

ESTUDIO DE CASO CLINICO DE UN PACIENTE ADOLESCENTE CON DIAGNÓSTICO
DE EPISODIO DEPRESIVO MODERADO

Ronald Hernando Casadiegos Luna

Psicólogo

Trabajo de grado:

En la Modalidad de Proyecto de Grado como Requisito para Optar al Título de Especialista en
Psicología Clínica



UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGIA CLINICA
FLORIDABLANCA

2015

ESTUDIO DE CASO CLINICO DE UN PACIENTE ADOLESCENTE CON DIAGNÓSTICO
DE EPISODIO DEPRESIVO MODERADO

Ronald Hernando Casadiegos Luna

Psicólogo

Trabajo de grado:

En la Modalidad de Proyecto de Grado como Requisito para Optar al Título de Especialista en
Psicología Clínica

Ps. Milexy Carolina Carvajal Méndez

Asesora



UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGIA CLINICA
FLORIDABLANCA

2015

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN	8
ABSTRACT	9
INTRODUCCIÓN	10
REFERENTE TEORICO	14
Depresión	14
Depresión en adolescentes	15
Enfoque Cognitivo – Conductual	20
FORMULACIÓN DEL CASO CLINICO	27
Datos de identificación	27
Familiograma	27
Motivo de consulta	28
Planteamiento del problema	28
Examen mental	29
Descripción del caso	30
Breve descripción de la historia del paciente	32
Análisis diacrónico	33
Análisis sincrónico	34
Listado de problemas	35
Instrumentos utilizados	36
Posibles hipótesis	38
Impresión diagnóstica	39

Sintomatología	40
Diagnóstico multiaxial	40
Contextos	41
RESULTADOS	42
Intervención	42
Objetivo general	43
Objetivos específicos	44
Descripción de las sesiones	44
DISCUSIÓN	51
CONCLUSIONES	55
RECOMENDACIONES	58
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	59
ANEXOS	65

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Convenciones del familiograma	28
Tabla 2. Análisis diacrónico	33
Tabla 3. Análisis sincrónico	34
Tabla 4. Contextos	41

LISTA DE GRAFICOS

	Pág.
Gráfico 1. Familiograma	27

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1. Consentimiento Informado	66
Anexo 2. Asentimiento Informado	67
Anexo 3. Historia clínica	68
Anexo 4. Escala analógica del estado de ánimo	72
Anexo 5. Inventario para la depresión de Beck (BDI)	73

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: ESTUDIO DE CASO CLINICO DE UN PACIENTE ADOLESCENTE CON DIAGNÓSTICO DE EPISODIO DEPRESIVO MODERADO

AUTOR(ES): RONALD HERNANDO CASADIEGOS LUNA

FACULTAD: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR(A): MILEXY CAROLINA CARVAJAL MÉNDEZ

RESUMEN

El objetivo de esta monografía fue presentar un caso de un adolescente remitido por psiquiatría con diagnóstico de episodio depresivo moderado, determinando curso del diagnóstico y factores asociados a la sintomatología. Se realiza evaluación, intervención y seguimiento, con enfoque cognitivo-conductual. Los instrumentos utilizados fueron (entrevista, historia clínica, inventario para la depresión de Beck, auto registros, escalas analógicas sobre intereses, escalas subjetivas del estado de ánimo y ansiedad). Observaron componentes multicausales relacionados con estrés psicosocial, demandas o dificultades del entorno, ideas y esquemas mal adaptativos en torno al diagnóstico, dificultades propias de la edad. Y como resultados se logró modificación de pensamientos y conductas, control de los síntomas, establecimiento de rutinas y hábitos saludables y cambios en la dinámica del hogar.

PALABRAS CLAVES:

Terapia cognitiva, episodio, depresión, distorsiones, creencias, estilos, escalas, estudio de caso.

V° B° DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: STUDY OF CLINICAL CASE OF AN ADOLESCENT PATIENT WITH DIAGNOSIS OF MODERATE DEPRESSIVE EPISODE

AUTHOR(S): RONALD HERNANDO CASADIEGOS LUNA

FACULTY: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR: MILEXY CAROLINA CARVAJAL MÉNDEZ

ABSTRACT

The object of this paper was to present a case of an adolescent psychiatry submitted by diagnosed with moderate depressive episode, determining course of diagnosis and factors associated with symptoms. Assessment, intervention and tracked, with cognitive-behavioral approach. The instruments used were (interview, medical history, inventory for depression Beck, auto registrations, analog scales on interest, subjective scales of mood and anxiety). They observed multicausal components related to psychosocial stress, demands or difficult environment, ideas and maladaptive schemas about the diagnostic difficulties of age. And as a result thoughts and behavior modification, symptom control, establishing routines and healthy and changes in household dynamics habits was achieved.

KEYWORDS:

Cognitive therapy, episode, depression, distortions, beliefs, styles, scales, case study.

V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK

INTRODUCCIÓN

La psicología clínica es la disciplina que aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos para evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar y prevenir anomalías y trastornos mentales. Es un área que investiga y aplica principios que reflejan condiciones médicas, distorsiones del desarrollo psicológico y de experiencias personales, y otros que se correlacionan de manera directa con las tensiones de la vida social cotidiana. Permite hacer intervenciones terapéuticas en componentes de la salud mental a nivel individual, familiar, grupal e intervención social y comunitaria, en pacientes niños, adolescentes, adultos y ancianos, con daño cerebral, retraso mental, y otras enfermedades relacionadas con traumatismos. (Carrascoza, y Reynoso, 1991).

La especialización en psicología clínica de la Universidad Pontificia Bolivariana seccional Bucaramanga, exige en su plan académico, que dentro de los procesos pedagógicos de los profesionales psicólogos clínicos, se desarrolle una práctica clínica que permita adquirir, desarrollar habilidades terapéuticas para la evaluación e intervención con los pacientes en un escenario real, destinando así, espacios para la atención de población que requiere atención en salud mental. El Centro de Proyección Social (CPS) es una extensión de la Universidad Pontificia Bolivariana de Bucaramanga, que abre escenarios reales para la recepción y atención de pacientes clínicos, en donde los estudiantes de las diferentes facultades participen en proyectos de desarrollo social, y en el caso particular de los psicólogos, puedan poner en práctica los elementos adquiridos durante la especialización.

La historia del Centro de Proyección Social de Piedecuesta (CPS) se remonta a agosto del año 2006, cuando abrió sus puertas para desarrollar proyectos sociales, con el objetivo de “Retribuirle a la comunidad Piedecuestana en servicio el haber permitido que la Universidad Pontificia Bolivariana tuviera un espacio para la formación e investigación de la ciencia de los profesionales”. Tiene por misión y visión, orientar y desarrollar procesos de intervención y acompañamiento social a la comunidad de Piedecuesta y sus alrededores, con la fiel convicción de prestar un servicio óptimo para el bienestar de la sociedad, ser el punto de referencia donde converja la comunidad Piedecuestana y el perímetro circunvecino, con las diferentes facultades y profesionales de la Universidad para que participen en desarrollo de proyectos sociales, económicos y productivos.

Los objetivos del CPS son: atender de manera igualitaria las necesidades de los usuarios, con base en el respeto, construir relaciones de confianza, ser un canal de comunicación de la comunidad ante el gobierno local, prestar servicios oportunos, y contribuir en la creación de lazos de cooperación y compromiso. Algunos de los servicios que presta la institución son: el acompañamiento psicológico, servicio en el cual se realiza el proceso de práctica de psicología clínica, asesoría jurídica, escenario de práctica para abogados, y el desarrollo de competencias para el trabajo y servicio social. La población que accede a los servicios es de nivel socioeconómico 1 y 2, o personas que afrontan situación de desplazamiento, quienes además referencian una marcada dificultad para acceder y mantenerse en los procesos a causa de las dificultades económicas, los costos en el desplazamiento al centro de servicios, la cuota moderadora o pago mínimo exigido, dificultando así culminar los procesos iniciados.

La atención psicológica contempló un abordaje clínico en problemáticas relacionadas con trastornos del estado de ánimo, ansiedad y estrés, problemas psicosociales y ambientales, desde el modelo cognitivo-conductual. Se adelantó el diagnóstico, la intervención y el seguimiento a 14 pacientes con edades entre los 9 y 40 años, en sesiones semanales de 45 minutos la mayoría de ellos. De la población atendida se escogió un paciente que por sus características particulares y su asistencia regular a las consultas permitió el desarrollo de un estudio de caso contribuyendo en el entrenamiento profesional de la práctica clínica (Roussos, 2007). El paciente es remitido por el colegio a psiquiatría, de allí se deriva a psicoterapia y se inicia el proceso terapéutico por la necesidad de comprender de qué manera el diagnóstico inicial dado por psiquiatría estaba influyendo en los pensamientos, emociones y conductas del adolescente; por esta razón el título de la monografía contempla este diagnóstico y este trabajo gira en torno a la relación existente entre el diagnóstico inicial, la situación actual del paciente y la evolución dentro del proceso.

Se selecciona este caso en particular, por ser un paciente que tuvo continuidad y disposición a la intervención dentro del proceso terapéutico. Su problemática es de interés investigativo en la actualidad, genera elementos de interpretación psicológica para comprender cambios y factores propios de la adolescencia que ayudan en la instauración de síntomas, episodios y/o trastornos mentales, además por considerarse a la población adolescente uno de los grupos etáreos que presenta mayor probabilidad de sufrir depresión, puesto que en la etapa de la adolescencia se llevan a cabo procesos de cambio físico, psicológico, sociocultural y cognitivo, que demandan el desarrollo de estrategias de afrontamiento que permitan establecer un sentido de identidad, autonomía, éxito personal y social (Blum, 2000).

Se incluyó en el proceso de intervención, la evaluación del estado mental actual lógico y funcional, utilizando instrumentos de diagnóstico como el inventario para la depresión de Beck (BDI), escalas analógicas sobre gustos e intereses, escalas del estado de ánimo y auto registros. Se trabajó con las técnicas cognitivo-conductuales de: experimentos conductuales, toma de decisiones, resolución de problemas, control y programación de las actividades, psicoeducación en el modelo cognitivo – conductual y reestructuración cognitiva (Beck, 2000).

Los resultados obtenidos en la psicoterapia evidenciaron un cambio en la visión que el paciente y su familia tenían del diagnóstico inicial dado por psiquiatría, permitió establecer factores detonantes relacionados con el estrés psicosocial – familiar, con dificultades propias de la edad, cambios en la exigencia académica, y otros elementos que predispusieron un estado de ánimo con síntomas depresivos en el paciente.

REFERENTE TEORICO

Este apartado explica los conceptos relacionados con la conceptualización de un caso clínico desde el enfoque cognitivo conductual. En primer lugar se conceptualiza la depresión dadas las características que presenta el paciente, en seguida se abordara este trastorno en los adolescentes de cara a la etapa del ciclo vital y por último se conceptualizara el enfoque y las técnicas utilizadas en la fase de intervención.

Depresión

El estado del ánimo, resulta ser uno de los síntomas más importantes del episodio depresivo. Se podría considerar que el estado de ánimo es una manifestación externa de las emociones de fondo y que persisten en el tiempo, predispone al ser humano a actuar de determinadas maneras demostrando elementos tanto del funcionamiento fisiológico como de la experiencia psíquica.

