

**Aplicación de la terapia cognitiva conductual en un caso de trastorno depresivo recurrente**

**Nubia Cruz Paredes**



**Universidad Pontificia Bolivariana, Bucaramanga**

**Facultad de Psicología**

**Escuela de Ciencias Sociales**

**Especialización en Psicología Clínica**

**2019**

**Aplicación de la terapia cognitiva conductual en un caso de trastorno depresivo recurrente**

**Nubia Cruz Paredes**

**Proyecto de grado presentado como requisito para optar al título de: Especialista en  
Psicología Clínica**

**Asesora:**

**Ps. Esp. Paula Fernanda Pérez Rivero**

**Universidad Pontificia Bolivariana, Bucaramanga**

**Facultad de Psicología**

**Escuela de Ciencias Sociales**

**Especialización en Psicología Clínica**

**2019**

**Tabla de contenido**

Introducción .....	9
Presentación .....	9
1. Objetivos.....	10
1.1 Objetivo General.....	10
1.2 Objetivos Específicos.....	10
2. Bases Teóricas .....	11
2.1 Trastorno depresivo .....	11
2.2 Terapia Cognitiva Conductual para la Depresión.....	13
3. Metodología .....	17
3.1 Diseño .....	17
3.2. Participantes.....	17
3.3 Instrumentos.....	17
3.4 Procedimiento .....	19
4. Resultados.....	21
4.1 Presentación del caso .....	21
4.2 Historia de ciclo de vida .....	22
4.3 Análisis funcional .....	24
4.4 Conductas problema.....	26
4.4.1 Dimensión verbal. ....	26
4.4.2 Dimensión emocional. ....	26
4.4.3 Dimensión fisiológica .....	27
4.4.4 Dimensión social y relaciones interpersonales .....	27
4.5 Antecedentes .....	27

4.5.1 Antecedentes remotos .....	27
4.5.2 Antecedentes recientes.....	27
4.6 Formulación del caso .....	28
4.7 Impresión diagnóstica .....	30
4.8 Diagnóstico diferencial.....	31
4.9 Plan de intervención.....	32
4.9.1 Sesión 1, 2.....	33
4.9.2 Sesión 3.....	33
4.9.3 Sesión: 4.....	33
4.9.4 Sesión 5.....	34
4.9.5 Sesión 6-7.....	34
4.9.6 Sesión 8, 9, 10.....	34
4.10 Resultados de la intervención .....	35
5. Discusión.....	40
6. Conclusiones.....	43
Referencias Bibliográficas .....	45
Apéndices.....	52

### **Lista de Figuras**

	pág.
Figura 1. Genograma del caso J.D.T.E. ....	21
Figura 2. Observación conductual en la sesión.....	36
Figura 3. Lenguaje verbal en la sesión.....	37
Figura 4. Resultado Pre y Post-test escala de depresión. ....	38

## **Lista de Apéndices**

	pág.
Apéndice 1. Consentimiento Informado .....	52
Apéndice 2. Formato de observación conductual de consultante en sesión .....	54
Apéndice 3. Inventario de Depresión de Beck.....	56
Apéndice 4. Escala de estrategias de Coping – modificada (EEC-M) Identificación de los 12 componentes del análisis factorial, con 98 ítems.....	63
Apéndice 5. Escala de riesgo se suicidio .....	68

**RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO**

<b>TITULO:</b>	Aplicación de terapia cognitiva conductual a un caso de trastorno depresivo recurrente
<b>AUTOR(ES):</b>	Nubia Cruz Paredes
<b>PROGRAMA:</b>	Esp. en Psicología Clínica
<b>DIRECTOR(A):</b>	Paula Fernanda Pérez Rivero

**RESUMEN**

La presente monografía muestra una intervención cognitivo – conductual en un estudio de caso único adelantado con un joven de 17 años, en el que se corroboró el diagnóstico de "Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente sin signos psicóticos". Se estructuró y desarrolló un proceso de intervención cognitiva conductual (Beck, 1991) con técnicas conductuales y cognitivas como la reestructuración cognitiva, la detención y el control de pensamientos automáticos, la psi-coeducación y la resolución de problemas. Para la evaluación del caso se utilizó la entrevista clínica, la observación conductual y se aplicó la Escala de Riesgo Suicida, la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M) y el inventario de depresión de Beck. Mediante los resultados de la evaluación inicial, se formuló un plan de intervención con objetivos suscritos a la exposición de reforzadores ambientales por parte del consultante y disminución de los síntomas depresivos. Al final del proceso se evidenció la disminución de los síntomas depresivos, cambio tanto en sus esquemas mentales como en su conducta, lo cual se corroboró con el post test y los registros conductuales en las diez sesiones de intervención. Se cumplieron a cabalidad los objetivos planteados, se realizó un seguimiento en sesión a los quince días y a los dos meses, concluyendo una postura activa por parte del consultante ante los eventos, por lo tanto, se reafirma la efectividad del modelo cognitivo conductual.

**PALABRAS CLAVE:**

Depresión, activación conductual, intervención, reestructuración cognitiva, evaluación, seguimiento

**Vº Bº DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO**

**GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE**

**TITLE:** Application of cognitive behavioral therapy to a case of recurrent depressive disorder

**AUTHOR(S):** Nubia Cruz Paredes

**FACULTY:** Esp. en Psicología Clínica

**DIRECTOR:** Paula Fernanda Pérez Rivero

**ABSTRACT**

The present monograph shows a cognitive-behavioral intervention in a single case study advanced with a 17-year-old boy, in which the diagnosis of "recurrent depressive disorder, severe depressive episode present without psychotic signs" was corroborated. A process of cognitive behavioral intervention was structured and developed (Beck, 1991) with behavioral and cognitive techniques such as cognitive restructuring, detention and control of automatic thoughts, psychoeducation and problem solving. The clinical interview, the behavioral observation were used to evaluate the case and the Suicide Risk Scale, the Modified Coping Strategies Scale (EEC-M) and Beck's depression inventory were applied. Through the results of the initial evaluation, an intervention plan was formulated with objectives subscribed to the exposure of environmental reinforcers by the consultant and reduction of depressive symptoms. At the end of the process, there was a decrease in depressive symptoms, a change in both their mental schemes and their behavior, which was corroborated with the post test and behavioral records in the ten intervention sessions. The objectives set were fully met, a follow-up session was carried out at fifteen days and two months, concluding an active posture by the consultant to the events, therefore, the effectiveness of the cognitive behavioral model is reaffirmed.

**KEYWORDS:**

Depression, behavioral activation, intervention, cognitive restructuring, evaluation, monitoring

**V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK**



## **Introducción**

### **Presentación**

El presente trabajo tiene como principal objetivo describir la intervención terapéutica realizada en el caso de un joven de 17 años, diagnosticado con trastorno depresivo recurrente, observándose episodios depresivos graves sin signos psicóticos, a quien se remite y aplica terapia cognitiva conductual.

El trabajo se encuentra comprendido por seis capítulos, el primero de ellos abarca los objetivos general y específicos; en el segundo apartado se exponen las bases teóricas en las cuales se fundamenta el trastorno depresivo y el modelo cognitivo conductual de Beck. El tercer capítulo comprende el diseño metodológico utilizado, participante seleccionado, instrumentos de evaluación y procedimiento realizado para alcanzar las metas propuestas. El cuarto apartado busca socializar los logros alcanzados, la formulación del caso y sus respectivas hipótesis. Para el quinto apartado, se plasma la discusión y las conclusiones. En el sexto capítulo se listan las referencias, y por último se encuentran los anexos.

## **1. Objetivos**

### **1.1 Objetivo General**

Desarrollar plan de evaluación e intervención clínica desde el modelo cognitivo conductual en adolescente con trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave, sin signos psicóticos.

### **1.2 Objetivos Específicos**

Proponer técnicas de intervención terapéuticas desde el enfoque cognitivo conductual de acuerdo a la problemática del consultante.

Identificar factores de riesgo protectores, mantenedores y reforzadores de su sintomatología depresiva.

Disminuir la sintomatología depresiva en el consultante mediante la terapia cognitivo conductual.

## 2. Bases Teóricas

### 2.1 Trastorno depresivo

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (2017), el trastorno depresivo afecta a más de 300 millones de personas en el mundo, lo que convierte a este trastorno del estado de ánimo en una problemática de salud pública mundial (Ministerio de Salud, 2015), ocupando así el quinto lugar en el mundo. Colombia no es la excepción al aumento de esta sintomatología, ya que según reportes oficiales del Ministerio de Salud, para el año 2015 ocupaba el quinto puesto como uno de los países latinoamericanos con mayor presencia de esta afección. Asimismo, la Encuesta Nacional de Salud Mental en Colombia (2015) estima que a nivel nacional alrededor del 10% de la población presentan depresión, en mayor medida las mujeres con un índice de prevalencia del 6,5% que se ubica por encima de los hombres (3,5%).

Por otra parte, Wenzel, Brown y Beck (2009), refieren que la depresión se caracteriza por la pérdida de placer, sentimientos de culpa, tristeza, baja autoestima alteraciones en el patrón del sueño y alimentación, sensación de cansancio, disminución de energía, puede ser leve o moderado y de ello depende su tratamiento. Para Álvaro, Garrido y Schweiger (2010) es un trastorno de la personalidad de carácter afectivo, cognitivo y comportamental, que desde el enfoque cognitivo conductual se describe como una consecuencia de la falta de refuerzo o de la no contingencia entre conductas y esfuerzos, contrario a la corriente cognitiva que afirma que es el resultado de pensamientos inadecuados, distorsionados que el individuo presenta y con los cuales interpreta la realidad de manera negativa y errónea (Álvaro, Garrido y Schweiger, 2010).

Los estudios realizados por Caspi, Hariri, Holmes, Uher y Moffitt (2010), Karg, Burmesister, Shedden y Sen (2011), mencionan que esta sintomatología es multicausal por lo que intervienen diversas variables psicológicas, biológicas, sociales y ambientales relacionadas con el individuo. Autores como Mejía (2011) y Sandin (2003) consideran que ésta también puede estar asociada a problemas parentales, factores hereditarios y relacionados a la estructura familiar, no solo en su aparición sino también como factores protectores.

