



Universidad del Azuay

Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación.

Escuela de Psicología Clínica

Tesina previa a la obtención del Título de Psicóloga Clínica.

Tutor:
Psicólogo Xavier Muñoz

Alumna:
-María José Rojas Cordero

Tema:
Plan Psicoterapéutico con Técnicas Cognitivo Conductuales para intervenir en las Ideas de Muerte de un Paciente con Depresión Mayor.

Cuenca, Mayo del 2010

DEDICATORIA:

A mis padres, por su amor y apoyo incondicional.

AGRADECIMIENTOS:

Al Psicólogo Xavier Muñoz, por su guía, dedicación y paciencia, y a todas aquellas personas que intervinieron en la realización de este proyecto.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Dedicatoria.....	I
Agradecimientos.....	II
Índice de contenidos	III
Resumen.....	IV
Abstract.....	V
Capítulo 1: Marco teórico	1
1.1 Depresión.....	1
1.2 Causas de la Depresión.....	3
1.3 Síntomas de la Depresión Mayor.....	4
1.4 Criterios Diagnósticos de la Depresión Mayor.....	6
1.5 Diagnostico Diferencial del Estado Depresivo Mayor.....	8
1.6 Criterios Diagnósticos para el Episodio Depresivo Mayor según el CIE10.....	8
1.6.1 Episodio Depresivo Leve.....	10
1.6.2 Episodio Depresivo Moderado.....	10
1.6.3 Episodio Depresivo Grave.....	10
1.7 Ideas Suicidas en la Depresión Mayor.....	11
1.8 Que es la Terapia Cognitiva Conductual.....	13
1.9 La Terapia Cognitiva Conductual en la Depresión Mayor y en las Ideas de Muerte.....	16
Conclusión.....	23
Capitulo 2: Diagnostico.....	24
2.1 EstudiodelCaso.....	24
2.2 Reactivos Psicológicos aplicados y resultados.....	28
2.2.1H.T.P.....	28
2.2.2 Cuestionario de Personalidad IPDE.....	31
2.2.3 Test de Depresión de Beck.....	31
2.2.4 Examen Mínimo del Estado Mental.....	31
2.2.5 Inventario de Pensamientos Automáticos.....	31
2.2.6 Test de la Familia.....	31
2.3 Aproximación Diagnostica.....	31
Conclusión.....	33
Capítulo 3: Estrategias y recursos.....	34
3.1 Identificación de Pensamientos Automáticos.....	34
3.2 Técnica de la Retribución.....	36
3.3 Reestructuración Cognitiva.....	36
3.3.1 Ejemplo de la aplicación de la Reestructuración Cognitiva.....	40
3.4 La Búsqueda de Soluciones ...Alternativas.....	42

3.5 Entrenamiento en Asertividad y Role Playing.....	42
3.6 Preparar al Paciente para afrontar posibles problemas.....	43
3.7 Descatatrofización.....	43
3.8 Técnica de Relajación.....	44
3.9 Evaluación del Riesgo Suicida.....	45
3.10 Exploración de los Motivos para el Suicidio.....	45
3.11 Inclinación de la Balanza Contra el Suicidio.....	46
Conclusión.....	48
Capítulo 4: Plan de Intervención Terapéutica Cognitivo Conductual.....	49
4.1 Plan de Acción.....	49
4.2 Sesiones a Realizarse.....	50
4.2.1 Sesión 1.....	50
4.2.2 Sesión 2.....	51
4.2.3 Sesión 3.....	51
4.2.4 Sesión 4-5.....	51
4.2.5 Sesión 6-7.....	53
4.2.6 Sesión 8-9.....	54
4.2.7 Sesión 10-11.....	55
4.2.8 Sesión 12.....	57
4.2.9 Sesión 13.....	57
4.2.10 Sesión 14.....	57
4.2.11 Sesión 15-16.....	58
4.2.12 Sesión 17.....	58
Conclusión.....	59
4.3 Conclusiones Generales.....	60
Bibliografía.....	61
Anexos.....	64

RESUMEN

Este proyecto de Investigación fue llevado cabo con el fin de estructurar un Plan Psicoterapéutico para disminuir las Ideas de Muerte en un Paciente con Depresión Mayor, en el cual se explica detalladamente lo que hace referencia a la Depresión Mayor, sus causas, síntomas, criterios diagnósticos y diagnósticos diferenciales, las ideas de muerte que son producidas por la misma enfermedad, sus causas, así como también se explica la Terapia Cognitiva Conductual, la misma que fue elegida para la estructuración de este plan, la explicación de sus técnicas, su uso y objetivos, la explicación de cada una de las sesiones que se llevará a cabo con un paciente con estas características y los resultados que se conseguirán con las mismas.

ABSTRACT

En el siguiente trabajo de Grado se desarrollará la Propuesta de un Plan Terapéutico basado en la Terapia Cognitiva Conductual con la utilización de sus técnicas aplicadas a un Paciente para la intervención en sus ideas de muerte que son provocadas por su Depresión Mayor.

Se darán a conocer las características y síntomas que provocan la Depresión Mayor en una persona, así como también las características de las personas con intentos de suicidio, sus manifestaciones y el origen de estas ideas

Se dará una explicación muy detallada de lo que es la Terapia Cognitivo Conductual, así como también se dará a conocer sus respectivas técnicas, las cuales serán aplicadas en la intervención de la ideas de muerte de una paciente con Depresión Mayor.

CAPÍTULO I

1. MARCO TEÓRICO

1.1 LA DEPRESIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión afecta en el mundo a unos 121 millones de personas, de los que menos del 25% tienen acceso a tratamientos efectivos y advierte que una de cada cinco personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo en su vida, aumentando este número si concurren otros factores como enfermedades médicas o situaciones de estrés. Además, es previsible que en el año 2020, la depresión pase a convertirse en la segunda causa más común de discapacidad, después de las enfermedades cardiovasculares. (<http://www.guiasalud.es>)

Las depresiones son un grupo heterogéneo de trastornos afectivos que se caracterizan por un estado de ánimo deprimido, disminución del disfrute, apatía, y pérdida de interés en el trabajo, sentimientos de minusvalía, insomnio, anorexia e ideación suicida. A menudo manifiestan ansiedad y síntomas somáticos variados. (Toro/ Téllez-Vargas, Fundamentos de medicina, 152)

La depresión afecta el cuerpo, el ánimo y los pensamientos. Puede afectar la manera en que te sientes sobre ti mismo y sobre los demás. Los síntomas pueden empeorar con el paso del tiempo. Quien sufra de depresión tiene sentimientos de desesperanza y desesperación que pueden llegar a obstaculizarle muchos aspectos de la vida y afectarle actividades de las que antes disfrutaba. La depresión puede ocurrir una vez en la vida de las personas aunque es común que ocurra varias veces. (<http://www.hispanichealth.org>)

La Depresión, es uno de los trastornos mentales que hoy en día ha aparecido en un gran número de la población, pero a pesar de esto no lo tomamos mucho en cuenta, ya que lo consideramos como una tristeza pasajera que pronto se irá de nosotros, sin darnos cuenta las consecuencias en sí que tiene esta enfermedad mental.

Sentirse triste es una experiencia común en la mayoría de los seres humanos; sin embargo hay una diferencia significativa entre esta circunstancia y los síntomas que caracterizan a la depresión. A pesar de que hay una relación entre la tristeza humana normal y los trastornos depresivos, no todas las personas que están tristes, tienen un trastorno depresivo.

Depresión no es solamente sentirse triste, melancólico, o desanimado, es mucho más que el desaliento que puede ser parte de la vida diaria. Ésta es una enfermedad que afecta a toda la persona sus pensamientos, sentimientos, comportamiento y su salud física. En su forma más benigna, la depresión puede impedirles a los individuos usualmente saludables que gocen de la vida a plenitud. (<http://www.fpg.unc.edu>)

En si los síntomas de la depresión no tan solo afectan a la persona que los padece, estos también pueden causar un dolor innecesario a las personas que se encuentran a su alrededor, a las personas que lo aman. Y en una de las formas más graves de depresión, esta puede llegar a ser una condición que amenaza la vida de la persona que lo padece.

La depresión ha llegado a ser tan común que incluso un psiquiatra la describe como una reacción perfectamente normal. Pero aun así sea catalogado como normal, no quiere decir que sea saludable. (lowen, La depresión y el cuerpo 10).

1.2 CAUSAS DE LA DEPRESIÓN

No existe una causa específica para la depresión, esta puede estar causada por uno o varios factores. Es por eso que algunas personas tienen mayor probabilidad y riesgo de tener una depresión que otras personas. Existen diferentes causas:

- **HERENCIA:** “Existe un aumento grave del riesgo de depresión si alguien tiene parientes cercanos que han tenido depresión grave de comienzo temprano, especialmente si es que estos familiares fueron mujeres (Kalat, Psicología Biológica, 419). Sin embargo no todas las personas que tienen una historia familiar tendrán la posibilidad de tener la enfermedad, además esta enfermedad también puede ocurrir en personas que no tienen ninguna historia familiar de la enfermedad.

- **ACONTECIMIENTOS VITALES:** La mayoría de las personas deprimidas pueden señalar un acontecimiento vital que pareció precipitar o agravar la depresión (Kalat, Psicología Biológica, 419). Estos acontecimientos pueden ser muy representativos en la persona, tales como: muerte de un familiar próximo o un amigo, una enfermedad crónica, problemas interpersonales, dificultades financieras, divorcios, etc.

- **FACTORES BIOQUÍMICOS:** Las personas con depresión tienen desequilibrios de ciertas sustancias químicas en su cerebro, los cuales son conocidos como neurotransmisores. La depresión puede ser aliviada con ciertos medicamentos.

- **PERSONALIDAD:** Las personas con esquemas mentales negativos, baja autoestima, falta de control, tendencia a la preocupación excesiva son más

propensos a padecer de depresión. Los patrones de pensamiento negativo típicamente se establecen en la niñez o adolescencia y van conformando a lo largo del tiempo un patrón de pensamiento depresivo.

1.3 SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN MAYOR

Los síntomas de la depresión mayor pueden ser muy variables, algunas personas pueden no presentar ánimo deprimido o tristeza, pero casi todos se quejan de sentir una indisposición que hace que sus actividades diarias así como sus relaciones interpersonales se tornen un tanto complicadas.

