



**UNIVERSIDAD DEL AZUAY**

FACULTAD DE FILOSOFÍA LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN.

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

**ELABORACIÓN DE UN PLAN TERAPEÚTICO BASADO EN TERAPIA  
COGNITIVO CONDUCTUAL DE URGENCIAS BREVE DE BECK EN  
PACIENTE ONCOLÓGICO DEPRESIÓN MAYOR**

TRABAJO DE GRADUACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DE LA  
LICENCIATURA EN PSICOLÓGIA CLÍNICA

**AUTOR:**

LADY GABRIELA LUNA SÁNCHEZ

**DIRECTOR:**

DRA. ALEXANDRA CÓRDOVA VEGA

CUENCA, ECUADOR

2010

## **DEDICATORIA:**

Este trabajo va dedicado a todas aquellas personas que me acompañaron y apoyaron en mi vida universitaria, y que desde el principio creyeron en mi.

Pero especialmente va dedicado a mi abuelita la Señora Carmelina González de Sánchez que aunque físicamente ya no está conmigo me ha acompañado cada instante de mi vida.

## **AGRADECIMIENTO:**

Quiero agradecer a quienes de una manera u otra hicieron posible este trabajo de investigación:

En primer lugar a Dios por poner la fe en mi misma desde el inicio hasta el fin de mi carrera siendo él la fuerza y el empuje de cada día de vida universitaria.

Deseo mostrar mi agradecimiento a mi directora de monografía la Doctora Alexandra Córdova, por el tiempo dedicado, por las oportunas sugerencias, en definitiva por su apoyo y magnifico asesoramiento.

Muy especialmente gracias a mi familia ya que de ellos he recibido la ayuda e impulso, para que se lleve a cabo este trabajo de investigación, sin su apoyo y cariño no hubiese sido posible.

A los amigos que siempre estuvieron ahí cuando más lo necesité, a todas aquellas personas que me tendieron la mano muchas gracias.

Al paciente por su entrega y paciencia ya que con su colaboración se favorecerán futuros pacientes. Igualmente a todo el equipo médico de la institución que me brindaron su ayuda e impartieron sus conocimientos dejándome una gran experiencia humana y profesional al trabajar junto a ellos.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Índice de Contenidos.....	iv
Resumen.....	vii
Asbtrac	
Introducción General.....	2
<b>CAPITULO I</b>	
1. Capítulo I: Intervención Psicológica.....	3
1.1. Introducción.....	3
1.2. Estudio de Caso.....	3
1.2.1. Sintomatología Psicológica.....	4
1.2.2. Sintomatología Física.....	4
1.3. Síndrome del Miembro Fantasma.....	5
1.3.1. Causas.....	5
1.3.2. Síntomas.....	6
1.3.3. Diagnóstico.....	6
1.4. Aplicación de Reactivos Psicológicos.....	6
1.4.1. Escala de Depresión de Beck.....	7
1.4.1.1. Descripción.....	7
1.4.1.2. Técnica de Aplicación.....	7
1.4.1.3. Interpretación.....	8
1.4.2. Escala de Depresión de Hamilton.....	9
1.4.2.1. Como se Elabora?.....	9
1.4.3. Análisis Descriptivo de la escala de Beck.....	9
1.4.4. Análisis descriptivo de la escala de Hamilton.....	10
1.5. Criterios Diagnósticos de los diferentes Trastornos depresivos.....	10

1.5.1. Diagnostico Diferencial.....	12
1.5.2. Diagnostico Formal del Caso.....	13

## **CAPITULO II**

2. Capítulo II.....	15
2.1. Introducción.....	15
2.2. Depresión Mayor.....	15
2.2.1. Sintomatología según DSM-IV.....	15
2.3. Cáncer.....	17
2.3.1. Fases del Paciente Neoplásico.....	18
2.3.2. Características del Paciente Terminal.....	22
2.4. Definición de Terapia Cognitiva.....	24
2.4.1. Modelo Cognitivo de la Depresión.....	24
2.4.2. Terapia Cognitiva de Beck para la Depresión.....	25
2.4.2.1. Estructura de la Sesiones.....	25
2.4.2.2. Fases de la Terapia Cognitiva de Beck para la Depresión.....	26

## **CAPITULO III**

3. Capítulo III: Estrategias y Recursos.....	35
3.1. Introducción.....	35
3.2. Pensamientos Irracionales en la Depresión.....	35
3.3. Tipos de Técnicas aplicadas dentro de la Terapia de Beck.....	36
3.3.1. Técnicas Conductuales.....	36
3.3.2. Técnicas Cognitivas.....	37
3.3.3. Técnica de Ellis para cambiar las Cogniciones.....	37
3.3.4. Técnica de Dominio y Agradación.....	38
3.3.5. Técnica de Retribución.....	39
3.3.6. Formas de Tratamiento según varios Autores.....	40
3.3.6.1. Programa de Actividades Agradables.....	40
3.3.6.2. Entrenamiento en Habilidades sociales.....	40
3.3.6.3. Curso para el afrontamiento de la Depresión CAD.....	40

## **CAPITULO IV**

4. Capítulo IV: Elaboración de plan Terapéutico.....	42
4.1. Paciente.....	42
4.2. Métodos Utilizados.....	42
4.2.1. Reactivos Psicológicos.....	42
4.3. Procedimiento.....	42
4.3.1. Primera Fase.....	43
4.3.2. Segunda Fase.....	44
4.3.2.1. Entrenamiento en habilidades Sociales y Acertividad.....	45
4.3.2.2. Terapia Cognitiva con base en los planteamientos de Beck.....	46
4.3.3. Tercera Fase.....	46
Conclusiones.....	48
Bibliografía.....	49

## **RESUMEN**

El trabajo a continuación, trata sobre la elaboración de un plan terapéutico para ser aplicado en pacientes oncológicos depresivos. Este plan se basa en Terapia Cognitiva– Conductual de Urgencias Bree de Aaron T. Beck. La mayor parte de esta terapia se la aplica como intervención en crisis, ya que los pacientes Neoplásicos, al presentar dolores físicos intensos, se presentan paralelamente a estos: pensamientos modificados, haciéndose visible en este, la pérdida de control sobre el ambiente y sobre sí mismo, siendo ahí precisamente donde interviene la terapia de Beck.

Con la finalidad de demostrar la favorable utilización de técnicas cognitivas y conductuales en el tratamiento de conductas depresivas, se realizó la intervención a paciente de 14 años, ingresada en el Hospital José Carrasco Arteaga, a quien se le brindó terapia psicológica. Se espera que gracias a este trabajo sean beneficiados más pacientes Neoplásicos con síntomas depresivos.

## **ABSTRAC**

The following work deals with the elaboration of a therapeutic plan to be applied to depressive oncological patients. This plan is based on brief necessity behavioral-cognitive therapy developed by Aaron T. Beck. This is a therapy that is mostly applied as crisis intervention given that patients with neoplasia, when they present intense physical pain also present modified thoughts, made visible by the loss of control of their environment and of themselves; this is where Beck's therapy intervenes.

With the aim of demonstrating the favorable use of cognitive and behavioral techniques in the treatment of depressive conduct, an intervention was done on a fourteen-year-old patient, interned in Jose Carrasco Arteaga hospital, who was offered psychological therapy. It is hoped that, thanks to this work, more patients with neoplasia will be benefited

## **INTRODUCCIÓN GENERAL**

La depresión se puede manifestar como un síntoma, un síndrome, etc., se puede dar muchas interpretaciones a las causas de la depresión (Robert y Lamontagne 1977) consideran que la depresión es...un estado de tristeza patológica, acompañada de una marcada disminución del sentimiento de valor personal y de una dolorosa consecuencia de disminución de la actividad mental, psicomotriz y orgánica.

Este trabajo de investigación se enfocará en paciente Neoplásico con depresión que debe recibir tratamiento psicológico, para esto se elaborará un plan terapéutico basado en la Terapia Cognitivo Conductual de Urgencias Breve de Beck, que consta de diferentes técnicas que han demostrado su utilidad en el tratamiento de diversos “problemas” psicológicos y de la conducta.

Para la adecuada investigación se expondrá el caso de una paciente de 14 años, internada en el área oncológica del Hospital José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca.

Se concluirá este trabajo monográfico con las conclusiones, que se obtendrán luego del debido análisis del caso, se espera que este trabajo sea utilizado para la adecuada aplicación en pacientes oncológicos.

# **CAPITULO I: INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA**

## **1.1 Introducción:**

El proceso del tratamiento oncológico abarca a distintos profesionales entre los que se encuentra también el psicólogo, las intervenciones del psicólogo consisten primeramente en realizar una evaluación al paciente, que permita recolectar datos, así mismo la revisión de fichas clínicas, las entrevistas con familiares y médicos tratantes serán las fuentes de donde se obtendrá la información suficiente y confiable a cerca del paciente.

Problemáticas como: la tristeza patológica, el decaimiento, la irritabilidad, la pérdida de interés, la incapacidad para disfrutar, la vivencia poco motivadora, el trastorno del humor, la infelicidad, el abatimiento, el aislamiento, son algunos de los principales motivos para que el paciente sea diagnosticado con Trastorno Depresivo Mayor.

Así mismo la función asignada al psicólogo se extiende a lo largo de la fase postoperatoria, en la cual debe realizar evaluaciones a corto o largo plazo con el fin de observar las posibles modificaciones psicológicas y socioambientales que el paciente va acusando en dicho periodo y de llevar las labores de apoyo necesarias basándose en los resultados de dichas valoraciones (Ruiz, 2002).

## **1.2. Estudio de caso:**

En el hospital José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca se encuentra hospitalizada en el área de oncología una paciente de 14 años de edad, la cuál ha sido intervenida quirúrgicamente para amputación de la extremidad derecha, ya que se le diagnosticó enfermedad Neoplásica (Osteosarcóma Osteoblático de miembro inferior derecho), requiriendo luego de la operación tratamiento con quimioterapia.

Luego de la cirugía la paciente entra en crisis al tomar conciencia de su estado, por cuanto requiere atención psicológica urgente.

En cuanto a su estado anímico dice sentirse muy triste, al no saber que va a ser de ella ahora que le falta su pierna, refiere sentirse inútil y que toda la mala suerte ha recaído sobre ella (catastrofiza la situación); a pesar de todo esto la paciente está consciente de el nuevo giro que ha tomado su vida y que la amputación de su pierna era una sumamente necesaria para que el cáncer no avanzara.