Para autores como Beck (1967), el trastorno depresivo es la manera en la que las personas estructuran el mundo de sus cogniciones, lo cual genera ideas autodestructivas que pueden ser irracionales y difíciles de comprobar empíricamente. Al analizarlo desde el modelo cognitivo-conductual, este se percibe como un problema psicológico, formado por una disposición mental negativa a través de la cual las personas buscan explicar diferentes contextos cotidianos y acontecimientos vividos (Rivadeneira, Dahab y Minici, 2013). Es así como la depresión se caracteriza por su causa, intensidad, sintomatología, cronicidad, curso y comportamiento epidemiológico, es decir, desde la perspectiva de los síntomas y síndromes (Caballero, 2006).

En el caso de la perspectiva cognitiva, también se considera la depresión como un trastorno asociado principalmente a errores en el proceso de la información, los cuales pueden llegar a mantener al individuo con presencia constante de dicha sintomatología, debido a que se encuentra asociada a la presencia de diferentes distorsiones cognitivas que según Beck (1983) imposibilitan múltiples funciones ejecutivas. Algunas de estas distorsiones son:

Abstracción selectiva: Trata detalles extraídos en otros contextos, omitiendo algunas particularidades del contexto y explica toda práctica en base a ese segmento.

Inferencia arbitraria: Juicio por el cual se plantea una conclusión sin la evidencia que la apoye o ella sea contraria a la conducta.

Personalización: Predisposición a la facilidad de las personas, para atribuir a sí mismo fenómenos externos cuando no existen una base firme para hacer la conexión.

Generación excesiva: Elaborar una regla general a partir de uno o varios hechos aislados utilizando el conocimiento tanto a situaciones relacionadas como a situaciones inconexas.

Maximización y minimización: permanecen expresadas en los errores cometidos al valorar la importancia o dimensión de un evento; errores de tal dimensión que instituyen una distorsión.

Según lo anterior, se puede evidencia que el modelo cognitivo postula una serie de hipótesis que puedan dar cuenta y explicar predisposición, duración y la aparición de la depresión, que gira entorno a la percepción de experiencias tempranas que configuradas erróneamente proporcionan la base para formar conceptos negativos sobre sí mismo, el futuro y el mundo (Gómez, 2007). Estos conceptos negativos (esquemas) pueden permanecer latentes y activarse por determinadas circunstancias análogas a las experiencias inicialmente responsables de la información de las actitudes negativas (Figuroa, 2002).

## **2.2 Terapia Cognitiva Conductual para la Depresión**

Este tipo de terapia fue desarrollada por Aaron Beck en Norteamérica a finales de los años cincuenta (Beck, 1991), la cual tuvo gran acogida por ser un procedimiento planteado particularmente para depresión. Dentro de sus principales características se encuentran la de tener una duración breve, de carácter directivo, y ordenado, además de que se enfoca en el ahora, brindando al sujeto instrumentos necesarios para enfrentar sus problemas más cercanos. Se basa en el modelo cognitivo en el que las intervenciones de los hechos influyen sobre las emociones y

el comportamiento de la persona, estos van encaminados al proceso que se da entre los esquemas y la realidad, las cuales influyen en el proceso de percepción, además se complementan con fármacos (Chávez, Benítez y Ontiveros, 2014; Gonzáles y Valdez, 2011).

Fue utilizado originalmente por Barlett (1932), para todas las líneas cognitivas al referirse a procesos relacionados con la memoria, mencionado posteriormente por Piaget (1951) y Neisser (1967), quienes lo concretaron cómo la organización encargada de los mecanismos que dirigen la atención selectiva y la percepción poseen influencia sobre la presencia de dicha sintomatología. Posteriormente fue reformulado y ampliamente utilizado por Beck (1979), quien refiere que los esquemas son patrones cognitivos relativamente estables que establecen la base de la regularidad de las interpretaciones de la realidad, por lo que las las personas utilizan sus esquemas para delimitar, recopilar, diversificar y atribuir significaciones a los datos del mundo (Camacho, 2003).

Según Beck, Rush, Shaw & Emery (1983), es necesario analizar tres factores importantes que identifican el trastorno depresivo: triada cognitiva, los esquemas de los pensamientos y los errores de los pensamientos de la información, el primero hace referencia a dichos pensamientos relacionados a un yo imperfecto, un mundo hostil y un futuro desesperanzador (Wenzel y Brown, 2009); los esquemas y errores de pensamiento se encuentran relacionados ampliamente con la percepción de los datos percibidos por el sujeto que usualmente son distorsionados y poseen una connotación negativa (Tobar, Grajales y Sarmiento, 2016).

Dentro de sus principales tratamientos encontramos el modelo de Beck el cual se centra en los resultados de investigación y permite garantizar la eficacia de los tratamientos. (Korman y Guido Pablo, 2011) De acuerdo a este modelo, se puede decir que la depresión inicia y se

conserva por la interacción que hace la persona de sí mismo, del mundo y del futuro que lo impulsa a pensar que todo en la vida es malo y que no hay razón para continuar. Beck (1976) considera que el sujeto interpreta sus experiencias, con las cuales estructura su mundo, así mismo crean una serie de esquemas que se incorporan al proceso de aprendizaje, por lo que por medio de estas percepciones es que interactúa y reacciona con su entorno.

En cuanto a la evidencia empírica de la terapia cognitivo conductual en intervenciones relacionadas al trastorno depresivo, se encontró intervención bajo este modelo realizado por Antón, García y García (2016), en el que se aplicó a una adolescente con presencia de sintomatología depresiva mayor activación conductual, entrenamiento en respiración diafragmática, autoinstrucciones, técnicas de asertividad y reestructuración cognitiva, que tuvieron una alta eficacia en el proceso de recuperación y tratamiento de la menor. Debido a que los terapeutas lograron reducir en gran medida la presencia de sintomatología depresiva, por lo que resaltan la eficacia de este tipo de terapias para el abordaje de este trastorno.

Igualmente, se encontraron dos estudios más sobre intervención de tipo cognitivo conductual en dos casos de depresión recurrente, el primero expone el caso clínico de una mujer de 33 años de edad, estudiante universitaria quien acude a terapia debido la presencia constante de sentimientos de tristeza, desesperanza, insatisfacción y desinterés. En este caso, los autores aplicaron una serie de reestructuraciones cognitivas, activación emocional y entrenamiento conductual en habilidades sociales, herramientas aplicadas que facilitaron el proceso de intervención y el cumplimiento de objetivos terapéuticos.

Finalmente, el otro estudio encontrado fue el abordaje de un caso de una paciente de 36 años de edad que presenta distimia y que permaneció 12 sesiones bajo tratamiento cognitivo

conductual, en el desarrollo de dichas intervenciones se aplicaron técnicas relacionadas al autorregistro, reestructuración cognitiva y técnicas de relajación. Este proceso evidenció una disminución de factores negativos en la paciente, dejando claro que ha habido una mejoría tras la aplicación de este modelo terapéutico, dicha paciente fue dada de alta de hospitalización (Ortega y Ortiz, 2013).



### 3. Metodología

#### 3.1 Diseño

Para este caso se propuso un estudio bajo el diseño ABA, que incluye una primera fase de evaluación o recolección de datos (A), una segunda fase de tratamiento (B) y una tercera fase de retirada y finalización de la intervención (A) (Montero y León, 2002).

#### 3.2. Participantes

Se seleccionó uno de los 15 consultantes atendidos para la formulación y estudio de caso. Dicha selección se realizó bajo criterios tales como: número y sesiones realizadas, cumplimiento, permanencia en el proceso terapéutico, motivación al cambio, posibilidad de realizar seguimiento, y compromiso y acompañamiento del núcleo familiar.

El participante elegido fue un adolescente de 17 años, estudiante universitario primer semestre de Comunicación social, familia mono parietal, hijo único, ambiente familiar conflictivo, padres profesionales, diagnosticado con trastorno depresivo, cuyo motivo de consulta fue “No le encuentro sentido a mi vida, todo es un desastre, mis padres no me escuchan, si me muero ellos descansan”.

#### 3.3 Instrumentos

**Consentimiento informado.** Documento legal elaborado siguiendo los estatutos de la Ley 1090 de 2006, en el cual se informa sobre el proceso de intervención, los riesgos, beneficios, consecuencias, etc.; y constituye una declaración de la voluntad emitida por el consultante (Anexo 1).

**Formato de registro en sesión y observación conductual.** Elaborado por el terapeuta con el fin de evaluar el comportamiento tanto verbal como no verbal y llevar a cabo una comparación de conductas en el transcurso de las sesiones (Anexo 2). También permite evaluar el contenido del discurso suministrado por el consultante facilitando la observación de la evolución de la sintomatología.

**Inventario de Depresión de Beck (Beck, Steer, & Brown, 1996).** Consta de 21 ítems, que incorporan los criterios diagnósticos básicos, resaltando la autopercepción del sujeto frente a aspectos conductuales, humor, pesimismo, sollozos, sentido de fracaso, falta de satisfacción, sentimiento de culpa, sentimientos de castigo, auto- odio, auto-acusación irritabilidad, indecisión, aislamiento social, inhibición en el trabajo, imagen corporal, problemas de sueño, pérdida de peso, pérdida de apetito, preocupaciones somáticas y pérdida de libido (Anexo 3).

**Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M) (modificada y validada en Colombia por Londoño et al., 2006).** Instrumento de evaluación frecuentemente empleado en el ámbito clínico para evaluar estrategias de afrontamiento (Anexo 4). Está compuesta por 98 ítems, con opciones de respuesta tipo Likert, que va desde 1 Nunca a 6 Siempre. Se encuentra reagrupada en 12 factores: solución de problemas, apoyo social, espera, religión, evitación emocional, búsqueda de apoyo profesional, reacción agresiva, evitación cognitiva, expresión de la dificultad de afrontamiento, reevaluación positiva, negación y autonomía. Su alfa de Cronbach es de 0,847 (Londoño et al., 2006).

**Escala de riesgo suicida.** Identificación de los factores que aumentan o disminuyen el nivel de riesgo suicida, su puntuación es leve (1-5), Moderada (6-9) o alta (mayor a 10) (Anexo 5).