- Ánimo deprimido o tristeza
- Sentimientos de culpa
- sentir como que lleva un gran peso
- Tensión constante
- Frustración
- Irritabilidad
- Llanto frecuente
- Falta de interés en muchas actividades placenteras
- baja autoestima
- Desesperanza
- Pérdida de apetito
- Insomnio, con dificultad para dormir y despertarse a media noche
- Sentimientos de fatiga constante
- No siente ninguna mejoría aún con un cambio de ambiente

- Dificultad con la memoria y la concentración
- alejarse de familia y amigos
- Síntomas físicos, tales como dolor de estómago y de cabeza, que no mejoran con los tratamientos convencionales.
- Autoestima disminuida
- Concentración deficiente
- Ideación suicida
- Disminución importante del deseo y disfrute sexual

Experimentar cinco o más de estos síntomas durante más de dos semanas, es un signo claro de padecer depresión mayor. Tener un sentimiento de tristeza y por lo menos cinco de los síntomas que aquí se mencionan, puede significar que padece de depresión menor o severa y el tratamiento puede ayudarle mucho. (<http://www.fpg.unc.edu>)

La característica fundamental del episodio depresivo mayor, es un período de por lo menos dos semanas durante las cuales existe ya sea un ánimo deprimido, o la pérdida de interés en todas o casi todas las actividades. El ánimo deprimido se manifiesta por sentirse triste, desamparado, desanimado. La pérdida de interés en todas las actividades o casi todas las actividades, el individuo reporta que nada le importa, que no disfruta de las actividades que antes le parecían placenteras. También existe disminución del deseo y disfrute sexual. (Toro/ Téllez-Vargas Fundamentos de Medicina, 161).

El paciente también puede presentar algunos síntomas adicionales, tales como cambios del apetito o peso, sueño, actividad psicomotora, disminución de energía, sentimientos de minusvalía o culpa, dificultad para pensar concentrarse o tomar decisiones o pensamientos

recurrentes de muerte, ideación, planes o intentos suicidad. (Toro/Téllez-Vargas Fundamentos de Medicina, 161).

La tristeza se manifiesta en la expresión facial. Es generalizada y atenaza al sujeto, quien no puede liberarse de ella, es diferente de la tristeza como reacción normal psicológica porque esta última es más limitada e interfiere menos con la vida del sujeto (Toro/ Téllez-Vargas Fundamentos de Medicina, 161).

1.4 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA DEPRESIÓN MAYOR

Según el DSM-4 la depresión mayor presenta varios síntomas entre los cuales tenemos:

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

(1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el sujeto (p.ej, se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p.ej, llanto). Nota: en los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.

(2) Disminución acusada del interés o de la capacidad para el pacer en todas o en casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).

(3) Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p.ej, un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o perdida o aumento del apetito casi cada día.

Nota: en niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.

- (4) Insomnio o hipersomnias casi cada día.
- (5) Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
- (6) Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
- (7) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que puedan ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)
- (8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día, (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)
- (9) Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B.- Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C.- Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D.- Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej, una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p.ej, hipotiroidismo).

E.- Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo, (p.ej, después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de dos meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

(DSM-IV-TR., 157-158-159)

1.5 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DEL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

Un trastorno depresivo mayor debe distinguirse de un trastorno del estado de ánimo debido a una enfermedad medica. Un trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias se distingue del episodio depresivo mayor por el hecho de que una sustancia (una droga, un medicamento o un toxico) se considerada etiológicamente relacionada con la alteración del estado de ánimo.

El episodio depresivo mayor en donde una de las características mas importantes es que el paciente posee un estado de ánimo depresivo y una pérdida del interés o capacidad del placer puede diferenciarse de: Trastorno por Estrés Postraumático, ya que el paciente no ha estado expuesto a ningún tipo de acontecimiento traumático en el que ha habido muertes o amenazas para sí integridad física o la de los demás.

1.6 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA EL EPISODIO DEPRESIVO SEGÚN CIE-10

A. Criterios generales para episodio depresivo.

1. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
2. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.

B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:

1. Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas.
2. Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.
3. Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.

C. Además debe estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista, para que la suma total sea al menos de 4:

1. Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad.
2. Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.
3. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida.
4. Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones.
5. Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición.
6. Alteraciones del sueño de cualquier tipo.
7. Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.

1.6.1 EPISODIO DEPRESIVO LEVE:

Están presentes dos o tres síntomas del criterio B. La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades

1.6.2 EPISODIO DEPRESIVO MODERADO:

La persona con un episodio moderado probablemente tendrá grandes dificultades para continuar con sus actividades ordinarias. Están presentes al menos dos síntomas del criterio B; y síntomas del criterio C hasta sumar un total mínimo de 6 síntomas

1.6.2 EPISODIO DEPRESIVO GRAVE:

Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo. Deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de ocho síntomas en total. Incluye los episodios depresivos del trastorno bipolar y las depresiones refractarias a tratamiento. (<http://webcache.googleusercontent.com>)

1.7 IDEAS SUICIDAS EN LA DEPRESIÓN MAYOR

La depresión es una forma de morir, emocional y psicológicamente. La persona deprimida no solo ha perdido el entusiasmo por la vida, sino que temporalmente ha perdido la voluntad de vivir. Ha renunciado, en la medida de su depresión, a la vida, y por eso son tan frecuentes en esos estados los sentimientos o actos suicidas. (Lowen, La depresión y el cuerpo, 75)

Tanto las ideas suicidas como el intento de autodestrucción que tienen las personas que se encuentran bajo una depresión, es considerada como una llamada de ayuda o una pretensión de llamar la atención hacia la angustia que se halla la persona.

El suicidio es un acto consciente y deliberado en el que el ego se vuelve contra el cuerpo porque el cuerpo no se ha mostrado a la altura de la imagen del ego. (Lowen, La depresión y el cuerpo, 76).

Por lo general el suicidio sirve para provocar sentimientos de culpa en la familia, lo cual también es considerado como un acto hostil y negativo hacia ellos.

Las ideas suicidas consisten en pensamientos de terminar con la propia existencia y que pueden adoptar las siguientes formas de presentación:

-Idea suicida sin un método específico: Pues el sujeto tiene deseos de matarse pero al preguntarle como lo va a llevar a efecto, responde: “no sé cómo, pero lo voy a hacer”. Y

-Idea suicida con un método inespecífico o indeterminado: En la que el individuo expone sus deseos de matarse y al preguntarle cómo ha de hacerlo, usualmente responde: “de cualquier forma, ahorcándome, quemándome, pegándome un balazo.”

-Idea suicida con un método específico no planificado: en la cual el sujeto desea suicidarse y ha elegido un método determinado para llevarlo a cabo, pero aun no ha ideado cuando lo va a ejecutar, en que preciso lugar, ni tampoco ha tenido en consideración las debidas

precauciones que ha de tomar para no ser descubierto y cumplir con sus propósitos de autodestruirse.

-El plan suicida o ideación suicida planificada: en la que el individuo desea suicidarse, ha elegido un método habitualmente mortal, un lugar donde lo realizara, el momento oportuno para no ser descubierto, los motivos que sustentan dicha decisión que ha de realizar con el propósito de morir. (<http://www.psicologia-online.com>).

La ideación suicida puede considerarse una expresión temprana de vulnerabilidad y abarca desde manifestaciones vagas de poco valor de la vida hasta propósitos autodestructivos mas definidos. Las ideas suicidas son más comunes entre quienes han intentado auto eliminarse, se asocian a la severidad del intento y con mayor probabilidad de repetición. (<http://www.psicologia-online.com>).

Existen varios síntomas suicidas, entre los cuales tenemos:

-Signos o síntomas emocionales: Sentirse desesperanzado, no querido, ansioso o que nada vale, sentirse enojado sobre las situaciones que le causan los sentimientos suicidas. Sentir culpa por no haber mejorado su situación. Tener grandes cambios en sus estados de ánimo. Carencia de placer o pérdida de interés con sus amigos o hobbies.

-Signos o síntomas en el comportamiento: Regalar efectos personales y despedirse de los seres queridos. Finalizar asuntos personales (finanzas, etc). Comprar un arma o cantidades letales de medicamentos. Poemas, notas o diarios sobre la muerte o suicidas. Tomar riesgos innecesarios, siendo irresponsable o impulsivo. Descuidar la apariencia física.

-Signos o síntomas mentales: Incapacidad de concentrarse o de tomar decisiones. Hablar de la muerte o tener cierta preocupación acerca de la misma. Pensamientos sobre la muerte o suicidas constantes, expresiones como: “Ojala estuviera muerto”, “No puedo soportar mi vida más”, “Arruino todo lo que hago”, “Estarías mucho mejor sin mí”, “No hay

esperanza”, “Nada mejorara”, “No estoy seguro de que estaré aquí”, “Quizás me duermo y nunca despierto”.

-Signos y síntomas físicos: Pesadillas o sueño escaso, Disminución o aumento en el apetito. Falta de energía o hiperactividad. Dolores de cabeza o de estomago persistentes o dolor crónico. (<http://www.cornellcares.org>).

1.8 QUÉ ES LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

La terapia cognitiva se sirve de una amplia variedad de estrategias cognitivas y conductuales. El objetivo de las técnicas cognitivas es delimitar y poner a prueba las falsas creencias y los supuestos desadaptativos específicos del paciente. El método consiste en experiencias de aprendizaje altamente específicas dirigidas a enseñar al paciente las siguientes operaciones: controlar los pensamientos automáticos negativos, identificar las relaciones entre cognición afecto y conducta, examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados, sustituir estas cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas y aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias.” (Beck, Terapia Cognitiva de la Depresión, 13).

En la terapia cognitiva se trata de modificar uno o más patrones alterados de pensamiento que caracterizan el trastorno, como el pesimismo exagerado de un deprimido. El primer paso consiste en identificar las ideas irracionales, ya que estas no son siempre conscientes o evidentes para el paciente. (Toro/ Téllez-Vargas Fundamentos de Medicina, 442).

En la terapia conductual el terapeuta intenta cambiar un elemento del comportamiento del paciente, estimulándolo a que lleve a cabo una conducta incompatible. (Toro/ Téllez-Vargas, Fundamentos de Medicina, 441).

La terapia Conductual puede ser definida como “la aplicación sistemática de los principios y técnicas del aprendizaje en la modificación de la conducta humana”. Es algo parecido a la enseñanza por medio de repetición con premios y castigos. A esta terapia se le han dado diversos nombres como: Modificación de conducta, Terapia del Condicionamiento, Manejo Conductual, Análisis Conductual, etc.

La terapia cognitivo conductual es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas. Se basa en el supuesto terapéutico 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, Terapia Cognitiva de la Depresión, 13).

Sus cogniciones se basan en actitudes o supuestos desarrollados a partir de experiencias anteriores. 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. (Beck, Terapia Cognitiva de la Depresión, 13).

Es decir los seres humanos no podemos creer que lo podemos hacer todo, ni que lo hacemos todo bien, ya que llegara algún momento en la cual nos encontremos frente a una situación en la que no nos vamos a poder desarrollar de una manera correcta y es ahí cuando sentimos que somos unos fracasados, ya que nuestros esquemas cognitivos fueron en que siempre hacemos todo bien y somos perfectos. Es por eso que es de suma importancia que los individuos vayamos creando nuevas formas y alternativas para solucionar los problemas que tenemos en la vida cotidiana.

Las técnicas terapéuticas van encaminadas a identificar y a modificar las conceptualizaciones distorsionadas y las falsas creencias que subyacen a estas cogniciones.