### **1.2.1. Sintomatología Psicológica**

Es muy importante evaluar en el paciente, la existencia de sintomatología, especialmente psicológica y el nivel en el que se encuentra y de esta forma poder conocer variables que le puedan estar afectando así como observar si otras variables socio demográficas puedan estar influyendo, la sintomatología y comorbilidad está generalmente asociadas con la severidad y duración de la depresión. En cuanto a los síntomas psicológicos se observa que, la paciente luego de la cirugía se ha presentado:

- Irritable
- Poco colaboradora
- Renuente
- Inmotivada
- Inestable emocionalmente
- Ensimismada
- Presenta soledad estremecida
- Angustia
- Preocupación por el futuro

### **1.2.2. Sintomatología Física**

- Confusión.
- Agitación.

- Frialdad en extremidades.
- Ruido respiratorio.
- Dificultad para la deglución.
- Disminución del interés en la conversación.
- Desorientación temporal.
- Sensación de mareo y somnolencia.
- Boca seca.
- Debilidad extrema con reducción de movimientos.
- Periodos cortos y limitados de atención.

Se espera que estos síntomas y miedos vayan disminuyendo a medida que la persona se adapta al diagnóstico.

Además de toda esta sintomatología, la paciente presenta el Síndrome del Miembro Fantasma, muy común en pacientes que han sufrido de amputación de alguno de sus miembros.

### **1.3. Síndrome del Miembro Fantasma:**

La paciente además de los síntomas indicados anteriormente presenta Síndrome del miembro fantasma, que se trata de la percepción de sensaciones que generalmente incluyen el dolor en un miembro amputado. Los pacientes con esta condición experimentan el miembro como si aún estuviera unido a su cuerpo ya que el cerebro continúa recibiendo mensajes de los nervios que originalmente llevaban los impulsos desde el miembro perdido.

#### **1.3.1. Causas**

Se desconoce la causa exacta del síndrome del miembro fantasma. Se presume que las sensaciones se deben al intento del cerebro por reorganizar la información sensorial que sigue a la amputación. Esencialmente, el cerebro debe "renovar los cables por sí mismo" para ajustarse al cambio del cuerpo.

### **1.3.2. Síntomas**

Los síntomas ocurren en las personas a las que se les ha amputado un miembro y a las que nacieron sin un miembro. Los síntomas se perciben en un miembro que no existe.

Los síntomas incluyen:

- Dolor
- Placer
- Sensación de un artículo de ropa o joyería
- Sensación de que el miembro aún está unido y funcionando normalmente

### **1.3.3. Diagnóstico**

Después de una amputación, es importante decirle a su médico si experimenta dolor u otras sensaciones. El tratamiento más temprano por lo general mejora las probabilidades de éxito.

No hay prueba médica para diagnosticar el dolor fantasma. Su médico tomará un historial clínico, le hará un examen físico y en especial querrá saber acerca de las señales, síntomas y circunstancias que ocurrieron antes y después de la amputación del miembro.<sup>1</sup>

### **1.4. Aplicación de Reactivos Psicológicos**

Como parte de la terapia se aplicaran reactivos psicológicos, que sean idóneos para ayudar al diagnóstico de la depresión.

Existen un gran número de instrumentos o escalas estructuradas que tratan de ayudar a detectar “posibles casos” de enfermedad.

<sup>1</sup>Copyright © 2010 EBSCO Publishing. All rights reserved.

<sup>1</sup>[healthlibrary.epnet.com/GetContent.asp](http://healthlibrary.epnet.com/GetContent.asp)

Las escalas por sí mismas no generan diagnósticos, sino que permiten seleccionar personas con puntuación alta en las que se sospecha la presencia de patología mental, lo que justifica la realización posterior de un estudio más profundo. Además, estos instrumentos de medida sirven para completar una adecuada valoración, ya que refuerzan el juicio diagnóstico elaborado tras la entrevista clínica y la exploración psicopatológica. (Escala HAD-Hospital, Ansiedad y Depresión, 62,63)

Hemos escogido la escala de Depresión de Beck y Escala de Depresión de Hamilton.

#### **1.4.1. Escala de Depresión de Beck**

Beck definió depresión como “un estado anormal del organismo manifestado por signos y síntomas de ánimo subjetivo bajo, actitudes nihilistas y pesimistas, pérdida de la espontaneidad y signos vegetativos específicos.” El instrumento se diseñó para valorar este estado y fue derivado de observaciones clínicas y descripciones de síntomas frecuentes en pacientes psiquiátricos con depresión e infrecuentes en pacientes sin depresión. Aunque fue diseñado para población de pacientes, y no para tamizaje, ha sido utilizado ampliamente para este propósito.

##### **1.4.1.1. Descripción**

La forma actual es el BDI-II: un instrumento autoadministrado de 21 ítems, que mide la severidad de la depresión en adultos y adolescentes mayores de 13 años. Cada ítem se califica en una escala de 4 puntos que va desde el 0 hasta el 3, al final se suman los puntos, dando un total que puede estar entre 0 y 63. Tiene una duración aproximada de 10 minutos y se requiere de una escolaridad de 5° o 6° grado para entender apropiadamente las preguntas. Esta prueba tiene una buena sensibilidad (94%) y una especificidad moderada (92%) para el tamizaje de depresión en el cuidado primario, teniendo en cuenta como punto de corte para depresión 18 puntos.

##### **1.4.1.2. Técnica de Aplicación**

El cuestionario consta de 21 preguntas. El paciente debe leer cada uno de los enunciados cuidadosamente y elegir para cada uno la opción que mejor describe la

forma como se ha venido sintiendo en las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Debe encerrar en un círculo el número del enunciado que escogió. Si encuentra más de un enunciado que lo identifique, marque cada uno de ellos. El paciente debe leer todos los enunciados antes de elegir su respuesta.

### 1.4.1.3. Interpretación

Se suma el puntaje dado en cada ítem y se obtiene el total. El mayor puntaje en cada una de las 21 preguntas es de 3, y el más alto posible es 63. El puntaje menor para toda la prueba es de cero. Se suma solo un puntaje por cada ítem, el mayor si se marcó más de uno.

#### Puntajes totales

Puntaje	Interpretación
0 – 4	Posible negación de la depresión o está fingiendo
5 – 9	Población normal
10 – 18	Depresión leve
19 – 29	Depresión moderada
30 – 63	Depresión severa
> 40	Posible exageración de la depresión

Se considera que el puntaje total menor a 5 puntos está por debajo de los altibajos normales de la vida diaria y se debe considerar la posibilidad de que el paciente finge y/o niega la depresión. Los puntajes mayores de 40 puntos son muy altos aun para pacientes con depresión severa, lo que sugiere una posible exageración de la depresión, con características de personalidad limítrofe o histriónica. Sin embargo, estos puntajes son posibles en depresión.<sup>2</sup>

<sup>2</sup>[http://www.bibliopsiquis.com/escalas/escala\\_depresio\\_n1.htm](http://www.bibliopsiquis.com/escalas/escala_depresio_n1.htm)

### **1.4.2. Escala de Depresión de Hamilton:**

Es un instrumento para valorar la severidad de la depresión en la población adulta de todas las edades afectadas por esta enfermedad.

Esta escala en su construcción se caracteriza por presentar nueve temas que se puntúan de 0 a 4 y ocho de 0 a 2. Una persona no afectada por la depresión deberá puntuar 0. El punto de corte entre ausencia de depresión y posible depresión es de 6, la escala máxima es de 52.

Los últimos cuatro síntomas no miden intensidad de depresión, sino definen el tipo clínico de depresión o corresponden a síntomas raros.

La escala incluye un anexo donde se define cada síntoma y la graduación en la puntuación

#### **1.4.2.1. ¿Cómo se elabora?**

La aplicación deben llevarla a cabo, médicos o psicólogos familiarizados con la escala.

Son necesarios de 15 a 20 minutos. Se recomienda aplicar siempre que aparece un deterioro funcional (físico o cognitivo).<sup>3</sup>

### **1.4.3. Análisis Descriptivo de los datos obtenidos de la aplicación de la Escala de Depresión de Beck:**

Con respecto a la aplicación de la Escala de Depresión de Beck, presentamos a continuación los resultados: habiendo realizado la sumatoria de los 21 ítems, la paciente obtuvo un resultado de 35 puntos los cuales están por encima de los normales, mostrando una depresión severa.

<sup>3</sup><http://www.psicomag.com/neuropsiquiatria/ESCALA%20DE%20HAMILTON.php>

<sup>3</sup><http://www.odontocat.com/testdepre.htm>

#### **1.4.4. Análisis Descriptivo de los datos obtenidos de la aplicación de la Escala de Depresión de Hamilton.**

Como resultado de la aplicación de la Escala de Depresión de Hamilton y habiendo sumado los 17 ítems, se obtuvieron los siguientes resultados: 19 puntos que están por encima de los rangos máximos establecidos para diagnosticar una depresión mayor.

#### **1.5. Criterios Diagnósticos de los diferentes trastornos depresivos:**

En la clasificación multiaxial del DSM-IV-TR se incluye cinco ejes, los cuales todos o algunos pueden estar directamente relacionados con el diagnóstico de la depresión mayor:

**Eje I:** Trastornos clínicos. Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica

**Eje II:** Trastornos de la personalidad. Retraso mental

**Eje III:** Enfermedades médicas

**Eje IV:** Problemas psicosociales y ambientales

**Eje V:** Evaluación de la actividad global.

A continuación presentamos los criterios diagnósticos que debe cumplir el trastorno depresivo mayor según el DSM-IV-TR, el esquema propuesto es el establecido por el manual de DSM-IV-TR:

A. Cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser 1) estado de ánimo depresivo ó 2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer. Nota: No se incluyen los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

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

2. disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o 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 1 mes), o pérdida 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 hipersomnia 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 pueden 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 sólo 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 2 meses o se

caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.<sup>4</sup>

### **1.5.1. Diagnóstico Diferencial:**

Un episodio depresivo mayor debe diferenciarse de un "Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica". El diagnóstico apropiado es trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica si la alteración del estado de ánimo se considera un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica específica (por ejemplo: esclerosis múltiple, accidente vascular cerebral, hipotiroidismo). Esto se determina según la historia clínica, los hallazgos de laboratorio o la exploración física.

Un "trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias" se distingue del episodio depresivo mayor por el hecho de una sustancia (una droga, un medicamento o un tóxico) se considera etiológicamente relacionada con la alteración del estado de ánimo.