Los trastornos del estado de ánimo son definidos por extremos patológicos de ciertos estados de ánimo específicamente, de la tristeza y de la euforia. Mientras que la tristeza y la euforia son normales y naturales, dentro de un cuadro clínico por patología pueden llegar a ser dominantes y debilitantes, e incluso dar lugar a la muerte, bajo la forma de suicidio o como resultado de un comportamiento imprudente (Rodríguez, 2007). Un estado de ánimo recurrente con características o síntomas depresivos y que se desarrolla acompañado de una situación específica o inespecífica, puede llevar al ser humano a enfrentar un escenario de dilemas constantes que en

su diario vivir generen una connotación negativa acerca de sí mismo, de su entorno y de la visión a futuro generando así una triada cognitiva que ayuda a mantener los síntomas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2003) estudia los síntomas asociados con los estados del ánimo y define a la depresión como un trastorno que se caracteriza por la pérdida de la capacidad del individuo para interesarse y disfrutar de las cosas (anhedonia), como una alteración significativa en la funcionalidad del individuo, una marcada incapacidad para la ejecución de actividades. Síntomas asociados con alteraciones en el sueño, el apetito y la psicomotricidad; disminución de la atención, concentración y la capacidad para tomar decisiones, pérdida de la confianza en sí mismo, sentimientos de inferioridad o inutilidad, culpa y desesperanza; pensamientos recurrentes con ideación, planeación y/o actos suicidas.

La OMS, (2001) señala también a la depresión como la primera causa de discapacidad, y le otorga el primer lugar de prevalencia (10.4%) entre los trastornos psiquiátricos graves en la atención primaria. Es más prevalente en adolescentes mujeres que en hombres, en proporción de dos a uno, determinado por la puntuación en diferentes escalas de auto informe a partir de los 14 años (Benjet et al., 2009; Wade, Cairney & Pevalin, 2002, citado por Beltrán, Freyre & Guzmán, 2011).

Depresión en adolescentes

Angold, (1988), Compass, Eyigrant, (1993), citado por Morales et al (s.f), hicieron referencia al término de la depresión para explicar tres niveles de fenómenos depresivos que se pueden evidenciar durante la adolescencia: un estado de ánimo deprimido, un síndrome empíricamente

derivado que incluye síntomas depresivos, y un diagnóstico categórico definido por los criterios del DSM. Al nivel del estado de ánimo deprimido lo como la ocurrencia de un solo síntoma, presencia de un estado de ánimo triste, desdichado o disfórico por un periodo no especificado, la ocurrencia del estado de ánimo triste es casi universal; de hecho, investigaciones sugieren que en cualquier sitio, de 15 a 40% de los adolescentes experimenta niveles significativos de estado de ánimo deprimido en cualquier momento.

Los sentimientos tristes y desdichados son normativos en la adolescencia y pueden darse en respuesta a una variedad de experiencias cotidianas. La presencia de un estado de ánimo deprimido es uno de los síntomas más poderosos para distinguir a los adolescentes que han sido canalizados a los servicios de salud mental de quienes no lo han sido, por lo que es importante no subestimar el significado potencial de los síntomas depresivos durante la adolescencia; éstos están representados en un síndrome cuantitativo (ansioso/depresivo), el cual incluye emociones de tristeza, infelicidad, culpa y sentimientos de inutilidad. También incluye una serie de síntomas que son más característicos de la ansiedad que la depresión per-sé, como nerviosismo, temores, ansiedad, entre otros (Achenbach, 1991 citado por Morales et al (s.f)).

Según Nardi, (1995); Nardi y Pannelli, (1997), en el adolescente la depresión es evidenciada en el tono del humor, este es el primer síntoma de alerta que se presenta con aspectos extremadamente variables: a veces con expresiones comportamentales impactantes como lo son (crisis de llanto, desesperación, rabia), otras veces con actitudes inhibitorias (cierre relacional, mutismo, retiro de las inversiones emocionales); en otros casos, puede estar disimulada por trastornos psicósomáticos o conductas riesgosas (tóxico dependencia, búsqueda del peligro como una forma de desafío divino al destino). Estas son evidencias sintomáticas que pueden aparecer y

evolucionar a veces de manera engañosa y gradual (bajo rendimiento escolar, o una modificación del comportamiento alimenticio), pero muy frecuentemente aparecen de manera crítica e imprevista y se caracterizan por oscilaciones intensas y rápidas; la incidencia de las expresiones clínicas de la depresión es evaluada entre el 1,8% y el 3%, pero, seguramente, está subestimada por la tendencia de los adolescentes a esconder y a disimular los problemas propios a los adultos y por su falta de confianza para acceder en las estructuras terapéuticas “oficiales”.

En particular, se ha señalado que los hombres jóvenes que sufren trastorno depresivo mayor recurrente, tienden a tener un estilo atribucional negativo y a consumir sustancias psicoactivas durante la adolescencia Lewinsohn y cols, (2000). La prevalencia de la depresión aumenta durante la adolescencia y alcanza su nivel más alto en la adultez temprana. Según Aalto, T, (2002), se ha identificado que los casos en que no se diagnostican ni tratan síntomas depresivos en la adolescencia tienen mayor probabilidad de presentar en la adultez temprana un mayor índice de depresión, funcionamiento psicológico y social adverso y abuso de sustancias.

Blum, (2000), citado por Pardo, Sandoval & Umbarila, (2004) describe a los jóvenes como uno de los grupos etéreos con mayor probabilidad de sufrir depresión, puesto que la adolescencia es una etapa en la que se llevan a cabo procesos y cambios a nivel físico, psicológico, socio, cultural y cognitivo, demandando en los jóvenes el desarrollo de estrategias de afrontamiento que les permitan establecer un sentido de identidad, autonomía y éxito personal y social. Es además una etapa del desarrollo que se considera la más importante para la adquisición y el mantenimiento de regímenes de conducta o comportamientos saludables. (Lewinsohn, Rohde, Seeley, Klein & Gotlib, 2000). Se plantea que la dinámica funcional de los jóvenes hoy día se

constituye como el espacio propicio para vivenciar un episodio o trastorno mental en niños y adolescentes y que en un 20% se puede sufrir una enfermedad mental. Y que para el 2020 este tipo de trastornos ocuparán el 2º lugar entre los trastornos mentales y físicos. (Gómez, 2005; OMS, 2003). Torres y Montoya (1997) mostraron en sus estudios de salud mental que el 13,3% de pre-adolescentes y adolescentes entre 12 y 15 años había sufrido síntomas depresivos y que ese porcentaje aumentaba al 20.1% entre los jóvenes entre los 16 y los 19 años.

La depresión puede ser una respuesta temporal a muchas situaciones y factores de estrés. En adolescentes, el estado anímico depresivo es común debido a:

- El proceso normal de maduración y el estrés asociado con éste.
- La influencia de las hormonas sexuales.
- Los conflictos de independencia con los padres.

También puede ser una reacción a un suceso perturbador, como:

- La muerte de un amigo o pariente.
- La ruptura con la novia o novio.
- El fracaso en la escuela.

En el caso de los adolescentes, el diagnóstico puede realizarse utilizando los criterios del DSM-IV-TR (2000) para esta etapa del ciclo vital:

- 1) Ánimo deprimido o irritable, conducta irresponsable, hostilidad y enojo.
- 2) Marcada disminución del interés o placer hacia actividades, pérdida de interés en los compañeros y en las actividades escolares.

- 3) Alteración de peso, sin dieta (más del 5% del peso corporal) o alteración del apetito (los niños no ganan el peso esperado).
- 4) Insomnio o hipersomnía.
- 5) Agitación o enlentecimiento psicomotriz o bien hiperactividad.
- 6) Fatiga o pérdida de energía, no participación o mal funcionamiento académico.
- 7) Dificultad para pensar o concentrarse o mal funcionamiento académico.
- 8) Pensamientos recurrentes de muerte, ideación, planeación (regalar su colección favorita de música u objetos queridos), o intento suicida.

La depresión dura entre 7 y 9 meses, y 15 o más meses en el 20% con curso episódico con recuperación completa. La recurrencia a cinco años llega a ser hasta del 70% con riesgo de desarrollar manía o hipomanía. A continuación se presentan los criterios y pautas para el diagnóstico del episodio depresivo moderado según los sistemas de clasificación del DSM-IV (APA, 1994):

Criterios para el diagnóstico de F32.1 Episodio depresivo moderado (F30-39)

Presencia de cinco o más de los siguientes síntomas durante un periodo de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

1. Deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve (F32.0) así como al menos tres (y preferiblemente cuatro) de los demás síntomas. Es probable que varios de los síntomas se presenten en grado

intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

2. Un paciente con un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica.
3. Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síndrome somático:

F32.10 Sin síndrome somático

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y no están presentes síndromes somáticos.

F32.11 Con síndrome somático

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y están también presentes cuatro o más de los síndrome somático (si están presentes sólo dos o tres pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría) (APA, 1994).

El enfoque Cognitivo Conductual

Este enfoque se centra en la identificación y modificación de las conceptualizaciones distorsionadas y las falsas creencias (esquemas) que subyacen a estas cogniciones; plantea la hipótesis de que las percepciones de los eventos influyen sobre las emociones y los comportamientos. (Beck, 2000) entender cómo se piensa acerca de sí mismo, de otras personas y del mundo que le rodea, y cómo lo que se hace afecta los pensamientos y sentimientos.

La terapia cognitiva se sirve de una amplia variedad de estrategias cognitivas, conductuales y operacionales que el terapeuta cognitivo, afirma Beck, (1983) citado por Pereyra, (2011) debe enseñar al paciente a delimitar y poner a prueba las falsas creencias y los supuestos desadaptativos. Ayuda a modificar la forma cómo piensa ("cognitivo") y cómo actúa ("conductual"). Se centra en problemas y dificultades del "aquí y ahora" (Timms, 2007); pero no es sólo cambiar las creencias disfuncionales del momento, sino también enseñar al paciente cómo utilizar los métodos para evaluar otras creencias del futuro.

Afirma Beck, (1983) citado por Pereyra, (2011) que las operaciones a emplear en la modificación de una conducta y la evaluación de otras creencias del futuro son: (1) controlar los pensamientos (cogniciones) automáticos negativos; (2) identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta; (3) examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados; (4) sustituir estas cogniciones inadecuadas por interpretaciones más realistas; y (5) aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias.

El paciente recibe, al principio, una explicación del fundamento teórico de la terapia cognitiva, aprende a reconocer, controlar y registrar sus pensamientos, las cogniciones y los supuestos subyacentes se discuten y examinan desde el punto de vista de la lógica, validez, valor adaptativo, e incremento de la conducta positiva versus mantenimiento de la patología. Por ejemplo, se discute la tendencia de los depresivos a sentirse responsables de los resultados negativos, en tanto que sistemáticamente se niegan a asumir sus propios éxitos. La terapia se centra en "síntomas objetivo" específicos (por ejemplo, los impulsos suicidas). Se identifican las

cogniciones que están a la base de dichos síntomas (por ejemplo, “Mi vida es completamente inútil, carece de valor, y yo no puedo cambiarla”) y se someten a una investigación lógica y empírica. (Beck, A., Rush, J., Shaw, B. & Emery, G. 1979)

Para el abordaje de la problemática dentro de la práctica clínica se hace necesario analizar la importancia que tiene el Modelo Cognitivo Conductual (MCC) en el tratamiento de los episodios por depresión. Este modelo teórico ha sido estudiado bajo dos enfoques psicológicos que fusionados conforman al MCC. Uno de ellos es el enfoque cognitivo, tales aportaciones tienen sus orígenes filosóficos con Zenón (siglo IV a.C.), Crisipo, Cicerón, Séneca, Epicteto y Marco, A. en Beck, (1983); todas estas aportaciones se centran en que “las emociones humanas están basadas en ideas, por lo tanto el control de los sentimientos más intensos se logra por medio del cambio de ideas”. Así también dentro de este enfoque se han generado diversas teorías que consideran a las cogniciones como elementos centrales de intervención. Algunas de las teorías cognitivas elaboradas son:

A) Teoría del Procesamiento de la Información, ésta enfatiza al hombre como un sistema que se encuentra dentro de un entorno cambiante y que a su vez demanda capacidades adaptativas sobre la información de sí mismo y del mundo, provocando una transformación cognitiva que afecta a sus emociones y conductas. En esta teoría se interrelacionan tres elementos fundamentales cognición-emoción-conducta. (Beck, 1967 y Teasdale, 1983; en Belloch, Sandín y Ramos, 1995).