Es decir que de esta manera el paciente poco a poco va cambiando mediante la modificación de sus pensamientos erróneos que antes los tenía, va aprendiendo a resolver problemas y situaciones que antes las consideraba insuperables, mediante la ayuda del terapeuta el cual ayudara al paciente poco a poco a pensar d una manera más realista, lo cual lo llevara a poder actuar de una menara diferente a cada una de las situaciones, así como también va a tener varias alternativas para dar la mejor solución a sus problemas y de esa manera también va a poder relacionarse de una mejor manera con el resto de los seres humanos.

El modelo Cognitivo Conductual de psicoterapia se originó en 1955 con los aportes de Albert Ellis y su Terapia Racional Emotiva (T.R.E.C.) y luego se amplió y se profundizó a partir de 1962 con los aportes de Aaron T.Beck y su terapia Cognitiva.

Las características más notorias del modelo Cognitivo Conductual son:

- Se trabaja en el presente, en el “aquí y ahora”.
- Se va directamente a la resolución del problema, a la forma de lograr los resultados deseados.
- En la gran mayoría de los casos no es necesario investigar el pasado ni los “orígenes para lograr los resultados. Por eso pueden omitirse tales incursiones.
- Paciente y terapeuta hablan, se comunican y colaboran activamente y por igual en el proceso.
- El proceso incluye tareas de auto-ayuda a realizar entre sesiones.

- Si el paciente realiza las actividades acordadas entre las sesiones, el proceso es notoriamente más breve que lo habitual en otras corrientes. Se trata, pues de terapias destacadas por su brevedad.
- Pese a lo breve y sencillo del método, resulta realmente profundo y logra modificaciones importantes y perdurables.
- El enfoque es altamente didáctico, por lo cual el paciente queda entrenado para resolver futuros problemas o trastornos por sus propios medios, sin tener que recurrir nuevamente y cada vez al terapeuta.
- A su eficacia terapéutica se suma su eficacia como forma de prevención de futuros trastornos. (www.terapiacognitiva.com).

1.9 LA TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL EN LA DEPRESIÓN MAYOR Y EN LAS IDEAS DE MUERTE

El modelo cognitivo de la depresión ha surgido a partir de observaciones clínicas sistemáticas y de investigaciones experimentales. El modelo cognitivo postula tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión (1) la triada cognitiva, (2) los esquemas y (3) los errores cognitivos.

La triada cognitiva consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de un modo idiosincrático. El primer componente de la triada se centra en la visión negativa del paciente de sí mismo. El paciente se ve desgraciado torpe, etc. Tiende a subestimarse a criticarse a sí mismo en base a sus defectos. Por último piensa que carece de los atributos que considera esenciales para lograr la alegría y la felicidad. El segundo componente de la triada cognitiva de la

depresión se centra en la tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa. Le parece que el mundo le hace demandas exageradas, estas interpretaciones negativas se hacen evidentes cuando observa como construye el paciente las situaciones en una dirección negativa. La persona depresiva puede darse cuenta de que sus interpretaciones negativas iniciales estaban desviadas si se le anima a reflexionar sobre otras explicaciones alternativas menos negativas. En este sentido puede llegar a darse cuenta de que estaba tergiversando los hechos para que se ajusten a las conclusiones negativas que se habían formado de antemano. El tercer componente de la triada cognitiva se centra en la visión negativa acerca del futuro. Cuando la persona depresiva hace proyectos de gran alcance, esta anticipado que sus dificultades y sufrimientos actuales continuaran indefinidamente. (Beck, Terapia Cognitiva de la Depresión p19).

Un segundo componente del modelo cognitivo de la depresión es el que refiere al modelo de los esquemas. Los tipos de esquemas empleados determinan el modo como un individuo estructura distintas experiencias. En los estados depresivos mas graves, el pensamientos del paciente puede llegar a estar completamente dominado por los esquemas idiosincráticos: está totalmente absorto en pensamientos negativos, repetitivos, perseverantes y puede encontrar extremadamente difícil concentrarse en estímulos externos. (Beck, Terapia Cognitiva de la Depresión P20). De esta manera podemos explicar porque los pacientes tienen modelos cognitivos tan repetitivos.

El tercer componente hace referencia a los errores cognitivos. “Mantienen la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de la existencia de evidencia contraria.

- Inferencia arbitraria: Proceso de adelantar una conclusión en ausencia de la evidencia.

- Abstracción selectiva: Consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, conceptualizar toda la experiencia en base a ese fragmento.
- Generalización excesiva: Es el proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a situaciones inconexas.
- Maximización y minimización: Quedan reflejadas en los errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un evento; errores de tal calibre que constituyen una distorsión.
- Personalización: Se refiere a la tendencia y facilidad del cliente para atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe una base firme para hacer tal conexión.
- Pensamiento absolutista, dicotómico: Se manifiesta en la tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas; por ejemplo, impecable o sucio, santo o pecador. Para describirse a sí mismo, el paciente selecciona las categorías del extremo negativo. (Beck, Terapia Cognitiva de la Depresión. P21-22).

La terapia cognitiva es un tratamiento de duración breve, focalizada en la comprensión de creencias disfuncionales, vulnerabilidades específicas asentadas en esquemas latentes distorsionados y como eventos estresantes particulares chocan contra estas vulnerabilidades activándolas y así produciendo síntomas y signos depresivos., el marco de referencias puede ser:

1.- Entrega de una racionalidad cognitiva: El paciente da una explicación racional al terapeuta de sus molestias. Determina las metas y técnicas que se van a utilizar.

2.- Intervención breve: Se establecen límites temporales precisos de 16 a 20 sesiones. Con ello se facilita la motivación.

3.- Foco en el aquí-ahora: No interesa principalmente el material histórico (salvo en ocasiones muy determinadas). Las preocupaciones cotidianas son la materia prima a trabajar.

4.- Uso del preguntar socrático: Una orientación guiada por preguntas facilita el proceso de trasladar los axiomas personales del depresivo en hipótesis tentativas y, con ello, poner a conformación alternativas auto-generadas que, a su vez, deben ser sometidas a experimentación ulterior.

6.- Tareas para la casa: Puede solicitarse que se lleve un registro diario de sus actividades en su hogar para hacerse una idea tanto de su estado basal como de qué manera va ejecutándose los encargos. Además son útiles estas tareas para generar nuevas interrogantes y con ello futuros experimentos conductuales.

Los objetivos de la terapia cognitiva en la depresión mayor son:

- Resolución de síntomas.
- Establecimiento psicosocial
- Prevención de recaídas
- Prevención de recurrencias

Las técnicas conductuales también se aprovechan de técnicas provenientes del conductismo y de la teoría del aprendizaje por su eficacia comprobada demostrando con ello que es un enfoque flexible y no dogmático.

Cada sesión sigue una pauta que se va repitiendo metódicamente:

1. Elaboración de una agenda
2. Identificación del estado afectivo
3. Unir la hora actual con la sesión anterior
4. Revisión de las tareas ejecutadas en el hogar entre las citas.
5. Asignación de nuevas tareas para la casa
6. Resumen final

(<http://www.scielo.cl>)

Las ideas de muerte son consideradas, un tabú, un derecho, un delito, un acto de gran valor o un pecado mortal; según la cultura y el momento histórico el suicidio ha sido visto de una manera particular, incluyendo elementos que generan debate, temor o rechazo. Aun así lo cierto es que el suicidio es uno de los comportamientos mas dramáticos y antinaturales que se puede cometer, partiendo del hecho de que los animales están programados filogenéticamente para preservarse y preservar la especie, siendo el humano el único ser capaz de decidir quitarse la vida libre de actos reflejos destinados a la conservación de sus genes, siendo posible explicar lo anterior a partir de que el cerebro humano tiene la capacidad de abstraer y hacer posible la conciencia de elementos que van más allá del entorno real e inmediato, pensando e imaginando cosas que no existen. En la cultura occidental actual, el suicidio es completado como un problema de salud pública, estando entre los primeros índices de mortalidad a nivel mundial; está definido por la OMS, como (“todo un hecho por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, cualquiera que sea el grado de intensidad letal y de conocimiento del verdadero móvil”). Así mismo desde la conceptualización realizada por Boldt (1989) en la definición de suicidio se presentan tres

supuestos básicos: 1) el suicidio es un acto voluntario, 2) el individuo suicida desea morir, y 3) la situación por la que pasa el individuo suicida la percibe como irremediable e intolerable.

En la terapia cognitiva se parte del modelo explicativo de la depresión, en el que se incluye la idea suicida como una “expresión extrema del deseo de escape de lo que parece ser un problema irresoluble o una situación insoportable” y parte de los tres componentes de la triada cognitiva negativos (yo, mundo y futuro), los errores cognitivos dominantes y los esquemas disfuncionales activados, por lo tanto el objetivo de la evaluación se centra en la identificación de pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y creencias centrales que se activan inmediatamente antes del intento suicida. Dicha evaluación puede completarse desde tres elementos. El primero relacionado con la atención inmediata, siendo el objetivo principal estabilizar al paciente “inclinando la balanza en contra del suicidio”, es decir implicar y comprometer al paciente en el proceso terapéutico de tal manera que decida postergarlo, para que a través del establecimiento de una relación terapéutica adecuada, el paciente considere objetivamente, a lo largo del proceso terapéutico, sus deseos de morir. El segundo elemento fundamental incluye la identificación de factores de riesgo multidimensional y la vulnerabilidad del paciente, a través de una perspectiva multiaxial indagando elementos tales como: enfermedad física, pérdida personal, comportamientos impulsivos, soledad, fatiga, circunstancias estresantes, dolor crónico, capacidad limitada de resolución de problemas, entre otras, se debe indagar además en las formas en las que el paciente ha pensado en acabar con su vida, la cercanía de elementos potenciales letales en su contexto, el grado de riesgo cotidiano y la conceptualización de dificultades del individuo. Finalmente el tercer elemento implica la evaluación

permanente a lo largo del proceso terapéutico, logrando desde el primer contacto con el paciente, el desarrollo eficiente y rápido de la formulación de caso con la prevención de nuevos intentos de suicidio y el plan de tratamiento.” (www.terapiacognitiva.com)

CONCLUSIÓN:

Este capítulo fue explicado con la finalidad de dar a conocer los puntos principales que se necesitan saber para poder llevar a cabo un Plan Psicoterapéutico, ya que con la ayuda de esta explicación detallada podremos conocer cuáles son las causas, síntomas y tratamientos que son necesarios para armar el Plan Psicoterapéutico, se explica lo que es la Depresión Mayor, tanto sus síntomas como causas, tratamientos y diagnóstico diferencial, las ideas de muerte, la Terapia Cognitiva Conductual y la forma en la cual esta terapia se puede llevar a cabo en este trastorno y en la disminución de las ideas de muerte que son producidas por el mismo

CAPITULO II

2.1- ESTUDIO DEL CASO

Paciente de 40 años de edad, nacido el 20 de Enero de 1970. Nacido en Cuenca, a los 3 años de edad el paciente se traslado con su familia a vivir en la Ciudad de Ambato, regresaron a vivir en Cuenca a los 9 años de edad hasta la actualidad. Estado civil casado, tiene tres hijos. Es asistente de ingeniería. Es de religión católica.