En personas ancianas es importante distinguir entre un episodio depresivo mayor en el que existen síntomas cognoscitivos (por ejemplo: desorientación, apatía, dificultades para concentrarse, pérdida de memoria) y "demencia".

También hay que distinguir, sobre todo en niños, si se trata de un episodio depresivo mayor (en el que se pueden presentar alucinaciones e ideas delirantes) o una esquizofrenia como tal o un trastorno esquizoafectivo. La distractibilidad y la baja tolerancia a la frustración pueden darse tanto en un "trastorno por déficit de atención con hiperactividad" como en un episodio depresivo mayor. El clínico debe ser cuidadoso para no sobrediagnosticar episodios depresivos mayores en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad, en los que la alteración del estado de ánimo se caracteriza por irritabilidad más que por tristeza.

<sup>4</sup>Fuente: American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV. Barcelona: Masson 2003.

Un episodio depresivo mayor que se presente en respuesta al estrés psicosocial se distinguirá de un "trastorno adaptativo con un estado de ánimo deprimido" por el hecho de que este último no cumple totalmente los criterios para un episodio depresivo mayor. Tras la pérdida de un ser querido, los síntomas depresivos deben atribuirse a un duelo y no a un episodio depresivo mayor, a no ser que los síntomas persistan durante más de 2 meses o incluyan un deterioro funcional importante, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas sicóticos o enlentecimiento psicomotor.

También hay que diferenciar y distinguir si se trata de un episodio depresivo mayor o de un trastorno distímico, que es entendida como una neurosis depresiva y es una alteración crónica del estado de ánimo (deprimido o irritable) que se presenta la mayor parte del tiempo y que dura la mayor parte del día a lo largo de un año mínimo.

Finalmente hay que señalar que los "periodos de tristeza" son aspectos inherentes de la experiencia humana y son fluctuaciones normales del estado de ánimo que no deben diagnosticarse como un episodio depresivo mayor.<sup>5</sup>

### **1.5.2. Diagnóstico Formal del Caso**

Para presentar el diagnóstico formal hemos tomado en cuenta los Criterios Diagnósticos del DSM-IV-TR, las entrevistas estructuradas realizadas previamente, así como también los reactivos psicológicos aplicados.

La paciente presenta Trastorno Depresivo Mayor teniendo en cuenta que la paciente está dentro de la edad fijada por el Manual DSM-IV-TR, encontrándose así dentro de los rangos especificados para ser diagnosticada.

<sup>5</sup>[www.webzinemaker.com/.../page.php3?num...](http://www.webzinemaker.com/.../page.php3?num...)

Los siguientes síntomas presentados por la paciente, se encuentran dentro de los criterios diagnósticos:

- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día, estado de ánimo irritable.
- Disminución de interés, de sentir placer en todas las actividades, la mayor parte del día, casi todos los días.
- Pérdida de apetito
- Insomnio (duerme solo bajo medicamentos prescritos por el psiquiatra, de lo contrario no le es posible conciliar el sueño).
- Enlentecimiento psicomotor, observado por los demás.
- Sentimientos de culpa excesivos.

## CAPITULO II

### 2.1. Introducción:

En el capítulo II presentamos el caso de una paciente NN hospitalizada dentro del Hospital José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca, diagnosticada con enfermedad Neoplásica; debido a esta, la paciente ha presentado diferentes estados de ánimo, siendo el más relevante: la tristeza, la inmotivación, la infelicidad; de acuerdo con estos puntos el paciente está propenso a desarrollar un grado de depresión, la cual diagnosticaremos mediante la utilización de varios métodos, además se realizará la investigación basándonos en material bibliográfico y páginas web.

### 2.2. Depresión Mayor:

Se da cuando una persona tiene cinco o más síntomas de depresión durante al menos dos semanas. Estos síntomas comprenden: sentirse triste, desesperanzado, inútil o pesimista. Además, las personas con depresión grave a menudo tienen cambios de comportamiento, como patrones de sueño y de alimentación nuevos.<sup>6</sup>

#### 2.2.1. Sintomatología según DSM-IV

Para diagnosticar un trastorno depresivo mayor deben estar presentes:

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

**Nota:** No se incluyen los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

<sup>6</sup> [www.nlm.nih.gov/medlineplus/.../000945.htm](http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/.../000945.htm)

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

2. disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o 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 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día.

**Nota:** En niños hay que valorar el fracaso en lograr el aumento de peso esperable.

4. insomnio o hipersomnia 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 pueden 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 sólo 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 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.<sup>7</sup>

### **2.3.Cáncer:**

El cáncer es el crecimiento anormal e incontrolado de células, localizado en alguna parte específica del cuerpo. Este tipo de degeneración puede darse en varias partes del organismo. El cáncer comienza en las células, que constituyen los ladrillos del cuerpo. Normalmente, el cuerpo forma células nuevas a medida que se necesitan para reemplazar a las células envejecidas que mueren. Algunas veces, este proceso no resulta ser el esperado. Crecen células nuevas que no son necesarias y las células envejecidas no mueren cuando deberían. Estas células adicionales pueden formar una masa llamada tumor, los cuales pueden ser benignos o malignos (cáncer).

La mayoría de los cánceres se nombran por su lugar de origen. Por ejemplo, el cáncer de pulmón comienza en el pulmón y el cáncer de seno comienza en el seno. La diseminación de un cáncer desde una parte del cuerpo a otra se denomina metástasis.

Los síntomas y el tratamiento dependen del tipo de cáncer y de lo avanzada que esté la enfermedad. El tratamiento puede incluir la cirugía, radiación y/o quimioterapia.<sup>8</sup>

<sup>7</sup> Fuente: American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV. Barcelona: Masson 2003.

<sup>7</sup> [Etiquetas: criterios diagnósticos, depresión, DSM IV-TR psicologamadrid-depresion.blogspot.com/.../dsm-iv-tr-criterios-diagnosticos.html](http://psicologamadrid-depresion.blogspot.com/.../dsm-iv-tr-criterios-diagnosticos.html) –

<sup>8</sup> [www.imss.gob.mx/salud/Cancer/quescancer.htm](http://www.imss.gob.mx/salud/Cancer/quescancer.htm)

### **2.3.1. Fases del paciente Neoplásico:**

Elisabeth Kübler-Ross nos aporta su larguísima y fecunda experiencia con pacientes terminales y nos reconstruye las cinco fases por las que ellos pasan antes de morir. «Es un intento, nos dice ella, de resumir lo que hemos aprendido de nuestros pacientes moribundos sobre los mecanismos de reacción que entran en funcionamiento durante una enfermedad mortal»

**Primera fase: negación y aislamiento.** La mayoría de los pacientes, al enterarse que tienen una enfermedad mortal, reaccionan diciendo «no, yo no, no puede ser verdad»...

La negación, por lo menos la negación parcial, es habitual en casi todos los pacientes, no sólo durante las primeras fases de la enfermedad, sino también más adelante, de vez en cuando. Los pacientes pueden así considerar la posibilidad de su propia muerte durante un tiempo, pero también es lógico que desechen estos pensamientos para proseguir la vida mientras aún la tengan. La negación funciona como un amortiguador después de la noticia inesperada e impresionante y permite al paciente recobrase para, con el tiempo, movilizar otras defensas. La negación es entonces una defensa provisional y pronto será sustituida por una aceptación parcial. Puede incluso el enfermo, más adelante, estar dispuesto, e incluso contento y aliviado al sentarse a hablar con alguien de su muerte inminente; diálogo que deberá tener lugar sólo cuando el enfermo así lo desee y esté dispuesto a afrontarlo. Nos dice Kübler-Ross que es partidaria «de hablar de la muerte y del morir antes de que llegue la hora si el paciente indica que quiere hacerlo.» Algunos pacientes persisten en su actitud negatoria, pero son excepciones. La mayoría de los pacientes no lleva la negación hasta allí. Pueden hablar brevemente de la realidad de su situación, y de repente, manifestar su incapacidad para seguir viéndola de modo realista. ¿Cómo saber entonces, nos dice Kübler-Ross, cuando un paciente no desea seguir afrontándola? Puede hablar de temas referentes a su vida, puede compartir algunas fantasías importantes sobre la muerte misma o la vida después de la muerte (en sí misma, una negación), y cambiar de tema a los pocos minutos, diciendo tal vez lo contrario de lo que ha dicho antes. Si le escuchamos en esos momentos, puede parecernos que escuchamos a un paciente que tiene una dolencia sin importancia.

Entonces debemos interpretar su lenguaje y reconocer que el paciente quiere hablar de cosas más alegres y animadas. Es el momento de permitirle que sueñe despierto en cosas alegres aunque en realidad sean improbables.

La negación existe en todos los pacientes, es una necesidad, más presente al principio que al final de la enfermedad. Luego la necesidad va y viene, y el oyente sensible y perceptivo respetará las defensas del paciente sin hacerle consciente de sus contradicciones. Generalmente es más tarde que el paciente recurrirá al aislamiento más que a la negación. Entonces hablará de su salud y de su enfermedad, de su mortalidad y de su inmortalidad como si fueran hermanas gemelas. Esto nos indica que se ha aceptado la muerte pero conservando sin embargo la esperanza.

**Segunda fase: ira.** Cuando no se puede seguir manteniendo la primera fase, la misma es sustituida por sentimientos de ira, rabia, envidia y resentimiento.

