización reciente con indicación de manejo ambulatorio con ac valproico y risperidona, que requirió ajuste posterior de dosis de estabilizador. Actualmente consulta por cuadro clínico descrito en donde se identifica síntomas afectivos mixtos y síntomas de características psicóticas prevalentes. Antes la persistencia y el empeoramiento de los síntomas se decide manejo en hospitalización para control agudo de síntomas, se ajusta manejo farmacológico inicial, según evolución se tomarán conductas adicionales por parte del médico tratante.

afirma que estaba adherente a la medicación, estabilidad del patron de sueño con medicación, ideas delirantes autorreferenciales de fonic sexual. "siento que la pareja de mi madre me puede tocar" fluctuaciones hacia la tristeza.

Se logra autocrítica de las ideas delirantes las cuestiona, autocrítica evolución aceptable se define alta medica

SALIDA

Apéndice L. Contrato conductual de adherencia al tratamiento

Contrato de adherencia al tratamiento.

Yo Priscilla María González Pérez

estoy de acuerdo en seguir los planes de tratamiento que se describen a continuación.

1. Tomar los medicamentos y sus dosis formuladas (1000 mg por día - todos los días) → Audo valproico
2. Asistir a citas de psiquiatría y psicología
3. Contar con mis padres en momentos de la presencia de la enfermedad.
4. Comunicar cuando no me siento bien y deber ir al médico.

Obstáculos de la adherencia

1. Aceptación de la enfermedad. (a no)
2. Aumento de peso progresivo
3. La NO conciencia de la necesidad del medicamento.

Para reducir los obstáculos que impiden la adherencia al tratamiento.

1. Aceptar mi condición y saber que puede ser tratada
2. Mejorar la alimentación y hacer deporte
3. Hacer conciencia de la necesidad del fármaco para mi salud