**Formatos de autorregistro conductual y registros cognitivos conductuales.** Técnica de medición de las conductas, tal como estas ocurren, consiste en llevar a cabo anotaciones del número de veces en que se presenta un comportamiento, mediante la observación, basándose en los principios básicos.

**Formato de historia clínica desarrollado por la clínica REMY.** Se registró la información pertinente de la vida del consultante, como lo es el motivo de consulta, situación familiar, social, laboral, percepción subjetiva de la situación, examen mental a la hora de la consulta, intentos previos de resolución, historial de consumo de sustancias psicoactivas y demás situaciones de riesgo.

### **3.4 Procedimiento**

La totalidad del proceso se desarrolló en tres fases:

Fase 1: Evaluación. Se realizó la firma del consentimiento informado por parte del consultante según lo establecido por el Código Deontológico del Psicólogo, después, se llevó a cabo el diligenciamiento de la historia clínica y la aplicación de la escala de riesgo suicida. Asimismo, también se aplicó la Escala de Depresión de Beck y la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M); además, se diligenció el formato de autorregistro y de observación conductual en cada sesión.

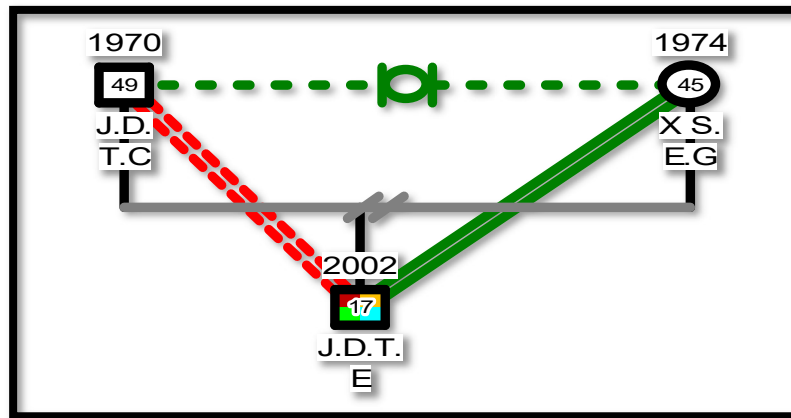
Fase 2: Intervención. Los objetivos centrales eran disminuir la sintomatología depresiva en el consultante, y fortalecer las esferas sociales, personales y familiares, posibilitando la postura activa frente a las situaciones estresantes. Fueron un total de 10 sesiones de 60 minutos cada una en las que se fortaleció la resolución de problemas y el diálogo.

Fase 3: Seguimiento. Tuvo una duración de dos sesiones presenciales de 40 minutos cada una. La primera sucedió a los 15 días, y se aplicó el post-test; en la última fase, a los dos meses se retroalimentaron los resultados finales, concernientes a factores de riesgo y evitación de recaídas. Se fortalece el entrenamiento y desarrollo de habilidades sociales, y vincular su red de apoyo.

## 4. Resultados

### 4.1 Presentación del caso

Figura 1. Genograma del caso J.D.T.E.



**D.T.E.** es un joven adolescente de 17 años, natural de Bucaramanga, quien actualmente reside en Floridablanca. Refiere que es hijo de padres profesionales, siendo la madre docente Universitaria y el padre ingeniero de manera independiente. Describe un ambiente familiar conflictivo debido a la separación de sus padres, desde los tres años vive con su madre pero hace tiempo ella viaja al extranjero dejándolo al cuidado de los abuelos maternos, con quienes mantiene una buena relación. Se ve ocasionalmente con su padre, a quien considera que solo le ayuda económicamente. Su tiempo libre lo comparte con su novia quien conoció desde hace cinco meses, la cual considera que lo entiende y lo escucha, considera que ella lleva una vida similar, ya que se encuentra diagnosticada con trastorno depresivo.

**Motivo de consulta.** El consultante expresa “No le encuentro sentido a mi vida, todo es un desastre, mis padres no me escuchan, si me muero ellos descansan”. Remitido por psiquiatría para terapia individual.

**Problema.** Dificultad en mantener buenas relaciones, disminución de su autocuidado. Asimismo, presenta cansancio, falta de energía, poca motivación para iniciar actividades y mantiene ideas negativas sobre su futuro. Se reconoce la presencia de ideas de muerte y un intento de suicidio fallido. Baja adherencia al tratamiento. Frente a su contexto social se observa que se encuentra debilitado y su red de apoyo más cercana es su novia, quien también presenta sintomatología depresiva.

**Descripción del Problema.** Paciente de 17 años quien mantiene una relación distante con sus padres y reconoce que en la actualidad sus principales redes de apoyo son sus abuelos maternos debido a que posee una relación distante y dificultades en la comunicación con sus padres. Por otra parte, se evidencia deterioro notorio en el contexto social debido a que el paciente se ha aislado de su entorno voluntariamente ya que mantiene ideas negativas y pesimistas sobre sí mismo y el mundo que constantemente reafirma con interpretaciones erróneas de su entorno, en esta dimensión se reconoce la relación de noviazgo que posee como factor de apoyo y protección. Paciente posee ideas de muerte y ha presentado intentos de suicidio, se identifica como factor de riesgo su baja adherencia al tratamiento tanto farmacológico como de psicología

## 4.2 Historia de ciclo de vida

J.D.T.E. es un joven adolescente de 17 años, natural de Bucaramanga, reside en Floridablanca. Durante su infancia perteneció a un núcleo familiar monoparental, sus primeros años vivió con su madre, con quien describe una relación distante. Cree que para sus padres es suficiente brindar una buena estabilidad económica, pero considera que le hace falta afecto y comprensión. Durante su infancia fue un niño inquieto e hiperactivo, estuvo estudiando en tres colegios, porque a la mamá le incomodaba que él se relacionara con niños que no estuvieran en un mismo nivel socioeconómico, durante los dos últimos años de secundaria tuvo un cambio drástico ya que fue llevado a un colegio religioso al cual nunca logro adaptarse. Actualmente, se encuentra cursando estudios de comunicación social, pero asegura no se siente bien, no encuentra sentido a la vida, cree que escogió la carrera más por presión que por gusto, afirma: “no me veo a futuro pagando deudas, mi vida me parece aburrida, todo me da igual, nada me importa”; niega alucinaciones, niega alteraciones del patrón del sueño y de la alimentación. Este joven tiene antecedentes de trastorno por déficit e hiperactividad (TDAH) con tratamiento por médico psiquiatra con poca adherencia al tratamiento.

### **Ciclo Vital**

**Embarazo.** El consultante no reportó información. Afirmó que no tenía conocimiento de cómo fue su embarazo, ni otra información alguna

**Infancia.** El consultante refiere que su infancia no fue muy agradable, dado que sus padres no le permitían compartir con otros niños de su edad, era un niño muy inquieto, expresaba poco interés por realizar las cosas porque consideraba que todo lo que a él le generaba alegría, a los padres les disgustaba.

**Adolescencia.** La relación familiar siguió deteriorada, no encontraba agrado por lo que realizaba, inicia tratamiento por psicología con poca adherencia al tratamiento, refiere “hace días me sentía muy mal, hable con mi mamá pero veo que para ella eso no es importante, porque siempre está muy ocupada”.

### 4.3 Análisis funcional

Algunas situaciones asociadas al origen de la sintomatología son las constantes agresiones verbales de su padre y la posterior escasa demostración de afecto, así como el aislamiento social, que ha contribuido a la evocación constante de los recuerdos negativos de su infancia. El cual se vio enmarcado en la dependencia económica por parte de sus padres, y contribuye al miedo del consultante por establecer nuevas relaciones interpersonales, en especial con personas de otros estratos socioeconómicos. Siendo lo anterior una forma particular de entender selectivamente a estímulos específicos los cuales combina conceptualiza e interpreta a partir de sus propios esquemas mentales, para transformar en cogniciones (Estévez y Calvete, 2009)

Esta patología también puede estar asociada a errores de procesamiento de información, que hacen referencia a los errores que mantiene la persona con depresión y que al mismo tiempo soportan la creencia del consultante en la validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de evidencia contraria. Algunas de las diferentes distorsiones cognitivas que se presentan según Beck (1983) son:

**Inferencia arbitraria:** Proceso mediante el cual se adelanta una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria a la conducta.

**Abstracción selectiva:** se centra en un detalle extraído fuera de su contexto, ignorando otras características más de la situación y conceptualizar toda la experiencia en base a ese fragmento.



Generación excesiva: proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a situaciones inconexas.

Maximización y minimización: errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un evento, errores de tal calibre que constituyen una distorsión.

Personalización: tendencia a la facilidad del consultante para atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existen una base firme para hacer la conexión.

Se puede observar que el modelo cognitivo ofrece una hipótesis acerca de la predisposición y la aparición de la depresión que giran en torno a cómo las experiencias tempranas proporcionan la base para formar conceptos negativos sobre uno mismo, el futuro y el mundo. Estos conceptos negativos (esquemas) pueden permanecer latentes y ser activos por determinadas circunstancias análogas a las experiencias inicialmente responsables de la información de las actitudes negativas (Figuroa, 2002).

## 4.4 Conductas problema

### 4.4.1 Dimensión verbal.

**Quejas verbales.** El consultante refiere “no encuentro ninguna razón para seguir viviendo, le he perdido gusto a lo que hago, toda mi vida la han manejado mis padres”. Se percibe un discurso de baja autoestima y culpabilidad excesiva.

El consultante pasaba gran parte del día albergando pensamientos e ideas suicidas reforzados con la observación de videos de “que indicaban la forma de hacer daño” generalmente a distorsiones cognitivas y esquemas irracionales, por lo que se infiere que el consultante experimentara una autoimagen y auto conceptos deteriorados hacia el sentido de la vida.

**Pensamiento catastrofista.** “No le encuentro sentido a mi vida, todo es problema, nadie me entiende pido ayuda cuando me siento mal y nadie me escucha, mis padres creen que la parte económica es lo más importarte”

**Dificultad en toma de decisiones.** El consultante se le dificultaba tomar un papel activo ante su situación por lo que no generaba decisiones que le permitieran mayor estabilidad emocional (no se evidencia conciencia del problema).