La fuente de información es directa por parte del paciente, e indirecta por parte de los doctores que siguen su tratamiento en el centro en el cual se encuentra, así como también de su esposa como de sus hijas mayores.

La demanda explícita es la siguiente: El paciente se muestra con mucha labilidad emocional, es decir llanto constante, así como también su estado de ánimo es permanentemente triste. Los últimos seis meses el paciente ha tenido ideas de muerte, ya que aduce que es la única manera de la cual va a salir de todos sus problemas. Así como también el paciente se ha refugiado en el alcohol etílico, por lo cual demuestra una actitud violenta tanto a su esposa como a sus hijas.

Paciente, quien es el primero de cuatro hermanos, con quien hasta la actualidad mantiene una muy buena relación. Proviene de un hogar estructurado en el cual sus padres siempre han permanecido juntos, a pesar de los problemas serios que han tenido. El paciente describe a sus padres como autoritarios, mandones y controladores. En su hogar existió mucha violencia de parte de su madre hacia su padre y viceversa, así como también hacia él y sus hermanos menores. Su padre fue alcohólico. El paciente aduce que vivió una infancia un tanto dura, ya que refiere no haber tenido el apoyo de sus padres, así como también en la mayoría de las situaciones se encontraba solo, fue una infancia de muchas responsabilidades con sus hermanos, ya que él se hacía cargo de llevarles y traerles a sus

hermanos de la escuela, así como también el cuidado constante de ellos. Su infancia también fue limitada, muy controlada por parte de sus padres, ya que le exigían y le presionaban constantemente para que haga las cosas. Inicia sus estudios escolares a la edad de 5 años, no se desempeñaba con un buen rendimiento académico, ya que el paciente refiere haber sido un poco irresponsable en sus estudios. En la escuela era tímido, retraído, no tenía muchos amigos, ya que no tenía el tiempo suficiente como para sociabilizar con los demás, ya que se dedicaba al cuidado de sus hermanos. A esta edad el paciente vivía en Ambato, debido al trabajo de su padre, pero a los 9 años de edad tanto el cómo su familia regresan a vivir en Cuenca. A los 12 años de edad el paciente ingresa al Colegio “Técnico Salesianos” en la ciudad de Cuenca, en donde tenía muchos amigos, y sociabilizaba con facilidad con la mayoría de las personas. El paciente aduce haber sido un estudiante mediocre, ya que nunca se esforzó por mejorar sus calificaciones, ni por ser mejor dentro del colegio. Desde los 13 años de edad el paciente empieza a interesarse por el deporte, luego a ser seleccionado del Colegio y campeón en varias áreas deportivas como: Atletismo, Triatlón, Pentatlón, Lanzamiento. A los 15 años de edad el paciente consume por primera vez en un paseo con sus compañeros. A partir de los 17 años, el paciente tomaba esporádicamente. Terminó sus estudios secundarios sin ninguna dificultad.

A los 18 años de edad el paciente ingresa a la Universidad Politécnica en la ciudad de Cuenca, en donde estudio para Técnico Eléctrico, a esta edad el paciente comenzó a consumir alcohol con mayor frecuencia, lo cual lo llevo a tener muchos problemas en sus estudios Universitarios, ya que debido al constante consumo de alcohol, descuido sus estudios, lo cual lo llevo a perder dos años en la Universidad. A los 20 años de edad su consumo se fue haciendo cada vez más fuerte, ya que el paciente trabajaba en Proyecto Paute en donde el paciente refiere que pasaban 15 días consecutivos bajo los estados del

alcohol, tanto él como sus compañeros de trabajo. Se casó a los 21 años de edad, ya que su esposa quedó embarazada, tuvo su primera hija, y enseguida tuvo a su segunda hija, después de muchos años pudo tener a su tercer hijo. El paciente refiere que gracias a la ayuda de su esposa y a su apoyo constante, él pudo terminar sus estudios universitarios. Los problemas con su esposa comenzaron muy pronto, debido a los celos que el paciente tenía de su esposa, ya que él pensaba constantemente que ella le es infiel, que está con otros hombres, que incluso tiene relaciones formales con otros hombres, existía agresión física tanto de parte de él, como de parte de ella. A los 22 años de edad el paciente perdió la falange de su dedo pulgar debido a una falla que hubo en una máquina de su trabajo, lo cual lo llevó a debilitarse, así como también a constantemente tener mucha tristeza y sentimientos de inferioridad, ya que esta situación lo llevó a pensar que la gente lo rechazaba, así como también se burlaban de él.

En el último año los problemas con su esposa aumentaron. Actualmente ya no existe violencia física con su esposa, de ninguna de las dos partes. Pero el paciente aduce que los problemas se empeoraron ya que su esposa se ha metido en la cabeza la idea de que él le es infiel, lo cual el paciente lo niega. El paciente en la actualidad está pasando por un proceso de divorcio, lo cual lo ha llevado a deprimirse y a tener una actitud apática. El paciente aduce que este sentimiento de tristeza, así como de constante labilidad emocional ha sido constante en el alrededor de unos seis meses, los cuales son sentimientos que no los puede controlar, ya que están en él constantemente y se le ha hecho muy difícil poder controlarlos. El paciente tiene constantemente ideas de muertes, las cuales según el paciente es la única salida a sus problemas, el paciente aduce ya no tener fuerzas para seguir soportando esta vida, y que morir sería la única salida para él. Estas ideas de muerte en el paciente son

constantes y muchas de las veces han querido dejar que sean solo ideas y convertirlas en actos que le llevaran a su propósito final.

ASPECTOS COGNITIVOS E INTELECTUALES

El paciente se encuentra orientado en espacio, tiempo y persona. Memoria de evocación y reciente sin alteración alguna, así como también atención y concentración sin alteración. Pensamiento forma, contenido y curso sin alteración, aunque existe fuga de ideas. Su pensamiento por lo general se encuentra centrado en la situación en la que se encontrar su hijo menor. Sensopercepciones sin alteración. Juicio heterocrítico y autocrítico sin alteración.

ASPECTOS AFECTIVOS, DE LA AUTOIMAGEN Y DE LAS RELACIONES INTERPERSONALES

El afecto del paciente es ambivalente, existe labilidad emocional, sentimientos de culpa, mucho resentimiento con su esposa. Por lo general su estado de ánimo es bajo, y suele tener mucha tristeza. Tiene muchas ideas de minusvalía, así como también constantes ideas de muerte, siente que no tiene la capacidad de realizar nada, así como también no tiene interés por realizar ninguna actividad, no tiene metas ni objetivos en su vida, es decir tiene una actitud apática. No le interesa establecer relaciones con otras personas, ya que aduce no confiar en las demás personas.

Tiene grandes expectativas dentro de su entorno familiar, uno de los objetivos principales en el es mejorar la relación con su esposa y con su familia.

2.2 REACTIVOS PSICOLÓGICOS APLICADOS Y RESULTADOS

2.2.1 H.T.P

PERSONA:

- Incertidumbre
- Conflicto
- Indecisión
- Autocritica
- Ansiedad
- Organicidad
- Aislamiento
- Preocupación por si mismo
- Impulsividad
- Regresión
- Obsesivo
- Compulsividad
- Preocupación ambiental
- Anticipación por el futuro
- Psicosis
- Agresión
- Tensión
- Violencia
- Despersonalización

- Inseguridad de si mismo

CASA

- Rigidez
- Mala orientación en la realidad
- Falta de afecto en el hogar
- Aislamiento
- Conflicto grave
- Paranoia
- Ansiedad
- Vigor

ÁRBOL

- Ambiente restrictivo
- Tensión
- Culpabilidad
- Fantasía
- Labilidad aplanada
- Regresión
- Dependencia
- Inmadurez
- Inseguridad

Con respecto a sus relaciones familiares e interpersonales el paciente puede estar desarrollándose de una manera no muy correcta debido a los problemas que ha tenido con la misma, lo cual no le permite desarrollarse de una forma adecuada, ya que el paciente se encuentra aislado de su familia, por lo cual esto interfiere en la comunicación que puede existir con la misma, el paciente se presenta con falta de afecto dentro de su hogar, lo cual le produce mucha ansiedad así como también rigidez lo cual hace que el paciente no haga nada al respecto. Paranoia con repetitivos pensamientos de que su esposa le es infiel, así como también que las personas que se encuentran a su alrededor le quieren hacer daño, por lo cual el paciente tiene una mala orientación hacia su propia realidad, lo cual se le considera como un conflicto grave.

El ambiente en el paciente se desarrolla, es considerado como restrictivo, en el cual tiene mucho tensión por las cosas que pasan dentro del mismo así como también culpabilidad por sus errores cometidos debido a su inmadurez e inseguridad . El paciente presenta regresión a su pasado, lo cual por los recuerdos del mismo siente mucho resentimiento. Dependencia hacia su madre.

En su autoimagen el paciente presenta preocupación por sí mismo, inseguridad de sí mismo, se presenta como una persona agresiva, violenta, existe tensión, incertidumbre, conflicto, indecisión, autocrítica, ansiedad orgánica, aislamiento, impulsividad, regresión, obsesividad, compulsividad, una fuerte preocupación ambiental, anticipación hacia el futuro, psicosis.

2.2.2 CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD IPDE: Rasgos paranoicos de la personalidad.

2.2.3 TEST DE DEPRESIÓN DE BECK: Puntuación: 27 Depresión Moderada

2.2.4 EXAMEN MÍNIMO DEL ESTADO MENTAL: Puntuación: 29 Estado mental normal o adecuado.

2.2.5 INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS: Tipo de distorsión: Los debería, los cuales hacen referencias a mantener reglas rígidas como tiene que suceder las cosas de manera exigente. “Debo de”, “No debo de”, “Tengo que”, “No tengo que”.

2.2.6 TEST DE LA FAMILIA

Reacción hacia presiones ambientales, con una actitud completamente agresiva así como también expansiva, existe falta de comunicación sobre todo con su esposa, tendencias regresivas, angustia, ansiedad, y egocentrismo es decir e; paciente piensa solamente en el, olvidándose de esta manera de su familia.

2.3 APROXIMACIÓN DIAGNOSTICA

-Diagnóstico multiaxial

Eje I: Trastorno de dependencia al alcohol Etílico

Trastorno Depresivo Mayor

Celotipia

Eje II: Rasgos de personalidad Introversa

Eje III: A determinar

Eje IV: El paciente presenta problemas dentro del área familiar, en donde no presenta buena relación con su esposa, existe tanto maltrato físico como psicológico y su relación como pareja se encuentra totalmente deteriorada.