B) Teorías Cognitivas Sociales, éstas hacen referencia a la manera en cómo los sucesos ocurridos en el medio externo influyen en la esperanza y expectativas que tiene la persona de poder controlar las situaciones externas.

C) Teorías Cognitivas Conductuales, que marcan la fusión con el enfoque conductual considerando el manejo que se le da a la regulación de las conductas a partir de un ajuste, adaptación y readaptación de éstas dentro de un conjunto de circunstancias ambientales cambiantes.

Ahora se requiere abordar las técnicas que hacen parte del MCC, que consideran al hombre un sistema que procesa información del medio antes de emitir una respuesta. El autor de la terapia, Beck, afirma que en los trastornos emocionales existe una distorsión sistemática en el procesamiento de la información, de este modo la perturbación emocional depende del potencial de los individuos para percibir negativamente o positivamente el ambiente y los acontecimientos que le rodean.

La teoría de la depresión de Beck se considera una de las principales representantes de las explicaciones cognitivas de la depresión (Lakdawalla, Hankin & Mermelstein, 2007, citado por Beltran, Freyre & Guzmán, 2011). Esta teoría se basa en un modelo de vulnerabilidad al estrés, en el que se activan esquemas de pensamiento distorsionado que contribuyen a la forma negativa en que el individuo percibe, codifica e interpreta la información sobre sí mismo, sobre el mundo y sobre el futuro, lo cual inicia y mantiene los síntomas depresivos. Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran

medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo (Beck, 1967). Sus cogniciones (eventos verbales o gráficos en su corriente de conciencia) se basan en actitudes o supuestos (esquemas) desarrollados a partir de experiencias anteriores. Por ejemplo, si una persona interpreta todas sus experiencias en términos de si es competente y está capacitada, su pensamiento puede verse dominado por el esquema, “Si no lo hago todo a la perfección, significa que soy un fracaso”. Consecuentemente, esta persona responderá a las situaciones en términos de adecuación, incluso aunque las situaciones no tengan nada que ver con la dimensión de competencia personal.

Partiendo de la conceptualización que los pacientes realizan de sus problemáticas, las terapias cognitivas conductuales pretenden llevar al paciente a la modificación de pensamientos y como consecuente a ello, a la creación de repertorios conductuales que correspondan a esas creencias, es por esto que dentro del abordaje desde este modelo se incluyen diversas técnicas dentro y fuera de las sesiones de terapia encaminadas a la toma de conciencia de las cogniciones y a respuestas emocionales y conductuales más asertivas utilizando para ello técnicas como la psicoducción, proceso que permite brindar a los pacientes la posibilidad de desarrollar, y fortalecer sus capacidades para afrontar las diversas situaciones de un modo más adaptativo. El profesional de la salud tiene por objeto orientar y ayudar a identificar con mayor entendimiento y claridad el problema o la patología para enfocar adecuadamente, en forma conjunta, su resolución o tratamiento y favorecer, por ende una mejora en la calidad de vida.

En el modelo Conductual las técnicas sugieren que la atención terapéutica se centre en la conducta observable del paciente, y todas las actividades estén dirigidas hacia el cumplimiento

del objetivo terapéutico, tienen como propósito, lograr un cambio en las actitudes negativas y promover una mejoría en su ejecución, lo que permite llegar a comprobar la validez de los pensamientos negativos; y cuando éstas se ven refutadas, la persona se siente motivada para realizar tareas y actividades que pueden considerarse con mayor dificultad, al grado de enfrentarse con sus propias barreras (Beck, 1983). Dentro de la intervención se propone el empleo de la “programación de actividades”, “técnicas de dominio y agrado”, “asignación de tareas graduales”, “práctica cognitiva”, “role playing” y “tareas para casa”. La primera manifiesta la necesidad de formular actividades planeadas con la finalidad de contrarrestar la escasa motivación del paciente, esto permite que la planificación del tiempo, lo mantengan ocupado e impidan que retroceda a un estado de inmovilidad, que propicie el reforzamiento de los pensamientos distorsionados y los comportamientos inapropiados hacia su persona. Por lo que las actividades que se contemplen en el programa, deberán de ser graduales y del agrado del paciente.

Las técnicas de dominio y agrado permiten que el paciente incremente aquellas actividades que le promueven forjar sentimientos de placer, diversión o alegría; pues de lo contrario, si realiza actividades que no le aportan satisfacción, promoverá la presencia de los pensamientos distorsionados que le afectarán su área emocional. En cuanto a la asignación de tareas graduales, es necesario que el terapeuta formule un plan de acción, en el cual deberá estar contemplado por un proceso que radica desde la definición del problema, planteando con esto la formulación de un proyecto en el que se establecerán las tareas tanto simples como complejas que se deberán realizar. Así pues, durante la intervención se observará al paciente en el logro de cada tarea llevada a cabo con éxito; aunado a esto, se promueve la estimulación hacia la persona, para que

evalúe de forma realista todo aquel componente que le impida realizar las actividades; y con esto es conveniente que el terapeuta enfatice en las capacidades y esfuerzos para llevar a cabo exitosamente cada actividad planeada; y por último, se procede a reasignar nuevas tareas más complejas. (Beck, 1967 y Teasdale, 1983; en Belloch, Sandín y Ramos, 1995).

En cuanto a la reducción del nivel de ansiedad, se puede incluir una técnica de relajación, debido, principalmente, a que, además de disminuir la ansiedad y facilitar el sueño, favorece la sensación de control en las víctimas y propicia una autovaloración más positiva. (Echeburúa y Corral, 2009).

Se puede considerar que bajo estas características que presenta el modelo terapéutico cognitivo-conductual, se logra una intervención oportuna hacia la atención de diversos trastornos. Se parte del objetivo principal que recae en la investigación y de aquellos pensamientos, sentimientos y conductas que referencia el paciente durante la sesión terapéutica y entre las sesiones.

FORMULACIÓN DEL CASO CLINICO

Datos de Identificación

NOMBRE: P

EDAD: 15 años

SEXO: Masculino

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 10XXXXXXX

FECHA DE NACIMIENTO:

LUGAR DE NACIMIENTO: Piedecuesta Santander

ESCOLARIDAD: décimo grado

OCUPACIÓN: estudiante

RELIGIÓN: católica

NIVEL SOCIOECONÓMICO: estrato 2

*Se omiten algunos datos por respeto a la identidad del paciente

GRAFICA 1. Familiograma

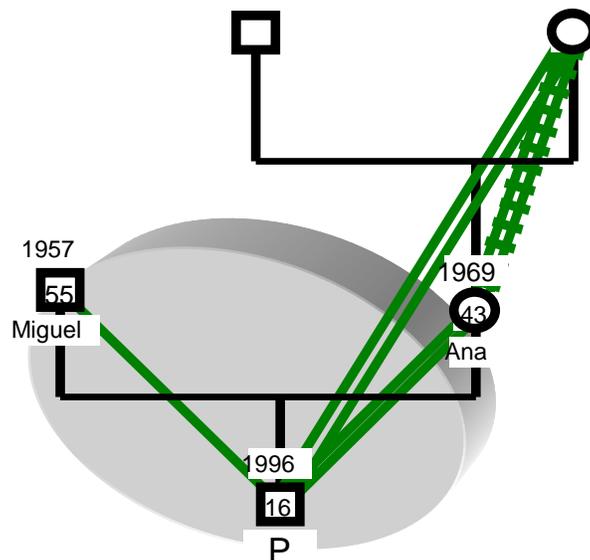


TABLA 1. Convenciones del familiograma

	Relación armónica
	Amistad cercana
	Amistad muy cercana

Motivo de consulta

Dentro de los motivos de consulta se logran extraer dos que corresponden a los formulados por las instancias más cercanas al joven: colegio, familia.

Colegio: “Los últimos meses se ha sentido desmotivado y su desempeño en el colegio ha sido muy bajo”.

Madre: “No sé qué le pasa, ya no le gusta hacer nada, ni siquiera estar con los amigos”.

Planteamiento del problema

A lo largo del tiempo se ha venido investigando acerca de cuáles son los elementos psicológicos que influyen en la persona para que esta evidencie una depresión; y aún más importante es explicar por qué cada día más y más adolescentes manifiestan síntomas y conductas depresivas.

Este trabajo buscar determinar específicamente el impacto que las características de personalidad (los estilos de afrontamiento, la autoestima, el optimismo, el control percibido, el manejo emocional y la disposición a buscar apoyo social, variables como la edad, y el rol familiar tienen sobre la psicología y el comportamiento de los adolescentes.

De lo anterior surge la pregunta por “determinar si existe relación entre un diagnóstico psiquiátrico (depresión moderada) con las características de personalidad y la manera de responder al riesgo y al estrés en la psicología y el comportamiento de un adolescente escolarizado”.

Examen Mental

Porte, comportamiento y actitud: Paciente con presentación personal adecuada (vestido informal y limpio, con ropa acorde a su edad y a su género), tono de voz bajo y su postura erguida, se muestra introvertido. Asiste a consulta en compañía de su madre; P es un paciente colaborador, aunque en la primera entrevista suministro poca información relacionada con su historia de vida.

Estado de conciencia y orientación: El estado de conciencia es adecuado, tiene conciencia de quién es y de su estado afectivo actual. Orientación auto y alopsíquica.

Atención y concentración: su atención es adecuada respecto de los criterios que se abordan en consulta, se observa que en momentos le cuesta hablar de su situación actual, como por ejemplo determinar la causa exacta por la cual asiste a consulta por Psicología.

Lenguaje: fluido; cuando trata de describir hechos del pasado, su tono de voz es bajo. En cuanto al lenguaje: comprensivo, entiende correctamente las instrucciones así como las preguntas a lo largo de la evaluación.

Estado de Ánimo: demuestra introversión manifiesta sensación de cansancio, soñolencia, adormecimiento. Se torna pasivo, y pensativo al hablar; duda para dar ciertas respuestas (anhedonia y apatía).

Sociabilidad: Su entorno social es limitado, su grupo de pares está compuesto por un primo materno.

Descripción del caso

P, paciente masculino de 15 años de edad con diagnóstico por *trastorno depresivo moderado* (F 32,1) según el manual diagnóstico DSM IV, remitido a psicología después de 6 meses de evolución de los síntomas y tratamiento psiquiátrico. Comentó dentro de consulta que en el último año 2012, viene presentando desmotivación general, que lo ha llevado a disminuir la ingesta de alimentos, los tiempos de sueño, marcado aislamiento social y bajo rendimiento académico; además presenta dolor por somatización en el abdomen bajo, lateral izquierdo que le

son difíciles de controlar. Narra que esto se viene presentando desde hace año y medio más o menos, pero que se ha acentuado en el presente año; no referencia haber sido intervenido clínicamente por los síntomas mencionados, pero que si ha sido atendido por psiquiatría al ver que el dolor abdominal era tan recurrente, practicándole múltiples radiografías para descartar alteración en el sistema digestivo con resultado negativo para cualquier anomalía o enfermedad.

En las primeras sesiones P presenta bajo rendimiento académico descrito por la madre del joven como la pérdida de cinco asignaturas y el no deseo por culminar satisfactoriamente sus estudios, desinterés por la interacción social con pares (compartir con amigos), dedicar tiempo a hobbies o realizar alguna práctica de tipo recreativo, disminución del apetito y dificultad para mantener el sueño reparador (cinco horas de sueño no profundo). Al indagar sobre el porqué de la asistencia a psicología referencia que esto le parece “normal” y describe como motivo principal la “preocupación que está experimentando” actualmente y poder dar a conocer a sus padres “que me está pasando en el colegio”, haciendo referencia bajo rendimiento académico.