### 4.4.2 Dimensión emocional.

1. Incremento en la frecuencia e intensidad ideas minusválidas, motivados por pensamientos de tristeza y en ocasiones reactividad emocional mutismo y evasión de contacto visual, tiende a auto agredirse se dirige con palabras negativas hacia el futuro.

2. Apatía: perdida de interés en actividades que antiguamente generaban disfrute y eran placenteras, lo cual refiere lo hizo por prevenir discusiones con sus padres.

#### **4.4.3 Dimensión fisiológica**

1. Patrón somatomorfo: dolor, somnolencia, fatiga y aburrimiento.

#### **4.4.4 Dimensión social y relaciones interpersonales**

1. Aislamiento social: pasa lapsos de tiempo prolongados en casa de la novia, considera que ella es la única persona que lo entiende. Los círculos sociales están disminuidos por lo que corta contacto con red de apoyo y compañeros de universidad.
2. Descuido de presentación personal: escasa motivación en cuanto a su presentación personal. Centra su interés en la frustración al no haber podido dirigir su vida.

### **4.5 Antecedentes**

#### **4.5.1 Antecedentes remotos**

1. Estado de ánimo deprimido durante infancia con exposición al aislamiento social por prohibiciones de la madre.
2. Antecedentes de trastorno por déficit e hiperactividad (TDAH) con tratamiento por médico psiquiatra con poca adherencia al mismo.

#### **4.5.2 Antecedentes recientes**

1. Dificultades en la relación con sus padres, quienes cruzan sus límites y autonomía.
2. Inseguridad, frustración ante situaciones que le generen responsabilidad, baja autoestima.

#### **Consecuentes**

1. Estados agudos de malestar.
2. Estados de inactividad prolongados dentro de la casa, y la universidad sin realizar actividad.

3. Reactividad en ocasiones contra su padre.
4. Incapacidad para el desempeño de actividades relajantes o de ocio.
5. Pensamientos de inutilidad, desesperanza y minusvalía constantes.

#### 4.6 Formulación del caso

**Hipótesis de origen.** Según (Beck, 1976, citado por Peterson y Seligman, 1985) el consultante ha vivido sucesos estresantes que estimulan la generación de estructuras o esquemas cognitivos negativos; estos esquemas son creencias o supuestos básicos disfuncionales, mantenidos, que regulan la información sobre sí mismo “esquemas de si”. Esta información esta almacenada en la memoria a largo plazo, e incluye reglas para autoevaluación; en este sentido una persona con depresión puede tener una cantidad de “auto esquemas” que permanecen latentes y no están sujetos a análisis racional, hasta que son activados por eventos interconectados, ellos son los que subyacen a todas las condiciones negativas y constituyen el núcleo de la afección que hay que intervenir (Kovacs & Beck, 1978). Otras situaciones asociadas al origen de la sintomatología son las constantes agresiones verbales de su padre y la posterior escasa demostración de afecto.

La dependencia económica hacia sus padres reforzó negativamente en el aislamiento social, presentándose en los diferentes contextos y/o dimensiones de su vida, y generando en el consultante miedo a establecer relaciones sociales, especialmente con personas de otros estratos socioeconómicos. De igual forma, las creencias sesgadas de los padres sobre la priorización de la parte económica son una forma particular de entender selectivamente estímulos específicos que se combinan, conceptualizan e interpreta a partir de sus propios esquemas mentales. En ese sentido, el esquema es la base para transformar los datos en cogniciones (Estévez y Calvete, 2009).

**Hipótesis de mantenimiento.** La problemática del consultante es mantenida por un procesamiento de esquemas de pensamiento irracional e inflexible de inseguridad excesiva que se refleja a su vez en una conducta con predominancia de episodios de inapetencia, irritabilidad, imagen negativa de sí misma y del futuro, una disminución de acciones. Para Beck (2010) los componentes de la triada cognitiva se centran en la visión negativa del consultante acerca de sí mismo, atribuyendo todas sus malas experiencias a un defecto propio, mental o físico; así como también la tendencia del consultante a interpretar sus eventos personales de una forma negativa, encontrando explicaciones del entorno para su problemática, haciendo que finalmente el consultante tenga una visión negativa acerca de su futuro. Paralelamente, diversas características personales actúan como factores que mantienen los esquemas ya establecidos, como:

#### **Factores de predisposición**

- Desconfianza
- Pensamientos negativos de sí mismo (inseguridad)
- Dependencia Emocional
- Dependencia Económica.

#### **Factores de adquisición.**

- Falta de apoyo familiar
- Tenor por asumir nuevos retos.
- Visión negativa hacia el futuro.

#### **Factores de mantenimiento**

- Déficit de habilidades sociales
- Déficit de habilidades comunicacionales.
- Visión negativa hacia el futuro.

### **Factores Protectores**

- Ambiente académico.
- Red de apoyo (la novia)

Adicionalmente la condición vivida en su infancia lo cataloga como un factor de estrés que ayuda tanto a la aparición como al mantenimiento de la sintomatología depresiva.

### **4.7 Impresión diagnóstica**

296.33 (F332) Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente sin signos psicóticos.

Según la sintomatología presentada por el consultante y utilizando el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales quinta edición (2014), se logró constatar el cumplimiento de los siguientes criterios diagnósticos en el consultante:

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días según datos obtenidos en la entrevista.
2. Bajo interés o placer para realizar todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, todos los días.
3. Insomnio de conciliación todos los días.
4. Sentimientos de minusvalía, culpabilidad excesiva o inapropiada frecuentemente.

5. Ideas de muerte pasivas, con ideas de suicidio estructuradas en el momento, no alucinaciones.

6. Malestar clínicamente, significativo deterioro social, académico y familiar.

7. El episodio presentado se puede atribuir a la falta de atención y cuidado no se considera este relacionada a efectos fisiológicos u otra afección medica

8. El trastorno depresivo del consultante podríamos explicarlo como asociada al espectro esquizofrénico.

9. Niega haber presentado episodios maniáticos o hipomaniacos.

El cumplimiento de los anteriores criterios diagnósticos son suficientes para dictaminar un trastorno de depresión mayor (American Psychiatric Association, 2014). De igual manera, para diagnosticar las características melancólicas se cumplieron los siguientes criterios:

1. Bajo interés y placer por las actividades que le eran placenteras.

2. Falta de reactividad a estímulos generalmente placenteros.

3. Decaimiento total.

4. Culpa excesiva, inapropiada.

5. La depresión acostumbra a ser peor en la mañana.

#### **4.8 Diagnóstico diferencial**

Debido a que frecuentemente se cumplen criterios de varios trastornos ya que presentan características comunes, se hace necesario establecer un diagnóstico diferencial, respecto a otras patologías. Uno de estos pueden ser los síntomas depresivos presentados en la depresión mayor y en el F60.1 Trastorno de personalidad límite. Para esto, hay que fijarse en los comentarios referidos por el paciente, teniendo en cuenta que los síntomas de la depresión mayor se basan en la culpa y

la pérdida, y los síntomas del TLP en las alteraciones de identidad y en conflictos de dependencia e independencia (Caballo y Camacho, 2000).

Asimismo, también encontramos el F60.7 Trastorno distímico, que es aquel en el cual los síntomas son crónicos pues tienen una duración mayor que en la depresión, y se presentan de forma continua por un período mínimo de 2 años; no obstante, la severidad e intensidad de los síntomas en este caso es menor, y no aplican con el curso y la evolución del problema manifiesto en D.T.E

#### **4.9 Plan de intervención**

Se desarrollaron diez (10) sesiones de intervenciones de 1 hora, en las cuales se realizó evaluación, impresión diagnóstica e intervención cognitivo - conductual con un intervalo de 8 días.

El plan de intervención buscaba:

Hacer aproximaciones en los ambientes cambiando algunas rutinas y conductas.

Mejorar su auto concepto. Entrenar y desarrollar habilidades sociales. Vincular su red de apoyo.

Realizar entrenamiento asertivo que le permita al consultante comunicarse de manera eficaz manifestando sus propias inconformidades en todos los ámbitos en los cuales se desenvuelve (pareja, relaciones familiares y sociales)

Ejecutar la programación de actividades que le permitan al consultante gratificaciones y sirvan como actividades distractoras en el momento de malestar emocional.

Evitar la recaída mediante el monitoreo de síntomas, reestructuración cognitiva y resolución de problemas.

Entrenar al consultante para que utilice procedimientos de distracción cognitiva, para que pueda posteriormente utilizarlas y practicarlas en las tareas para la casa.



Mediante el ensayo de conductas analizar y debatir las distintas creencias irracionales asociadas a la situación de malestar y ensayar creencias racionales para cada situación.

#### **4.9.1 Sesión 1, 2.**

Toma y consignación de datos personales, escucha activa del consultante.

Objetivo: Elaborar historia clínica e identificación del problema.

Técnicas utilizadas: entrevista clínica semi estructurada.

Actividades Realizadas: Escuchar activamente al consultante. Elaboración de historia clínica, indagación de los elementos relacionados con las conductas problema y observación conductual, aplicación de la escala de riesgo suicida, brindar psi coeducación enfocada a sensibilizar al consultante para que logre reconocer la importancia de iniciar un tratamiento, y, auto registros.

#### **4.9.2 Sesión 3.**

Aplicación de la escala de estrategias de coping modificada (eec-m)

Objetivo: Identificar Factores clínicos relevantes en cuanto a sus comportamientos.

Técnicas utilizadas entrevista y test.

Actividades Realizadas: Brindar psi coeducación enfocada a la aplicación del test, sobre sus objetivos.

#### **4.9.3 Sesión: 4.**

Socialización de los resultados arrojados en la escala aplicada y aplicación del test Escala de depresión de Beck.

Objetivo: Corroborar la información obtenida en el test, asimismo se revisa el estado de depresión del consultante.

Técnicas utilizadas test Escala de Depresión de Beck

Actividades Realizadas: Se socializan los resultados arrojados del test aplicado, y se brinda psicoeducación enfocada a la aplicación del test, escala de Depresión resaltando la importancia de corroborar diagnóstico.