Eje V: 65%

-Diagnóstico Informal:

Paciente masculino de 40 años de edad, con problemas con su estado de ánimos, así como también presenta constantes ideas de muerte, problemas de dependencia al alcohol etílico, lo cual lo inicio desde los 15 años de edad. Existen problemas familiares en mayor parte con su esposa, en la cual su relación matrimonial se encuentra totalmente deteriorada. Existen sentimientos de culpabilidad de minusvalía, bajo autoestima, el paciente no tiene ganas de hacer nada, no se interesa por nada así como también no tiene objetivos claros en su vida, existen resentimientos con su esposa. Rasgos celotípicos, tristeza constante, labilidad emocional. Existe un duelo no resuelto por la pérdida de la falange de su dedo pulgar. El paciente se muestra con actitud de víctima.

Tiene distorsiones cognitivas referentes a sí mismo, así como también hacia la actitud de su esposa.

CONCLUSIÓN:

En este capítulo se da a conocer la historia clínica del paciente detalladamente, en la cual se explica toda su historia personal, su niñez, adolescencia, adultez, hasta la actualidad. Así como también se dan a conocer diferentes aspectos de su personalidad, los test que le fueron aplicados y por ultimo sus diagnósticos, lo cual será de gran ayuda para la estructuración de las terapias que serán útiles en este caso.

CAPITULO III

3.- ESTRATEGIAS Y RECURSOS

3.1 IDENTIFICACIÓN DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS

Los pensamientos automáticos son rápidos, breves y no suelen ser el resultado de una deliberación o razonamiento, sino que aparecen automáticamente. Los pensamientos automáticos son los contenidos de las distorsiones cognitivas derivadas de la confluencia de la valoración de los eventos y los supuestos personales.

Las características generales de los pensamientos automáticos corresponden a que:

- Son mensajes específicos, que aparecen taquigráficos.
- Estos pensamientos pueden tener forma verbal y/o visual (imágenes).
- Son creídos a pesar de ser irracionales y no basarse en evidencia suficiente.
- Se viven como espontáneos o involuntarios, difíciles de controlar.
- Tienden a dramatizar en sus contenidos la experiencia.
- Conllevan una determinada percepción y valoración de los eventos.

Los pensamientos automáticos surgen de las creencias:

- Las creencias son ideas tomadas por la persona como verdades absolutas.
- Las creencias centrales o creencias nucleares son interpretaciones tan profundas que las personas frecuentemente no las expresan ni aun a sí mismas, pues no tienen clara conciencia de ellas.
- Estas creencias nucleares desarrolladas desde la infancia consisten en definiciones, evaluaciones. (<http://www.familianova-schola.com>).

Cuando mejor se identifican las cogniciones es inmediatamente después de que hayan tenido lugar. Sin embargo por múltiples razones un individuo puede no ser capaz de

registrar sus cogniciones inmediatamente. Por lo tanto un segundo método consiste en que el paciente reserve un cierto periodo de tiempo por ejemplo, 15 minutos cada tarde para recordar los acontecimientos del día y las cogniciones asociadas con cada uno de ellos. El terapeuta le pide al paciente que registre cualquier pensamiento negativo con la mayor precisión posible. El tercer método consiste en identificar las situaciones ambientales que tengan relación con la depresión del paciente. Otra alternativa es que el terapeuta enfrente al paciente con una de las situaciones ambientales perturbadoras con objeto de activar e identificar las cogniciones depresivas. Otra técnica provechosa consiste en instruir al paciente para que registre las cogniciones que tengan contenidos comunes. Una vez que el paciente aprende a especificar sus cogniciones, él y el terapeuta pasan a examinar la fuente de la depresión. (Beck, Terapia Cognitiva de la Depresión, p 140).

Ejemplo:

Día/Hora	Acontecimiento	Pensamiento (0-100)	Emoción (0-100)
<i>01-Mayo a las 18 h</i>	<i>Mi esposa tiene una amante.</i>	<i>Ya no me quiere por eso se busco a alguien más que le dé el cariño y la atención que yo no le doy</i>	<i>Tristeza 95 % Miedo 70% Ansiedad 60% Desesperación 80%</i>

3.2 TÉCNICA DE LA RETRIBUCIÓN

La retribución es una técnica cognitiva en la que se enseña al paciente a adoptar una perspectiva más realista de los problemas, analizando todos los factores que lo han provocado, no solo culpándose de cosas de las que probablemente no es responsable.

En la retribución, el terapeuta busca re direccionar las auto atribuciones negativas que ha hecho el paciente de una forma poco realista. No se trata de liberar al paciente de su responsabilidad de los hechos, se trata de establecer el grado de responsabilidad que verdaderamente tiene.

Es utilizada cuando el paciente deprimido atribuye a defectos personales, sucesos causados por factores externos. Ej.: “pensar que es muy torpe”. Se revisan los hechos sometiéndolos a razonamientos, comparando los baremos que el paciente utiliza para juzgar a los 23 demás y a uno mismo. Se suele combatir la idea de que uno es el responsable del 100% de lo que sucede. (<http://terapiacognitivauc.blogspot.com>).

3.3 REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

Las distorsiones cognitivas son esquemas equivocados de interpretar los hechos que generan múltiples consecuencias negativas: alteraciones emocionales como consecuencia de la perjudicial creencia en los pensamientos negativos, conflictos en las relaciones con los demás donde es posible que las interpretaciones erróneas generen conflictos, o en la manera de ver la vida dando lugar a una visión simplista y negativa.

Existen varias distorsiones cognitivas, entre las cuales tenemos:

- Las exigencias/perfeccionismo: Son creencias mantenidas en forma rígida e inflexible acerca de cómo debería ser uno y los demás. Por ejemplo: “Debo de hacer las cosas bien para merecer la aprobación y el afecto de los demás”. Las exigencias a uno mismo se convierten en autocríticas y llevan a la inhibición del comportamiento. Las exigencias hacia los demás favorecen la ira, la rabia y la agresividad. Ejemplo de exigencias: “tengo que gustar a todos” “no debo cometer errores”. La forma en la que se expresa las exigencias suele ser con los “debería”, “tendría”, “habría que”, “es necesario que”, “tiene que”.
- El catastrofismo: Es la tendencia a percibir o esperar catástrofes sin tener motivos razonables para ellos. Por ejemplo, un pequeño dolor de cabeza significa que este apareciendo un cáncer. El pensamiento catastrófico suele empezar por “y si”.
- La negación: es la tendencia a negar nuestros problemas, debilidades o errores. Es la actitud opuesta de las exigencias o el catastrofismo, se concreta en pensar “no me importa”, “me da igual”, “paso”, “no me ocurre nada”.
- La sobregenaralizacion: Es la tendencia a creer que si es que ha ocurrido algo alguna vez, ocurrirá otras muchas veces. Las palabras que suelen acompañar a esta distorsión son: “nadie”, “nunca”, “siempre”, “jamás”, “todos” o “ninguno”, etc.
- Etiquetas globales: Se extrae uno o dos rasgos de la personalidad y se etiqueta a otra persona (o a uno mismo). Ejemplo “es un tacaño”, “es una mala persona”, “es un aburrido”, es un triunfador”, etc.
- Negativismo: se agrandan las cosas negativas y no se perciben o se desvalorizan las positivas en uno o en los demás. Ejemplo. “seguro que no aprobare”, “cuando tenga que acudir a la cita, seguro que caigo mal”.

- Pensamiento polarizado, blanco/negro: Clasificar las cosas en términos opuestos y extremos.
- Personalización: Pensar que todo lo que la gente hace o dice tiene que ver de alguna manera, para bien o para mal, con uno. Por ejemplo, si un amigo lo vemos con una mala cara pensamos que está enfadado conmigo por algún motivo, “algo le habré hecho”.
- Filtraje o atención selectiva: Se escoge algo negativo de uno, de los demás o de las circunstancias y se excluye al resto. El filtraje es una distorsión con la que el mundo toma el aspecto de justamente aquello que mas tenemos. Los depresivos filtran situaciones que suponen la posibilidad de pérdida o abandono. Las expresiones características en el filtraje son: “es terrible.....tremendo.....desagradable.....horroroso.....nopuedoresistirlo.....no puedo mas”.
- Los deberías: Significa mantener reglas rígidas de cómo tienen que suceder las cosas de manera exigente: “debo de”, “no debo de”, “tengo que”, “no tengo que”.

(<http://www.superarladepresion.com>)

La reestructuración Cognitiva es un procedimiento técnico por el cual las personas aprenden a cambiar algunas maneras de pensar distorsionadas que conducen a malestar emocional y frustración. La piedra angular de la reestructuración cognitiva son los pensamientos automáticos, un tipo de ideas que las personas tenemos involuntariamente en muchas situaciones de nuestras vidas. Es posible que en el trajín de la vida, no siempre nos demos cuenta de lo que estamos haciendo y menos aun lo que estamos pensando. Actuamos por hábito y “automáticamente”. Por eso, solo nuestros pensamientos automáticos pueden

pasar desapercibidos para nosotros. Lo que es muy difícil que podamos pasar por alto son nuestras emociones.

(<http://www.cognitivoconductual.org>)

El primer paso para comprender la utilidad de esta técnica es reconocer la importancia que tiene aquello que se piensa en las emociones y en la manera de actuar. Las personas tienden a interpretar de forma diferente una situación conflictiva. Estas variaciones dependen de factores individuales (las experiencias anteriores, los propios miedos, las expectativas personales, etc.). Las maneras diferentes de ver una situación llevan a sentir diferentes emociones (miedo, seguridad, etc.) y a que las formas de comportarse ante la situación también varíen. En definitiva, la forma en que se interpreta una situación influye de forma determinante sobre cómo se vive y por lo tanto sobre el estrés y la ansiedad que se padece.

La reestructuración cognitiva es una técnica psicológica, el objetivo de la cual es identificar, analizar y modificar las interpretaciones o los pensamientos erróneos que las personas experimentan en determinadas situaciones o que tienen sobre otras personas.

Los pasos a seguir para lograr la identificación de pensamientos automáticos son:

- Identificación de los pensamientos automáticos
- Evaluación y análisis de los pensamientos
- Búsqueda de pensamientos alternativos

El procedimiento parece difícil de aplicarlo a la realidad. De hecho, es cierto. Se puede aplicar en las situaciones o en los problemas en los que se dispone de tiempo suficiente para reflexionar. En situaciones en las que se tiene que dar una respuesta más rápida. Por ejemplo, reciben un aviso de que se ha de reunir con su jefe en su despacho y mientras van

hacia allí tienen pensamientos poco adaptativos.

La manera de aplicar la reestructuración cognitiva dependerá básicamente del tiempo del que se dispone. En el caso de que se tenga tiempo suficiente se puede hacer todo el procedimiento paso a paso. Si no se dispone de este tiempo se pueden hacer unas pocas preguntas que ayuden a ver la realidad de forma más objetiva. En algunos casos se puede hacer incluso de forma inmediata, limitándose a decirse auto instrucciones que corten los círculos viciosos negativos que incrementan la ansiedad. Ser capaz de realizar todo este proceso de una forma rápida disminuye la probabilidad de padecer estrés y ansiedad.