Priscilla

Priscilla

www.upb.edu.co / Colombia / Suramérica

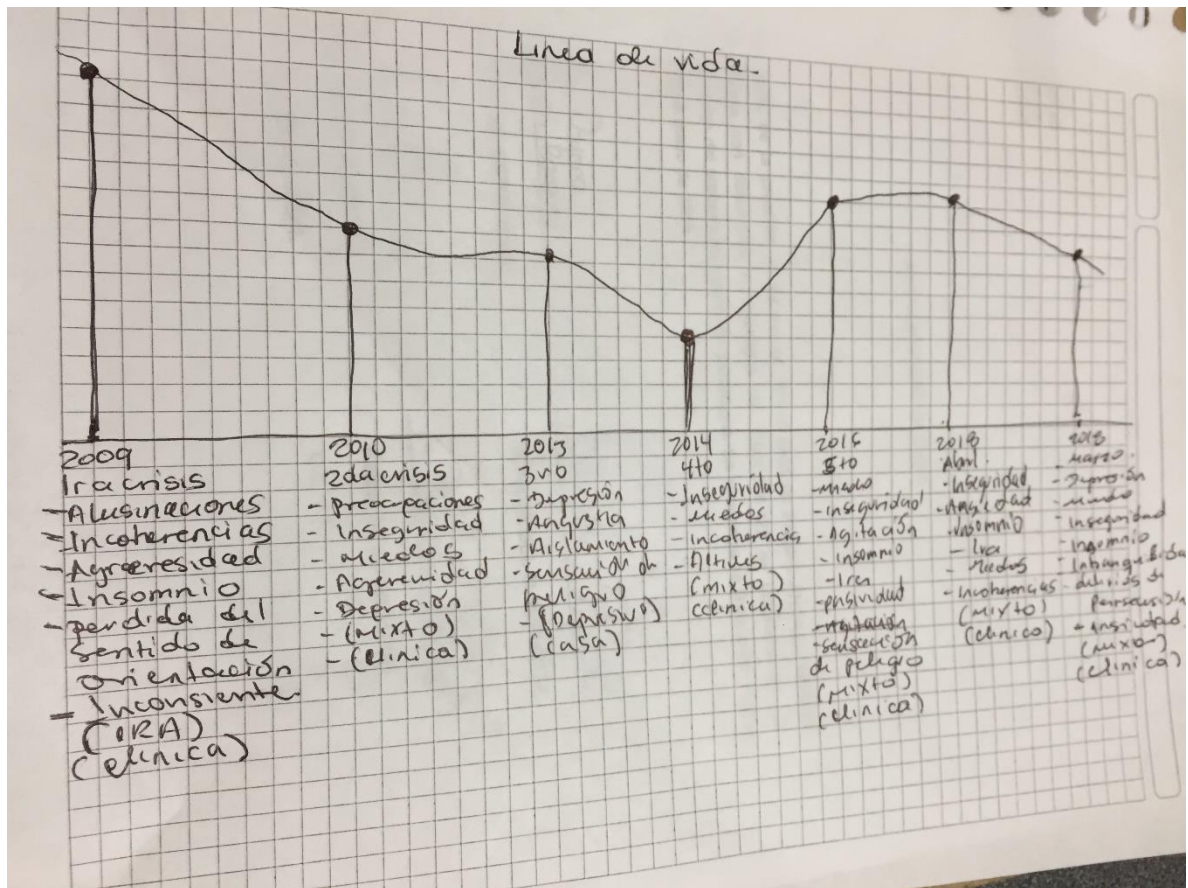
Apéndice M. Adherencia al tratamiento

MEDICAMENTO	HORA
FERBIN 500 mg	8 am
— 0 —	12 n
FERBIN 500 mg 2 Risperidona LORAZEPAM 1 mg	10:00pm

Que debo evitar mientras tomo los medicamentos?

- consumo de alcohol
- consumo de alucinógenos y sustancias psicoactivas

Apéndice N. Grafico de vida.



Apéndice O. Listado de síntomas.

Listado de resumen de síntomas

Estado normal	Depresión	mania
<ul style="list-style-type: none"> - Dormir 8 horas - Emociones estables - Aceptación de sí misma - Actidez en mis metas - Tranquilidad y Autoestima - Salir a caminar y tomar aire fresco - Sentir la compañía de amigos y familia - Programar actividades de diversión y/o Experimentos - Pensamientos alentados 	<ul style="list-style-type: none"> - Dormir 10 horas o más - Mucha tristeza - "No soy importante" - Desánimo con mi vida - Sentimiento de Soledad y que nadie me quiere - Encerrarme y no salir de casa - Sentir que no tengo a nadie - No programar, no salir nada de diversión - Pensamientos depresivos 	<ul style="list-style-type: none"> - Dormir 6 horas o menos - Mucha ira - "Soy muy importante" - Quiero todo de inmediato - Sentimiento de Euforia y exagerar mi importancia - Agitación, comer rápido - Solo existo yo - Querer hacer muchas cosas al tiempo sin pensar o programar - Pensamientos de Euforia y Angustia

Apéndice P. Cuadro de registro de pensamientos.