#### **4.9.4 Sesión 5.**

Psicoterapia educativa bajo el modelo cognitivo conductual

Objetivo: Identificar factores de riesgo protectores, mantenedores y reforzadores de su sintomatología depresiva

Técnicas utilizadas: Charla psicoeducativa.

Actividades Realizadas.

Intervención bajo el modelo cognitivo conductual en la cual le damos la oportunidad al consultante de expresar todo aquello que pueda estar afectando en su patología.

#### **4.9.5 Sesión 6-7.**

Psicoterapia educativa bajo el modelo cognitivo conductual.

Objetivo: Fortalecer redes de apoyo

Técnicas utilizadas: Charla psicoeducativa.

Actividades Realizadas: Psicoeducación en pautas de crianza, signos de alarma y redes de apoyo, factores protectores, hábitos de vida saludable, dirigida a los padres.

#### **4.9.6 Sesión 8, 9, 10**

Psicoterapia educativa bajo la terapia cognitivo conductual.

Objetivo: Disminuir la sintomatología depresiva en el consultante mediante la terapia cognitivo conductual.

Técnicas utilizadas: Charla psicoeducativa.

Actividades Realizadas: Entrenamiento en habilidades Sociales, aumento de autoestima, se trabaja con la tarea “Avisó Clasificado”, y Resolución de conflictos.

#### **4.10 Resultados de la intervención**

El siguiente apartado presenta los resultados conseguidos en el proceso de evaluación e intervención desarrollado con el consultante, bajo el modelo cognitivo conductual, específicamente mediante la terapia cognitiva para la depresión desarrollada por Beck. Inicialmente se logró evaluar la sintomatología presente con el objetivo de generar un diagnóstico clínico, que posteriormente permitió diseñar y aplicar un plan de intervención.

Cabe destacar que durante todo el proceso de terapia, fue fundamental el uso de la psicoeducación como técnica de intervención, ya que esta permitió que el consultante pudiese comprender y dimensionar las problemáticas que había estado presentando por mucho tiempo y las consecuencias que estas tenían en su vida. Además, esta técnica permitió que el consultante reconociera que tiene un trastorno, el cual debe ser tratado mediante fármacos y psicoterapia, lo cual permite una mayor adherencia al tratamiento.

Como resultado de la intervención, el consultante logró fortalecer conductas que lo mantuvieran en contacto con reforzadores del ambiente, además de entender el origen, de sus esquemas mentales, los factores mantenedores de estos y las consecuencias negativas de sus ideas irracionales de suicidio. La evolución es puesta en manifiesto con verbalizaciones como: “extrañaba la atención que mis padres no me brindaban” o “entiendo que lo que paso con mis padres no es culpa mía, ellos fueron educados de esa forma y cambiarlos en un poco complicado”.

Para realizar un seguimiento de la evolución del consultante se tomaron tres clases de registros: 1) Entrevista clínica y observación conductual, 2) Evaluación de sintomatología con base

en la escala de riesgo suicida, 3) Evaluación de sintomatología con base el Inventario de Depresión de Beck, y 4) Evaluación de sintomatología con base en la Escala de estrategias de *coping* modificada. Es importante aclarar que tanto la Escala de Riesgo Suicida, como el Inventario de Depresión de Beck presentan puntuaciones pre y post intervención con el objetivo de medir la eficacia de la misma.

#### 4.10.1 Entrevista Clínica y Observación Conductual (Verbal y No Verbal).

En la figura 2 se detalla como el consultando a medida que transcurren las sesiones disminuye el mutismo y el llanto. De igual manera, es posible evidenciar en la figura 3, que el consultante modifico paulatinamente el contenido del lenguaje verbal, disminuyendo verbalizaciones de inferioridad minusvalía y culpabilidad, así como también los episodios de llanto y mutismo aumentando el contacto visual entre sesiones. Evidenciando total modificación después de la quinta sesión.

Figura 2. Observación conductual en la sesión.

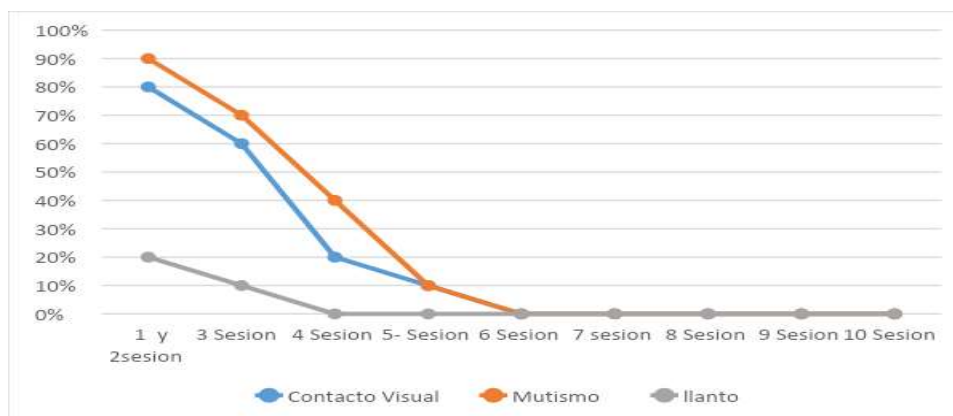
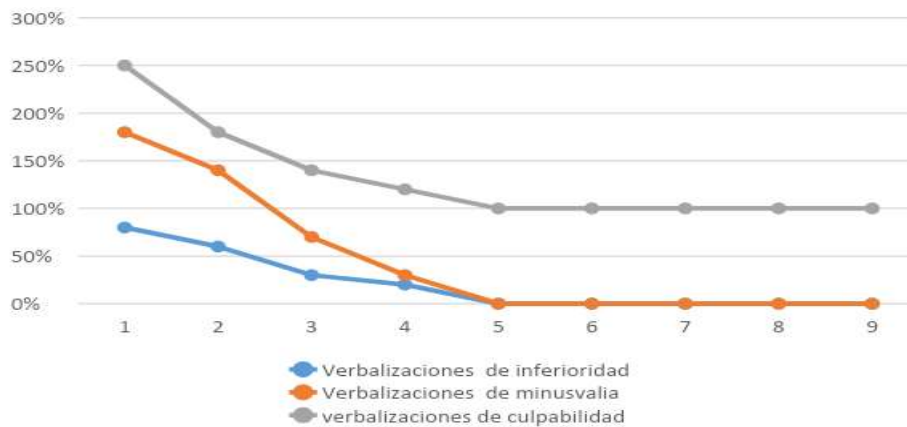


Figura 3. Lenguaje verbal en la sesión.



#### 4.10.2 Escala de Riesgo Suicida.

Luego de realizar la comparación pre test y pos test, se evidencia que el consultante logro disminuir en su totalidad el riesgo de querer atentar con su vida, ya que en el post test todas sus afirmaciones fueron negativas. Se considera que puede darse debido a que su familia se involucró de manera satisfactoria en el proceso terapéutico.

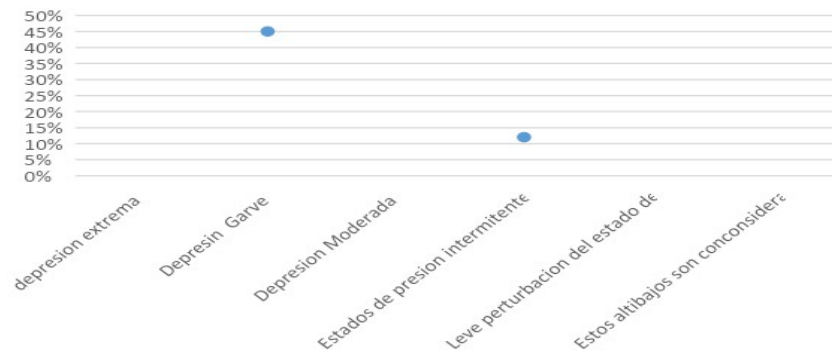
#### 4.10.3 Evaluación de Sintomatología con base el Inventario de Depresión de Beck.

En la aplicación inicial se evidenció un estado depresivo grave caracterizado por ánimo triste, además de perdida de interés en actividades que anteriormente generaban placer, asimismo, dificultad para dormir casi todas las noches, sensación de falta energía durante el día, así como presencia de pensamientos auto lesivos y de suicidio, sintomatología que fue identificada con ayuda de la entrevista clínica.

Después de la intervención. Se llevó a cabo nuevamente la aplicación del test, dando como resultado una puntuación de 12, la cual es considerada Estados de presión intermitentes; debido a que su estado de ánimo durante las últimas semanas estuvo estable, sin la presencia de episodios de inferioridad y minusvalía, el consultante afirmaba percibir mayor energía para afrontar la cotidianidad; además retoma las acciones placenteras que anteriormente había bloqueado.

Adicionalmente desaparecieron los pensamientos autolesivos y suicidas. Por tanto, tal y como se observa en la figura 4 disminuye la sintomatología asociada a la depresión en el consultante.

Figura 4. Resultado Pre y Post-test escala de depresión.



#### 4.10.4 Escala de estrategias de *coping* modificada (EEC-M)

Teniendo en cuenta la información recogida durante el proceso de entrevista y los resultados de la escala, se encuentra que dentro del rango de normalidad existen diferentes factores que utiliza el paciente como estrategias de afrontamiento al estrés, en las cuales está la resolución de conflictos, el buscar ayuda y apoyo social y profesional, la evitación emocional y cognitiva y la reevaluación positiva.

Así mismo, las estrategias de afrontamiento de mayor uso por el paciente se encuentra: El factor 4, religión, enfocado a la utilización de rituales como las oraciones, la fe y ayuda divina como una alternativa para tolerar el problema y/o solucionarlo. Adicionalmente se encontró una alta puntuación en el factor 7, denominado reacción agresiva, el cual se refiere la expresión impulsiva de la emoción de tales como ira y el descontrol emocional ante la frustración del paciente por no resolver la situación problema.

Dentro de los factores de bajo puntaje se encuentra el número 10 denominado expresión de la dificultad de afrontamiento, donde evidencia la dificultad del paciente para expresar las emociones que le generan el problema y por consiguiente llevarlo a generar formas de resolución.