3.3.1 EJEMPLO DE LA APLICACIÓN DE LA REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

Una persona acaba de empezar unas prácticas en una empresa de primeros auxilios y tiene que salir en una ambulancia con un compañero que lleva cuatro años trabajando allí. Reciben el aviso de que ha habido un accidente de tráfico cerca de donde se encuentran y tienen que acudir. Mientras va para allá con su compañero tiene algunos pensamientos poco adaptativos:

- Identificación de los pensamientos:

“Llegaré allí y no sabré que hacer! No sabré que primeros auxilios tendré que realizar, Si veo mucha sangre puede que me maree, Todo el mundo sabrá que me he mareado”.

- Objetividad:

“¿Voy solo? ¿Mi compañero tiene experiencia?, Estoy en periodo de prácticas...”

¿Tengo que saber hacerlo todo perfecto?, ¿Me he mareado alguna vez en este tipo de situaciones?, ¿Tengo preparación de primeros auxilios?”

- Consecuencias:

“¿Pensar esto me ayudará a hacer una intervención correcta?”

- Si fuera cierto:

¿Qué pasará si me mareo? Quizá me tengan que atender a mi junto a los heridos.

¿Tan duro sería que mis compañeros supieran que me he mareado? ¿Qué puede pasar si no me siento suficientemente seguro para aplicar los primeros auxilios?

¿Quién es más lógico que lleve la iniciativa, yo o mi compañero? ¿Puedo ayudarlo a atender al herido o en otras cosas?”

- Pensamientos alternativos:

“No voy solo, mi compañero tiene más experiencia que yo y es normal que se encargue de las tareas más complicadas. Nunca me he mareado viendo sangre, ¿por qué me tendría que pasar ahora? No tengo suficiente experiencia para pretender hacerlo todo bien a la primera. Si sigo pensando de esta manera la única cosa que conseguiré es ponerme todavía más nervioso y hacerlo peor. En el caso de que realmente me maree tampoco sería tan grave. Si los compañeros se enteran tampoco pasa nada, seguro que no soy el primero que se ha mareado, como mucho se reirán un poco a mi costa”. (<http://www.forofs.com>)

3.4 LA BÚSQUEDA DE SOLUCIONES ALTERNATIVAS

En la cual el terapeuta, luego de haber mostrado los patrones rígidos del pensamiento del paciente, lo insta a buscar otras soluciones a sus problemas cotidianos basándose en la comprensión realista de sus dificultades y la disminución de la desesperanza en el caso de los depresivos. Esta técnica permite por otra parte al terapeuta examinar las cogniciones resultantes de los problemas atacados, así como la implementación de técnicas de retribución en el caso de continuar presentándose cogniciones poco realistas.

(<http://terapiacognitivaucc.blogspot.com>)

Gracias a la definición cuidadosa de las dificultades del paciente, el mismo puede llegar espontáneamente a soluciones para problemas que antes los consideraban irresolubles. Además con una comprensión de los problemas basada en la realidad, las opciones que anteriormente habían sido descartadas pueden ahora considerarse prácticas y útiles (Beck, Terapia Cognitiva de la Depresión. P, 148).

3.5 ENTRENAMIENTO EN ASERTIVIDAD Y ROLE-PLAYING

En general, el entrenamiento se centra en habilidades específicas incluye técnicas como el modelado, la practica cognitiva, etc., Y se utilizan para que el paciente aprenda a manejar con mayor éxito sus conflictos interpersonales y exprese de modo no ofensivo ni inhibido sus derechos, peticiones y opiniones personales. El role-playing (“juego de roles”) implica sencillamente la adopción de un papel por parte del terapeuta, del paciente, o de ambos y la subsiguiente interacción social basada en el papel asignado. El role-playing también puede emplearse para mostrarle al paciente un punto de vista alternativo o para elucidar los factores que interfieren con la expresión adecuada de las emociones. El role-

playing puede utilizarse de forma paralela para elicitarse una respuesta de “autocomprensión” por parte del paciente. El terapeuta puede asumir el papel del paciente para intentar cambiar las cogniciones de autocrítica de éste por otras más comprensivas. Si es posible que los pacientes depresivos sean más críticos y exigentes consigo mismos que con los demás en la misma situación. (Beck, Terapia Cognitiva de la Depresión. P, 128).

3.6 PREPARAR AL PACIENTE PARA AFRONTAR POSIBLES PROBLEMAS

Es importante que el paciente desarrolle estrategias que le permitan aplicar las habilidades aprendidas en la terapia para hacer frente a posibles situaciones problemáticas en el futuro. En primer lugar, terapeuta y paciente confeccionan una lista de los eventos que sistemáticamente llevan al paciente a sentirse ansioso o deprimido. Entre estos eventos problemáticos podrían incluirse situaciones tales como, visitar a sus padres, hacer exámenes, problemas interpersonales o rechazos. Paralela o alternativamente, puede hacerse una lista anticipando las situaciones que podrían causar problemas en los meses siguientes; por ejemplo, un nuevo empleo, nuevas amistades, mudarse a otra ciudad, etc. Estos problemas potenciales se anotan en un cuaderno junto con las técnicas necesarias para resolverlos adecuadamente. (Beck, Terapia Cognitiva de la Depresión. P, 266).

3.7 DESCATASTROFIZACION

El paciente puede anticipar eventos temidos sin base real y producirle esto ansiedad. El paciente puede realizar preguntas sobre la extensión y duración de las consecuencias predichas así como posibilidades de afrontamiento si es que sucedieran, ensanchando así la visión del paciente.

La descatastrofización se refiere al darse cuenta de que los acontecimientos no son tan “catastróficos” como se planteaba, lo que se consigue si se considera como se afrontan los acontecimientos negativos en vez de centrarse en los “malos” que son. (<http://diariodeltoc.wordpress.com>)

3.8 TÉCNICA DE RELAJACIÓN

Es una técnica conductual que puede aplicarse a toda una serie de problemas. La relajación muscular progresiva consiste fundamentalmente en tensar y relajar alternativamente grupos musculares concretos.

Las condiciones ideales para la relajación progresiva:

- Una habitación tranquila.
- Un lugar cómodo para tenderse, una colchoneta, o suelo acolchado.
- Una pequeña almohada para la cabeza.

Saber cómo reposar el cuerpo permite usar la energía corporal con mayor eficacia. Creando y liberando tensión aprendemos a percibir sensaciones sutiles en los músculos, a reconocer diferentes niveles de tensión y a liberarla. Se cree que la tensión muscular va de la mano con el estado mental, se cree que los músculos que se hallan innecesariamente tensos, reflejan su tensión en la mente. Los órganos internos también se beneficiarán en cuanto al ritmo cardiaco, la tensión arterial y la respiración disminuirán mientras la persona esté relajada.

Se le pide a la persona que se tienda boca arriba, con los brazos a sus lados y sin cruzar las piernas, inicialmente los ojos están abiertos por tres o cuatro minutos y después se le pide

que los cierre y se deja que pasen unos pocos minutos para que calme sus nervios.
(<http://www.iztacala.unam.mx>)

3.9 EVALUACIÓN DEL RIESGO SUICIDA

A la hora de evaluar el riesgo de suicidio del paciente, el terapeuta debe tener en cuenta factores como la forma posible de suicidio, la familiaridad del individuo con las dosis letales de medicamentos y la accesibilidad a la vía de suicidio. Otro factor que el terapeuta debe tener en cuenta es la posibilidad de utilizar los recursos con fines terapéuticos. Por ejemplo, la posibilidad de que otro individuo detecte el intento suicidio a tiempo para evitarlo. La tendencia suicida puede detectarse en algunas conductas manifiestas como el sigilo, una decisión súbita de cumplir un deseo y en las expresiones verbales. (Beck, Terapia Cognitiva de la Depresión. P, 191)

2.10 EXPLORACIÓN DE LOS MOTIVOS PARA EL SUICIDIO

El terapeuta debe comenzar a tratar las tendencias suicidas ya desde la primera sesión. Las razones de un paciente para intentar suicidarse proporcionan un punto de entrada para la pronta intervención terapéutica. Algunos pacientes manifiestan que su objetivo es darse por vencidos, escapara de la vida: “La vida es simplemente demasiado”, “o no merece la pena vivirse”. Su malestar emocional o mental es intolerable; no ven solución a sus problemas y están cansados “cansados de luchar”. Otros suicidas afirman que han luchado con la muerte con objeto de producir algún cambio interpersonal. Esperaban que el intento de suicidio llame la atención de alguna persona importante para ellos, hiciera que los demás se den cuenta de “necesitaban ayuda”, resolviere algún problema ambiental, o diese lugar a un período de hospitalización como escape temporal de

su ambiente. Se han observado varios motivos como huída del ambiente y manipulación de otras personas. Cuando el motivo es principalmente manipulativo, el intento del suicidio suele ser menos grave que cuando el objetivo que se persigue es huir de la vida.

Como primer paso para ayudar al paciente suicida, el terapeuta debe entrar en su mundo y ver la realidad desde la óptica del paciente. El motivo para el suicidio que exponga el paciente puede ayudar al terapeuta a determinar el ámbito de tratamiento y las técnicas más adecuadas. El terapeuta debe ser capaz de comprender por qué los sentimientos del paciente le llevan a intentar suicidarse y experimentar hasta cierto punto la desesperación del paciente. La comprensión y la empatía permiten al terapeuta no solo adecuar las técnicas de tratamiento, sino también comunicar a este que le comprende. El terapeuta debe darse cuenta de que, según las premisas del paciente, la tendencia del suicidio no es "descabellada" más bien parece una deducción lógica a partir de tales premisas, de este modo, puede trabajar con el paciente para poner al descubierto los supuestos incorrectos que son la base de los impulsos suicidas. (Beck, Terapia Cognitiva de la Depresión. P, 194)

3.11 INCLINACIÓN DE LA BALANZA EN CONTRA DEL SUICIDIO

Al principio, es importante que el terapeuta gane tiempo hasta que el riesgo suicida haya pasado. Una estrategia para que el paciente aplase el suicidio es hacer que se sienta tan implicado en el proceso de la terapia que decida "resistir" hasta ver cómo se desarrolla el tratamiento. Es más el terapeuta debe suscitar y mantener la curiosidad del paciente y estimular su interés en el proceso terapéutico, el terapeuta debe mantener la continuidad de las sesiones. No es necesario ni siquiera posible en la mayoría de casos, conseguir que el paciente se comprometa a no suicidarse nunca. Una promesa o un contrato para posponer el suicidio durante una semana o dos puede ser de gran importancia. Considerando sus deseos

mas objetivamente y reconociendo la posibilidad de que puedan estar basados en razonamientos poco validos, el paciente puede sentirse motivado para dejar de actuar según sus deseos suicidas, al menos hasta haberlos explorado en profundidad junto con el terapeuta.