En contraste con la fase de negación esta fase es muy difícil de afrontar tanto para la familia como para el personal médico y paramédico. En efecto, la ira se desplaza en todas las direcciones posibles: los médicos no saben nada, son ineptos. Las enfermeras se convierten en blanco de disgusto. La familia que les visita es recibida con poco entusiasmo lo que torna muy tristes y violentos a los encuentros. Sin embargo, basta con ponerse en el lugar del enfermo para comprender que cualquiera estaría rabioso si todas sus actividades se vieran interrumpidas prematuramente o si todos sus proyectos fuesen a quedar inconclusos. La tragedia estriba en que tal vez no se piense en las razones de su enojo y de su rabia. Como nos dice Kübler-Ross «¿Qué haríamos nosotros con nuestra rabia, sino descargarla sobre las personas que disfrutan de la vida? Personas que corren a nuestro alrededor con aire de estar muy ocupadas para recordarnos que ya ni siquiera podemos ponernos en pie... Personas que nos dicen que nos estemos quietos para que no haya que volver a empezar la transfusión cuando sentimos deseos de salir de nuestro pellejo y hacer algo para saber que aún funcionamos a algún nivel?» .Este paciente, y es lógico, hará todo lo posible para que no se le olvide. Alzará la voz, pedirá cosas, se quejará y pedirá que se le atienda. Si se le respeta, se le presta atención, se le dedica un poco de tiempo, bajará la voz y reducirá sus airadas peticiones. Se sentirá un ser humano digno y valioso por quien los demás se preocupan y a quien se le permite seguir funcionando al nivel más alto

posible, mientras aún pueda. Tenemos que aprender a respetar a los pacientes, dice Kübler-Ross, y a veces incluso debemos aceptar su ira irracional sabiendo que el alivio que experimentan al manifestarla les ayudará a aceptar mejor sus últimas horas. Y esto sólo lo podemos hacer cuando hemos afrontado nuestros propios temores con respecto a la muerte, nuestros propios deseos destructivos y hemos adquirido conciencia de nuestros propios límites. Así, al mismo tiempo que se ayuda a morir se aprende a morir.

**Tercera fase: pacto.** La tercera fase, aquélla del pacto, es tal vez la menos conocida. Sin embargo es muy útil para el paciente aunque sólo dura breves períodos de tiempo. «Si no hemos sido capaces de afrontar la triste realidad en el primer período y nos hemos enojado con la gente y con Dios en el segundo, tal vez podamos llegar a un acuerdo que posponga lo inevitable.» (Kübler-Ross, 1975:111) El pacto es un intento de posponer los hechos; incluye un premio a la «buena conducta» y además fija un plazo de vencimiento impuesto por uno mismo. Tiene que ver con lo aquí conocemos como «promesas»: a cambio de curar una enfermedad o de prolongar la vida se ofrece algo a cambio. Ir a un lugar, llevar una determinada forma de vida, orar de determinada manera, vestir o llevar el cabello en especial forma... La mayoría de estos pactos se hacen con Dios o poseen un sentido religioso o sagrado, generalmente se guardan en secreto o se mencionan entre líneas o en el despacho de un sacerdote. Según Kübler-Ross, —no hay que olvidar que ella es psiquiatra— las promesas pueden relacionarse con una sensación de culpabilidad oculta, y, por lo tanto, sería muy útil que el personal médico y paramédico no pasara por alto estas situaciones por la vía del comentario de los pacientes (cuando así lo hagan). Si un representante religioso o un médico sensible reciben estas confidencias pueden averiguar si el paciente se siente culpable, si tiene deseos hostiles inconscientes y muy profundos que provocan esta sensación de culpabilidad. Se puede entonces seguir la pista hasta que el paciente se libere de sus temores irracionales o de su deseo de castigo por un sentimiento de culpa excesivo, que no hace más que aumentar con el pacto y las promesas incumplidas cuando pasa la «fecha de vencimiento.»

**Cuarta fase: depresión.** Cuando el paciente desahuciado no puede seguir negando su enfermedad, cuando se ve obligado a pasar por más hospitalizaciones y

operaciones, cuando comienza a tener más síntomas y se debilita y adelgaza, no puede seguir ignorando su situación. La ira, el estoicismo, la rabia, la aceptación, irán dando paso a una gran tristeza, a una gran sensación de pérdida. Se trata del dolor preparatorio por el que ha de pasar el enfermo terminal para disponerse a salir de este mundo. Pero esta tristeza pasa por dos etapas o puede ser de dos tipos: Hay una depresión reactiva y una depresión preparatoria.

La primera tristeza o depresión tiene que ver con pérdidas concretas: pérdidas de cualidades físicas, como en el cáncer de seno, que se pierde una cualidad vinculada a lo femenino; pérdidas materiales como inmensas sumas de dinero para costear tratamientos muy caros lo cual puede implicar ventas de propiedades y sacrificios de otras cosas, como la carrera universitaria de un hijo. El segundo tipo de depresión tiene como causa pérdidas inminentes. Alegrar a persona, remontarle el ánimo, puede tener algún sentido en el caso de la primera forma de tristeza. «A una madre —nos dice Kübler-Ross— le ayudará saber que los niños juegan muy contentos en el jardín del vecino... A una madre puede ayudarla el saber que continúan riendo y bromeando, yendo a fiestas y trayendo buenas notas de la escuela. Todo ello son manifestaciones de que funcionan con normalidad a pesar de su ausencia prolongada».

Pero cuando la depresión es un instrumento para prepararse a la pérdida inminente de todos los objetos de amor, no debería estimularse al paciente a que mire el lado alegre de las cosas, porque eso significaría que no debería pensar en su muerte inminente. El paciente está a punto de perder todo lo que quiere y es preferible permitirle expresar su dolor para que así le sea más fácil la aceptación final. En este dolor preparatorio se necesitan muy pocas palabras. O tal vez el silencio sea un excelente acompañante. Es un espacio para los sentimientos, tocando una mano, acariciando el cabello o simplemente sentándose al lado de la cama en silencio. Este tipo de tristeza es beneficiosa pues permite al paciente morir en una fase de aceptación y paz. Sólo los pacientes que han podido superar sus angustias y ansiedades serán capaces de llegar a esta fase.

**Quinta fase: Aceptación.** Si un enfermo terminal ha tenido bastante tiempo pues no se trata de una muerte repentina e inesperada, llegará un momento en que «su destino» no le deprimirá ni le enojará. Habrá podido expresar sus sentimientos

anteriores. Habrá llorado la pérdida inminente de tantas personas y de tantos lugares importantes para él, y contemplará su próximo fin con relativa tranquilidad. Ahora bien, no hay que confundirse y creer que la aceptación es una fase feliz; más bien está casi desprovista de sentimientos, es como si el dolor hubiera desaparecido, como si la lucha hubiera terminado y llegará el momento del descanso final antes del largo viaje. En esos momentos generalmente es la familia la que necesita más apoyo pues el paciente desea que lo dejen solo o por lo menos que no lo agiten con noticias y problemas del mundo exterior, ya no quiere visitas, o las quiere limitadas pues ya no tiene ganas de hablar, es el momento, según Kübler-Ross, en que la comunicación es más muda que oral. El paciente puede llamarnos para que nos sentemos a su lado y le tomemos una mano, allí, en silencio. Nuestra presencia confirma que vamos a estar allí, disponibles, hasta el final. «Podemos hacerle saber simplemente que nos parece muy bien no decir nada cuando ya hay quien se ocupa de las cosas importantes y sólo es cuestión de esperar a que pueda cerrar los ojos para siempre».

La comprensión de estas fases son útiles según la propia autora, para sensibilizar a los familiares de enfermos desahuciados y permitirles una herramienta en ese trance tan difícil que es el acompañamiento de quien va a morir. Igualmente sensibiliza al personal médico y paramédico, en clínicas y hospitales, de cara a las comunicaciones implícitas de los pacientes moribundos.<sup>9</sup>

### **2.3.2. Características del paciente terminal**

El momento de recibir un diagnóstico, la persona y/o la familia no saben cómo reaccionar ante el resultado dado, ya que es un shock que reciben. Es entonces cuando el sujeto entra en una crisis, se define como un estado temporal de trastorno y desorganización que se caracteriza por la incapacidad del individuo para abordar o manejar dicha situación (Salgado, 2009). Dependiendo de cómo sea ésta, puede mover o paralizar al sujeto ya que tiene que ver con la manera de como utiliza sus recursos internos (fortaleza yoica), la tolerancia a la frustración y el principio de realidad que tenga éste. En este caso la persona que padece el cáncer y que entra en esta crisis puede experimentar:

<sup>9</sup> Fuente: Kübler-Ross, E. (1997). La Rueda de la Vida. Barcelona-España: BSA. Millenium.

<sup>9</sup> [www.imss.gob.mx/salud/Cancer/quescancer.htm](http://www.imss.gob.mx/salud/Cancer/quescancer.htm)

- Desorganización o Estado de Confusión
- Vulnerabilidad- Irritabilidad
- Reducción-Incremento de los Mecanismos de Defensa
- Disfunción a nivel Personal, Laboral, Familiar o Social
- Labilidad Emocional o Aplanamiento Afectivo
- Ataque de Pánico
- Cuadro Depresivo Incapacitante
- Conductas Regresivas
- Brote Psicótico (Desestructurarse)
- Agresividad-Auto agresión

Es importante entonces, que el psicólogo y las personas que estén alrededor de este actúen de una manera rápida y con inteligencia para ayudar a la persona que entro en dicha crisis, es entonces, que las personas que están alrededor del sujeto y en especial del psicólogo guarden la calma, debe escuchar, observar, filtrar la información que en ese momento este diciendo la persona, recabar información complementaria para jerarquizar prioridades, reconocer canales alternativos de comunicación, contacto y contención, en presencia de la desorganización: manejar la emoción o sentimiento, pedir ayuda o permitirlo (en caso en que el sujeto entre en un estado ya desorganizado, ya que en muchas personas, si no tienen fortaleza yoica, se les puede venir un brote psicótico ante la impresión de la noticia), manejo de recursos, habilidades y técnicas (respiración, relajación, manejo del dolor permisible) buscando la estabilización, manejo-canalización del caso, con miras a que la persona supere la crisis y por ultimo un seguimiento para poder dar contención al sujeto sobre la situación expuesta (Salgado, 2009).<sup>10</sup>

<sup>10</sup> <http://www.Cáncer. Organización Mundial de la Salud. www.who.int>

<sup>10</sup> autores: (Elcy Ponce De León Fuentes, Flor Elena Lika Milian, María Paulina Méndez Barrera, Universidad de Morelia)

## **2.4. Definición de Terapia Cognitiva:**

La terapia cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas (por ejemplo: depresión, ansiedad, fobias, problemas relacionados con el dolor, etc.). Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo (Beck, 1967,1976). Sus cogniciones (“eventos” verbales o gráficos en su corriente de conciencia) se basan en actitudes o supuestos (esquemas) desarrollados a partir de experiencias anteriores.<sup>11</sup>

### **2.4.1. Modelo Cognitivo de la Depresión:**

El modelo cognitivo de la depresión considera que la principal alteración en la depresión, está en el procesamiento de la información. Durante la depresión están activados una serie de esquemas (formas de percibir la realidad que incluyen creencias y emociones) que la favorecen, estos esquemas suelen adquirirse en la infancia, pero pueden permanecer latentes (inactivos) y activarse cuando el sujeto se encuentra con situaciones estresantes similares a aquellas en que se formaron.