Se evalúan los síntomas depresivos asociados con el aplazamiento y los signos de enfermedad fisiológica, mostraba creencias devaluativas y distorsiones cognitivas de tipo todo o nada. Le parecía imposible mantener un buen desempeño académico, e incluso seguir asistiendo al colegio ya que posiblemente la gente no lo iba a entender ni aceptar. Sobregeneralizaba, no admitía que el momento llegara a ser pasajero o que se pudiera tratar de una etapa del ciclo vital de un adolescente en donde no se sintiera parte de algo, o que no entendiera bien como desenvolverse frente a una exigencia, en este caso el ámbito académico, actitud de la que se derivaban intensos sentimientos de frustración e impotencia que generaban en últimas un aparente estado depresivo.

Todos estos aspectos se abordaron en la terapia; y se incluyeron otros aspectos que se identificaban y que se constituían como elementos mantenedores entre los que se destacan la evitación del hijo y la sobreprotección de la madre. Por otra parte, fue importante revisar el nivel de adherencia al tratamiento de tipo psiquiátrico y farmacológico suspendido o dosificado según el criterio de la madre, situación que desencadenaba en la aparición nuevamente de los síntomas.

Breve descripción de la historia del paciente:

P proviene de una estructura familiar de tipo nuclear con jefatura paternal, en donde el sostenimiento económico está a cargo del padre, y las labores del hogar son únicas y exclusivas de la mujer. El estilo de crianza utilizado por los padres fueron: por parte de su padre biológico un estilo permisivo - negligente, debido a que el tiempo que dedica a su hijo y los demás miembros de la familia es muy reducido por sus labores, con lo que termina diciendo a todo que sí, o que todo está bien; y por parte de la madre el estilo de crianza es permisivo y sobreprotector, cedía ante los requerimientos de su hijo y cuando él joven tomaba una iniciativa la madre intentaba controlar todos los eventos que pudieran generarse con la misma. P tiene un fuerte vínculo afectivo con la madre y la abuela materna, la relación entre ellos es una amistad muy cercana; la relación con el padre biológico es una relación armónica.

Como antecedentes se encuentra que la madre del paciente tuvo un embarazo y parto por cesaríá con sufrimiento fetal agudo. García. Et al. (2009) lo definen como una patología que se instala durante el embarazo, y que se caracteriza por una insuficiencia placentaria de tipo nutricional, que provoca trastornos en el desarrollo fetal. Su forma leve o moderada es causa de

retardo de crecimiento intrauterino y su forma grave puede llevar a óbito fetal. Y neurológicos con presencia de episodios convulsivos desde su nacimiento hasta los 5 años de edad; durante este tiempo se le practicaron exámenes anuales para descartar algún daño neuronal, sin encontrar evidencia médica.

Dentro de la atención por psiquiatría P, recibe tratamiento farmacológico con inicio en Febrero de 2012; Fluoxetina, 20 mg una vez al día después del almuerzo; amitriptilina clorhidrato, 25 mg una vez en la noche. En la última valoración realizada por psiquiatría en el mes de Agosto del mismo año el médico tratante reemplaza la Fluoxetina por sertralina, 50 mg una vez en la noche después de la comida junto con la amitriptilina, 25 mg una vez en la noche ya que considera que el tratamiento no le está contribuyendo al paciente para mantener una vigila adecuada. El paciente no ha generado adherencia a ninguno de los tratamientos farmacológicos optando la madre por la no utilización del medicamento mencionando; justificando que no observa mejorías “mi hijo anímicamente se notaba triste y evidenciaba alteraciones nerviosas” (mayor aislamiento social, y mayor dificultad para mantener el sueño en las noches).

TABLA 2. Análisis diacrónico.

<p>EMOCIONAL/ AFECTIVO</p>	<p>No se referencian recuerdos importantes de reuniones, o celebraciones familiares, o algún otro evento.</p> <p>Ej: “No tengo muchos recuerdos de fiestas, o salidas a paseos. Además no hay como muchas veces”.</p>
---------------------------------------	---

COGNOSCITIVO/ VERBAL	<p>Presenta desde pequeño verbalizaciones que intentan justificar el aplazamiento en algunas actividades que requieren de cierto grado de responsabilidad y/o compromiso. No presenta historial de repitencia, ni perdidas académicas.</p> <p>Ej: al solicitarle la ejecución de tareas familiares. (aseo de la casa - mandados) “madre”.</p>
INTERACCIÓN SOCIAL	<p>Desde pequeño referencia pocas amistades. Normalmente las que tienen que ver con el círculo académico.</p>
REPERTORIOS RELACIONADOS CON LA SALUD - ENFERMEDAD	<p>Convulsiones en la primera infancia. Tratamiento con anticonvulsivos y seguimiento médico hasta los 5 años, sin evidenciar daño neurológico.</p>

TABLA 3. Análisis sincrónico.

EMOCIONAL/ AFECTIVO	<p>Son comunes expresiones de fracaso, de desinterés por las cosas, de no deseo de realizar tareas o algún tipo de rutinas. (Apatía – anhedonia).</p> <p>Ej: “Para que salgo a la calle si es hacer lo mismo de siempre – Más tarde hago las cosas, aún queda tiempo”.</p>
COGNOSCITIVO/ VERBAL	<p>Es común encontrar en P, verbalizaciones del tipo: «me parece normal todo, se me olvida hacer algunas cosas, si quería pero después lo olvide».</p> <p>Ej: Al pedirle que realice un registro de alguna actividad, normalmente justifica que deseaba hacerlo, pero lo olvido.</p>
INTERACCIÓN SOCIAL	<p>Las interacciones sociales son reducidas e intenta involucrarse en el medio social, pero no mantiene la motivación.</p> <p>Se retira del colegio (Falta motivación y perdida de materias)</p> <p>Permanece en su casa viendo tv, o visitando a la abuela materna.</p> <p>Se vincula al medio laboral por medio de familiares que lo emplean.</p>

REPERTORIOS RELACIONADOS CON LA SALUD - ENFERMEDAD	No mantiene hábitos ni rutinas Presencia de insomnio No se alimenta adecuadamente. Referencia dolor abdominal. Somatización.
---	---

Listado de problemas

Dolor abdominal recurrente.

Tristeza ocasional. (Insatisfacción, inseguridad, dificultad para expresar sentimientos).

Dificultad para conciliar y mantener un sueño reparador.

Cansancio físico.

Perdida de interés por situaciones que antes le eran placenteras (anhedonía) como: asistir a clases, realizar tareas académicas, salir a jugar con amigos, salir en el municipio a pasear.

Distanciamiento en relaciones sociales, respuestas de evitación ante situaciones sociales.

Bajo rendimiento académico en lo que va del último año escolar; pérdida de 6 asignaturas, mayor dificultad para las matemáticas.

Poca adherencia al tx farmacológico.

Instrumentos utilizados

- a. *Observación*: técnica a partir de la cual se obtienen datos perceptibles de la unidad de análisis: características de los sujetos, tales como su forma de comportamientos verbales y no verbales en situaciones diversas; de las interacciones entre sujetos, sean estas gestuales o verbales; de los contextos. (Piacente, 2009).
- b. *Entrevista individual*: Es una técnica que recoge abiertamente la petición de ayuda del entrevistado, porque especialmente en la primera sesión el paciente se encuentra en una situación de conflicto, estrés, confusión y sufrimiento que le lleva a consultar. La información que se recoge de la persona es por una parte amplia y general y por otra específica y concreta, lo que convierten a esta técnica en un instrumento insustituible de evaluación. Esto hace que las habilidades de escucha y de formular preguntas sean decisivas en la formación del evaluador. (Beck, 2000).
- c. *Las entrevistas serán semiestructuradas y abiertas* para generar mayor confianza con los consultantes y permitir obtener mayor información que se pueda triangular. (Castellanos, 2010).
- d. *Las escalas analógicas o escalas de medidas subjetivas por parte del propio paciente*; estas son de elaboración personal y contienen dentro de sí variables que responden al grado de confort o desagrado que evidencia el paciente durante tareas de tipo cotidiano, académico, familiar, social, o recreativo para determinar qué tan común puede ser un pensamiento y conducta frente a una tarea determinada; para ello se inicia abordando al

paciente con preguntas relacionadas con su estilo de vida, gustos e intereses, relaciones sociales, etc. Con el propósito de hacerla lo más ajustada posible a la realidad del mismo. Así mismo se procede a otorgarle un valor nominal por escala Likert, a las acciones que desarrolla el paciente en su vida diaria pidiéndole normalmente que las enuncie con unos días de antelación al día en que es aplicada, con el propósito de conocer la evolución y/o mantenimiento del estado del ánimo. Estas se puntúan de la siguiente manera: se otorga un valor de uno (1) a la acción que le es más desagradable o incomoda, y con (cinco) 5 la que le es más agradable, es una puntuación sencilla que permite la recolección de datos empíricos de cómo se encuentra el paciente actualmente y que permite evaluar día a día la efectividad del tratamiento. (Reynoso. & Seligson. (2005).

- e. *El inventario para la depresión de Beck (BDI)*, que es una escala de autoevaluación que valora fundamentalmente los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión. Es la que mayor porcentaje de síntomas cognitivos presenta, destacando además la ausencia de síntomas motores y de ansiedad. Esta descarta los síntomas de ansiedad cuando dentro de las variables de estado de ánimo y períodos de llanto el paciente las puntúa como ausentes; lo que está directamente relacionado con la perspectiva de la especificidad que habla como una emoción genera una respuesta de activación fisiológica y adaptativa. Se utiliza habitualmente para evaluar la gravedad de la enfermedad. Se logra la valoración del aspecto físico, la pérdida de peso, la preocupación somática y la dificultad para trabajar por agitación, dificultad de concentración, pérdida de energía y sentimientos de inutilidad. Cada ítem se valora de 0 a 3, siendo la puntuación total de 63 puntos. No existe un consenso sobre los puntos de

corte, por lo que se emplean distintos puntos de corte e intervalos para definir los niveles de gravedad. García (2009).

- f. *Auto registros*, se realiza esta técnica con el fin de registrar la conducta deseada del paciente, analizando la situación, pensamiento y la acción. (Ruiz & Imbermon, 1996).

- g. *Registro de actividades diarias*, consiste en planificar las actividades placenteras a llevar a cabo, el tiempo a dedicarlas, cuando y donde se va a realizar, dependiendo de cada ejecución el paciente se dará cuenta que están íntimamente relacionadas con el aumento del estado emocional (Roselló & Bernal, 2007).

Posibles hipótesis

El episodio depresivo moderado, como resultante de la dificultad para afrontar y dar respuesta de forma asertiva y efectiva a las situaciones de su entorno.

La aparición de los síntomas es multicausal, y está asociada a factores de la personalidad y psicosociales (estilos de afrontamiento, autoestima, optimismo, control personal, inteligencia emocional y disposición a buscar apoyo social, respuestas al riesgo y al estrés) que influyen en los cambios emociones del adolescente (Bustamante & Collogo, 2010).

El dolor abdominal puede responder a una somatización para evadir compromisos y una forma de obtener y mantener la ganancia secundaria, en este caso la atención y sobreprotección de la madre.

Su bajo rendimiento académico puede estar relacionado con hábitos de estudio inadecuados; y la necesidad de un tutor.

Existen mantenedores o reforzadores de los síntomas (la victimización de la familia).