Así como el factor 11 denominado: negación, la cual muestra que el consultante acepta que tiene un problema que lo está afectando, y ese nivel de aceptación ha generado descontrol emocional, generando rechazo entorno a la situación problema. Finalmente se encuentra el factor numero 12 denominado autonomía, dentro de este componente se evidencia baja capacidad del consultante para resolver de manera independiente el problema, lo que demuestra su inclinación por buscar redes de apoyo o profesionales como ayuda para solucionar el problema que le aqueja.

## 5. Discusión

De acuerdo con los resultados obtenidos, se puede afirmar que los objetivos planteados para el presente estudio se cumplieron en su totalidad ya que se identificaron los factores de riesgo, reforzadores y mantenedores de la sintomatología depresiva; permitiendo establecer técnicas de intervención terapéutica con las cuales se realizó un plan de evaluación e intervención acorde a la problemática del consultante, logrando disminuir la sintomatología depresiva. Lo anterior se puede ver reflejado en los puntajes obtenidos por el consultante en la fase de pos-test, tanto en la medida de depresión que se redujo de 35 a 12 en el puntaje total, como la disminución del riesgo suicida evaluada con la misma escala. Además, se confirma la efectividad de una adecuada intervención basada en el modelo cognitivo conductual específicamente la terapia cognitiva para la depresión desarrollada por Beck (1983) para el tratamiento del trastorno depresivo recurrente, logrando una notable modificación de los esquemas mentales del paciente y la conducta del mismo.

Se ha demostrado con datos empíricos que la terapia cognitiva conductual es la más efectiva para ciertos tipos de problemáticas de salud mental entre las que se encuentra la depresión (Barlow, 2014; Barlow, Bullis, Comer y Ametaj, 2013; Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer, y Fang, 2012; Fullana, Fernández, Bulbena y Toro, 2012). De igual forma, Méndez et al (2002) afirman - a partir de la revisión de artículos empíricos- que la terapia cognitivo conductual es aquella que obtiene mejores resultados en el tratamiento psicológico de niños y adolescentes. En este sentido, el presente estudio apoya dicha aseveración puesto que es un modelo que ofrece herramientas útiles para la mejoría de los pacientes, específicamente para el caso de este estudio, el paciente tuvo importantes avances en la disminución del mutismo y el llanto, a la vez que aumentaba el contacto visual y modificaba el contenido del lenguaje verbal, alejándose cada vez más de las



verbalizaciones de inferioridad, minusvalía y culpabilidad que eran frecuentes en la fase inicial de evaluación.

Así mismo, es necesario resaltar la disminución de los pensamientos autolesivos y suicidas como uno de los resultados más relevantes, debido a que directamente proporcional a esto disminuye el riesgo de atentar contra la propia vida, favoreciendo a la vez el aumento en la frecuencia de la realización de actividades placenteras que con anterioridad habían sido bloqueadas por el paciente. Lo que indica que el tratamiento es efectivo para la depresión recurrente con riesgo suicida en adolescentes, cuestión de suma importancia dado que como afirman Melo, Siebra, y Moreira (2016) la depresión y el suicidio tienen una relación muy cercana siendo aún más delicado en el grupo de edad adolescente. Por otra parte, se concluye que la terapia cognitiva debe estar acompañada por habilidades propias del psicólogo que posibilitan la obtención de resultados favorables, esto se relaciona con lo planteado por Bados (2015) quien afirma que existen otros factores que explican la mejoría de los pacientes más allá del modelo que se utilice, tales como la alianza terapéutica, la empatía, la obtención de retroalimentación del paciente, la cohesión en la terapia de grupo, el acuerdo en las metas y tareas, la colaboración y la cordialidad.

En relación a las técnicas, la utilizada principalmente en este estudio fue la psicoeducación, la cual facilita al paciente adolescente un mejor acercamiento al origen de sus esquemas mentales, los factores que lo mantienen y las consecuencias de las ideas irracionales de suicidio, dado que es congruente con lo planteado por Estupiñá (2016) quien en su estudio concluye que dicha técnica debe ser utilizada en todos y cada uno de los pacientes debido a que permite un acercamiento didáctico a la intervención psicológica.

Adicionalmente, se obtiene que luego de la intervención las modificaciones cognitivas y conductuales permanecen en el paciente durante las sesiones de seguimiento lo cual disminuye la

posibilidad de recaídas, tal como lo afirma Puerta y Padilla (2011) quienes luego de hacer una revisión del estado del arte sobre la terapia cognitivo conductual en los tratamientos de depresión aseguran que las técnicas de dicho modelo son útiles en la prevención de recaídas, sin embargo, las mismas autoras mencionan que no existe sustento empírico que respalde la desaparición de los síntomas depresivos a lo largo del tiempo, lo que supone una recomendación para futuras investigaciones que permitan avanzar positivamente sobre el modelo cognitivo conductual para el tratamiento de la depresión.

## 6. Conclusiones

A través del proceso de intervención terapéutico realizado bajo el enfoque cognitivo conductual con un adolescente de 17 años diagnosticado con trastorno depresivo recurrente, se evidencia que este método posibilitó el cumplimiento a cabalidad de los objetivos terapéuticos planteados inicialmente en las sesiones, debido a que se logró disminuir significativamente la sintomatología presentada por el consultante, quien al finalizar las sesiones manifiesta y evidencia una mejoría significativa.

En el trabajo desarrollado con el paciente se evidenció la apertura y disposición al cambio que facilitó el proceso de intervención y de aplicación de herramientas metodológicas como los formatos de autorregistro que permitieron hacer ver al paciente muchas de las conductas y pensamientos intrusivos, desadaptativos y erróneos que brindaba como respuesta ante los factores externo, esto facilitó el proceso de sensibilización y concientización sobre la enfermedad además de promover el compromiso con la terapia.

Durante el proceso terapéutico se resalta que se logró vincular el núcleo familiar en el proceso de tratamiento como elemento concluyente a la hora de la disminución de síntomas, por lo que se contribuyó a que sean ellos la red de apoyo principal que ofrezca un ambiente de protección y bienestar ante el displacer. Debido a que su familia en el transcurso de las sesiones reconoce su poca vinculación emocional y expresan su compromiso a futuro ante el mantenimiento del tratamiento o la posibilidad de que ocurran recaídas.

Asimismo, se reconoce la importancia de la aplicación de técnicas bajo este modelo ya que es uno de los procesos más confiables y eficaces, según la teoría basada en la evidencia, para el tratamiento con presencia de sintomatología. Lo anterior, debido a que agrupa tanto la esfera del

procesamiento de la información (dimensión cognitiva) como la expresión de conductas (dimensión conductual), por lo que permite que el abordaje se realice de forma integral y se traten las problemáticas desde dos perspectivas complementarias e importantes en la aparición y mantenimiento de trastornos como la depresión y otros relacionaos al estado de ánimo.

Se destaca la importancia del trabajo interdisciplinar entre el psiquiatra y el psicólogo, pues permite visualizar al individuo desde diferentes ángulos, además de intercambiar opiniones, discutir casos y fijar pautas de trabajo. Para finalizar, se evidencia también la importancia que posee el rol activo del terapeuta en el desarrollo de las intervenciones, debido a que es relevante mantener una actitud propositiva y en ocasiones directiva con el fin de movilizar al paciente, teniendo en cuenta que las principales características de los trastornos del estado de ánimo y específicamente en el caso de la depresión es la presencia de anhedonia lo cual puede en ocasiones dificultar la adherencia al tratamiento.

### Referencias Bibliográficas

- Álvaro, J., Garrido, A., & Schweiger, I. (2010). Causas sociales de la depresión. Una revisión crítica del modelo atributivo de la depresión. *Revista Internacional de Sociología*, 68(2), 333- 348.
- American Psychiatric Association APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM V* (5ª ed). Bogotá: Panamericana.
- Antón-Menárguez, V., García-Marín, P., & García-Benito, J. (2016). Intervención cognitivo-conductual en un caso de depresión en una adolescente tardía. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 3(1), 45- 52.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2003). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5 Ed). Arlington V.A American Psychiatric Publishing.
- Baddour, S., & Rivera, G. (2013). ¿Podría la activación conductual reemplazar al tratamiento farmacológico en pacientes con cuadros depresivos? *Revista de Estudiantes de Psicología*, 1(3), 16-18.
- Bados, A., & Garcia, E. (2010). *La técnica de la reestructuración cognitiva*. Barcelona: Universitat de Barcelona.
- Bados, A. (2015). ¿Sabemos por qué funciona la terapia cognitiva? *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (116), 11- 13.
- Bartlett, F. (1932). *Remembering: A study in experimental and social psychology*. New York, NY, US: Cambridge University Press.
- Barlow, D.H. (Ed.). (2014). *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (5ªed.). Nueva York: Guilford

- Barlow, D.H., Bullis, J.R., Comer, J.S. & Ametaj, A.A. (2013). Evidence-based psychological treatments: An update and a way forward. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 1–27.
- Baronet, G. (2010). Trastorno del estado de ánimo. *El farmacéutico hospitales* (195)18-25
- Barraca, J. (2009). La activación conductual (AC) y la terapia de activación conductual para la depresión (TACD). Dos protocolos de tratamiento desde el modelo de la activación conductual. *Edupsykhé*, 8(1), 23-50.
- Barraca, J. (2010). Aplicación de la activación conductual en un paciente con sintomatología depresiva. *Clínica y Salud*, 21(2), 183-197.
- Barraca, J. (2010). Tratamiento de Activación Conductual para la Depresión (TACD), Descripción, Técnicas y Aplicación. *Prolepsis*, 3(7), 27-39.
- Beck, A.T. (1961). An Inventory for Mesuring Depression. *Anchieves of Geberal Pschiatry*, 4, 53-63.
- Beck, A.T. (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Harper and Row.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Oxford, England: International Universities Press.
- Beck, A.T. (1979). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Boston: Meridian.
- Beck, A.T. (1983). *Terapia cognitiva de depresión*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Beck, A.T. (1991). Cognitive therapy: A 30-year retrospective. *American Psychologist*, 46(4), 368- 375.
- Beck, A.T., Rush, J., Shaw, B. & Emery, G. (1983). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. España: Desclée De Brouwer