Para Beck, el contenido de los esquemas depresógenos está constituido por la “Triada Cognitiva”, que es la visión negativa de si mismo, del mundo y del futuro.

La modalidad depresiva (conjunto de esquemas relacionados con la depresión) presenta una serie de distorsiones sistemáticas en el procesamiento de la información, entre los que se destacan:

- Sobregeneralización
- Pensamiento dicotómico
- Inferencias arbitrarias
- Magnificación-minimización
- Abstracción selectiva
- Personalización

<sup>11</sup>Beck Aarón T.-Rush A. John-Shaw Brian F.- Emery Gary, Terapia Cognitiva de la Depresión, 15ª edición, Biblioteca de Psicología, Descleé de Brouwer

Estos sesgos sistemáticos en el procesamiento de la información, junto a la triada cognitiva, producen las alteraciones en el procesamiento de la información que se manifiestan en la depresión. Las emociones y conductas típicas de la depresión están determinadas en gran medida por la forma que el depresivo percibe la realidad.

#### **2.4.2. Terapia Cognitiva de Beck para la Depresión:**

El objetivo de la terapia cognitiva es eliminar los síntomas depresivos y prevenir las recaídas. Desde el modelo cognitivo, esto se consigue, ayudándole a identificar y modificar las cogniciones desadaptativas que le producen emociones y conductas contraproducentes. La forma más poderosa de modificar esas cogniciones es su contrastación con la realidad empírica. Con esta finalidad se utilizan técnicas cognitivas y conductuales.

La prevención de recaídas se considera desde los primeros momentos de la terapia. También se le prepara para que espere fluctuaciones en sus síntomas y para que no se desanime por ello. Una vez superados los síntomas depresivos, se tratan los esquemas básicos que le predisponen a la depresión, para prevenir depresiones futuras.

##### **2.4.2.1. Estructura de las Sesiones:**

La estructura a seguir en las sesiones consiste en:

- Revisar las tareas para casa y analizar cualquier problema que sugiere en su realización, así como las razones por las que se propusieron.
- Enumerar los problemas a tratar durante la sesión y las técnicas a utilizar para resolverlos.
- Al final de la sesión se proponen nuevas tareas para casa.

Las tareas suelen ser: experimentos para comprobar hipótesis y autorregistros de actividades, pensamientos, etc.

Si el paciente no está de acuerdo con las tareas propuestas, se le explica las razones por las que conviene llevarlas a cabo y en ocasiones, se modifican, para llegar a un consenso.

Conforme va avanzando la terapia, el rol del paciente va haciéndose más activo.

#### **2.4.2.2. Fases de la Terapia Cognitiva de Beck para la Depresión:**

##### **- Establecer la Relación Terapéutica: (actitudes deseadas del terapeuta):**

Inspirarle confianza lo cual conseguiremos con:

- Consideración positiva incondicional, empatía y congruencia (las clásicas condiciones que proponía Rogers) y conseguir que el paciente lo perciba así.
- Estar bien preparado.
- No mostrarte demasiado interesado, reforzante o afectado.
- Conjugar la honestidad con la diplomacia, teniendo en cuenta la propensión del paciente a hacer interpretaciones negativas.

Destacar y mantener en todo momento una actitud de trabajo en equipo (actitud positiva: reencuadrar y buscar la parte útil de cualquier situación):

Ejemplos:

- Escepticismo encausado como poner a prueba “es muy útil que te cuestiones las cosas y más aún que busques evidencias y las pongas a prueba para aceptar o rechazar una idea”.
- Impulsos suicidas: explicarle su utilidad para prevenir este problema en el futuro, porque lo que aprendemos en un estado emocional similar (aprendizaje dependiente del estado).

Hacer resúmenes de lo que te ha dicho y pedirle que él los haga

Destacar siempre el trabajo en equipo

Hacer preguntas:

- La mayor parte de verbalizaciones del terapeuta se hacen en forma de preguntas, ejemplos ¿es esto lo que quieres decir?, ¿puedes resumir lo que te he dicho?, etc.
- Las preguntas se usan para:
  - Asegurarte de que te ha comprendido.
  - Saber cómo te percibe.
  - Conocer su actitud ante la terapia.
  - Comprender bien lo que quiere decir (su marco de referencia)
  - Dirigir su atención al examen de sus cogniciones (aprendizaje guiado)
  - Acostumbrarlo a que se haga preguntas a sí mismo; a que considere tus ideas y las suyas como hipótesis a comprobar (procesamiento de la información controlado para contrarrestar la influencia del procesamiento automático derivado de la modalidad depresiva).
  - Posibilitar una toma de decisiones presentando diferentes alternativas para solucionar un problema.
  - Animarlo a examinar las consecuencias de su conducta contraproducente, preguntándole por ejemplo, ¿Qué consigues quedándote en la cama?
  - Evaluar la importancia de una conducta más adaptativa: ¿Qué puedes perder? ¿Qué ventajas obtendrás si..?, ¿cuáles son los inconvenientes?
  - Elicitar cogniciones relacionadas con emociones o conductas inadecuadas.
  - Determinar el significado que atribuye a un suceso.
  - Inducirlo a examinar los criterios que definen su autoestima negativa, (ejemplo: “soy un inútil”) preguntándole: ¿Cómo definirías la inutilidad?, ¿en qué te basarías para considerar a alguien un inútil?, ¿puedes hacer una lista de criterios?
  - Demostrar la abstracción selectiva de datos negativos que hace el paciente cuando elabora sus inferencias (por ejemplo: “no tengo autocontrol”) preguntándole: ¿en qué te basas para decir eso?, ¿lo haces todos los días?, ¿has hecho algo positivo en relación a eso?, ¿Qué porcentaje de veces fallaste?, etc.

- Destacar la tendencia del paciente a negar o quitar importancia, indiscriminadamente, a las experiencias positivas, preguntándole: ¿no es cierto que...?, ¿Por qué dices esto?, etc.
- Hacer preguntas en vez de discutir o sermonear.
- Hacer preguntas para: suscitar su curiosidad, convertir en hipótesis de trabajo sus puntos de vista aparentemente rígidos, ayudarle a identificarlos, evaluarlos con objetividad, reconsiderar y corregir sus cogniciones y creencias.
- Ayudarle a que exprese lo que él piensa, no decirle lo que el terapeuta cree que piensa.
- No usar las preguntas para pillarle en contradicciones (se sentiría atacado)
- Que no se ponga a la defensiva tratando de adivinar lo que esperas que responda.

Usa el humor con prudencia y sensatez (puede ayudar al paciente a darse cuenta de lo absurdo y prejudicial de algunas ideas): exagerando, provocando una discrepancia cognitiva y haciéndole buscar explicaciones alternativas más adaptativas.

Cuidar de que el paciente no lo interprete mal (algunos están tan convencidos de la validez de sus ideas que si bromeas sobre ellas pueden tomarlo como que lo desprecias o ridiculizas).

Hacer resúmenes de lo que él te ha dicho y pedirle que él los haga.

Destacar siempre el trabajo en equipo.

Conocer el paradigma personal del paciente. Sus ideas le parecen razonables y plausibles: cree que es un fracasado, un inútil o un antipático, esa visión se mantiene a veces, incluso aunque existan evidencias externas que las contradigan.

Las creencias suelen estar organizadas en un sistema de creencias en el que se apoyan unas a otras. Las observaciones e interpretaciones del paciente están moduladas por su marco conceptual.

Como ocurre en el cambio de creencias científicas, un paradigma personal puede tambalearse y cambiar cuando surgen evidencias que no pueden integrarse en dicho paradigma (que contradicen a sus principales creencias).

Pero, el paciente no suele prestar atención y distorsiona los eventos que contradicen a sus supuestos depresógenos (ej. Alguien le dice guapo y lo toma como evidencia de lo feo que es).

Para mantener sus interpretaciones negativas, el paciente se basa en su visión de experiencias pasadas y en su interpretación de ciertos eventos actuales. Estos últimos son más factibles de poner a prueba y por tanto, más susceptibles de ser corregidos.

- **Comprender sus quejas y transformarlas en síntomas-objetivo (Evaluación)**

Tenemos que escucharle empáticamente para comprender su “paradigma personal”, su visión de sí mismo, del mundo y del futuro, ya que solo así se sentirá comprendida y motivada para decidirse a ponerlo a prueba.

Al principio, el paciente expresa sus quejas en forma confusa y es nuestro papel el ayudarle a clarificarlas y mostrarle como se relacionan con su depresión.

Nosotros debemos explicarle al paciente que todos sus síntomas, son propios de la depresión, haciendo un repaso de los síntomas afectivos, motivacionales, fisiológico-vegetativos, conductuales y cognitivos típicos de ese trastorno.

A continuación, para completar la evaluación, indagamos cuales son los síntomas particulares que le aquejan y su grado de intensidad en orden a planificar la terapia. Para ello podemos usar los criterios del DSM-IV y el listado de síntomas propuesto por Beck.

En función de los resultados de la evaluación, estableceremos la forma de plantear la terapia, teniendo en cuenta que si existe ideación suicida o depresión es severa, empezamos con técnicas conductuales que se mencionan más adelante.

- **Explicarle al modelo cognitivo de la depresión y demostrarle cómo influyen las cogniciones en las emociones.**

En base a la información que da el paciente, le explicamos los fundamentos teóricos de la terapia cognitiva.

Para ello describimos la relación entre pensamientos y emociones, usando ejemplos concretos experimentados por el paciente.

Hay que explicar con claridad y hacer preguntas concretas para que el paciente pueda experimentar la sesión como un “éxito” ya que podremos reforzarle por haber comprendido y respondido adecuadamente. Esto mejorara también un poco su estado de ánimo y le predispondrá favorablemente a la terapia.

A continuación se le pone una tarea para casa que sea también fácil de hacer para que la pueda interpretar también como éxito. Ej., leer un folleto de autoayuda sobre la depresión y hacer anotaciones sobre lo leído.