Una vez que el paciente accede a sopesar los pros y los contras del suicidio, el terapeuta puede proceder al elicitar las “Razones para Vivir” y las “Razones para Morir”. El terapeuta debe tener cuidado al exponer los factores positivos que existen en la vida del paciente. Si este piensa que lo que el terapeuta pretende es “disuadirle” del suicidio, puede adoptar una actitud negativa. Después de haber hecho la lista de ventajas de vivir, el terapeuta y el paciente pueden pasar a hacer la lista de las ventajas e inconvenientes de morir. Una vez finalizado este procedimiento, el paciente depresivo suele mostrarse más objetivo: las razones para suicidarse no le parecen ya tan absolutas y convincentes como antes. (Beck, Terapia Cognitiva de la Depresión. P, 195)

CONCLUSIÓN:

Este capítulo contiene información acerca de las terapias que serán utilizadas en este caso, en el cual me he basado en la Terapia Cognitiva Conductual, dando una explicación detallada de cada una de las Terapias que serán de gran ayuda, tanto su concepto, así como también ejemplos, y formas de aplicación correctas.

CAPITULO IV

4.1- PLAN DE ACCIÓN

Para el desarrollo del plan de acción, he elegido trabajar y centrarme en la Terapia Cognitiva Conductual, en donde se desarrolla una propuesta Psicoterapéutica basada en esta teoría, la misma que va orientada a la intervención de las ideas de muerte de un paciente X con Depresión Mayor.

Las tres primeras sesiones irán orientadas principalmente a la recolección de datos del paciente tanto laborales, personales como familiares, y se hará un estudio profundo acerca de la problemática del paciente, se plantearán los objetivos personales del paciente a corto y largo plazo. Tanto en la primera sesión como en la segunda y en la tercera se evaluará el riesgo de suicidio que presenta el paciente así como también se investigarán las tendencias suicidas que ha presentado y presenta el paciente y se trabajará en la Inclinação de la Balanza Contra el Suicidio, lo cual permitirá ganar tiempo para que el riesgo suicida haya pasado. Es decir en las primeras tres sesiones se investigará y se trabajará muy a fondo en cuanto al suicidio y a las ideas suicidas que presenta el paciente, lo cual permitirá que el paciente logre encontrar un sentido a su vida y descarte la posibilidad de esta opción.

En las sesiones 4-5-6-7-8-9, se trabajará a fondo en las cogniciones del paciente, de esta manera se podrá identificar los pensamientos tanto erróneos como negativos que presenta el paciente y se le incitará a realizar una reestructuración de sus pensamientos reemplazándolos por pensamientos más positivos, así también con la técnica de la retribución el paciente aprenderá a no responsabilizarse de todo lo que ocurre a su alrededor. Esto servirá para que el paciente piense de forma más positiva lo cual lo llevará a actuar de la misma manera, también aprenderá a diferenciar cuando él es el responsable de

algún suceso de su vida y cuando no y así dejara de sentirse culpable la mayor parte del tiempo.

A partir de la sesión 10 a la 14, se trabajará con el paciente dándole a conocer que existen otras alternativas de solución de problemas y de mantenerse ocupado, como también estas sesiones servirán para que el paciente aprenda a confiar en sí mismo. Lo cual sirve para que el paciente identifique algunos errores que estaba cometiendo, tanto en su forma de actuar, de comunicarse y de valorarse a sí mismo.

Las sesiones 15-16-17, van a servir para revisar la evolución del mismo desde el principio de la terapia hasta llegar a este punto, se identificarán los esfuerzos que ha tenido el paciente para cumplir con las terapias y los objetivos logrados, y se le incitara a poner en práctica lo aprendido con anterioridad.

4.2 SESIONES HA REALIZARSE

4.2.1 Sesión 1: Se hará una revisión de la historia del paciente, tanto laboral familiar, social y el curso del desarrollo de sus problemas. Se realizará una evaluación emocional y de personalidad y se identificarán las emociones, pensamientos y conductas que llevan a problemas. Se revisan las situaciones problemáticas y sus logros, lo cual se llevara a cabo mediante la realización detallada de una historia clínica del paciente. En este caso se evalúa el riesgo del suicidio del paciente, se deben tener en cuenta las posibles formas de suicidio, la familiaridad del individuo con dosis letales de medicamentos y la accesibilidad a la vía del suicidio: se harán preguntas acerca del acceso a armas de fuego, píldoras para dormir, etc. De esta manera, esto servirá al paciente para que con la ayuda del terapeuta logre identificar sus problemas y así poder desarrollar estrategias de solución de problemas en las situaciones problemáticas. Y se plantearan los objetivos del paciente, lo

que le llevará a sentirse más motivado ya que trabajará con un fin que quiere conseguir. Se trazarán metas de corto y largo plazo, lo cual será útil para el paciente para que poco a poco vaya cumpliendo sus metas. Será de gran ayuda este método para que el paciente refuerce su autoconfianza ya que por cada meta cumplida se irá acercando cada vez más al cumplimiento de su objetivo y así se dará cuenta de que es capaz de lograr lo que se propone.

4.2.2 Sesión 2: Se trabajará a fondo acerca de las tendencias suicidas que se investiguen en el caso. Las razones que tiene para intentar suicidarse, también se explorarán en qué circunstancias de su vida diaria estas ideas suicidas afloran en él, esto ayudará a la clara identificación de ver si la intención suicida es por llamar la atención a sus seres queridos o por tener algún escape de su ambiente. Lo cual tendrá sentido para explicarle al paciente el sentido que tiene vivir.

4.2.3 Sesión 3: Se aplicará técnica de “Inclinación de la balanza contra el suicidio”. La cual es importante que el terapeuta gane tiempo hasta que el riesgo suicida haya pasado, la misma que lo conseguiremos haciendo que el paciente se sienta bastante implicado en el proceso de la terapia, esto llevara a que la persona con riesgo suicida decida resistir el acto suicida hasta ver cómo se desarrolla el tratamiento, manteniendo la curiosidad del paciente y estimulando su interés, esto se conseguirá explicándole al paciente en qué consiste el tratamiento e invitándolo a involucrarse en el mismo, de esta manera el paciente puede sentirse motivado para dejar de actuar según sus deseos suicidas.

4.2.4 Sesión 4-5: Se trabajará con la técnica de “Identificación de Pensamientos Automáticos”. Explicándole primeramente al paciente cual es la definición de las

cogniciones. Se le da al paciente la instrucción de “atrapar” cuantas cogniciones sean posibles y registrarles en un cuaderno y se le indica que la mejor forma de identificar pensamientos automáticos es inmediatamente después de que hayan tenido lugar, también se le puede ayudar al paciente a registrar sus pensamientos automáticos completando frases como, “me siento triste cuando.....”, “porque pienso que.....” e indicándole palabras claves por las que suelen comenzar las creencias irracionales, como “debería”, “es injusto”, “no lo puedo soportar”. Otra forma que se empleará para registrar los pensamientos automáticos es haciendo una tabla, en la primera columna ira el día y la hora en la segunda el acontecimiento, en la tercera el pensamiento y en la última columna ira registrada la emoción que esta produce dándolo a conocer con un porcentaje. Esto ayudara al paciente, para que él se dé cuenta que las cosas son mejores de lo que él cree y mejores de lo que parecen y para dar una descripción más correcta acerca de cómo son las cosas así como también mediante esta identificación el terapeuta ayudara al paciente a desarrollar alternativas positivas acerca de estas ideas o pensamientos negativos.

Ejemplo:

Día/Hora	Acontecimiento	Pensamiento (0-100)	Emoción (0-100)
<i>10-Abril a las 21 h.</i>	<i>Mi novio se despide de mi antes de lo habitual</i>	<i>Ya no me quiere (90)</i>	<i>Tristeza 80 % Miedo 30%</i>

4.2.5 Sesión 6-7: Se trabajará con la técnica de “Reestructuración Cognitiva”. Las distorsiones cognitivas hace referencia a la distorsión de la realidad en torno a la situación que estamos experimentando, se le enseñara al paciente el tipo de distorsión cognitiva más frecuente en su tipo de problema y cómo hacerlo frente. Esto ayudara al paciente a darse cuenta cuales de sus evaluaciones están distorsionadas y con la ayuda del terapeuta vera la mejor forma de cambiar la manera que percibe sus problemas. Se utilizará la siguiente plantilla.

-Primer paso: Se describirá el acontecimiento que le preocupa. Ej.: Cuando llegue a la reunión del grupo, la gente no me hizo caso y me sentí tan mal que me tuve que ir.

-Segundo paso: Anotará sus emociones negativas (rabia, pena, ansiedad, desanimo, etc.) y puntuara cada una de ellas de 0 (nada) a 100 (máximo). Ej.: Ansiedad 80, Pena 90.

- Tercer paso: Se realizará la técnica de las tres columnas. En la primera columna anotara los pensamientos automáticos frente a la situación y les dará un puntaje de igual manera de 0 a 100. En la segunda columna con la ayuda del terapeuta se identificaran las cogniciones referentes a cada pensamiento automático. Y por último en la tercera columna se darán respuestas racionales sustituyéndolos por pensamientos más realistas y de igual manera se les dará un valor del 0 al 100.

Ejemplo:

Pensamientos Automáticos	Distorsiones Cognitivas	Respuestas Racionales
Si no me hacen caso es porque me consideran tonto o aburrido. (90)	-Personalización -Etiquetas Globales -Lectura del Pensamiento	No tengo motivos reales para pensar que tengan algo contra mí. (80). No siempre me muestro

		aburrido, ni mucho menos me considero tonto por ello. (70).
Seguro que ya nunca me sentiré bien con ellos. (70)	-Sobregeneralización -Negativismo	Habrás veces que me sienta mejor y otras peor con la gente, es normal (100)

- Cuarto paso: Resultados, a continuación de realizar estos pasos señala la casilla que describe cómo se siente en el momento próximo a la realización de este ejercicio.

Ejemplo:

Nada mejor	<input type="checkbox"/>
Algo mejor	<input type="checkbox"/>
Mejor	<input type="checkbox"/>
Bastante mejor	<input checked="" type="checkbox"/>
Mucho mejor	<input type="checkbox"/>

Esta técnica será de gran uso ya que de esta manera será posible enseñarle al paciente como reemplazar pensamientos negativos con positivos. Esto le permitirá al paciente tomarse el tiempo necesario para analizar sus pensamientos y sentimientos producidos en varias situaciones.