Impresión diagnóstica

El episodio depresivo se caracteriza por la presencia de al menos 2 semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañados por al menos otros 5 síntomas de los 7 que se presenta a continuación:

- a) Pérdida o incremento significativo de peso en ausencia de dieta específica.
- b) insomnio o hipersomnía casi cada día.
- c) Agitación o enlentecimiento motor casi cada día.
- d) Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
- e) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva e inapropiada presentes la mayoría de días.
- f) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o indecisión.

g) Pensamiento recurrentes de muerte, ideación suicida sin especificar o una tentativa de suicidio, o un plan específico para llevarlo a cabo.

Sintomatología

Los adolescentes con trastorno depresivo pueden presentar los siguientes síntomas:

Síntomas afectivos: anhedonía, irritabilidad, sentimientos de desesperanza, sentimientos de inutilidad, desvallecimiento, piedad de sí mismo.

Manifestaciones cognitivas: autoevaluaciones negativas e irreales de sí mismos y de sus actos, que pueden incluso tener un carácter delirante, tendencia a la culpabilidad, dificultades de concentración e indecisión.

Manifestaciones motivacionales: ideación suicida, retraimiento social y descenso del rendimiento académico.

Síntomas físicos: fatiga, alteraciones del sueño, cambios en el apetito y en el peso corporal, agitación o enlentecimiento psicomotor y/o desórdenes somáticos.

Diagnóstico Mutiaxial

Eje I. F32, 1. Episodio depresivo moderado con episodio único.

Eje II. Z03.2. Sin diagnóstico en el Eje II.

Eje III. Enfermedades médicas asociadas - dolor abdominal recurrente.

Eje IV. Dificultad en la actividad escolar y mantener relaciones interpersonales con el grupo de pares.

Eje V. EEAG 71-80. Si existen síntomas, son transitorios y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales (p. ej., dificultades para concentrarse tras una discusión familiar); sólo existe una ligera alteración de la actividad social, laboral o escolar (p. ej., descenso temporal del rendimiento escolar).

TABLA 4. Contextos.

FAMILIAR	Tipología familiar nuclear. Refiere tener una relación armónica con sus padres, pero mayor cercanía con su madre.
CONTEXTO ACADÉMICO/ LABORAL	Estudió hasta 10 bachillerato, y decidió abandonar la escuela en 2012. Actualmente labora en negocio familiar.
INTERACCIÓN SOCIAL	Dice que antes de estar “enfermo”, le gustaba salir con algunos amigos del colegio, jugar futbol.
RECREACIONAL	Salidas los fines de semana a la casa de familiares (abuela), y paseos dentro del municipio con uno de sus primos.
SALUD	Desde febrero de 2012 se le recomienda por consulta en psiquiatría la administración de psicofármacos, acompañados por psicoterapia. (No se está suministrando el medicamento). - Vigila inadecuada - Dolores abdominales en la parte izquierda hace año y medio.

RESULTADOS

Intervención

El proceso de intervención inicia con la evaluación del estado actual del paciente, quien llega a consulta por psicología con un diagnóstico de episodio depresivo moderado realizado por psiquiatría y síntomas relacionados con el mismo. Se aplica el inventario para la depresión BDI con el propósito de determinar si los síntomas evidenciados y referenciados por el consultante son el resultado de dicho episodio. Se genera interconsulta con medicina general, psiquiatría, y nutricionista. La aplicación del inventario arrojó una puntuación cuantitativa de 50/70 clasificando el nivel de depresión en leve, con rango de normalidad. Se adelanta un monitoreo del estado de ánimo a través del uso de escalas analógicas sobre gustos e interés, los autoregistros son utilizados en la medición diaria de los pensamientos y las conductas generadas en las acciones del contexto, con resultados positivos que indicaban que el diagnóstico inicial pudo cambiar del momento en que se realizó, al tiempo en que se inicia la psicoterapia. Sin embargo el paciente mantiene síntomas que le impiden generar un triada cognitiva positiva; mostraba una visión negativa acerca de sí mismo: (autoestima baja - menosprecio de sus habilidades - tendía a subestimarse y negaba la posibilidad de ser feliz completamente. Denotaba dificultad para la realización de proyectos, aplazaba tareas y responsabilidades justificando “no ser capaz”, anticipaba dificultades, no manejaba tolerancia a la frustración, y se experimentaban sentimientos de culpa. Distorsiones cognitivas de tipo todo o nada y personalización: “es imposible mantener un buen desempeño académico, e incluso culminar el año escolar”. No admitía que la situación fuera pasajera, o que las sensaciones respondieran a una etapa de conflicto en su ciclo vital.

Por lo anterior se hace necesario realizar una intervención destinada a que el paciente aprenda nuevas habilidades y estrategias de afrontamiento que contribuyan en su forma de percibir, entender y reaccionar ante las dificultades, para poder así reducir la gravedad y duración de los síntomas, las ideas, creencias y distorsiones cognitivas, haciendo uso de la psicoeducación, experimentos conductuales, la solución de problemas, la toma de decisiones y que invalidaran la visión negativa y los síntomas mantenedores, constituir métodos para el manejo y contención de las recaídas.

La intervención se llevó a cabo durante tres meses y medio, con un total de 7 sesiones cada una de ellas alrededor de 45 minutos; por lo general cada 8 o cada 15 días, según la disponibilidad del paciente para asistir a las mismas. Diseño de caso único con medidas durante y después del tratamiento. Seguimiento telefónico después de 3 meses de culminar el proceso terapéutico. Durante los tres meses y medio en los que se llevó a cabo la terapia, P, accedió a ofrecer toda la información relevante para el trabajo, se analizó la validez y el significado de las ideas y creencias que le impedían y limitaban su funcionamiento.

Objetivo general

Modificar los componentes cognitivos, afectivos, motivacionales, fisiológicos y conductuales que conforman el episodio y que afectan el estado de ánimo en el paciente.

Objetivos específicos

Detectar y modificar pensamientos negativos y actitudes disfuncionales del joven y su familia (ideas, creencias o esquemas distorsionados) asociados a la depresión.

Regular en el paciente las respuestas biológicas de sueño e ingesta de alimentos, con el uso de técnicas de relajación (higiene del sueño) y el empleo de dietas adecuadas junto con el profesional de nutrición.

Contribuir en la planeación del día a día afrontando dificultades propias del contexto mediante fortalecimiento de estrategias de afrontamiento y ejercicios de exposición.

Prevenir futuras recaídas.

Descripción de las sesiones

El protocolo de evaluación e intervención empleado fue el siguiente:

1ª sesión: *Evaluación y establecimiento de los objetivos y del plan terapéutico.* (Técnica utilizada: control y programación de actividades) se realiza la presentación del terapeuta. Por ejemplo: *Terapeuta (T): Hola, bienvenido a la consulta en psicología clínica, tengo un enfoque dentro del área cognitiva conductual, por lo que va a ser de especial interés para mí los pensamientos, los por qué y para qué de todas y cada una de las conductas que evidencias a*

diario. Se establecen los objetivos terapéuticos junto con el paciente, se realiza el enganche terapéutico.

Se generan expectativas en torno a la modificación de las conductas. (Control y programación de actividades), el diligenciamiento de la historia clínica; indagando acerca del motivo de consulta, expectativas del paciente en torno a la terapia; se recolecta información sobre la historia de vida del paciente, componentes de la historia clínica (véase anexo 3).

El resultado de esta intervención: es la participación del paciente; los relatos de su historia clínica, social y familiar para conocer si existieron intervenciones en materia de salud. Es receptivo y se compromete junto con su madre a asistir y trabajar activamente durante todo el proceso. Hay expectativas relacionadas con la comprensión y superación del motivo de consulta.

2ª sesión: *Entrenamiento en modelo cognitivo – conductual y entrenamiento en reestructuración cognitiva para modificar la distorsión cognitiva*. (Técnica utilizada: experimentos conductuales). Se realiza instrucción acerca del modelo cognitivo. Por ejemplo: *(T): dentro de la terapia se va a emplear el modelo cognitivo conductual puesto que es el modelo dentro del cual se han conseguido grandes avances frente a la problemática de la depresión, posee herramientas y técnicas que permiten abordar las ideas que giran alrededor del estado de ánimo depresivo, y explica cuál es la relación que existe con la conducta; permite la modificación de ideas y creencias que se irán reestructurando a lo largo de la terapia y que se evidenciaran en un menor malestar para ti y la relación que tienes con tu entorno*. Se evalúa el estado de ánimo actual y el nivel de interés por desarrollar actividades reconociendo cuales le

generan placer y cuales no son placenteras, esto gracias a la aplicación de una escala analógica (véase anexo 4). Se realiza una revisión de la sesión anterior con el fin de establecer un puente de comprensión entre lo que se pretende trabajar, y como se pueden estar o no cumpliendo las expectativas del paciente dentro del proceso terapéutico (aumentar el autocontrol, equilibrio emocional, y un mayor manejo de rutinas). Se habla y clarifican los compromisos que se adquirieron y dentro de los cuales están las tareas para el hogar y como estas arrojan información para la comprensión del problema, se realizan tareas dentro de la sesión con el propósito de afianzar el compromiso con la acción. Se ofrece un feedback de la sesión, ofreciendo conclusiones y se hace refuerzo en las tareas para la casa: ejercicios de relajación, respiración - registro de actividades y pensamientos.

Se obtiene de esta segunda sesión ideas y creencias relacionadas con el diagnóstico inicial, entre las ideas se destacan: “no puedo” “no quiero” “eso para que” “no me interesa” “no me gusta”; así mismo se conocen algunas dificultades para conciliar sueño reparador, para tener un ingesta de alimento adecuada, y dificultades relacionadas con la integración dentro del contexto social. Se ofrece psicoeducación frente a la técnica de relajación y ejercicios de respiración explicándole los beneficios que esta ofrece frente al equilibrio de la mente y del cuerpo. Se realiza interconsulta por psiquiatría para determinar cuáles son los avances que en materia psicológica y psiquiátrica se han alcanzado con pacientes depresivos, y poder determinar si el uso del psicofármaco es necesario dentro del proceso terapéutico.

3ra sesión: *Evaluación de creencias e interpretaciones disfuncionales*. (Técnica utilizada: resolución de problemas – experimentos conductuales). En esta sesión se presenta la madre del

paciente con los exámenes médicos y justifica la ausencia del paciente en el no deseo del mismo para continuar con el proceso referenciando que su hijo tiene una dificultad para asumir los compromisos y así continuar con el proceso.

Se ofrece a la madre del paciente un esquema amplio de posibilidades (positivas y de retroceso que se pueden tener con la asistencia e inasistencia a consulta).

4ta sesión: *Evaluación de creencias e interpretaciones disfuncionales*. (Técnica utilizada: resolución de problemas – experimentos conductuales). Se inicia la sesión con la evaluación del estado del ánimo actual con el propósito de llevar el registro de la evolución sesión a sesión. Evaluar también cuales situaciones o pensamientos pueden estar generando frustración y desmotivación y hasta donde esto puede ser un indicador de riesgo (evaluación del riesgo suicida). Por ejemplo: *Terapeuta (T): Hola, que te parece si comenzamos a ver lo que sucedió esta semana, al parecer no te has sentido motivado para asistir a consulta y tú mamá me ha dicho que no te gusta que indaguen sobre tu vida. ¿Algo de lo que hemos hablado o sobre los compromisos que estamos trabajando te molesta? ¿Cómo te sientes hoy con relación a la vez pasada que viniste a consulta; para esto recuerda actividades, pensamientos, cosas buenas o malas que hayan ocurrido?*

Se refuerza al paciente sobre la importancia que tiene el proceso de intervención y la necesidad que dentro del mismo se pueda contar con la participación activa en todas y cada una de las actividades y sesiones que se plantean para el cumplimiento de los objetivos. Así mismo se lleva a cabo la revisión de las tareas dejadas para el hogar en la sesión anterior.