Indagar y concretar la historia del sujeto, anterior a la depresión (antecedentes), teniendo en cuenta:

- Factores predisposicionales: genéticos, biológicos, traumas infantiles y esquemas disfuncionales.
- Factores desencadenantes, ej., pérdidas reales o percibidas.
- **Aplicar Técnicas Conductuales:**

Se utilizan para cambiar cogniciones. Sirven entre otras cosas para:

- Probar la validez de las ideas (hipótesis) del paciente a cerca de sí mismo: ej. Una experiencia satisfactoria como conseguir realizar una tarea de dominio (utilizando técnica nº 3) suele ser más efectiva que los métodos cognitivos a la hora de modificar pensamientos erróneos como “soy incapaz de hacer algo bien” o “soy incapaz de experimentar ningún placer”.

- Comprobar la relación entre la actividad realizada y el estado de ánimo.
- Fijar su atención en las sensaciones agradables que experimente superando así el pensamiento dicotómico (todo o nada). Así se da cuenta de que puede experimentar, al menos cierto grado de placer.

#### Tipos de Técnicas:

- Lista de actividades potencialmente agradables: podemos incluir las que le gustaban antes.
- Lista de actividades de dominio: cosas que le gustaría hacer pero que, actualmente, no puede hacer por encontrarse deprimido.
- Programa semanal de actividades, incluyendo actividades de las listas señaladas (1 y 2) y evaluándolas entre 0 y 5 en “dominio” o “agrado”.
- Asignación de tareas graduales: dividiendo una tarea compleja que él considera imposible de llevar a cabo) en pequeños pasos, practicando los primeros pasos en la consulta (si es posible) o ayudándose con práctica en la imaginación (el paciente visualiza la realización de la tarea y la describe verbalmente y cuando surge algún problema u olvida algún paso, el terapeuta le ayuda mediante preguntas ej. ¿Qué puedes hacer para...?). A veces ayuda, practicar la tarea previamente, mediante juego de roles.
- Práctica Cognitiva: pedir al paciente que imagine sucesivamente cada uno de los pasos que componen la ejecución de una tarea. Esto le obliga a prestar atención a los detalles esenciales de dicha actividad, contrarresta su tendencia a divagar y facilita la realización al programarla paso a paso, también ayuda a identificar posibles “obstáculos” (cognitivos, conductuales o ambientales) que pudieran impedir la realización de la tarea. El terapeuta identificara y desarrollará soluciones para esos problemas antes de que den lugar a una experiencia de fracaso no-deseada.

Lo más importante, son los cambios cognitivos que se producen durante la realización de las tareas y después, al analizar los registros, buscando pruebas a favor y en contra de sus creencias depresógenas (ej. “soy incapaz de hacer algo bien”).

Elicitar sus pensamientos contraproducentes mediante preguntas: ej., si un paciente se autoevaluó con una destreza igual a cero en su tarea de cortar el césped o de empapelar la cocina, ayudarle a ver lo que hizo bien (visión de conjunto) preguntándole: ¿hizo algo bien?, ¿Cómo lo vieron otras personas?, ¿cómo lo vería si ese trabajo lo hubiese hecho otra persona?

En las tareas graduales, si dice “no puedo”, proponerle “vamos a hacer un e

En las tareas graduales, si dice “no puedo”, proponerle “vamos a hacer un experimento” y fijar objetivos modestos y graduales.

Los éxitos repetidos acaban por mirar su creencia de que “no soy capaz”. Por ej. Una señora ingresada no era capaz de centrarse en la lectura, Beck le pidió que leyese un párrafo y le explicase que decía. Después otro, etc. Así, la señora comprobó que si era capaz de leer enterándose del contenido.

Tienden a hacer las cosas mejor de lo que creían pero también tienden a minusvalorar sus logros.

Asegúrate de que han comprendido que tareas tienen que hacer y cuál es su utilidad.

#### - **Aplicar Técnicas Cognitivas:**

Tras explicarle el fundamento teórico y mostrarle una actitud empática: preguntando, reflejando su visión de sí mismo y del mundo, etc.; habremos podido “penetrar en su mundo”, experimentando su forma de organizar la realidad y así, podremos empezar a explorar conjuntamente como ve sus problemas y cuáles son las causas de estos.

Las técnicas cognitivas son una serie de procedimientos para identificar y modificar los sesgos sistemáticos y los contenidos disfuncionales típicos del pensamiento depresivo. Podemos dividirlos en:

- Detectar pensamientos automáticos (P.A.)
- Comprobar cómo los P.A. influyen en las emociones: ponerle ejemplos ajenos y propios.
- Entrenamiento en observación y registro de cogniciones, mediante:
  - o Análisis de autorregistros
  - o Imágenes inducidas (solo en depresiones moderadas)
  - o Preguntas acerca de que pensaba al venir o qué piensa cuando observamos un cambio emocional.
- Registrar pensamientos automáticos (registro diario de pensamientos)
  - o Lo más pronto posible(o a una hora fija)
  - o En los periodos más difíciles
  - o En los lugares más difíciles (a veces ir con él)
- Traducir o reducir el pensamiento a su ausencia (Burs, 1995)
- Clasificar las cogniciones en función de sus:
  - o Contenidos o temas (visión negativa de si mismo, del mundo y del futuro)
  - o Distorsiones: sobregeneralización, pensamiento dicotómico, etc.
- Someter los pensamientos automáticos a prueba de realidad:
  - o Evaluarlas preguntándoles con datos reales
  - o Examinar su validez o su tipo de distorsión
  - o Buscar evidencias a favor y en contra
- Técnicas de reatribución (interna, estable y global para lo negativo)
  - o Fijar su atención en la responsabilidad de otras personas o de las circunstancias.
  - o Revisar y aplicar leyes lógicas a los acontecimientos.
- Búsqueda de interpretaciones alternativas:
  - o Buscar todas las alternativas posibles, igual que en la solución de problemas.

- Asignar porcentajes de verosimilitud.
  - Hacer preguntas para que se fije en detalles de interés
  - Buscar pruebas (argumentos o experimentos) que las confirmen o invaliden.
  - Acostumbrarse a manejar varias hipótesis (de paso, disminuye el grado de certeza del pensamiento automático).
- Introducir en los autorregistros el apartado “interpretaciones alternativas”.<sup>12</sup>

<sup>12</sup>Elia Roca: [www.com.es/colgiados/PV00520/](http://www.com.es/colgiados/PV00520/)

## **CAPITULO III: ESTRATEGIAS Y RECURSOS**

### **3.1. Introducción:**

La Terapia Cognitivo-Conductual alcanza un gran éxito en el abordaje de la depresión, pues observa al ser humano desde tres elementos: biológico, psicológico y social (biopsicosocial), esto nos lleva a la conclusión de que si uno de ellos se ve alterado entonces se verán afectados los dos restantes, por esto la elaboración del plan terapéutico será presentado y analizado con amplitud para que así exista una reestructuración y equilibrio de los tres elementos.

A continuación se describirán las técnicas específicas que se han de aplicar dentro de un plan terapéutico de Urgencias Breve en pacientes oncológicos con depresión, bajo el análisis del manual de Terapia Cognitiva- Conductual presentado por Beck.

### **3.2. Pensamientos Irracionales en la Depresión:**

Se hacen presentes pensamientos irracionales como:

- La vida no tiene sentido.
- No espero nada del futuro
- No puedo soportar la vida
- Nunca seré feliz
- Me siento tan desgraciado que esté es el único modo de escapar
- Soy una carga para mi familia: estarán mejor sin mí.

Según el parecer de Ellis la mayoría de las técnicas terapéuticas fracasan en el intento de que el paciente vea como sustenta su pensamiento en la actualidad

El terapeuta racional “es un propagandista sincero que cree en una explicación más rigurosa de las reglas de la lógica, del pensamiento correcto y de un método científico para la vida diaria. Ataca directa e inequívocamente las ideas irracionales e induce a adoptar puntos de vista más racionales”.

El ataque se centra en tres aspectos:

El terapeuta contradice y niega directamente las supersticiones y la propaganda destructiva que afectan al paciente.

Activa la contrapropaganda halagando al paciente, animándole, intentando convencerle.

La finalidad: inducir al paciente a interiorizar una filosofía racional de la vida.

### **3.3. Tipos de técnicas aplicadas dentro de la terapia Cognitivo conductual de Beck.**

#### **3.3.1. Técnicas Conductuales:**

Se usan predominantemente al principio de la terapia con pacientes profundamente depresivos que tienen una capacidad limitada para la introspección y la abstracción necesarias para identificar y evaluar los pensamientos automáticos.

Utilizando, por ejemplo: el Daily Schedule of Activities se obtiene información básica para diseñar y enseñar las tareas para casa, que variaran en función de la fase de terapia.

Es importante estructurar el horario de los pacientes para maximizar el efecto de la terapia puesto que una parte significativa de los resultados depende de que los pacientes apliquen los principios de la TC fuera de las sesiones.

Inicialmente, terapeuta y paciente se ponen de acuerdo en la preparación de actividades que ayuden a movilizar al paciente y a contraatacar la inercia siempre presente, especialmente en la depresión muchos pacientes necesitan ir poco a poco, por ello la asignación gradual de tareas se utiliza con el fin de capacitarles para tener progresivamente experiencias exitosas sin sobreexponerse.

Los pacientes más seriamente retrasados y particularmente los hospitalizados pueden tener una gran variedad de pensamientos negativos en relación con sus actividades por ejemplo: “no seré capaz de hacerlo”, “me sentiría tonto”, “no haré nada bien”. Estas cogniciones pueden formularse como hipótesis que el paciente pondrá a prueba gradualmente.

### **3.3.2. Técnicas Cognitivas:**

Cuando el paciente está activo se pueden usar técnicas más puramente cognitivas.

Los pacientes encuentran sus pensamientos automáticos sobre todo cuando preceden o acompañan sus sentimientos negativos. Los pensamientos automáticos representan una interpretación inmediata de una situación, son involuntarios e irracionales (como si fuesen reflejos). Durante el curso de la terapia, el terapeuta y el paciente revisan la relación entre los pensamientos automáticos y una descripción objetiva del suceso malinterpretado para así identificar las distorsiones cognitivas, además se tomarán en consideración interpretaciones más realistas para corregir los pensamientos automáticos.

A medida que la terapia progresa la atención se centra en las

Creencias que subyacen a dichos pensamientos como: “si no tengo éxito, entonces soy un fracasado”, o “si no le gusto alguien significa que soy indeseable socialmente”. Estas creencias son reevaluadas del mismo modo que los pensamientos automáticos.