- Bianchi-Salgueiro, J. & Muñoz-Martínez, A. (2014). Activación conductual: revisión histórica, conceptual y empírica. *Psychologia Avances de la Disciplina*, 8(2), 83-89.
- Caballo, V. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI de España Editores S.A.
- Caballo, V. (1997). *Manual para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de los Trastornos Psicológicos*. Madrid: Siglo XXI de España Editores S.A.
- Caballo, V. (1998). *Manual de tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos. Vol 1*. España: Siglo XXI.
- Caballo E, V., & Camacho, S. (2000). El trastorno límite de la personalidad: Controversias actuales. *Psicología desde el Caribe*, (5), 31-51.
- Cadena, L.; Díaz, L.; Rueda, G.; Hernández, N. & Campo, A. (2010). Prevalencia actual del trastorno depresivo mayor en la población de Bucaramanga, Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 28(1), 36-41
- Calvete, E. & Estévez, A. (2009). Consumo de drogas en adolescentes: El papel del estrés, la impulsividad y los esquemas relacionados con la falta de límites. *Adicciones*, 21(1), 49-56.
- Camacho, J. (2003). El ABC de la Terapia Cognitiva. Recuperado de <https://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo23.pdf>.
- Caspi, A., Hariri, AR., Holmes, A., Uher, R., & Moffitt, TE. (2010). Genetic sensitivity to the environment: the case of the serotonin transporter gene and its implications for studying complex diseases and traits. *The American Journal of Psychiatry*, 167(5), 509- 527.
- Chávez, E., Benítez, E., & Ontiveros, M. (2014). La terapia cognitivo conductual en el tratamiento de la depresión del trastorno bipolar tipo I. *Salud Mental*, 37(2), 111- 117.

- Dahab, J., Rivadeneira, C., & Minici, A. (2002). La Depresión desde la Perspectiva Cognitivo Conductual. *Revista de Terapia Cognitivo Conductual*, 2(3), 1-5.
- Ellis, A y Bernad, M. (1990). *Que es la terapia racional emotiva (RET) Aplicación clínica de la terapia racional emotiva*. Bilbao: Desclee de Browerr.
- Ellis, A. (1967). *Depression: Causes and Treatment*. Pennsylvania: University of Pennsylvania Press.
- Ellis, A. (1987). A Sadly Neglected Cognitive Element in Depression. *Cognitive Therapy and Research*, 11(1), 121-146.
- Estipiñá, F. (2016). *Práctica clínica basada en la evidencia para el tratamiento psicológico de los trastornos depresivos: utilidad clínica y coste-efectividad* (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, España.
- Ferster, C. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 28(1), 857-870.
- Figueroa, G. (2002). La terapia cognitiva en el tratamiento de la depresión mayor. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40(1), 46-62.
- Fullana, M., Fernández, L., Bulbena, A., y Toro, J. (2012). Eficacia de la terapia cognitivo-conductual para los trastornos mentales. *Medicina Clínica*, 138(5), 215- 219.
- Gaviria, A., Ruiz, F., Dávila, C.E., Burgos, G., Ospina, M., Osorio, E. & Ramírez, F. (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental*. Bogotá: Ministerio de Salud.
- Gómez-Maquet, Y. (2007). Cognición, emoción y sintomatología depresiva en adolescentes escolarizados. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39(3), 435- 447.
- Gómez-Restrepo, C., Bohórquez, A., Pinto, D., Gil, J., Rondón, M., & Díaz- Granados, N. (2004). Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 16(6), 378-386.



- Hofmann, S.G., Asnaani, A., Vonk, I.J., Sawyer, A.T. & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36, 427–440.
- Ibáñez, E., Onofre, G. & Vargas, J. (2012). Terapia Racional Emotiva: Una Revisión Actualizada de la Investigación. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15(4), 1454-1468.
- Karg, K., Burmesister, M., Shedden, K., & Sen, S. (2011). The serotonin transporter promoter variant (5-HTTLPR), stress, and depression meta-analysis revisited: evidence of genetic moderation. *Archives of general Psychiatry*, 68(5), 444- 454.
- Kircanski, K., Joormann, J., & Gotlib, I. H. (2012). Cognitive aspects of depression. Wiley Interdisciplinary Reviews. *Cognitive Science*, 3(3), 301–313.
- Korman, G. (2011). Bases teóricas en la conformación de la terapia cognitiva en la Argentina. *Revista interamericana de psicología*, 45(2), 115- 122.
- Kovacs, M. & Beck, A.T. (1978). Maladaptive cognitive structures in depression. *The American journal of psychiatry*, 135(5), 525- 533.
- Lewinsohn, P. (1975). Engagement in pleasant activities and depression level. *Journal of Abnormal Psychology*, 84(1), 729-731.
- Ley 1090. Ministerio de la Protección Social, Bogotá, D.C., Colombia, 6 de septiembre de 2006.
- Londoño, N., Henao, G., Puerta, I., Posada, S., Arango, D., & Aguirre, D. (2006). Propiedades psicométricas y validación de la escala de estrategias de coping modificada (EEC-M) en una muestra colombiana. *Universitas Psychologica*, 5(2), 327-349. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64750210>
- Martell, C., Dimidjian, S., & Herman-Dunn, R. (2010). *Activación conductual para la depresión*. Bilbao: Editorial Desclee de Brouwer S.A.

- Mazzucchelli, T., Kane, R., & Rees, C. (2012). Behavioral activation treatments for depression in adults: a meta-analysis and review. *Clinical Psychology, 5*(1), 105-121.
- Melo, A., Siebra, A., y Moreira, V. (2017). *Depressão em Adolescentes, 37*(1), 18- 34.
- Méndez, F. X., Rosa, A., Montoya, M., Espada, J. P., Olivares, J. y Sánchez-Meca, J. (2002). Tratamiento psicológico de la depresión infantil y adolescente: ¿evidencia o promesa? *Psicología Conductual, 10*(3), 563-580.
- Montero, I. & León, O. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en Psicología. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud, 2*(3), 503- 508.  
Recuperado de [www.aepc.es/ijchp/articulos\\_pdf/ijchp-53.pdf](http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-53.pdf)
- Neisser, U. (1967). *Cognitive psychology of the child*. New York: Basic Books.
- O’neill, L., Samaan, Z., McCabe, K., Tabaak, T.A., Key, B., Litke, K., & Vanstone, M. (2019). Patient experiences and opinions of a behavioral activation group intervention for depression. *Research on Social Work Practice, 29*(1), 10-18.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Depresión: Datos y cifras. Ginebra: Suiza. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Ortega, M., Kendzierski, M., & Aranda, M. (2016). Intervención conductual en un caso de bajo estado de ánimo. *Revista de Psicoterapia, 26*(102), 175-188.
- Piaget, J. (1951). Egocentric thought and sociocentric thought. J. Piaget, *Sociological studies, 270-286*.
- Puerta, J. & Padilla, D. (2011). Terapia cognitiva-conductual (TCC) Como tratamiento para la depresión: Una revisión del estado del arte. *DUAZARY, 8*(2), 251- 257.
- Rivadeneira, C., Dahab, J., & Minici, A. (2013). El Modelo Cognitivo de la Depresión. *Revista de terapia cognitivo conductual, (22)*, 1- 6.

- Rosa-Melchor, D., Ramírez-Aranda, J., Garza-Elizondo, T., Riquelme-Heras, H., & DuranGutiérrez, R. (2013). Eficacia de la terapia de resolución de problemas en pacientes con síntomas físicos medicamente no aplicados. *Atención Familiar*, 20(1), 12-15.
- Roussos, A. (2007). El diseño de caso único en investigación en psicología clínica. Un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16(3), 261-270.
- Santiago-Rivera, A., Kanter, J., Benson, G., Derose, T., Illes, R., & Reyes, W. (2008). Behavioral activation as an alternative treatment approach for Latinos with depression. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 45, 173-185.
- Toro- Tobar, R., Grajales- Giraldo, L. & Sarmiento- López, J. (2016). Riesgo suicida según la tríada cognitiva negativa, ideación, desesperanza y depresión. *Aquichan*, 16(4), 473- 486.
- Wenzel, A., Brown, G. K., & Beck, A. T. (2009). *Cognitive therapy for suicidal patients: Scientific and clinical applications*. Washington, DC, US: American Psychological Association

## Apéndices

### Apéndice 1. Consentimiento Informado

La presente evaluación es conducida por el practicante **Nubia Cruz Paredes** de la Especialización en Psicología Clínica de la Universidad Pontificia Bolivariana sede Bucaramanga. La meta de esta evaluación es permitir la medición de la(s) variable(s) a investigar.

Si usted accede a participar en este seguimiento, se le pedirá responder preguntas en una entrevista y a las respectivas aplicaciones de pruebas.

En pleno uso de mis facultades mentales, libre y voluntariamente, manifiesto que he sido debidamente informado(a), y en consecuencia autorizo a que me sea realizada la aplicación de las mismas.

Además, declaro conocer y aceptar los términos de dicha realización, así como el manejo de los resultados y el fin para el cual está diseñado. Y que me puedo retirar en cualquier momento sin efecto alguno. Los resultados de la participación serán manejados de manera confidencial. Si llegado el caso, se encontrara alguna alteración o problema neurológico o psicológico recibirá la información correspondiente.

Además, reconozco que dicha aplicación no representa riesgo alguno para mi integridad como persona, no afectará mi salud mental ni física, ni evaluará aspectos diferentes a los comprendidos en la encuesta. Por lo tanto, declaro estar debidamente informado(a), y doy mi expreso consentimiento a su ejecución.

Me han explicado los siguientes datos:

1. Propósito de la evaluación
2. Beneficios que puedo esperar
3. Los procedimientos
4. Los resultados de la práctica serán confidenciales, no serán divulgados de manera arbitraria.