Se revisan los autoregistros para dar evidencia de cuales elementos están afectando directamente el estado de ánimo y con la realización de actividades diarias. Se lleva a cabo una intervención sobre ideas y creencias que llevan a una conducta disfuncional, para lo que se le pregunta sobre aquellas dificultades que para él no permiten tener agrado sobre algo en particular. Por ejemplo: *Paciente (P): “estos ejercicios son una pérdida de tiempo. Que gracia tiene anotar lo que ocurre y pienso, si no está la solución”. Terapeuta (T): comprendo que esto te parezca una pérdida de tiempo porque no le encuentras el sentido y además sientes que no te están dando una solución inmediata a tus problemas o incomodidades, sin embargo este ejercicio permite que dentro de la sesión podamos conversar sobre lo que pasa fuera de acá, de cómo te sientes allá afuera en donde tú vives y a donde yo no llego; permite tener un panorama de tu familia sin tener que llenarte de preguntas. ¿Estás de acuerdo con completarlos nuevamente para la próxima sesión? En el caso que te sigan molestando podemos conversar sobre otros métodos que nos permitan obtener esta información.*

5ta sesión: *Determinar si el diagnóstico inicial continua vigente en el paciente.* Se continua con el monitoreo del estado de ánimo, observando que este durante las últimas semanas es el esperado, ha aumentado la motivación hacia tareas en general, y su postura corporal es diferente (mejor semblante de rostro, cuerpo menos contraído).

En el proceso que se adelanta es de vital importancia reconocer objetivamente si el diagnóstico por psiquiatría con el que el paciente inicia el proceso terapéutico está vigente, se ha modificado, o ha desaparecido. Se emplea como medida de evaluación el inventario para la

depresión de Beck (BDI) y así mismo se extraen ítems de la misma para monitorear el estado de ánimo sesión a sesión (véase anexo 6). Obteniendo de esta evaluación que el paciente puntuó un total de 45 en una escala de 1 a 100, clasificando como un nivel leve y que entra dentro de un rango de normalidad el cual se establece en una puntuación entre 50-70. Por lo que se puede pensar que el paciente actualmente no evidencia parámetros que lo clasifiquen como un paciente con episodio depresivo moderado y demostrando con las respuestas obtenidas ideas de superación personal, y deseo por la vida; algunas de estas respuestas son “no me considero fracasado, no lloro más de lo habitual, no me encuentro triste, entre otras”.

6ta sesión: *Modificación del pensamiento*. (Técnica utilizada: control y programación de actividades). Continúa el trabajo de modificación de ideas y esquemas mal adaptativos teniendo como método el análisis detallado de sus autoreportes. Se estudian cuales habilidades personales ofrecen respuestas adaptativas frente a las dificultades del contexto y a las propias de la edad, se contrastan esquemas de pensamiento, ideas y creencias negativas, con elementos positivos dentro de la interacción social y los avances obtenidos dentro de su historia de vida, demostrándole así que las dificultades pueden ser superadas si se tienen los elementos cognitivos, y emocionales requeridos.

7ma sesión: *Finalización del proceso terapéutico y psicoeducación para combatir futuras recaídas*. (Técnica utilizada: toma de decisiones). Después de conseguir en el paciente mayor autocontrol gracias al entrenamiento cognitivo-conductual, se le invita a la finalización de su proceso. Se retroalimenta a modo general sobre todos los avances obtenidos, se dan a conocer los elementos que se analizaron, las técnicas, y los resultados que hoy permiten culminar el trabajo

terapéutico; con el fin de dar cuenta si existen problemáticas aún no resueltas, reforzar elementos cognitivos que prevengan las recaídas y la psicoeducación en los elementos de intervención médica o psiquiátrica que permita reforzar el trabajo realizado desde psicología. Plantean algunas investigaciones que en un 70% un paciente que haya sufrido un episodio en un margen de 5 años como mínimo, podría llegar a experimentar otro. Se recomienda mantener sesiones de refuerzo cada 2 o 3 meses con el fin de mantener un control profesional y continuar un seguimiento telefónico al culminar el proceso.

En el proceso de intervención se logró trabajar en estrategias de organización, manejo adecuado del tiempo libre, técnicas de estudio con el propósito de lograr culminar el año escolar de forma satisfactoria. Mediante la Psicoeducación oriento y reforzó sobre el uso de pautas de crianza, en donde madre y paciente establezcan una relación hacia la independencia, autosuficiencia, o autonomía del joven, evitando así revictimizarlo recordando que este fue un elemento negativo dentro de la evaluación inicial. La técnica de la psicoeducación estuvo enfocada en los métodos de estudio, higiene del sueño y exposición en imaginación, hábitos alimentación, estrategias de afrontamiento.

DISCUSIÓN

En el mundo se discute la alta prevalencia de trastornos mentales en la población, y como estos presentan graves repercusiones económicas y sociales en los estados y particularmente en la familia del individuo. En Colombia y muchos países latinoamericanos las problemáticas que afectan la incidencia del trastorno están relacionadas con fenómenos sociales y familiares como lo son la violencia, el desplazamiento, la pobreza, el consumo de drogas y el envejecimiento (Posada, Aguilar, Magaña & Gómez, 2004 y OMS, 2004). Debido a que los trastornos mentales se han vuelto una problemática de salud pública, entidades gubernamentales y organizaciones sin ánimo de lucro han creado políticas de prevención y tratamiento para la disminución de los trastornos mentales en la población. También se han realizado investigaciones para conocer la incidencia de los trastornos en la población colombiana (Torres, et al. 2012., Secretaría de Salud de Medellín, 2012).

El Centro de Proyección Social (CPS) es un espacio que ofrece servicios de atención profesional a personas que han tenido dificultades para acceder a servicios, y es a través de programas de prevención e intervención para el mejoramiento de la calidad de vida y salud mental de los consultantes que el centro permite que las personas del Municipio de Piedecuesta en Santander, encuentren asesorías psicológicas dirigidas a consultantes de diferentes edades, nivel de escolaridad y nivel socioeconómico. En el proceso terapéutico se realiza la evaluación, que desde el modelo cognitivo conductual es considerada como un elemento fundamental para dar respuesta a la formulación y estructuración del caso tratado, ya que permite a través de instrumentos como la entrevista, la observación, la aplicación de pruebas psicométricas y la

confirmación o no de las hipótesis que se plantea el terapeuta junto con el paciente y que permite “entender mejor al individuo, de modo que se pueda tomar una decisión más informada o se elija el curso de la acción más deseable” (Trull & Phares, 2003. p. 11). Al tener un conjunto de información del consultante, es importante la construcción de la historia de vida a través de una formulación del caso, que según Eell (1997), citado en Nezu, (2006) es considerada como “un conjunto de hipótesis, delineadas por una teoría de la personalidad u orientación de psicoterapia particulares respecto de las variables que operan como causas, detonadores o factores que mantienen los problemas emocionales, psicológicos, interpersonales y conductuales del individuo” (p. 13). Aunque las limitaciones metodológicas de los estudios de caso no permiten atribuir, estrictamente, la mejoría observada a la efectividad de la terapia, resulta sugerente que los cambios positivos en la psicopatología y en las disfunciones sociales de P, (tras más de 6 meses de mantenimiento), se produzcan cuando se realiza la TCC.

Tomando lo anterior como referente, en el caso de P, dentro de su historia de vida se encontraron factores psicosociales y familiares que fueron detonantes para el desarrollo del episodio depresivo moderado, como lo son: la sobreprotección de la madre y de la abuela materna, la ausencia marcada del padre en la toma de decisiones familiares y sobre el curso de la vida del joven, las interpretaciones que sobre el concepto de enfermedad se tienen al interior del núcleo familiar, las dificultades académicas relacionadas estas con el bajo rendimiento académico, la desmotivación hacia el estudio, y el aislamiento social. La formulación de caso permite al terapeuta tener una visión más amplia de la problemática del consultante y puede proceder a la construcción de un plan de tratamiento adaptado a las características y circunstancias del paciente, y aunque presente un trastorno o una problemática que muchas otras

personas puedan tenerlo, las características de historia de vida y ambientales hacen que cada paciente sea un caso único (Nezu, Nezu, & Lombardo, 2006).

En el caso del paciente tratado se implementó un plan de intervención bajo el enfoque cognitivo conductual, ya que según la literatura los tratamientos cognitivos conductuales aumentan la adherencia al tratamiento en los casos que estos sean requeridos, y sustituyen su administración en los casos en que la intervención resulta ser más efectiva, disminuyen las tasas de recaídas y mejoran la calidad de vida del paciente permitiendo desarrollar habilidades y estrategias para enfrentarse ante ambientes estresores (Craihead & Milkowitz, 2000 citado en González, Echeburúa & González-Pinto, 2003). Dentro de lo descrito anteriormente, los objetivos de la intervención estaban encaminados a la comprobación del diagnóstico inicial ofrecido por psiquiatría, la adherencia al tratamiento farmacológico y psicológico, el incremento de actividad, el manejo de rutinas, la regulación del sueño la ingesta de alimentos y el desarrollo de estrategias de afrontamiento. Uno de los elementos vitales dentro del plan de intervención fue la psicoeducación del paciente y su familia porque permite brindarles información y construir interpretaciones nuevas sobre el diagnóstico, del concepto de salud y enfermedad, sobre las señales de alarma; para así permitir un mayor dominio en el paciente y su familia sobre lo que es en sí una enfermedad. Teniendo en cuenta lo anterior se utilizaron técnicas de modificación cognitiva para propiciar cambio en el pensamiento y comportamiento de la persona, teniendo un efecto sobre los sentimientos y la adherencia a las actividades dentro y fuera de la terapia.

De igual forma, se realizó un entrenamiento en técnicas de respiración y relajación conductual para enfrentar situaciones estresantes y lograr mantener sueño reparador cuando así lo desease, entrenamiento en resolución de problemas (Nezu et al. 2006) y la planeación de actividades agradables con la

respectiva distribución del tiempo para cada actividad en consenso con las figuras paternas y maternas, entre las que se destacan las actividades de ocio (ver tv, uso del computador).

El desarrollo de la práctica clínica en la especialización fue una experiencia enriquecedora a nivel personal y profesional porque permitió aplicar los conocimientos teóricos y habilidades fundamentales para la práctica clínica como lo son la aplicación de pruebas, la entrevista y la observación, la planificación y estructura de las sesiones y los protocolos de trabajo. Así mismo el sitio de práctica tuvo como ventaja la recepción de diferentes personas, permitiendo trabajar con diferentes poblaciones y problemáticas, facilitando la adquisición de experiencia profesional en el manejo de problemáticas que se presentan en diferentes ciclos vitales. De igual forma incentivó el interés en investigar y adquirir información relacionada con las problemáticas de salud mental y pública, para tener una mejor comprensión y llevar a cabo un desarrollo adecuado de la intervención, lo que permite la adquisición de conocimientos para el trabajo con personas que presenten problemáticas similares.

CONCLUSIONES

Se encontraron factores psicosociales y familiares que fueron detonantes del episodio depresivo moderado, como lo son: la sobreprotección, la ausencia del padre, las interpretaciones que sobre el concepto de enfermedad se tienen al interior del núcleo familiar.

Frente al motivo de consulta se logra brindar claridad a la madre y al paciente de cuáles son los elementos que no están permitiendo que P, se sienta agrado. (Cambios propios de la edad, mayor exigencia académica, hábitos y rutinas no estructuradas, apoyo familiar).

Reestructuración de las ideas y verbalizaciones que refieren un sí mismo sin la etiqueta de paciente depresivo o enfermo, por parte del paciente y de sus familiares.