### **3.3.3. Técnica de Ellis para cambiar las Cogniciones:**

**Primer Paso:** consistió en establecer el horario de las actividades diarias y pedirle al paciente que registrara el grado relativo de eficacia sobre las tareas y el grado relativo de placer experimentados con cada una de ellas. Este ejercicio proporciona una base para examinar cómo se evalúa el paciente a sí mismo con respecto a distintas actividades. Las actividades en que se infravalora constituyen la base para elicitar los pensamientos automáticos asociados. Por ejemplo, limpio el comedor y la cocina pero estimó su sentido de eficacia = 0. Sus pensamientos serán negativos porque relacionará lo que está sucediendo (actividad que realiza) con lo que sucedió (lo que disparó la depresión).

**Segundo Paso:** usando el registro de pensamiento disfuncionales se recogerán más cogniciones relacionadas con bajones de humor. Se le pide que registre los sucesos, sus sensaciones depresivas y los pensamientos asociados a cada caso. Los

pensamientos son identificados y corregidos los errores cognitivos de sobregeneralización y abstracción selectiva.

**Tercer Paso:** los pensamientos recogidos en los pasos anteriores contendrán el pensamiento negativo. Esta creencia disfuncional será refutada lógicamente con distintas evidencias proporcionadas por el mismo paciente.

Como resultado el paciente podrá darse cuenta que lo que hace ahora tiene mucho más sentido y entonces habrá reestructurado los esquemas negativos.

**Cuarto Paso:** finalmente serán exploradas las alternativas para mantener el equilibrio emocional. El paciente comenzará a darse cuenta de que lo que antes causaba su depresión ahora es visto como algo sumamente positivo y hasta divertido.

El registro inicial de sus actividades, valorándose a sí mismo en relación a ellas, le ayudara a ser objetivo y a elicitar los pensamientos que se le ocurren.<sup>13</sup>

#### **3.3.4. Técnicas de Dominio y Agrado:**

Según el texto *Terapia Cognitiva para la Depresión* de Aaron T. Beck, algunos pacientes depresivos realizan ciertas actividades, pero obtienen un escaso nivel de satisfacción o agrado. Este hecho suele ser consecuencia de: A) un intento de abordar actividades que no les aportaban satisfacción ni siquiera antes del episodio depresivo, B) el predominio de las cogniciones negativas, que anula toda posible sensación de agrado, o C) la falta de atención hacia las sensaciones de agrado. Por lo tanto la terapia consiste en confeccionar una lista de actividades potencialmente agradables utilizando el Reinforcement Survey Schedule (Cuestionario de Refuerzos) (Cautela y Kastenbaum, 1967) o el Pleasant Events Schedule (Cuestionario de eventos agradables) (McPhillamy y Lewinsohn, 1972). El terapeuta puede asignar la tarea de llevara a cabo todos los días una determinada actividad agradable durante un periodo de tiempo controlado y pedirle al paciente que anote todos los cambios de humor o de estafo de ánimo, así como la posible reducción de los sentimientos depresivos asociada con la actividad en cuestión.

<sup>13</sup> [www.nucep.com/producciones/terapias.htm](http://www.nucep.com/producciones/terapias.htm)

Cuando el paciente realiza varias actividades es conveniente que anote el grado de dominio (D) y de agrado (A) asociado con cada una de ellas. El término se refiere al sentido de logro obtenido al realizar una tarea. El dominio y el agrado pueden evaluarse en una escala de 5 puntos, donde 0 representaría la ausencia de dominio/agrado y 5 el máximo de dominio/agrado. Al emplear una escala de evaluación, se induce al paciente a identificar éxitos parciales y niveles bajos de agrado. Esta técnica, pues, sirve para contrarrestar el pensamiento absolutista de Todo o Nada.

### **3.3.5. Técnica de Retribución:**

El texto Terapia Cognitiva de Depresión de Aarón T. Beck dice que un patrón cognitivo frecuente en la depresión consiste en autoatribuirse incorrectamente la culpa o responsabilidad de acontecimientos negativos. Los pacientes depresivos presentan una fuerte tendencia a autoculpabilizarse por consecuencias negativas de situaciones que escapan a su control, así como por las relativas a sus acciones y juicios. La técnica de Retribución se emplea cuando el paciente atribuye, de forma realista, las consecuencias negativas a una deficiencia personal, como al falta de capacidad o de esfuerzo. El terapeuta y el paciente revisarán los acontecimientos relevantes y aplicarán leyes lógicas a la información disponible, con objeto de atribuir la responsabilidad a quien realmente le corresponde. Lo importante no es liberar al paciente de toda responsabilidad, sino definir los múltiples factores que pueden intervenir en una experiencia adversa. Conforme va ganando en objetividad, 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.

El paciente debe llegar a la conclusión de que la causa del problema está fuera de sí mismo. La retribución resulta especialmente útil con los pacientes que tienen tendencia a culpabilizarse y/o atribuirse la responsabilidad de cualquier circunstancia adversa. El terapeuta puede decidir contrarrestar las cogniciones del paciente que se culpabiliza (a) revisando los “hechos” que dieron lugar a la autocrítica; (b) mostrando los distintos criterios existentes para atribuir la responsabilidad de que el paciente aplica a su propia conducta y demostrando como podrían haber sido aplicados a la

conducta de otra persona; o (c) poniendo en duda la creencia de que el paciente es “100%” responsable de cualquier consecuencia negativa. Para referirse a esta técnica se ha empleado el término “de responsabilización”.<sup>14</sup>

**3.3.6. Peter M. Lewinsohn y colaboradores (Lewinsohn & Gotlib, 1995; Lewinsohn, Hoberman, Teri & Hautzinger, 1985) Han desarrollado tres formas de tratamiento:**

**3.3.6.1. Programa de Actividades Agradables:** consiste en un programa altamente estructurado, en 12 sesiones, dirigido a cambiar la cantidad y la calidad de las interacciones del paciente depresivo, mediante un conjunto de estrategias que incluyen el entrenamiento asertivo, la relajación, la toma de decisiones, la solución de problemas, la comunicación y el manejo del tiempo.

**3.3.6.2. Entrenamiento de Habilidades Sociales:** es también un programa estructurado en 12 sesiones dirigido a mejorar tres clase de conductas: la aserción negativa (implicando conductas que permiten a la persona defender sus derechos y actuar de acuerdo con sus intereses, a la vez que es considerado con los demás), la aserción positiva (relativa a la expresión de sentimientos positivos hacia otros) y las habilidades conversacionales (desde la iniciación, la realización de preguntas y la revelación apropiada de sí mismo, hasta la terminación de conversaciones), todo ello en los distintos ámbitos de las relaciones sociales (con extraños, con amigos, familiares y en el trabajo o la escuela).

**3.3.6.3. Curso para el Afrontamiento de la Depresión CAD:** es igualmente un programa altamente estructurado, de 12 sesiones, con dos más de apoyo (al mes y a los 6 meses), para ser llevado en grupo. Se viene aplicando desde finales de los setenta, sobre la base del texto *Control your Depression* (Lewinsohn, Muñoz, Joungren & Zeiss, 1978), disponiendo además de un libro de trabajo para el participante (Brown & Lewinsohn, 1979) y de un manual del instructor (Lewinsohn, Antonuccio, Steinmetz & Teri, 1984). El curso, inicialmente diseñado para adultos con depresión, se ha extendido a una variedad de poblaciones tales como adolescentes, mayores, cuidadores de mayores, grupos minoritarios y en la

prevención de la recaída y la prevención primaria y secundaria (Cuijpers, 1998; Lewinsohn & Golib, 1995). El programa se concibe como un entrenamiento psicoeducativo, donde el terapeuta hace más bien el papel de instructor o líder del grupo que el papel de terapeuta tradicional, mientras que, por su lado, los participantes, son más participantes de un curso de aprendizaje que pacientes receptores de un tratamiento. Los contenidos del programa son multimediales, pero su núcleo está en la programación de actividades agradables, el entrenamiento en habilidades sociales, la modificación de cogniciones (tomando por ejemplo estrategias de la terapia de Beck) y finalmente, lo que constituye la última sesión y por tanto, el sentido del curso, “los planes de la vida”, donde se tratan los valores personales, las metas y el estilo de los participantes (Lewinsohn, Steinmetz, Antonuccio & Teri, 1985).<sup>15</sup>

<sup>14</sup> Beck Aaron T.-Rush A. John-Shaw Brian F.- Emery Gary, Terapia Cognitiva de la Depresión, 15ª edición, Biblioteca de Psicología, Descleé de Brouwer

<sup>15</sup> [www.cop.es/colegiados/M-00451/DEPRE.htm](http://www.cop.es/colegiados/M-00451/DEPRE.htm)

## **CAPITULO IV: ELABORACIÓN DEL PLAN TERAPEÚTICO**

### **4.1. Paciente:**

Paciente de 14 años de edad, vive con su madre de 42 años, su padre de 47 años, y 10 hermanos, dos de ellos casados y tres sobrinos. Internada en el hospital José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca es sometida a consulta psicológica luego de una cirugía (amputación de miembro inferior derecho) como resultado de diagnóstico de enfermedad Neoplásica (Osteosarcóma Osteoblático). En cuanto se inicia la entrevista, la paciente reporta sentirse deprimida, lo cual define de la siguiente manera: “me siento muy triste”, “para estar así prefiero morirme”, “siempre quiero dormir para no sentir dolor”, “ya nadie me va a querer”, “siempre me dan ganas de llorar”, “yo sé que mi papá nunca me quiso, no me tiene paciencia y ahora ya no me va a querer ver, dice que me quejo mucho”. La paciente antes de la operación sentía que nadie la apreciaba, que era muy insignificante, y ahora sin una pierna todos le van a tener lastima y la van a tratar mal, se considera muy poca cosa, refiere que físicamente se siente muy mal (no quiere comer, no duerme y siente mucho dolor). La depresión se intensifica luego de la cirugía al quedar su cuerpo incompleto, manifiesta sentimientos de inferioridad y pensamientos recurrentes relacionados a su enfermedad y al futuro, refiere sentirse ansiosa y angustiada.

### **4.2. MÉTODOS UTILIZADOS:**

#### **4.2.1. Reactivos psicológicos:**

Inventario de Depresión de Beck y escala de Depresión de Hamilton utilizados como método para ayudar a llegar al diagnóstico de depresión mayor, los cuales fueron aplicados en la segunda sesión (resultados de reactivos psicológicos se muestran en el capítulo I)

### **4.3. Procedimiento:**

Dentro de la terapia Cognitiva de urgencias breve de Beck, existen una serie de técnicas idóneas para la aplicación a pacientes con síntomas depresivos, en este caso se utilizó: La Técnica de Ellis y Beck para cambiar las cogniciones (*mencionada en el*

*capítulo III*). Esta técnica consta de 4 pasos fundamentales en donde, la primera es una fase de evaluación o línea base para arrancar con la terapia, el segundo y tercer paso es la estrategia de intervención, y el cuarto paso se trata de una post-evaluación y seguimiento al paciente. Estos pasos se han dividido dentro de tres fases de la siguiente manera.