Firma:

Documento de identidad:

**Apéndice 2. Formato de observación conductual de consultante en sesión**

<b>Formato de observación de consultante en sesión</b>				
<b>Fecha</b>	<b>Conducta verbal</b>		<b>Conducta no verbal</b>	
	Sentimiento de Minusvalía		Mutismo	
	Sentimiento de Inferioridad		Llanto	
	Sentimiento de Culpa		Evade contacto Visual	
<b>Fecha</b>	<b>Conducta verbal</b>		<b>Conducta no verbal</b>	
	Sentimiento de Minusvalía		Mutismo	
	Sentimiento de Inferioridad		Llanto	
	Sentimiento de Culpa		Evade contacto Visual	
<b>Fecha</b>	<b>Conducta verbal</b>		<b>Conducta no verbal</b>	
	Sentimiento de Minusvalía		Mutismo	
	Sentimiento de Inferioridad		Llanto	
	Sentimiento de Culpa		Evade contacto Visual	
<b>Fecha</b>	<b>Conducta verbal</b>		<b>Conducta no verbal</b>	
	Sentimiento de Minusvalía		Mutismo	
	Sentimiento de Inferioridad		Llanto	
	Sentimiento de Culpa		Evade contacto Visual	
<b>Fecha</b>	<b>Conducta verbal</b>		<b>Conducta no verbal</b>	
	Sentimiento de Minusvalía		Mutismo	
	Sentimiento de Inferioridad		Llanto	
	Sentimiento de Culpa		Evade contacto Visual	
<b>Fecha</b>	<b>Conducta verbal</b>		<b>Conducta no verbal</b>	
	Sentimiento de Minusvalía		Mutismo	
	Sentimiento de Inferioridad		Llanto	
	Sentimiento de Culpa		Evade contacto Visual	
<b>Fecha</b>	<b>Conducta verbal</b>		<b>Conducta no verbal</b>	
	Sentimiento de Minusvalía		Mutismo	

	Sentimiento de Inferioridad Sentimiento de Culpa		Llanto Evade contacto Visual	
<b>Fecha</b>	<b>Conducta verbal</b>		<b>Conducta no verbal</b>	
	Sentimiento de Minusvalía Sentimiento de Inferioridad Sentimiento de Culpa		Mutismo Llanto Evade contacto Visual	
<b>Fecha</b>	<b>Conducta verbal</b>		<b>Conducta no verbal</b>	
	Sentimiento de Minusvalía Sentimiento de Inferioridad Sentimiento de Culpa		Mutismo Llanto Evade contacto Visual	

### **Apéndice 3. Inventario de Depresión de Beck**

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

1) .

No me siento triste

Me siento triste.

Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.

Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2) .

No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.

Me siento desanimado respecto al futuro.

Siento que no tengo que esperar nada.

Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3) .

No me siento fracasado.

Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.

Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.



Me siento una persona totalmente fracasada.

4) .

Las cosas me satisfacen tanto como antes.

No disfruto de las cosas tanto como antes.

Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.

Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5) .

No me siento especialmente culpable.

Me siento culpable en bastantes ocasiones.

Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.

Me siento culpable constantemente.

6) .

No creo que esté siendo castigado.

Me siento como si fuese a ser castigado.

Espero ser castigado.

Siento que estoy siendo castigado.

7) .

No estoy decepcionado de mí mismo.

Estoy decepcionado de mí mismo.

Me da vergüenza de mí mismo.

Me detesto.

8) .

No me considero peor que cualquier otro.

Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.

Continuamente me culpo por mis faltas.

Me culpo por todo lo malo que sucede.

9) .

No tengo ningún pensamiento de suicidio.

A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.

Desearía suicidarme.

Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10) .

No lloro más de lo que solía llorar.

Ahora lloro más que antes.

Lloro continuamente.

Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11) .

No estoy más irritado de lo normal en mí.

Me molesto o irrito más fácilmente que antes.

Me siento irritado continuamente.

No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12) .

No he perdido el interés por los demás.

Estoy menos interesado en los demás que antes.

He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.

He perdido todo el interés por los demás.

13) .

Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.

Evito tomar decisiones más que antes.

Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.

Ya me es imposible tomar decisiones.

14) .

No creo tener peor aspecto que antes.

Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.

Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.

Creo que tengo un aspecto horrible.

15) .

Trabajo igual que antes.

Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.

Tengo que obligarme mucho para hacer algo.

No puedo hacer nada en absoluto.

16) .

Duermo tan bien como siempre.

No duermo tan bien como antes.

Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.

Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17) .

No me siento más cansado de lo normal.

Me canso más fácilmente que antes.

Me canso en cuanto hago cualquier cosa.

Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18) .

Mi apetito no ha disminuido.

No tengo tan buen apetito como antes.

Ahora tengo mucho menos apetito.

He perdido completamente el apetito.

19) .

Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.

He perdido más de 2 kilos y medio.

He perdido más de 4 kilos.

He perdido más de 7 kilos.

Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

20) .

No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.

Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias,  
malestar de estómago o estreñimiento.

Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.

Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21) .

No he observado ningún cambio reciente en mi interés.

Estoy menos interesado por el sexo que antes.

Estoy mucho menos interesado por el sexo.

He perdido totalmente mi interés por el sexo.

**Guía para la interpretación del inventario de la depresión de Beck:**

Puntuación Nivel de depresión\*

1-10 .....Estos altibajos son considerados normales.

11-16 .....Leve perturbación del estado de ánimo.

17-20 .....Estados de depresión intermitentes.

21-30 .....Depresión moderada.

31-40 .....Depresión grave.

+ 40 .....Depresión extrema.

\* Una puntuación persistente de 17 o más indica que puede necesitar ayuda profesional.

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS Y VALIDACIÓN DE EEC-M

**Apéndice 4. Escala de estrategias de Coping – modificada (EEC-M) Identificación de los 12 componentes del análisis factorial, con 98 ítems**

Londoño N. H., Henao G. C., Puerta I. C., Posada S. L., Arango D., Aguirre, D. C.

**Instrucciones:**

A continuación, se plantean diferentes formas que emplean las personas para afrontar los problemas o situaciones estresantes que se les presentan en la vida. Las formas de afrontamiento aquí descritas no son ni buenas ni malas, ni mejores o peores. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras, dependiendo de la situación problema.

Trate de recordar las diferentes situaciones o problemas más estresantes vividos durante los últimos años, y responda señalando con una X el número que mejor indique qué tan habitual ha sido esta forma de comportamiento ante las situaciones estresantes.

Tabla 2. Escala de estrategias de Coping – modificada (EEC-M)

	1	2	3	4	5	6						
	Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre						
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
48. Evito pensar en el problema	1	2	3	4	5	6						
49. Me dejo llevar por mi mal humor	1	2	3	4	5	6						
50. Expreso mi tristeza esté solo o acompañado	1	2	3	4	5	6						
51. Pienso que las cosas podrían ser peor	1	2	3	4	5	6						
52. Hablo con amigos o familiares para que me animen o tranquilicen cuando me encuentro mal	1	2	3	4	5	6						
53. Busco la ayuda de algún profesional para reducir mi ansiedad o malestar	1	2	3	4	5	6						
54. Rezo	1	2	3	4	5	6						
55. Hasta que no tenga claridad frente a la situación, no puedo darle la mejor solución a los problemas	1	2	3	4	5	6						
56. Pienso que lo mejor es esperar a ver qué puede pasar	1	2	3	4	5	6						
57. Pienso detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema	1	2	3	4	5	6						





79.	Tengo muy presente el dicho “al mal tiempo buena cara”	1	2	3	4	5	6												
80.	Procuro que algún familiar o amigo me escuche cuando necesito manifestar mis sentimientos	1	2	3	4	5	6												

1            2            3            4            5            6  
 Nunca    Casi nunca    A veces    Frecuentemente    Casi siempre    Siempre

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
81. Intento conseguir más información sobre el problema acudiendo a profesionales	1	2	3	4	5	6							
82. Dejo todo en manos de Dios	1	2	3	4	5	6							
83. Me doy un tiempo para aclarar la situación	1	2	3	4	5	6							
84. Espero que las cosas se vayan dando	1	2	3	4	5	6							
85. Me es difícil pensar en posibles soluciones a mis problemas	1	2	3	4	5	6*							
86. Me vuelvo muy pesimista con las cosas que me pasan	1	2	3	4	5	6							
87. Intento mantener la calma	1	2	3	4	5	6							
88. Trato de evitar mis emociones	1	2	3	4	5	6							
89. Evito estar en contacto con algo o alguien que tenga que ver con el problema	1	2	3	4	5	6							
90. Dejo a un lado los problemas y pienso en otras cosas	1	2	3	4	5	6							
91. Destruyo o lanzo objetos a raíz de mi mal humor	1	2	3	4	5	6							
92. Expreso abiertamente mis emociones	1	2	3	4	5	6							
93. Trato de identificar las ventajas del problema	1	2	3	4	5	6							
94. Considero que mis problemas los puedo solucionar sin la ayuda de los	1	2	3	4	5	6							



97	49	40	38	39	41	25	24	26	29	23	15	12
98	51	41	39	40	41	25	26	28	29	23	16	12
99	52	42	42	41	44	26	27	30	29	24	17	12

SP: Solución de Problemas; BAS: Búsqueda de Apoyo Social; ESP: Espera; REL: Religión; EE:

Evitación Emocional; BAP: Búsqueda de Apoyo Profesional; RA: Reacción Agresiva; EC:

Evitación Cognitiva; RP: Reevaluación Positiva; EDA: Expresión de la Dificultad de

Afrontamiento; NEG: Negación; AUT: Autonomía.

**Apéndice 5. Escala de riesgo se suicidio**

REMY IPS SAS- SERVICIO DE HOSPITALIZACION

ESCALA PARA MEDICION DEL RIESGO DE SUICIDIO

Durante este último mes

C.1	¿Ha pensado que será mejor morirse o ha deseado estar muerto?	NO	SI	1
C.2	¿Ha querido hacer daño?	NO	SI	2
C.3	¿ Ha pensado en el suicidio?	NO	SI	3
C.4	¿Ha Planeado suicidarse?	NO	SI	4
C.5	¿Ha intentado suicidarse?	NO	SI	5

A lo largo de su vida:

C.6	¿Alguna vez ha intentado suicidarse?	NO	SI	6
-----	--------------------------------------	----	----	---

¿ HAY AL MENOS 1 RESPUESTA CODIFICADA SI?

NO	SI
Riesgo de suicidio	
1-5 Puntos Leve	
6-9 Puntos Moderado	
10 Alto	