Fecha 30/01/18

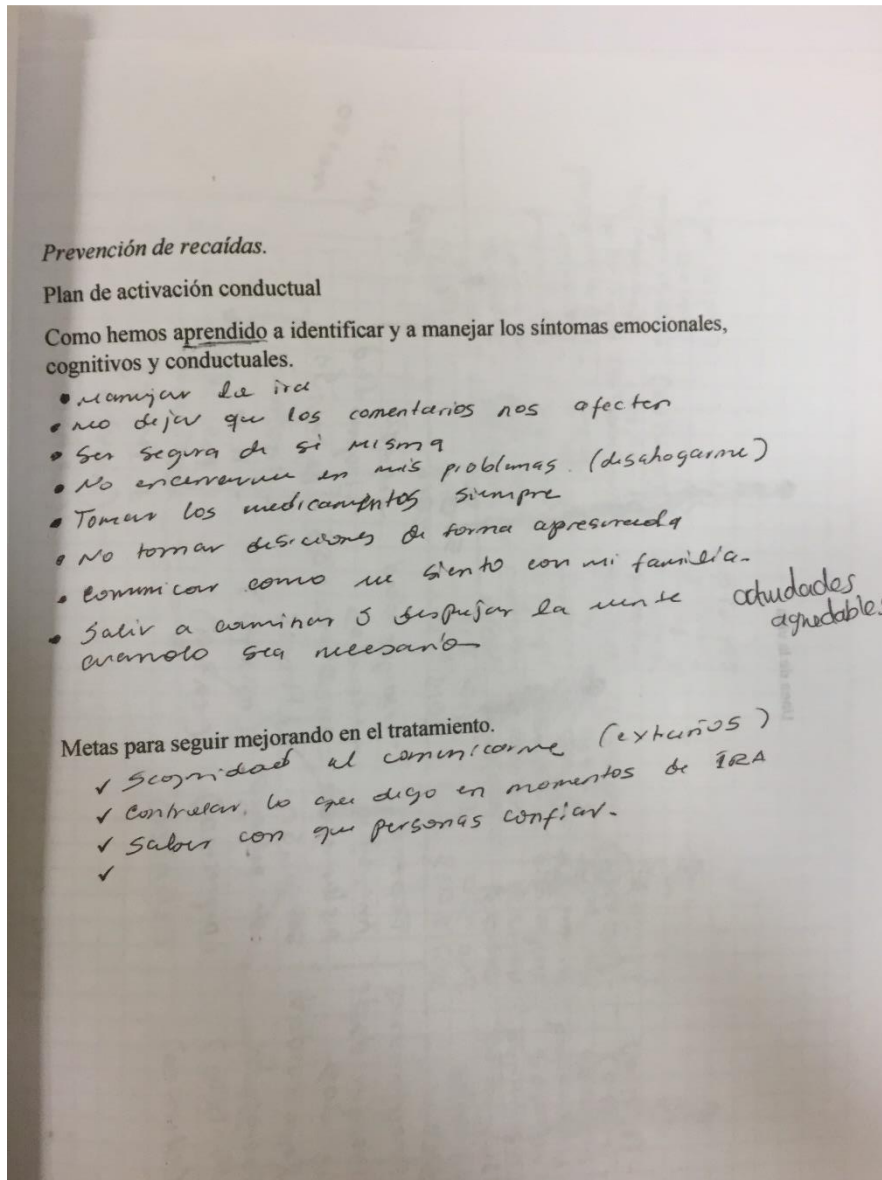
Registro de pensamientos

situación	Pensamiento	Emoción	Conducta	Pensamiento alternativo
1. Timochenko se iba a lanzar a Presidencia	- que iba a quedar e iba hacer caos una persona como el	- rabia enojo. - tristeza. - miedo	- llorar - no dormir	- el no va a quedar - cambiar de canal
2. votaciones camara Senado	- fracaso de votos - empeorar la situación del País - como esta la crisis	- rabia - enojo - aceleración - impotencia	- dejó de dormir - preocupación excesiva.	- la situación va a cambiar

Fecha 11/01/18

Registro de pensamientos

situación	Pensamiento	Emoción	Conducta	Pensamiento alternativo
- Padre le dejó carta que el primo era un fleteno	- primo me habia violado luego el recuerdo malpr.	- aceleración - rabia - amargura	la carta que asustó al padre.	- tomar las pastillas.
Se graduaron mis compañeros	yo no sino para nada yo no soy nada.	- tristeza - no dormir	llorar - no dormir	- que no me grieve con ellos no implica que no sirva para nada - ya casi me graduo.

Apéndice Q. Prevención de recaídas.

Apéndice R. Programador de actividades.

Programador de actividades

hora	JUEVES *	D	A
8am - 9am	DESAYUNO	5	5
9am - 9:30am	LAVAR TEJIDOS	5	3
9:35 - 10:10am	DUCHARSE	5	5
10:11 - 10:45am	VESTIRSE	5	4
10:46 - 2pm	SALIR	5	4
2:01 - 2:40 pm	DORMIR	5	5
2:41 - 2:59 pm	ALMORZAR	5	4
3:00 pm - 3:30 pm	ALISTARSE PARA SALIR	5	4
3:35 pm - 4:20 pm	SALIR PARA CAMPOALEGRE	5	5
4:21 pm - 4:28 pm	DESCARGAR LA MOTO	5	3
4:29 pm - 4:37 pm	HACER FILA	5	3
4:38 pm - 4:40 pm	BUSCAR PUESTO	5	3
5:00 pm - 7:30 pm	EVENTO RESEÑAR	5	3
7:30 - 8:00 pm	MARCHA FINAL	5	5
8 pm - 8:25 pm	RUNGO A CASA	5	5
8:30 - 8:40	COMIDA	5	4
8:41 - 9:10	DORMIR	6	5