4.2.6 Sesión 8-9: Se aplicara la técnica de la “Retribución”. Esta es una técnica muy importante ya que un patrón cognitivo frecuente de la depresión consiste en atribuirse la

culpa o responsabilidad de acontecimientos negativos. El paciente se hace responsable de sucesos sin evidencia suficiente, cayendo por lo común en la culpa y se la utiliza cuando el paciente deprimido atribuye a defectos personales, sucesos causados por factores externos. Ej.: “Pensar que es muy torpe, pues su empresa ha quebrado”. Así como también es aplicable cuando el paciente atribuye, de forma poca realista, las consecuencias negativas a una deficiencia personal, como la falta de capacidad o la falta de esfuerzo. El terapeuta y el paciente revisaran los acontecimientos relevantes y aplicaran leyes lógicas a la información disponible, con objeto de atribuir la responsabilidad a quien verdaderamente le corresponda. No se trata de liberar al paciente de toda responsabilidad, sino definir los múltiples factores que pueden intervenir en una experiencia adversa. Se contrarrestaran las cogniciones del paciente de la siguiente manera:

- revisando los hechos que dieron lugar a la autocrítica
- mostrando los distintos criterios existentes para atribuir la responsabilidad que el paciente aplica a su propia conducta y demostrando como podrían ser aplicados a la conducta de otra persona
- poniendo en duda la creencia de que el paciente es 100% responsable de cualquier consecuencia negativa “de-responsabilización”.

Con esta técnica el paciente no solo deja de atribuirse el peso de la culpa, sino que además puede buscar caminos para evitar las situaciones adversas e incluso prevenir su ocurrencia futura.

4.2.7 Sesión: 10-11: Se aplicaran la técnica de “Búsqueda de Soluciones Alternativas”. Esta técnica hace referencia a la investigación activa de otras

interpretaciones o soluciones a los problemas del paciente. Gracias a la definición de sus dificultades, el paciente puede llegar espontáneamente a soluciones que antes consideraba irresolubles. Se utilizará la técnica de las cuatro columnas: Ej.

Suceso	Sentimiento ante el suceso	Posible solución ante el suceso	Sentimiento ante la posible solución del suceso.
Mi esposo me abandono y me dejo sola con mis hijos, yo no podre salir adelante sola	Me siento una “inútil” porque no me creo capaz de hacer nada sola y esto me lleva a sentirme triste.	-Pensar que no necesito de nadie para salir adelante y empezar a hacer las cosas por mi sola, como manejar la economía de mi hogar, ayudar a mis hijos en sus tareas, etc.	Siento que si seré capaz de salir adelante sola sin la ayuda de mi marido, lo cual me hace sentir muy feliz y tranquila.

De esa manera se van enlistando los problemas que presenta el paciente, buscando las soluciones que el mismo podría dar a dichos problemas.

4.2.8 Sesión 12: Se aplicara la técnica de “Entrenamiento en Asertividad y Role-Playing. Esta técnica implica la adopción de un papel por parte del terapeuta, del paciente o de ambos. De esta manera el terapeuta tratar de clarificar la cogniciones contraproducentes del paciente. También se aplicará para darle al paciente un punto de vista alternativo. Se utilizara la técnica de que el terapeuta se ponga en el papel, tanto del paciente como de las personas cercanas a él, en este caso de su esposa. Con esta técnica podremos definir la forma en que el paciente se comunica con su esposa, y él se dará cuenta que los medios de comunicación no eran los adecuados y se le enseñara a comunicarse de una forma correcta tanto con su esposa como con las personas que se encuentran cerca de él. Así veremos que el paciente se comporta de una forma no asertiva debido a su deseo de “no causar problemas” y con esto junto con el paciente se hará una lista de los pros y los contras de mostrar una conducta asertiva y así el paciente encontrara la manera correcta de solucionar sus problemas empleando una manera correcta de comunicación.

4.2.9 Sesión 13: Se aplicará la técnica de “Descatastrofizacion”. Esta técnica es muy útil ya que el paciente puede anticipar eventos temidos sin base real y producirle esto ansiedad. Se utilizaran preguntas sobre la extensión y duración de las consecuencias predichas así como posibilidades de afrontamientos si sucedieran, ensanchando así la visión del paciente.

4.2.10 Sesión 14: Se aplicara la técnica de “La Relajación” Esta técnica es utilizada para que el paciente aprenda a distraer las sensaciones de ansiedad y las inhiba a través de la distensión muscular. La técnica que se empleará es la propuesta por Jacobson (1957) por ser una manera más sencilla y efectiva de entrenar. Mediante esta técnica el paciente logra

diferenciar los estados de tensión y relajación. Inicialmente se le explica que la finalidad de los ejercicios es mostrarle la incompatibilidad de estar relajado y estar ansioso y tenso. Se le indica que el tiempo de tensión deberá ser mucho menor que el de relajación. Además se le informa que una estrategia para lograr la relajación más intensa es tensar al máximo el músculo y soltarlo inmediatamente. Se le instruye para que practique la relajación cada vez que pueda por lo menos una vez al día y en los momentos en los que se encuentre tenso. Se entrenará también en la relajación de los diferentes grupos musculares, en la siguiente secuencia: frente, ojos, nariz, mejilla, lengua, mandíbulas, cuello, brazos, pecho, abdomen, glúteos, muslos, pantorrillas. Y se le pedirá de igual manera que lo realice cuantas veces lo pueda, por lo menos una vez al día. Con finalidad de facilitar el aprendizaje se evitarán durante los ejercicios las luces directas, ruidos intensos y prendas molestas, procurando una posición en el sillón más vertical que acostada.

4.2.11 Sesión 15-16: Se revisarán los esfuerzos por parte del paciente de realizar las técnicas aprendidas en las sesiones anteriores. Así como también se revisarán los conceptos de las mismas si es que es necesario.

4.2.12 Sesión 17: Se le invita al paciente a poner en práctica diariamente de las técnicas aprendidas en las sesiones anteriores. Y se hará un seguimiento del mismo y de su progreso.

CONCLUSIÓN:

Este capítulo está basado en el plan de acción que se llevara a cabo con el paciente, es decir se da una explicación acerca de cada una de las sesiones que se irá teniendo con el paciente, así como también se dará a conocer cada una de las terapias que se irán aplicando en cada una de las sesiones, la forma en la que se aplicara, de qué forma se ayudara con esta terapia al paciente, y los resultados que se conseguirán con las mismas.

4.3 CONCLUSIONES GENERALES:

La propuesta del Plan psicoterapéutico planteado, me llevó a ganar un gran conocimiento acerca de los temas tratados en él mismo, los cuales fueron la Depresión Mayor, el Suicidio, las Ideas de Muerte y la Terapia Cognitiva Conductual, mediante una investigación cuidadosa de estos temas se pudo elaborar un Plan Psicoterapéutico, con la seguridad que será de gran ayuda para intervenir en aquellos problemas.

El Tratamiento Cognitivo Conductual guiado a la depresión está estructurado para poder cambiar las contingencias que mantienen el estado de ánimo de las personas depresivas, en el cual se siguen varios procedimientos conductuales como: el entrenamiento en habilidades sociales, Role-Playing, etc., lo cual servirá en gran medida para darse cuenta del dominio que tiene de las actividades que realiza lo que le lleva a recuperar la confianza en sí mismo. En si el tratamiento Cognitivo Conductual propuesto tiene como objetivos principales la reestructuración cognitiva de los pensamientos distorsionados que generaban malestar, por el se logrará reemplazar cogniciones negativas con otras positivas, así como también la adquisición de mayor confianza en sí mismo, lo cual será útil para que esta persona pueda llevar una vida tranquila y libre de pensamientos negativos.

BIBLIOGRAFÍA

- Beck, Aaron, Terapia Cognitiva Conductual de la Depresión, Desclee de Brouwer, España, 2002.
- Brian P. Quinn, Todo Sobre la Depresión, Editorial McGraw-Hill Interamericana, México D.F, 2003.
- Cubi, Mariano, Terapia Cognitiva de los Trastornos de la Personalidad, Editorial Paidos, Barcelona, 1992.
- Davison G.C, Golfried M.R, Técnicas terapéuticas conductuales, Paidos, Buenos Aires, 2002.
- Fabra María Luisa, Asertividad, Editorial Octaedro, Barcelona, 2009.
- Harald Freyberger, La Depresión, Editorial Mensajero, Bilbao, 1991.
- Houde Oliver, Diccionario de Ciencias Cognitivas, Editorial Amorrortu, Buenos Aires, 2003.
- Kalat, James, Psicología Biológica, Editorial Thomson, Madrid, 2004.
- Lucke Herman, Seis Enfoques Psicoterapéuticos, Editorial el Manual Moderno, México D.F, 2000.
- Lower, Alexander, La Depresión y el Cuerpo, Alianza Editorial, Madrid, 1986
- McCullough James, Tratamiento para la Depresión Crónica, Editorial el Manual Moderno, México D.F, 2000.
- Merani, Alberto, Diccionario de Psicología, Editorial Grijalbo, D.F, 1982.
- Proto Louis, Curación por la mente, Edaf, Madrid, 2005
- Vallejo Ruiloba J. Estados depresivos. Medicine 1990; 69: 87-100.
- Zepeda, Fernando, Introducción a la Psicología (Segunda edición), Editorial Pearson, D.F,

2003.

-Zepeda, Fernando, Introducción a la Psicología (Tercera edición), Editorial Pearson, D.F, 2008.

http://search.unc.edu/search?q=depression&hq=inurl%3Awww.fpg.unc.edu+OR+inurl%3Awww.nectac.org&sort=date%3AD%3AL%3Ad1&output=xml_no_dtd&ie=UTF-8&oe=UTF-

[8&client=default_frontend&proxystylesheet=default_frontend&site=default_collection](http://search.unc.edu/search?q=depression&hq=inurl%3Awww.fpg.unc.edu+OR+inurl%3Awww.nectac.org&sort=date%3AD%3AL%3Ad1&output=xml_no_dtd&ie=UTF-8&oe=UTF-8&client=default_frontend&proxystylesheet=default_frontend&site=default_collection)

(Viernes 19 de Febrero de 2010-18:59)

-<http://www.monografias.com/trabajos10/depre/depre.shtml> (Domingo 21 de Febrero de 2010- 15h00).

http://www.hispanichealth.org/search.aspx?F_keywords=depression (Lunes 22 de Febrero de 2010-20:30)

http://www.msdc Chile.cl/msdcl/hcp/especialidades/salud_mental/s_m.html?subpage=/medical_and_more/LA_FirstView_Intermediate?profileAOI=20&profileAOIName=Mental%20Health (Domingo 21 de Febrero de 2010- 20h00).

<http://www.guiasalud.es/newCatalogo.asp> (Domingo 22 de Febrero de 2010 – 23:36)

<http://www.miexamen.com.mx/Depresion.htm> (Sábado 20 de Febrero de 2010- 10h00)

http://www.familianova-schola.com/files/terapia_cognitiva.pdf (Martes 27 de Abril de 2010 -18:56)

<http://www.redsalud.gov.cl/archivos/guiasges/depresion.pdf> (Martes 27 de 2010- 20:36)

<http://webcache.googleusercontent.com> (Martes 25 de Mayo de 2010-19:37)

ANEXOS