La terapia psicológica y específicamente la terapia cognitivo-conductual, ha demostrado ser una alternativa más eficaz y económica que los fármacos para el tratamiento de la ansiedad y de la depresión. Cuando la terapia está ofreciendo avances que son significativos, el uso del psicofármaco puede omitirse; sin embargo estudios recientes han evidenciado que los protocolos de intervenciones más eficaces son los constituidos por las terapias cognitivas por sí solas, o asociadas con una farmacoterapia específica. (Brent et al., 1997).

Es importante cuando el paciente refiere síntomas físicos contar con la evaluación médica para descartar qué afecciones orgánicas no repercutan en el comportamiento del paciente y así determinar si se trata de una somatización.

Se evidencia en consulta un mayor dominio para la toma de decisiones tanto por parte del joven, como por parte de su madre quien a la vez reconoce que faltaban elementos por adecuar dentro de la estructura y dinámica familiar. (Pautas de crianza, manejo de rutinas, hábitos de estudio, delegación de funciones, otorgar una mayor autonomía a su hijo).

El estudio de caso permitió poner en práctica el conocimiento adquirido a lo largo de la especialización, aplicar técnicas y contribuir al análisis y explicación clínica de un episodio depresivo en adolescentes.

Como resultado de la práctica en psicología clínica se concluye que es un espacio que permite visualizar como la teoría se convierte en práctica y en donde hay una construcción recíproca que genera beneficios para la salud mental. El profesional en formación como psicólogo especialista brinda un servicio de salud en pro de la salud mental de las personas que acuden al servicio y por otro lado el conocimiento adquirido que se genera al entrar en contacto con el consultante incrementa el conocimiento, contextualización de las problemáticas y búsqueda de la eficiencia y la eficacia terapéutica.

El trabajo con una población diversa exige profundizar en las temáticas sociales, familiares, y personales, en las patologías y condiciones humanas para mejorar el ejercicio como psicólogos clínicos para que nuestra profesión siga alcanzando los méritos que durante años hemos ido construyendo. Durante el desarrollo de la práctica se generaron espacios académicos y profesionales que permitieron el intercambio de experiencias y conocimiento entre el asesor y el psicólogo en formación, que incluyeron los estudios de caso y de toda la información actualizada y relacionada con las problemáticas actuales y que se evidenciaron durante todo el ejercicio terapéutico.

RECOMENDACIONES

Se recomienda al paciente y su familia, no abandonar el proceso de acompañamiento en psicología, y así continuar instaurando y reforzando la dinámica familiar, los hábitos de vida saludable, exploración en conjunto habilidades y destrezas sociales y realizar contingencia ante futuros síntomas.

Retomar el proceso escolar para no generar un retroceso dentro de su formación académica.

Por parte del centro de proyección social, la adquisición de pruebas psicométricas, que permitan un mejor acceso a las mismas por parte de los profesionales que allí desarrollan su labor formativa.

A nivel de práctica se sugiere que se garantice por parte de la Universidad y del centro de proyección social (CPS), la asistencia continua de la población que requiere ser atendida, ya que los índices de deserción durante el proceso terapéutico son altos y se podría conseguir si se genera algún incentivo de tipo económico para dicha población como por ejemplo la gratuidad de algunas asesorías, o la disminución aún más de los costos en el servicio ya que esta es población en su mayoría vulnerable.

REFERENCIAS

- Aalto, T. (2002). Depressive disorders among young adults. Department of mental health and alcohol research. Helsinki, Finland. Recuperado de <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/22816/depressi.pdf?sequence=2>
- American Psychiatric Association. (2002). Manual Estadístico y Diagnóstico de los Trastornos Mentales. Trastornos del estado de ánimo (pp.223) Barcelona: Masson.
- Baena, A., Sandoval, M., Urbina, C., Juárez, N. & Villaseñor, S. (2005). Los trastornos del estado de ánimo. Revista Digital Universitaria, 6 (11). Recuperado de http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art110/nov_art110.pdf
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B. & Emery, G. (1979). Terapia cognitiva de la depresión. (19ª Ed.). Bilbao: Desclée de brower.
- Beck, J. (2000). Terapia Cognitiva. Conceptos básicos y profundización. (1ra Ed.). Barcelona: gedisa.
- Belloch, H, Sandín K. y Ramos, T. (1995) Procesos terapéuticos .España Inde Publicaciones.
- Beltran, M., Freyre, M. & Guzman, M. (2011). El inventario de depresión de Beck: su validez en la población adolescente. Recuperado de <http://teps.cl/files/2012/02/03.pdf>

Blum, R. (2000). Un modelo conceptual de salud del adolescente. En E. Dulanto (Ed.), El adolescente (pp. 656-672). México: Mc Graw Hill.

Camacho, J. (2003). El ABC de la terapia cognitiva. Recuperado de <http://www.diproredinter.com.ar/articulos/pdf/acbcognitivo.pdf>

Carrascoza, C., Reynoso, L. (1991). Formación y ejercicio del psicólogo aplicado, presentado en el Congreso Bienal de la Federación Mundial de la salud Mental. México, D.F.

Castellanos, N. (2010). Caracterización clínica de casos de niños y niñas usuarios del servicio de psicología del dispensario médico del batallón A.S.P.C No 14 “Cacique Pipatón” de la décima cuarta brigada. Recuperado de http://repository.upb.edu.co:8080/jspui/bitstream/123456789/945/1/digital_19658.pdf

Centro de proyección social Piedecuesta. Quiénes somos. Recuperado de <http://centrodeproyeccionsocial.jimdo.com/quienes-somos/servicios-cps/>.

Chóliz, M. (2005). Psicología de la emoción: el proceso emocional. Recuperado de <http://www.uv.es/choliz/Proceso%20emocional.pdf>

Echeburúa, E. y Corral, P. (2009). Trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia. Madrid: Pirámide.

Ferster, C. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 28 (10).

Recuperado de http://www.personal.kent.edu/~dfresco/CBT_Readings/Ferster_1973.pdf

García, A. Et al. (2009). Sufrimiento fetal. Universidad mayor de San Simón, facultad de

Medicina. Recuperado de <http://www.slideshare.net/cfabix/sufrimiento-fetal-agudo>

García, F. (2009). Prevención de sintomatología postraumática en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama. Informe de tesis. Universidad de Concepción, Concepción, Chile.

Recuperado de <http://es.scribd.com/doc/17504871/31/Inventario-de-Depresion-de-Beck-BDI-Ver-Anexo-2>

Gómez, E., Cogollo, Z. (2010). Factores predictores relacionados con el bienestar general de los adolescentes estudiantes de Cartagena, Colombia. *Revista de salud pública*. Universidad

de Cartagena. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/rsapv12n1v12n1a06>

González, Echeburúa & González-Pinto, (2003). Diseño y evaluación de un programa de intervención psicológica para pacientes con trastorno bipolar refractarios al tratamiento: un estudio piloto.

Análisis y modificación de conducta. Recuperado de http://www.ehu.es/echeburua/pdfs/21-dise_eval_program_evalpsi.pdf

Influencia de las relaciones estables de adolescentes en la incidencia de la depresión. (s.f).

Recuperado de

<http://www.tlalpan.uvmnet.edu/oiid/download/Depresi%C3%B3n%20Adolescentes%20>

[UVM_04_CSO_PSIC_PICSJ_E.pdf](http://www.tlalpan.uvmnet.edu/oiid/download/Depresi%C3%B3n%20Adolescentes%20UVM_04_CSO_PSIC_PICSJ_E.pdf)

Inventario de depresión de Beck. (s.f.). Recuperado de <http://psiquiatria-mexico.com/data/documents/Beck=20depresi=C3=B2n.pdf>.

Llort, S. (2012). Psicología infantil y juvenil: Test figura humana (DFH). Recuperado de <http://www.psicodiagnosis.es/areaespecializada/instrumentosdeevaluacion/testdelafigurahumana/index.php>.

Morales, G., Et al. (s.f). Influencia de las relaciones estables de adolescentes en la incidencia de la depresión. Universidad del valle de México. Recuperado de http://www.tlalpan.uvmnet.edu/oiid/download/Depresi%C3%B3n%20Adolescentes%20UVM_04_CSO_PSIC_PICSJ_E.pdf

Nardi, B. (2004). La depresión adolescente. Revista de la escuela de psicología facultad de filosofía y educación pontificia universidad católica de Valparaíso. Recuperado de <http://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/view/File1414>

Nezu, A., Nezu, C. & Lombardo, E. (2006). Formulación de casos y diseños de tratamientos cognitivos – conductuales: Un enfoque basado en problemas. México: Manual moderno.

Pardo, G., Sandoval, D., Umbralía, Z, (2004). Adolescencia y depresión. Revista colombiana de Psicología. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo/codigo=3246301>

Piacente, T. (2009). Instrumentos de evaluación psicológica no tipificados. Observación, entrevista y encuesta. Recuperado de http://www.psico.unlp.edu.ar/externas/evaluacionpsicologica/material2012/mat_didac_sistem/2-entrevista.pdf.

Reynoso, L. y Seligson, I. (2005). Psicología clínica de la salud. Un enfoque conductual. México: manual moderno.

Rodríguez, A., Olvido, J. (2007). Trastornos Depresivos en la infancia y adolescencia. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169617626006>

Roselló, J y Bernal, G. (2007). *Manual de tratamiento para la terapia cognitiva conductual*. Recuperado de http://ipsi.uprrp.edu/pdf/manuales_tara/grupal_participantes_esp.pdf

Roussos, A. (2004). El diseño de caso único en investigación en psicología clínica. Un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. Revista Argentina de clínica psicológica. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2819281921790006.pdf>

Ruiz, J. y Cano, J. (2002). Manual de psicoterapia cognitivo. España: R&C Editores.

Soriano, C. (1997). Manual de Psicología clínica. Infancia y Adolescencia. (2da Ed.). Valencia: promolibro.

Timms, P. (2007). La terapia cognitivo conductual (TCC). Royal College of Psychiatrists. London. Recuperado de

<http://www.sepsiq.org/file/Royal/LA%20TERAPIA%20COGNITIVO-CONDUCTUAL.pdf>

Torres, Y. et al., Secretaria de Medellín, (2012). Primer estudio poblacional de salud mental. Medellín. Colombia.

Torres, Y. & Montoya, I. (1997). II Estudio de salud mental y sustancias psicoactivas. Bogotá: Ministerio de salud. Recuperado de

<http://revistas.usantotomas.edu.co/index.php/diversitas/article/view/130/182>

Trastornos del estado de ánimo. (1999). Recuperado de <http://www.psicologia-online.com/ebooks/general/trastornos-del-estado-de-animo.html>

Timothy, J. Trull, E. Jerry, P. (2003). Psicología clínica: conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión. Ed Thomson. Recuperado de

<https://books.google.com.co/books?id=UJyv70UAZjQC&dq=Trull+%26+Phares,+2003.&hl=es-419&sa=X&ei=wVArVYXXOoGJgwS7qoKoAQ&ved=0CB4Q6AEwAA>

Vinaccia, S. (2006). Prevalencia de depresión en niños escolarizados entre 8 y 12 años del oriente antioqueño a partir del “child depression inventory” –CDI. Recuperado de <http://revistas.usantotomas.edu.co/index.php/diversitas/article/view/130181>

ANEXOS

ANEXO 1. Consentimiento informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, identificado con cédula de ciudadanía No _____ de _____, Manifiesto que conozco que el servicio de psicología que ofrece el *Centro de Proyección Social de Piedecuesta* se desarrolla a través de **Psicólogos en Práctica y Pasantías** de la Universidad Pontificia Bolivariana bajo la supervisión directa de un asesor, quien tendrá acceso a toda la información que se recoja durante el proceso y en los casos que se considere pertinente acompañara las sesiones.