#### **4.3.1. Primera Fase:**

Durante esta fase se recolectó información, sobre las conductas motivo de la queja y que pueden ser consideradas depresivas. Para comenzar se elaboró conjuntamente con la paciente el análisis de aquello que le aqueja, a través de la entrevista, a continuación se identificaron las conductas problemáticas para ella, se conocieron los antecedentes que pudieron haber estado paralelos a las conductas problema presentes, como son situaciones, pensamientos, creencias, valores, condiciones orgánicas, expectativas, etc. Además se obtuvieron datos de filiación importantes para así precisar la psicobiografía personal y familiar.

Como apoyo para el análisis, utilizamos el inventario de Depresión de Beck, el cuál fue analizado para así obtener un diagnóstico más preciso. Se establece el horario de las actividades diarias y se pide a la paciente que registre el grado relativo de eficacia sobre las tareas y el grado relativo de placer experimentados con cada una de ellas (*véase capítulo III*). Este ejercicio proporciona una base para examinar cómo se evalúa la paciente a sí mismo con respecto a distintas actividades. Las actividades en que se infravalora constituyen la base para elicitación de los pensamientos automáticos asociados. Como un soporte al diagnóstico fue esencial el uso de la Escala de Depresión de Hamilton el cual nos confirmó una vez más Depresión Mayor en la paciente. Esta fase se la realizó en cuatro sesiones con una duración de 50 minutos.

De esta manera se cumplió con el primer paso de la terapia cognitiva de Beck que en su teoría nos propone: Establecer la relación con el terapeuta. (*Véase en el capítulo II, marco teórico*).

#### 4.3.2. Segunda y Tercera Fase:

Dentro de ésta están los pasos 2 y 3 de la Técnica de Ellis y Beck. Una vez que se finalizó con el proceso de obtención de información y siendo todo esto examinado, procedemos a explicarle a la paciente lo encontrado en el análisis, para que así, pudiera confirmarnos sus conductas más preponderantes e inquietantes, con el fin de definir sus objetivos terapéuticos: Usando el Registro de Pensamientos Disfuncionales, encontramos más cogniciones relacionadas con bajones de humor. Pedimos a la paciente que registre los sucesos, sus sensaciones depresivas y los pensamientos asociados a cada caso. Los pensamientos son identificados y corregidos los errores cognitivos de sobregeneralización y abstracción selectiva.

Las cogniciones registradas por la paciente contienen el pensamiento negativo. Ésta creencia disfuncional es refutada lógicamente con distintas evidencias proporcionadas por la misma paciente.

Como resultado la paciente se da cuenta que lo que hace ahora tiene mucho más sentido y entonces empieza a reestructurar los esquemas negativos (*véase capítulo III*).

Este procedimiento tiene como fin reafirmar lo que nos dijo durante la entrevista y saber con exactitud por la misma paciente que es lo que la mantiene en ese estado y que la está haciendo sentir tan infeliz. Cabe recalcar que la paciente debe saber que es ella misma la responsable de los resultados y que el terapeuta sirve como una guía para llegar a ellos. Siendo momento de elaborar los objetivos terapéuticos tanto terapeuta (como asesor) y paciente propusieron:

- 1.- Trabajar en autoestima, para poder afrontar el problema físico y poder valerse por sí misma dentro del ambiente en que se desenvuelve.
- 2.- Trabajar en habilidades sociales, para sentirse relajada cuando esté dentro de un grupo (familia, amigos, compañeros, grupo laboral) y poder responder adecuadamente a éste.
- 3.- Ser asertiva para poder expresar sus opiniones, deseos, derechos, etc.

- 4.- Tener pensamientos positivos de sí misma tanto en el presente como en el futuro.
- 5.- Realizar más actividades que sean de su total agrado y efectuarlas cada vez con más frecuencia.

La propuesta para llegar a lograr los objetivos terapéuticos queda estructurada de la siguiente forma:

- Habilidades sociales y Asertividad.
- Entrenamiento en reestructuración cognitiva.

#### **4.3.2.1. Entrenamiento en Habilidades Sociales y Acertividad:**

- 1) Debida explicación sobre el contenido de la técnica.
- 2) De que manera repercuten las positivas relaciones sociales.
- 3) Habilidades a trabajar:
  - a) Como opinar, expresarse de manera adecuada;
  - b) Manejo de la ira;
  - c) Dar y aceptar cumplidos;
  - d) Cómo llevar el hilo de una conversación debidamente;
  - e) Contacto visual, postura y contacto físico;
  - f) aprender a decir no sin lastimarse ni lastimar sentimientos;
  - g) tono de voz;
- 4) Tareas en el hogar.
- 5) aprender a confrontar situaciones sociales y de conflicto.

6) compartir actividades placenteras con su familia especialmente con su padre.

#### **4.3.2.2. Terapia cognitiva con base en los planteamientos de Beck (1976).**

- 1) Explicación de la lógica y los principios de la terapia cognitiva: esquema cognitivo, triada cognitiva, "errores lógicos", pensamientos automáticos, etc.
- 2) Detección de pensamientos automáticos y su relación con su conducta y estado de ánimo.
- 3) Poner a prueba y corroborar los supuestos que subyacen a los pensamientos relacionados a sus estados de ánimo depresivos, de auto-valoración y evaluaciones negativas.
- 4) Generación y práctica de pensamientos alternativos a los negativos.
- 5) Tareas en el hogar y fuera de él.

Esta fase se la cumplió en siete sesiones, con una duración de 50 minutos cada una.

#### **4.3.3. Cuarta Fase:**

Esta es la última fase, aquí se ubica la post-evaluación, donde luego de haber terminado con la terapia, se debe hacer un seguimiento a la paciente para saber si existen recaídas acompañados de síntomas depresivos tales como llanto, falta de apetito, aislamiento, insomnio o hipersomnias, falta de actividad física, poca interacción social, pensamientos pesimistas o negativos de sí misma o del futuro, etc. Por esto: Finalmente serán exploradas las alternativas para mantener el equilibrio emocional. La meta de todo esto, está en lograr que la paciente comience a darse cuenta de que lo que antes causaba su depresión luego será visto como algo sumamente positivo y hasta divertido.

El registro inicial de sus actividades, valorándose a sí mismo en relación a ellas, le ayudará a ser objetivo y a elicitar los pensamientos que se le ocurren (*véase capítulo III*).

## CONCLUSIONES:

La Terapia Cognitiva- Conductual de Aarón T. Beck, es sin duda una de las más acertadas para ser aplicada en pacientes depresivos, ya que todas las técnicas que se pueden utilizar, tienden a que el paciente reconozca e identifique por sí mismo su problema y entonces pueda buscar y encontrar recursos para aminorar los síntomas que no le permiten tener un ritmo de vida adecuado, todo esto, con el terapeuta como guía.

El brindar terapia a una paciente adolescente depresiva con cáncer y sin una de sus extremidades, es un trabajo que demanda mucha minuciosidad, desde el momento que se inicia la terapia, ya que como todos sabemos, los pacientes depresivos demuestran un alto grado de resistencia a la intervención psicológica y es desde aquí que la terapia de Beck empieza a actuar.

Es necesario que la paciente siga en tratamiento psicológico, debido a que física y emocionalmente atraviesa por un momento bastante difícil, sumado a que ha entrado a la etapa de la adolescencia, la cual por sí misma es una fase de cambios que trae consigo crisis. No se debe pasar por alto la estabilidad emocional de la paciente, por esto se hace imprescindible la terapia tanto familiar como individual.

Este trabajo queda a disposición absoluta de estudiantes, profesionales y de quien así lo requiera, para la aplicación de la terapia de Urgencias Breve de Beck en pacientes oncológicos con síntomas depresivos; siendo la utilización de este, única y exclusivamente con fines clínicos e investigativos.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Beck, A. T., y Greenberg, R. L., *Coping with Depression, (manual)*, New York: Institute for Rational Living, 1974.
- Beck, Aarón T., Rush A. John-Shaw Brian F., Emery Gary, *Terapia Cognitiva de la Depresión*, 15ª edición, Biblioteca de Paidología, Descleé de Brouwer, Bilbao-España, 2003.
- Beck Aarón T., *Depression Clinical, Experimental, and theoretical aspect*. New York: Hoeber, 1976. (publicado de nuevo como *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1972).
- *Criterios Diagnósticos depresión, DSM-IV-TR*, Psicologamadrid g.blogspot.com/.../dsm-iv-tr-criterios-diagnósticos.html.
- Elcy Ponce De León Fuentes, Flor Elena Lika Milian, María Paulina Méndez Barrera, Universidad de Morelia, Mexico 2003
- Kübler-Ross, E. *La Rueda de la Vida, BSA, Millenium*, Barcelona-España (1997).
- Masson, American Psychiatric Association, *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV*, Barcelona, 2003.
- M. W. Hamilton, *Escala de Depresión, (manual)*, New York: Institute for Rational Living, 1974.

## **BIBLIOGRAFIA WEB:**

- <http://healthlibrary.epnet.com/GetContent.asp>
- [http://www.bibliopsiquis.com/escalas/escala\\_depresion1.htm](http://www.bibliopsiquis.com/escalas/escala_depresion1.htm)
- <http://www.psicomag.com/neuropsiquiatria/ESCALA%20DE%20HAMILTON.php>
- <http://www.odontocat.com/testdepre.htm>
- <http://www.webzinemaker.com/.../page.php3?num>
- <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/.../000945.htm>
- <http://www.imss.gob.mx/salud/Cancer/quescancer.htm>

- <http://www.imss.gob.mx/salud/Cancer/quescancer.htm>
- [http://www.Cáncer. Organización Mundial de la Salud. www.who.int](http://www.Cáncer.Organización Mundial de la Salud. www.who.int)
- <http://www.com.es/colegiados/PV00520/Elia Roca>
- <http://www.nucep.com/producciones/terapias.htm>
- <http://www.cop.es/colegiados/M-00451/DEPRE.htm>