Acepto que la información que aporto a través de la entrevista psicológica podrá ser usada con fines académicos, guardando reserva absoluta de los datos confidenciales de identificación de las personas allí mencionadas.

Reconozco que tengo derecho a solicitar un resumen de la historia clínica así como los resultados de las pruebas aplicadas.

Acepto que en los casos que obligue la ley la información de la historia clínica puede ser presentada a las autoridades pertinentes.

Tengo claro que me puedo retirar del proceso en el momento que lo desee y que asumo las consecuencias que ello implique.

Autorizo para el cabal cumplimiento de los objetivos del proceso terapéutico sean aplicadas las pruebas pertinentes y necesarias.

Después de haber leído toda la información contenida en este documento y haber recibido del psicólogo practicante o pasante explicaciones sobre la intervención y habiendo dispuesto de tiempo suficiente para reflexionar sobre las implicaciones de mi decisión libre, consiente y voluntaria, manifiesto que he decidido autorizar el inicio de mi proceso de intervención psicológica.

En constancia de lo anterior firmo este documento de consentimiento informado el día _____.
En presencia del pasante/practicante de psicología _____,

Consultante

Psicólogo en prácticas /pasantía

Psicólogo Asesor

C.C _____

T.P _____

ANEXO 2. Asentimiento informado.

ASENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, identificado con cédula de ciudadanía No _____ de _____, en calidad de representante legal de _____, identificado con documento de identidad _____ de _____. Manifiesto que conozco que el servicio de psicología que ofrece el *Centro de Proyección Social de Piedecuesta* se desarrolla a través de **Psicólogos en Práctica y Pasantías** de la Universidad Pontificia Bolivariana bajo la supervisión directa de un asesor quien tendrá acceso a toda la información que se recoja durante el proceso, y quien en los casos que se considere pertinente acompañará las sesiones.

Acepto que la información que aporto a través de la entrevista psicológica podrá ser usada con fines académicos, guardando reserva absoluta de los datos confidenciales de identificación de las personas allí mencionadas.

Reconozco que tengo derecho a solicitar un resumen de la historia clínica así como los resultados de las pruebas aplicadas.

Acepto que en los casos que obligue la ley la información de la historia clínica puede ser presentada a las autoridades pertinentes.

Tengo claro que me puedo retirar del proceso en el momento que lo desee y que asumo las consecuencias que ello implique.

Autorizo para el cabal cumplimiento de los objetivos del proceso terapéutico sean aplicadas las pruebas pertinentes y necesarias.

Después de haber leído toda la información contenida en este documento y haber recibido del Psicólogo practicante o pasante explicaciones sobre la intervención y habiendo dispuesto de tiempo suficiente para reflexionar sobre las implicaciones de mi decisión libre, consciente y voluntaria, manifiesto que he decidido autorizar la intervención de _____ quien soy el representante legal o tutor, dada su imposibilidad de firmar este documento con completa autonomía por tratarse de un menor de edad.

En constancia de lo anterior firmo este documento de consentimiento informado el día _____.
En presencia del pasante/practicante de psicología _____,

Consultante

Psicólogo en prácticas /pasantía

C.C _____

Psicólogo Asesor

T.P _____



Universidad
Pontificia
Bolivariana
SECCIONAL BUCARAMANGA

FORMATO HISTORIA CLÍNICA INDIVIDUAL

Código: FO – 405 - 007

Versión: 1

Página 37 de 5

2.3 Descripción de la situación actual:

3. ANTECEDENTES PERSONALES

4. ANTECEDENTES FAMILIARES

5. DIAGNOSTICO

6. PLAN DE INTERVENCIÓN

7 SEGUIMIENTO TERAPÉUTICO

7.1 Fecha

7.2 Seguimiento

ANEXO 4. Escala analógica para el estado de ánimo.

Tomando en cuenta el último mes...

- EAV para niños de 8 a 18 años

¿Qué puntaje te/le pondría/s considerando que 0 es que está/s muy mal y 10 significa que está/s muy bien?

0 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 10
(muy mal) (muy bien)

¿Cómo te parece que estás?

Muy mal	Más o menos	Muy bien
		

¿Cómo considera usted que es la calidad de vida de (nombre del paciente) ?

0 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 10
(muy mala) (muy buena)

¿Cómo o cuánto cree usted que la de (nombre del paciente) compromete su salud?

0 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 10
(nada) (mucho)

ANEXO 5. Inventario de la depresión de BECK

INVENTARIO DE LA DEPRESIÓN DE BECK (BDI)

Instrucciones: A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. Delante de cada frase marque con una cruz el círculo que mejor refleje su situación actual.

1. Estado de ánimo
<input type="checkbox"/> Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos
<input type="checkbox"/> No me encuentro triste
<input type="checkbox"/> Me siento algo triste y deprimido
<input type="checkbox"/> Ya no puedo soportar esta pena
<input type="checkbox"/> Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar
2. Pesimismo
<input type="checkbox"/> Me siento desanimado cuando pienso en el futuro
<input type="checkbox"/> Creo que nunca me recuperaré de mis penas
<input type="checkbox"/> No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal
<input type="checkbox"/> No espero nada bueno de la vida
<input type="checkbox"/> No espero nada. Esto no tiene remedio
3. Sentimientos de fracaso
<input type="checkbox"/> He fracasado totalmente como persona (padre, madre, marido, hijo, profesional, etc.)
<input type="checkbox"/> He tenido más fracasos que la mayoría de la gente
<input type="checkbox"/> Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena
<input type="checkbox"/> No me considero fracasado
<input type="checkbox"/> Veo mi vida llena de fracasos
4. Insatisfacción
<input type="checkbox"/> Ya nada me llena
<input type="checkbox"/> Me encuentro insatisfecho conmigo mismo
<input type="checkbox"/> Ya no me divierte lo que antes me divertía
<input type="checkbox"/> No estoy especialmente insatisfecho
<input type="checkbox"/> Estoy harto de todo
5. Sentimientos de culpa
<input type="checkbox"/> A veces me siento despreciable y mala persona
<input type="checkbox"/> Me siento bastante culpable
<input type="checkbox"/> Me siento prácticamente todo el tiempo mala persona y despreciable
<input type="checkbox"/> Me siento muy infame (perverso, canalla) y despreciable
<input type="checkbox"/> No me siento culpable
6. Sentimientos de castigo
<input type="checkbox"/> Presiento que algo malo me puede suceder
<input type="checkbox"/> Siento que merezco ser castigado
<input type="checkbox"/> No pienso que esté siendo castigado
<input type="checkbox"/> Siento que me están castigando o me castigarán
<input type="checkbox"/> Quiero que me castiguen
7. Odio a sí mismo

<input type="checkbox"/> _ Estoy descontento conmigo mismo
<input type="checkbox"/> _ No me aprecio
<input type="checkbox"/> _ Me odio (me desprecio)
<input type="checkbox"/> _ Estoy asqueado de mí
<input type="checkbox"/> _ Estoy satisfecho de mí mismo
8. Autoacusación
<input type="checkbox"/> _ No creo ser peor que otros
<input type="checkbox"/> _ Me acuso a mí mismo de todo lo que va mal
<input type="checkbox"/> _ Me siento culpable de todo lo malo que ocurre
<input type="checkbox"/> _ Siento que tengo muchos y muy graves defectos
<input type="checkbox"/> _ Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores
9. Impulsos suicidas
<input type="checkbox"/> _ Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo
<input type="checkbox"/> _ Siento que estaría mejor muerto
<input type="checkbox"/> _ Siento que mi familia estaría mejor si yo muriera
<input type="checkbox"/> _ Tengo planes decididos de suicidarme
<input type="checkbox"/> _ Me mataría si pudiera
<input type="checkbox"/> _ No tengo pensamientos de hacerme daño
10. Períodos de llanto
<input type="checkbox"/> _ No lloro más de lo habitual
<input type="checkbox"/> _ Antes podía llorar; ahora no lloro ni aun queriéndolo
<input type="checkbox"/> _ Ahora lloro continuamente. No puedo evitarlo
<input type="checkbox"/> _ Ahora lloro más de lo normal
11. Irritabilidad
<input type="checkbox"/> _ No estoy más irritable que normalmente
<input type="checkbox"/> _ Me irrito con más facilidad que antes
<input type="checkbox"/> _ Me siento irritado todo el tiempo
<input type="checkbox"/> _ Ya no me irrita ni lo que antes me irritaba
12. Aislamiento social
<input type="checkbox"/> _ He perdido todo mi interés por los demás y no me importan en absoluto
<input type="checkbox"/> _ Me intereso por la gente menos que antes
<input type="checkbox"/> _ No he perdido mi interés por los demás
<input type="checkbox"/> _ He perdido casi todo mi interés por los demás y apenas tengo sentimientos hacia ellos
13. Indecisión
<input type="checkbox"/> _ Ahora estoy inseguro de mí mismo y procuro evitar tomar decisiones
<input type="checkbox"/> _ Tomo mis decisiones como siempre
<input type="checkbox"/> _ Ya no puedo tomar decisiones en absoluto
<input type="checkbox"/> _ Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda
14. Imagen corporal
<input type="checkbox"/> _ Estoy preocupado porque me veo más viejo y desmejorado
<input type="checkbox"/> _ Me siento feo y repulsivo
<input type="checkbox"/> _ No me siento con peor aspecto que antes
<input type="checkbox"/> _ Siento que hay cambios en mi aspecto físico que me hacen parecer desagradable (o menos atractivo)
15. Capacidad laboral

<input type="checkbox"/> Puedo trabajar tan bien como antes
<input type="checkbox"/> Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa
<input type="checkbox"/> No puedo trabajar en nada
<input type="checkbox"/> Necesito un esfuerzo extra para empezar a hacer algo
<input type="checkbox"/> No trabajo tan bien como lo hacía antes
16. Trastornos del sueño
<input type="checkbox"/> Duermo tan bien como antes
<input type="checkbox"/> Me despierto más cansado por la mañana
<input type="checkbox"/> Me despierto unas 2 horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir
<input type="checkbox"/> Tardo 1 o 2 horas en dormirme por la noche
<input type="checkbox"/> Me despierto sin motivo en mitad de la noche y tardo en volver a dormirme
<input type="checkbox"/> Me despierto temprano todos los días y no duermo más de 5 horas
<input type="checkbox"/> Tardo más de 2 horas en dormirme y no duermo más de 5 horas
<input type="checkbox"/> No logro dormir más de 3 o 4 horas seguidas
17. Cansancio
<input type="checkbox"/> Me canso más fácilmente que antes
<input type="checkbox"/> Cualquier cosa que hago me fatiga
<input type="checkbox"/> No me canso más de lo normal
<input type="checkbox"/> Me canso tanto que no puedo hacer nada
18. Pérdida de apetito
<input type="checkbox"/> He perdido totalmente el apetito
<input type="checkbox"/> Mi apetito no es tan bueno como antes
<input type="checkbox"/> Mi apetito es ahora mucho menor
<input type="checkbox"/> Tengo el mismo apetito de siempre
19. Pérdida de peso
<input type="checkbox"/> No he perdido peso últimamente
<input type="checkbox"/> He perdido más de 2,5 kg
<input type="checkbox"/> He perdido más de 5 kg
<input type="checkbox"/> He perdido más de 7,5 kg
20. Hipocondría
<input type="checkbox"/> Estoy tan preocupado por mi salud que me es difícil pensar en otras cosas
<input type="checkbox"/> Estoy preocupado por dolores y trastornos
<input type="checkbox"/> No me preocupa mi salud más de lo normal
<input type="checkbox"/> Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro
21. Libido
<input type="checkbox"/> Estoy menos interesado por el sexo que antes
<input type="checkbox"/> He perdido todo mi interés por el sexo
<input type="checkbox"/> Apenas me siento atraído sexualmente
<input type="checkbox"/> No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo