



UNIVERSIDAD DEL AZUAY.

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**APLICACIÓN DE LA TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL
EN UNA MADRE SOLTERA CON DEPRESIÓN**

Trabajo de graduación previo a la obtención del

Título de Psicóloga Clínica

Director: Dr. Patricio Cabrera.

Autora: Miriam Barrera Vera.

Cuenca – Ecuador

2010

DEDICATORIA.

A Dios mi creador.

A mis padres Teresa y José por haberme enseñado valores como la fe, la perseverancia y valentía para conseguir mis metas.

A mi hermano Jorge por apoyarme económicamente y sobre todo por haberme dado aliento en los momentos difíciles que atravesaba en el camino.

A mis hermanos: Rosa, Marco, Jaime, Lucía, etc., por el cariño, y por estar constantemente pendientes de mi bienestar.

A mis adorados sobrinos: Kevin, Richard, Mike, Paola, Jadira, Liseth, etc., por haberme regalado sus sonrisas y cariño

AGRADECIMIENTO

A la Universidad del Azuay, y a sus catedráticos docentes quienes con su exigencia brindaron luz la excelencia académica de sus educandos.

Al Dr. Patricio Cabrera, por regalarme su valioso tiempo supervisando mi trabajo de grado, por ser un excelente profesor e impartirme sus conocimientos.

A toda mi familia que contribuyeron para cumplir mi meta.

A mis amigas: Andrea, Verónica, Ximena, etc., que me brindaron su apoyo cuando más lo necesitaba.

Y a todos quienes contribuyeron para que este sueño se haga realidad.

GRACIAS.

Resumen

Este trabajo trata la depresión, considerado como una consecuencia en los problemas más alarmantes en la actualidad, ya que interfiere en la salud mental y en las relaciones interpersonales de quién lo padece.

Según Aaron Beck, la persona depresiva tiene una visión negativa y distorsionada de sí mismo, del entorno y del futuro, es decir, quién sufre de depresión, experimenta emociones, pensamientos y sentimientos negativos, que quizás puedan originarse en base a distorsiones cognitivas propias de la persona, la misma que si no es tratada a tiempo puede desencadenar en suicidio.

Mediante esta investigación brindaremos herramientas efectivas acordes a las técnicas de la terapia cognitiva conductual propuestas por Aaron Beck, con el fin de combatir la depresión y mejorar la calidad de vida de la paciente.

ABSTRACT

This project deals with depression, currently considered one of the most alarming problems as it interferes with the mental health and interpersonal relations of the people who suffer from it.

According to Aaron Beck the depressive person has a negative and distorted vision of themselves, the environment and the future; in other words, those who suffer from depression experience negative emotions, thoughts and feelings which can possibly originate from personal cognitive distortions and can lead to suicide.

This investigation offers affective tools using behavioural cognitive therapy techniques proposed by Aaron Beck aimed at combating depression and improving the quality of life of the patient.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CAPITULO 1

1. MARCO TEÓRICO

1.1 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DE LA DEPRESIÓN.

| | | |
|--|--|----|
| 1.1.1 | Concepto: | 9 |
| 1.1.2 | Tipos de la Depresión..... | 10 |
| 1.1.3 | Modelos de atribución a la depresión..... | 14 |
| 1.1.4 | Factores contribuyen a la depresión en las mujeres..... | 14 |
| 1.1.5 | Síntomas de la depresión según CIE-10..... | 15 |
| 1.1.6 | ¿Cuándo es necesario hospitalizar a un paciente con depresión..... | 16 |
| 1.1.7 | Teorías de la depresión..... | 17 |
| 1.2 TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN LA DEPRESIÓN | | |
| 1.2.1 | Definición de la terapia cognitiva..... | 20 |
| 1.2.2 | Características de la terapia cognitiva..... | 21 |
| 1.2.3 | Concepto de la Triada Cognitiva..... | 22 |
| 1.2.4 | Organización Estructural del Pensamiento Depresivo..... | 23 |
| 1.2.5 | Pensamientos automáticos..... | 24 |
| 1.2.6 | Distorsiones cognitivas..... | 24 |
| 1.2.7 | Predisposición y desencadenamiento de la depresión..... | 26 |
| 1.2.8 | Paradigmas científicos y relativos a la depresión..... | 26 |
| 1.2.9 | El papel de las emociones en la terapia cognitiva..... | 27 |
| 1.2.10 | Identificación y expresión de las emociones..... | 28 |
| 1.2.11 | Factores Cognitivos en la Depresión..... | 28 |

CAPÍTULO 2

2. ANÁLISIS DE CASO

| | |
|---|----|
| 2.1 Historia Clínica..... | 30 |
| 2.2 Resultados de los Reactivos Psicológicos..... | 34 |
| 2.3 Diagnóstico..... | 34 |
| 2.4 Criterios Pronósticos..... | 36 |

CAPÍTULO 3

3. DESCRIPCIÓN DE LAS TÉCNICAS TERAPÉUTICAS

3.1 TÉCNICAS COGNITIVAS

| | |
|--|----|
| 3.1.1 Psicoeducación..... | 36 |
| 3.1.2 Registro de los pensamientos automáticos..... | 36 |
| 3.1.3 Biorrealimentación mental o contador de pulsera..... | 37 |
| 3.1.4 La flecha descendente..... | 37 |
| 3.1.5 Búsqueda de soluciones alternativas..... | 38 |

3.2 TÉCNICAS CONDUCTUALES

| | |
|---|----|
| 3.2.1 Programación de Actividades..... | 39 |
| 3.2.2 Técnicas de dominio y agrado..... | 40 |
| 3.2.3 Práctica cognitiva..... | 41 |
| 3.3 Tratamiento..... | 41 |
| 3.4 Resultado del Retest..... | 47 |

| | |
|--------------------------|-----------|
| CONCLUSIONES..... | 48 |
|--------------------------|-----------|

| | |
|--------------------------|-----------|
| BIBLIOGRAFIA..... | 49 |
|--------------------------|-----------|

| | |
|--------------------|-----------|
| ANEXOS..... | 50 |
|--------------------|-----------|

INTRODUCCIÓN

La depresión es un problema común según la Organización Mundial de la Salud (OMS) puesto que cada vez hay un incremento de la misma por lo que se dice que una tercera parte de la población padece de un episodio de depresión leve en alguna etapa de su vida. También se dice que las mujeres están más propensas a tener depresión por sus cambios hormonales.

Aaron Beck argumenta que la depresión es un trastorno del pensamiento más que del estado de ánimo, cree que la depresión se puede describir mejor como una tríada cognitiva de pensamientos negativos sobre sí mismos, el entorno y el futuro.

En nuestra cultura en algunos casos, aún se ve a la depresión como algo normal, puesto que muchas de las veces pasa desapercibida y no acuden a un profesional. Por esta razón se vio la necesidad de realizar un análisis de caso en una madre soltera, quién después de haber sufrido un derrame cerebral, ha desarrollado síntomas de la depresión.

El objetivo que se plantea en este trabajo, es disminuir los síntomas de la depresión a través de las técnicas cognitivas conductuales tales como: Psicoeducación, Registro de Pensamientos Automáticos, Flecha Descendente, Programación de Actividades, etc.

CAPITULO 1

En el presente capítulo trataremos sobre el concepto, tipos, síntomas, teorías, y factores que contribuyen a la depresión. A si mismo hablaremos sobre concepto, características, concepto de la triada cognitiva, pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas. Conocimientos que servirán para realizar un buen tratamiento.

1. MARCO TEÓRICO

1.1 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA:

DEPRESIÓN.

1.1.1 Concepto:

La depresión es denominada trastorno mental que se caracteriza por la combinación de elementos de origen biológico, social y psicológico, es decir, es un malestar que afecta a todo el cuerpo, al humor y a los pensamientos, a la alimentación y al sueño, como el sujeto se ve a sí mismo y lo que piensa a cerca de las cosas. Una sucesión de problemas o sufrimientos muy intensos pueden facilitar una visión negativa de la vida, en caso de permanecer, se convierte en enfermedad depresiva. Los síntomas más frecuentes son: tristeza, falta de motivación y baja autoestima.

Beck argumenta que la depresión es básicamente un trastorno del pensamiento más que del estado de ánimo, cree que la depresión se puede describir mejor como una tríada cognitiva de pensamientos negativos sobre sí mismos, la situación y el futuro.(Sarason,1996, pág.305)

En ocasiones se puede confundir el hecho de estar deprimida con depresión ya que existen situaciones de bastante tensión, responsabilidad, pobreza, desesperanza, etc. Lo cual pueden influir en adquirir un estado semidepresivo, a diferencia de la depresión ésta no necesita tratamiento farmacológico y psicoterapéutico puesto que cuando desaparece el origen principal del sufrimiento, el estado semidepresivo suele desvanecerse poco a poco sin la ayuda de fármacos.

Esto puede suceder con una madre soltera ya que muchas veces no cuenta con el apoyo del padre de su hijo ni tampoco con el apoyo familiar, el mismo hecho de tener que enfrentarse sola, desencadena situaciones difíciles como estrés, ansiedad, angustia y depresión.

1.1.2 TIPOS DE DEPRESIÓN

Cada individuo experimenta la depresión de distinta manera, los síntomas varían según las personas.

Depresión mayor: se caracteriza por una combinación de síntomas que dificultan a la persona a realizar sus tareas normales. La depresión puede ser calificada como leve, moderada o grave dependiendo de la cantidad y gravedad de sus síntomas.

Los síntomas más frecuentes son:

- Estado de ánimo triste, ansioso o "vacío" en caso de los niños y adolescentes se puede presentar un estado de ánimo irritable en forma constante.
- Sentimientos de desesperanza y pesimismo.
- Sentimientos de culpa, inutilidad y desamparo.
- Pérdida de interés o placer en pasatiempos y actividades que antes se disfrutaban, incluyendo la actividad sexual.
- Disminución de energía, fatiga, agotamiento, sensación de estar "en cámara lenta."
- Dificultad para concentrarse, recordar y tomar decisiones.
- Insomnio, despertarse más temprano o dormir más de la cuenta.
- Pérdida de peso, apetito o ambos, o por el contrario comer más de la cuenta y aumento de peso.
- Pensamientos de muerte o suicidio; intentos de suicidio.
- Inquietud, irritabilidad.
- Síntomas físicos persistentes que no responden al tratamiento médico, como dolores de cabeza, trastornos digestivos y otros dolores crónicos.

Estos síntomas se mantiene la mayor parte del día, casi cada día por lo menos durante dos semanas consecutivas

Distimia – La característica principal es un estado de ánimo crónicamente deprimido que está presente la mayor parte del día durante dos años. Las características asociadas al trastorno distímico son parecidas a las de un episodio depresivo mayor. Varios estudios sugieren que los síntomas más frecuentemente encontrados en el trastorno distímico son:

Estado de ánimo triste o desanimado, en caso de los niños y adolescentes se puede presentar un estado de ánimo irritable, duración mínima de un año.

Pérdida o aumento de apetito.

Insomnio o hipersomnia.

Falta de energía o fatiga.

Baja autoestima

Dificultades para concentrarse o tomar decisiones

Sentimientos de desesperanza.

Sentimientos de incompetencia

Pérdida generalizada de interés o placer

Aislamiento social

Sentimientos de culpa o tristeza referente al pasado

Sentimientos subjetivos de irritabilidad o ira excesiva

Descenso de la actividad, la eficiencia y la productividad

En los niños el trastorno distímico provoca frecuentemente un deterioro del rendimiento escolar y de la interacción social. En general, los niños y adolescentes con un trastorno distímico están irritables e inestables, además de tristes. Tienen baja autoestima y pocas habilidades sociales y son pesimistas. En los adultos las mujeres son dos o tres veces más propensas que los varones a presentar un trastorno distímico.

Trastorno bipolar – Se caracteriza por etapas tanto de depresión como de manía. La manía se determina por un arranque de ideas, estado de ánimo elevado y aumento en la actividad psicomotriz. Estados de ánimo que van de la alegría y felicidad normales a la sobreactividad extrema y hostil... (Sarason, 1996, pág. 312). La manía con frecuencia afecta la forma de pensar, el juicio y la manera de comportarse con respecto a los otros. Si la manía no es tratada, puede empeorar y convertirse en un estado sicótico. En algunas personas con trastorno bipolar, su ánimo puede cambiar varias veces en un día, esto se denomina ciclos rápidos. Otros presentan los "estados mixtos", en donde los pensamientos depresivos pueden surgir en un episodio de manía o viceversa. Durante la fase depresiva el paciente presenta:

- Pérdida de la autoestima
- Ensimismamiento
- Sentimientos de desesperanza o minusvalía
- Sentimientos de culpabilidad excesivos o inapropiados
- Fatiga (cansancio o aburrimiento) que dura semanas o meses
- Lentitud exagerada (inercia)
- Somnolencia diurna persistente
- Insomnio

- Problemas de concentración, fácil distracción por sucesos sin trascendencia
- Dificultad para tomar decisiones
- Pérdida del apetito
- Pérdida involuntaria de peso
- Pensamientos anormales sobre la muerte
- Pensamientos sobre el suicidio, planificación de suicidio o intentos de suicidio
- Disminución del interés en las actividades diarias
- Disminución del placer producido por las actividades cotidianas

En la fase maníaca se presentan:

- Exaltación del estado de ánimo
- Aumento de las actividades orientadas hacia metas
- Ideas fugaces o pensamiento acelerado
- Autoestima alta
- Menor necesidad de dormir
- Agitación
- Logorrea (hablar más de lo usual o tener la necesidad de continuar hablando)
- Incremento en la actividad involuntaria (es decir, caminar de un lado a otro, torcer las manos)
- Inquietud excesiva
- Aumento involuntario del peso
- Bajo control del temperamento
- Patrón de comportamiento de irresponsabilidad extrema
- Aumento en la actividad dirigida al plano social o sexual
- Compromiso excesivo y dañino en actividades placenteras que tienen un gran potencial de producir consecuencias dolorosas (andar en juergas, tener múltiples compañeros sexuales, consumir alcohol y otras drogas)
- Creencias falsas (delirios)
- Alucinaciones

1.1.3 Modelos de atribución a la depresión: Los psicólogos sociales utilizan el término atribución para referirse a las causas que una persona designa a las cosas que suceden. Según Beck las atribuciones de los individuos deprimidos serán personales; es decir, las personas deprimidas se culparán a sí mismas por cualquier cosa mala que suceda, y cuando suceda algo bueno lo atribuyen a la suerte... (pág,308)

1.1.4 Factores contribuyen a la depresión en las mujeres

Se dice que la depresión se da con más frecuencia en las mujeres puesto que hay la influencia de factores hormonales como: cambios a lo largo del ciclo menstrual, síndrome premenstrual, embarazo, abortos espontáneos, período posparto, y menopausia.

También, la mayoría de mujeres son vulnerables posteriormente del nacimiento de un hijo. Los cambios hormonales y físicos, y la responsabilidad de una nueva vida, pueden originar factores desencadenantes de la depresión postparto en algunas mujeres.

Por ejemplo el acaparamiento de eventos hostiles pueden deprimir a las **madres solteras** durante largas etapas:

- La escasez de recursos económicos:
- Enfermedades de los hijos.
- Dificultades escolares de los hijos.
- Carencia afectiva.
- La irritación e insatisfacción.
- La culpabilidad cuando se desfogan las iras con su hijo
- Agotamiento físico y psíquico.
- Alejamiento de amistades.
- falta de apoyo familiar.

- Si es que viven vive con sus padres se da conflictos en cuanto a la educación del hijo o si la madre soltera quiere salir a divertirse.

1.1.5 Síntomas de la depresión según CIE-10

Estos son los síntomas más frecuentes de la depresión, sin embargo cada persona puede experimentarlos de una manera distinta de acuerdo a su organismo.

Depresión leve: al menos dos síntomas del grupo 1 y dos del grupo 2

Depresión moderada: al menos dos síntomas del grupo 1 y tres del grupo 2

Depresión grave: Tres síntomas del grupo 1 y por lo menos 4 del grupo 2, algunos con intensidad grave.

Grupo 1:

1.1 Estado de ánimo depresivo

1.2 Pérdida del interés y placer

1.3 Disminución de la energía lo cual causa una mayor fatiga y reducción de la actividad.

Grupo 2:

2.1 Dificultades en la concentración y en la atención

2.2 Baja autoestima y poca confianza en sí mismo.

- 2.3 Sentimientos de culpa y minusvalía.
- 2.4 Perspectivas nebulosas y pesimistas con respecto al futuro
- 2.5 Pensamientos o episodios de autodestrucción o suicidio.
- 2.6 Problemas en el sueño
- 2.7 Disminución o aumento del apetito.

1.1.6 ¿Cuándo es necesario hospitalizar a un paciente con depresión?

En la depresión es muy importante tomar en cuenta el riesgo o el peligro que tiene el paciente ya que puede haber la posibilidad de llegar al suicidio según la gravedad que presente. Y si hay este peligro se recomienda inmediatamente hospitalizar al paciente y estar muy pendiente.

Existe mayor peligro de suicidio cuando al cuadro depresivo le va asociada una angustia intensa. Muchos pacientes intentan o cometen suicidio antes que la enfermedad sea diagnosticada, cuando todavía no se establece un nivel profundo de inhibición.”(Gomberoff, Olivos, 1986, pág.227)

Algo que es fundamental conocer es que cuando el paciente está en un proceso de recuperación es peligroso en el momento que desaparece la inhibición ya que con ello vuelve la capacidad de decidir, persistiendo el ánimo abatido y la desesperanza. Es necesario hospitalizar a los enfermos depresivos que requieren de tratamientos especiales tales como: electroshock, antidepresivos por vía parenteral. De igual forma se recomienda hospitalizar cuando las personas viven solas puesto que no hay la seguridad de que sigan el tratamiento como se les dice.

Los depresivos tienen una gran responsabilidad inclusive en seguir cumpliendo con su tratamiento, esto les puede ayudar mucho, pero tampoco se puede ignorar la posibilidad de que el enfermo esté bien grave y por lo cual no sea capaz de cumplir sus obligaciones con eficacia.

Las personas que padecen de una enfermedad depresiva no pueden controlarse y restablecerse solos sin la ayuda de un terapeuta. Si no acuden a un tratamiento, la sintomatología puede perdurar semanas, meses o años. Por eso es importante que una persona depresiva realice un buen tratamiento.

1.1.7 Teorías de la depresión

Teorías Biológicas:

Las teorías biológicas presumen que la causa de la depresión se halla ya sea en los genes o en un mal funcionamiento fisiológico que puede ser o no hereditario.

Herencia: Investigaciones manifiestan que aquellas personas que tienen familiares con trastorno bipolar es casi tres veces más probable que desarrollen una depresión grave, que quienes no tienen ningún pariente con este trastorno. Tanto la depresión grave como los trastornos bipolares pueden tener relación con una misma constitución genética.

Algunos estudios de las familias también indican que mientras más sea la persona cuando tiene la primera depresión, es más posible que sus familiares también experimenten periodos de depresión.

A pesar que los factores genéticos influyen en la depresión, el mecanismo exacto de la herencia de ésta no es claro e inclusive puede variar de una familia a otra.

Aspectos Bioquímicos de la Depresión, Neurotransmisores: “Cualquiera que sea el mecanismo mediante el cual se hereda el factor genético, sus influencias son bioquímicas” (Sarason,1996, pág.294).

Es posible que la depresión sea la consecuencia de una escasez de ciertos neurotransmisores químicos en lugares particulares del cerebro. Dentro de los neurotransmisores que más se ha estudiado con respecto a la depresión son los neurotransmisores de **monoaminas**. Las monoaminas más importantes son las catecolaminas: norepinefrina y la dopamina; y la indolamina de la cual forma parte la serotonina. Estos sistemas de monoaminas se producen a partir de una cantidad reducida de cuerpos celulares en el sistema límbico.

Otros neurotransmisores que también influyen en la depresión son: **ácido gamma aminobutírico** (GABA) la misma que inhibe la acción de los neurotransmisores y se localiza en el sistema nervioso central, y la **acetilcolina** que se encuentra en los sistemas nerviosos central y periférico y puede ser inhibidor o un estimulador de la transmisión entre neuronas.

Esta teoría plantea que la depresión puede ser el resultado de una falta de catecolaminas, sobre todo de la norepinefrina en sinapsis significativas en el cerebro y que la manía posiblemente se debe a un exceso de catecolaminas en esas sinapsis.

Los medicamentos antidepresivos, así como los estímulos del medio ambiente, actúan al alterar la acción de los neurotransmisores.

Teoría Psicodinámica

Sigmund Freud y Kart Abraham, relatan a la depresión como una reacción compleja ante la pérdida. La depresión o melancolía según Freud es una consternación confusa; excesiva que a menudo no tiene concordancia con el medio ambiente y al parecer no se justifica.

Freud describió el duelo normal y la depresión como respuestas ante la pérdida de alguien o algo amado (pág.301). Sin embargo, en discrepancia con el desconsolado por el duelo, una persona con depresión padece una incapacidad del cuidado de sí misma, una aniquilación de su ego. Freud pensaba que una persona con depresión

tenía una conciencia muy fuerte y castigadora o superego ya que serviría para controlar el enojo y los sentimientos agresivos y de esta forma no lastimar a las personas que lo rodean.

Edgard Bibring, consideró a la depresión como la expresión emocional de la impotencia del ego para mantener un sentido del yo deseado. (pág.301).

Los teóricos psicoanalíticos aluden que los síntomas de la depresión se presentan porque los eventos que provocan la misma, reviven encubiertamente en la conciencia, amenazando el panorama del yo y los demás que se establecen en las experiencias de la infancia.

Para tratar la depresión mediante esta teoría primero se debe revelar los procesos inconscientes que determinan el comportamiento del paciente, se realiza con la plática y la interpretación de los pensamientos y sentimientos del paciente en la interacción con el terapeuta. Segundo, se debe ayudar al paciente a entender que el presente es diferente al pasado en el cual carecía de autonomía y control.

Perspectiva conductual

Lazarus considera a la depresión como una función de los reforzadores inadecuados o insuficientes, es decir el depresivo está virtualmente bajo un programa de extinción con falta de reforzamiento que da como resultado un repertorio reducido. (Leitenberg, 1982, pág. 245).

Lewinsohn, Weinstein y Shaw mediante la teoría del aprendizaje social, Argumentan que a parte de los fenómenos ambientales, la falta de habilidades sociales puede disminuir el reforzamiento positivo, la cual reduce la actividad y la verbalización, asimismo, los reforzadores sociales como la simpatía, interés y la preocupación conservan la conducta depresiva.

Costello afirma que una pérdida en la efectividad del reforzador es la causa de la depresión, y que este fallo puede deberse tanto a cambios endógenos bioquímicos y neurofisiológicos, como a la interrupción de una cadena conductual. (pág.245).

Perspectiva Humanista Existencialista

Los teóricos existencialistas se orientan hacia la pérdida de la autoestima.

Carl Rogers hace énfasis en la diferencia entre el yo ideal de una persona y sus percepciones del estado real de las cosas como la fuente de la depresión y ansiedad. Al igual que Kierkegaard, creen que es probable que la depresión emerja cuando la diferencia entre el yo ideal y el real se hace tan grande que el individuo no puede tolerarla. (Sarason, 1996, pág.311).

Esta problemática se da a menudo en las personas que tienen grandes aspiraciones de logro y tratan de cumplir con varios papeles en forma simultánea.

1.2 TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN LA DEPRESIÓN

Las cogniciones tienen una gran influencia sobre las personas ya que determinan en la forma de pensar, sentir y actuar. Por esta razón se dice que las emociones no surgen simplemente por sucesos negativos sino por como pensamos a cerca de los mismos. *“Si estás entristecido acerca de un evento, no es el evento lo que te lastima, sino tu propio juicio referente a él. Está en ti mismo poder eliminar ese juicio.”*

1.2.1 Definición de la 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 la depresión, la ansiedad, las fobias, problemas relacionados con el dolor. (Beck y otros, 1983, pág.13)

Se puede decir que el comportamiento de una persona están determinados por la forma que tiene dicha persona de estructurar el mundo, sus cogniciones (eventos tanto verbales como gráficos que están conscientes) consisten en actitudes o supuestos esquemas que surgen a partir de experiencias anteriores.

Se utiliza técnicas terapéuticas con el fin de identificar y modificar las conceptualizaciones distorsionadas y las falsas creencias. El individuo aprende a resolver problemas y situaciones que antes había considerado insuperables, a través de la reestructuración y modificación de sus pensamientos, en este proceso el papel del terapeuta cognitivo es ayudar al paciente a pensar y actuar de una manera más realista y adaptativo con respecto a sus conflictos psicológicos, reduciendo o eliminando los síntomas. Para lograr este objetivo se debe enseñar al paciente las siguientes operaciones: 1) registrar sus pensamientos automáticos negativos; 2) identificar las relaciones entre cognición, efecto y conducta; 3) analizar la convicción a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados; 4) remplazar las cogniciones distorsionadas por interpretaciones más realistas; y 5) aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias.

1.2.2 Características de la terapia cognitiva:

Empirismo colaborativo: a diferencia de la terapia psicoanalítica, terapia centrada en el cliente, la terapia cognitiva interactúa con el paciente; es decir el terapeuta permite que el paciente participe y colabore como en el caso de una persona deprimida el terapeuta le ayuda a organizar sus pensamientos y conducta para que de esta manera el paciente pueda enfrentarse a los conflictos que se le presenten en su diario vivir.

En contraste a la terapia psicoanalítica, la terapia cognitiva se interesa en problemas en el “aquí y ahora” y rara vez da importancia a hechos de la infancia en caso en que ayude a aclarar algunos sucesos actuales. Además en el psicoanálisis se realice la asociación libre de ideas y esta técnica no se puede utilizar en la depresión ya que el paciente puede hundirse mucho más en sus conflictos negativos.

El objetivo principal de la terapia cognitiva es indagar los pensamientos y sentimientos de la persona durante las sesiones terapéuticas, también el terapeuta cognitivo participa activamente junto con el paciente en la exploración de las experiencias psicológicas de éste y el establecimiento de actividades y tareas para realizar en la casa.

Por último la terapia cognitiva difiere de la terapia de la conducta por el énfasis que hace sobre las experiencias internas mentales del individuo como por ejemplo: pensamientos, sentimientos, deseos, aspiraciones y actitudes.

La estrategia general de la terapia cognitiva se puede se puede diferenciar del resto de las escuelas de terapia por su énfasis en la investigación empírica de los pensamientos, inferencias, conclusiones y supuestos automáticos del paciente. (Beck y otros, 1983, 16).

1.2.3 Concepto de la Triada Cognitiva

El primer componente *se centra en la visión negativa del paciente a cerca de sí mismo*. En este caso la persona se considera infeliz, inútil, torpe, que no vale nada, se culpa por todos los acontecimientos negativos, cree que sucede por algún defecto suyo que puede ser de tipo físico, moral o psíquico. Por este motivo el individuo tiende a criticarse por sus defectos, y finalmente piensa que carece de habilidades que considera fundamentales para obtener alegría y felicidad.

El segundo componente de la triada cognitiva *es la predisposición del depresivo a interpretar sus experiencias de una forma negativa*. Piensa que la vida está llena de obstáculos insuperables y por lo tanto no puede lograr sus objetivos.

El tercero consiste *en la visión negativa a cerca del futuro*. En el momento de que la persona depresiva realiza proyectos de gran importancia, está anticipando que sus problemas o angustias presentes continuarán eternamente, espera sufrimientos, desgracias y necesidades por el resto de su vida.

La poca fuerza de voluntad que tiene el deprimido es consecuencia de su pesimismo y de su desesperación.

Los deseos del suicidio pueden entenderse como expresión extrema del deseo de escapar a lo que parecen ser problemas irresolubles o una situación intolerable. (pág. 20).

La persona depresiva puede verse así misma como inservible y puede pensar con frecuencia que lo mejor para él como para su familia sería estar muerto.

También se puede dar una creciente dependencia puesto a que el paciente se ve como inepto y dado a que sobreestima la dificultad de las tareas por lo que espera fracasar en todo, por esta razón comienza a buscar apoyo y seguridad en otros que él considera mas preparados o competentes.

Finalmente la depresión presenta síntomas físicos tales como: apatía y disminución de energías, esto podría permitir que el paciente crea que está predispuesto a fracasar en todo lo que se proponga. El punto de vista negativo del futuro puede provocar una inhibición psicomotriz.

1.2.4 Organización Estructural del Pensamiento Depresivo

Los tipos de esquemas empleados determinan el modo como un individuo estructura distintas experiencias. Un esquema puede permanecer inactivo durante largos periodos de tiempo y ser activo por inpuist ambientales específicos, los mismos que activados en una situación específica determinan directamente la manera de responder de la persona. (pág. 21).

En el caso de la depresión el individuo no posee un control voluntario sobre sus procesos de pensamiento y tampoco tiene la capacidad para acudir a otros esquemas más apropiados.

Cuando se trata de una depresión leve, el paciente puede contemplar sus pensamientos negativos con cierta objetividad, sin embargo a medida de que la depresión se incrementa, su pensamiento esta cada vez más controlado por ideas negativas a pesar de que no haya una conexión lógica entre las situaciones reales y sus interpretaciones negativas.

1.2.5 Pensamientos automáticos

En la depresión la forma de pensar negativamente se integra tanto en la vida del deprimido que se convierte en automático, por esta razón David Burns llama a los pensamientos negativos, *pensamientos automáticos*.

Pasan por su mente automáticamente sin que usted realice el menor esfuerzo para colocarlos allí. Son tan evidentes y naturales para usted como la manera en que sostiene un tenedor” (Burns, 1990, pág.43).

1.2.6 Distorsiones cognitivas

Hablar de distorsión cognitiva es otra manera de referirse a las ideas irracionales, sobregeneralizando los errores simples que uno comete o desarrollando suposiciones falsas acerca de lo que piensan los otros acerca de uno o lo que esperan de uno. (Cf: www.conductitlan.net/terapia_cognitiva_depresion.ppt, viernes-18-02-2010, 19:45)

Los tipos de distorsiones cognitivas son:

1) Filtro mental (o abstracción selectiva) - Enfocarse solamente en ciertos aspectos, habitualmente negativos y perturbantes, de un acontecimiento o persona excluyendo las otras características.

Los depresivos filtran situaciones que suponen la posibilidad de pérdida o abandono.

Las expresiones que generalmente se da en el filtraje son: *“es terrible... tremendo... desagradable...horroroso...no puedo resistirlo...no puedo más”*.

2) Generalización o sobre generalización – predisposición a sacar conclusiones generales de un suceso particular, que afecta de una manera negativa a una persona.

3) Inferencia arbitraria - predisposición a sacar conclusiones sin tener pruebas o evidencia.

4) Magnificación y minimización –tendencia a hacer juicios extremos o exagerar el valor de los sucesos negativos al mismo tiempo que subestiman o desvalorizan la importancia de los hechos positivos.

5) Personalización – consiste en relacionar los componentes de su entorno con uno mismo.

6) Pensamiento absolutista o dicotómico: – propensión a pensar polarizadamente: todo o nada, bueno o malo etc.

7) Visión en túnel: Se centra en un detalle del contexto con eliminación del resto, predisponiéndose por sus esquemas cognitivos a percibir fracaso o rechazo, sin sensibilidad a otros estímulos.

8) El yo debería: Ordenanzas auto impuestas, dictatoriales y exageradas, formas irrealistas de obligaciones.

9) Interpretación de pensamiento: Supuestos relacionado con lo que piensan y sienten los demás, y lo que les motiva a ello.

10) • Falacia de cambio: Creer que mi bienestar depende del cambio de los demás.

11) Falacia del premio final: Esperan ser premiados algún día por los esfuerzos realizados. Se deprimen cuando han esperado que llegue ese momento y no ha llegado.

12) Catastrofización - Imaginarse acerca de la peor consecuencia posible, sin tomar en cuenta lo improbable de su ocurrencia, es como exagerar el problema. El pensamiento catastrófico suele comenzar por “*Y si...*”

1.2.7 Predisposición y desencadenamiento de la depresión

La teoría propone que algunas experiencias tempranas proporcionan la base para formar conceptos negativos sobre uno mismo, el futuro y el mundo, los mismos que pueden permanecer latentes y ser activos por determinadas circunstancias, análogas a las experiencias inicialmente responsables de la formación de actitudes negativas. (Beck y otros, 1983, pág.23).

Con respecto a las situaciones traumatizantes, una persona media todavía mantendría su interés por otros aspectos que no son traumáticos durante su vida, apreciándoles de forma realista. Mientras que el pensamiento de una persona con propensión a la depresión, desarrolla ideas negativas acerca de todos los aspectos de su vida.

Según estudios se dice que en la depresión se da déficit cognitivos como la disminución del razonamiento abstracto y de la atención selectiva.

1.2.8 Paradigmas científicos y relativos a la depresión

El paradigma científico propone: centrarse en el paradigma personal del paciente, luego conceptualizar este paradigma en términos de una revolución cognitiva específicamente la organización cognitiva del depresivo.

El paradigma particular del individuo cuando está deprimido da lugar a una perspectiva distorsionada de sí mismo y del mundo. Sus pensamientos y creencias negativas los considera como que si fuera real, incluso cuando otras personas y a él mismo antes de estar depresivo le parecía inadmisibles.

Se utiliza el paradigma científico con el objetivo de comprender y modificar el paradigma personal inadecuado para que no vuelvan a surgir falsas interpretaciones. Cuando se reestructura y se ajusta a la realidad el paradigma del paciente, la depresión comienza a desaparecer.

Una de las características principales de una persona deprimida es su falta de consciencia o atención con respecto a los estímulos ambientales independientemente de lo que suceda a su alrededor, tienden a persistir en sus temas de privación, anormalidad o enfermedad.

1.2.9 El papel de las emociones en la terapia cognitiva

Una de las riquezas de la experiencia de los seres humanos es la combinación de sentimientos y emociones. Si no existiera las emociones no podríamos experimentar las sensaciones placenteras, como sentir diversión en situaciones graciosas, ni la excitación que provoca el ver a un ser querido.

La persona depresiva es como un ser puramente cerebral: Puede ver la gracia de un chiste, pero no le divierte. (pág. 41).

Contradictoriamente, a pesar de que la capacidad del depresivo para experimentar sentimientos positivos esté extinguida, si puede experimentar en un grado bastante agudo las emociones desagradables, es como si su reserva de sentimientos estuviese orientada hacia la desolación, la apatía y a la desdicha.

Por lo general los pacientes depresivos buscan ayuda especialmente porque han perdido los deseos de vivir.

El propósito de la terapia cognitiva consiste en atenuar las alteraciones emocionales y otros indicios de la depresión, es decir se centra en las interpretaciones equivocadas del paciente, en su conducta desfavorable y en sus actitudes inadecuadas. Por consiguiente el terapeuta debe estar pendiente y prestar atención a los momentos en que se produce una intensificación de las emociones negativas del paciente. También es importante que el terapeuta tenga la habilidad de empatizar con las emociones dolorosas del paciente, además debe identificar las cogniciones inapropiadas y los límites entre pensamientos negativos y sentimientos negativos. A si mismo el

terapeuta debe estar pendiente a la más mínima señal de diversión y satisfacción para promover estas emociones agradables.

1.2.10 Identificación y expresión de las emociones

El paciente puede presentar síntomas asociados a la depresión como: disminución de la energía, problemas de sueño, pérdida del apetito, actitudes negativas, etc. Puede ser que en vez de que el paciente manifieste sentimientos de tristeza, puede haber una disminución de sentimientos positivos.

Por lo general los pacientes depresivos carecen de autenticidad puesto que tratan de ocultar la tristeza y el negativismo.

Es muy importante que el terapeuta le anime al paciente a liberar sus emociones.

1.2.11 Factores Cognitivos en la Depresión

Auto-evaluación, identificación de déficit de habilidades, evaluación de las experiencias de la vida, diálogo interno, pensamiento automático, ideas y creencias irracionales, sobregeneralización catastrófica, distorsión cognitiva, ideas pesimistas. (Cf: www.conductitlan.net/terapia_cognitiva_depresion.ppt; viernes-18-02-2010;19:45)

La terapia cognitiva cambia las ideas pesimistas, las expectativas irreales y la auto-evaluación abiertamente crítica, que *ocasionan* la depresión y la mantienen. La terapia cognitiva ayuda a la persona deprimida a reconocer qué problemas en su vida son críticos y cuáles son de menor envergadura. También ayuda a plantearse metas positivas en la vida y una mejor forma de auto-supervisión positiva. (Cf: www.conductitlan.net/terapia_cognitiva_depresion.ppt; viernes-18-02-2010, 19:45)

- Después de haber realizado una breve investigación, se puede decir que: Los síntomas de la depresión son: estado de ánimo depresivo, pérdida del interés y placer, fatiga, dificultades en la concentración y en la atención, baja autoestima y poca confianza en sí mismo, sentimientos de culpa y minusvalía,

perspectivas nebulosas y pesimistas con respecto al futuro, pensamientos o episodios de autodestrucción o suicidio, problemas en el sueño, disminución o aumento del apetito. Las técnicas de la terapia cognitiva conductual sirven para identificar y modificar las conceptualizaciones distorsionadas y las falsas creencias del individuo, en este proceso el papel del terapeuta cognitivo es ayudar al paciente a pensar y actuar de una manera más realista y adaptativo con respecto a sus conflictos psicológicos, reduciendo o eliminando los síntomas.

CAPÍTULO 2

Este capítulo contiene: Historia clínica del paciente, resultados de los reactivos psicológicos, diagnóstico y pronóstico

2 ANÁLISIS DE CASO

2.1 HISTORIA CLÍNICA

DATOS INFORMATIVOS:

Nombre: “F”

Fecha de nacimiento: 29 de octubre de 1988

Edad: 21 años

Estado Civil: Soltera

Religión: Católica

Sexo: Femenino

Ocupación: Ama de casa

Escolaridad: Ciclo básico

Informante: Cliente

Fecha de elaboración: 22 de marzo del 2010

TIPO DE CONSULTA

Directa

DEMANDA EXPLÍCITA:

La paciente manifiesta que después de que le dio derrame cerebral, aparecieron los siguientes síntomas: tristeza y llanto, problemas de sueño, pérdida del interés y placer, fatiga, sentimientos de culpa y minusvalía.

ANTECEDENTES DISFUNCIONALES:

La paciente ha desarrollado síntomas de la depresión desde que le ha dado el derrame cerebral, lo cual la imposibilitó seguir con su vida normal, puesto que tuvo que dejar sus estudios y su trabajo.

BIOGRAFÍA PSICOLÓGICA PERSONAL:

“F” nació mediante parto normal sin complicaciones. Sus primeras palabras las pronunció a la edad de un año y ocho meses y al año tres meses dio sus primeros pasos.

Su madre “N” es madre soltera, ama de casa, tiene 52 años. Tiene dificultad para comunicarse ya que presenta dificultad auditiva y de lenguaje, a más de ser analfabeta.

Con su hija mantiene buenas relaciones. Su padre “G” de 58 años, es alcohólico y la relación con su hija es pésima ya que nunca fue reconocida y se ven de vez en cuando. Además “F” dice: *“mi padre nunca me ha dado ni cariño, ni apoyo económico le conocí cuando tenía 11 años”*.

Sus hermanos: “B” de 30 años, trabaja en una fábrica de zapatos, es soltera; la segunda “G” tiene 27 años, ama de casa y tiene dos hijos. La paciente (F) es la tercera, tiene una hija dos años y finalmente el cuarto es “E” de 12 años, está en octavo de básica.

“F” manifiesta que tiene una relación estrecha con su primera hermana y es su apoyo económico; mientras que con su hermana “G” tiene una relación pésima ya que tienen conflictos frecuentes por sus hijas, incluso “F” ha pensado irse de la casa para evitar problemas con su hermana, situación que la deprime. Con su hermano menor la relación es buena.

Todos sus hermanos son hijos de distintos padres, ninguno es reconocido. Todos viven en la misma casa, inclusive su tío materno “M” de 47 años (discapacitado) la relación con él es buena, siendo un apoyo económico y emocional para la familia.

La paciente manifiesta que en su niñez fue sociable. Le gustaba jugar a la cuerda y sus relaciones, tanto con sus compañeros como con sus profesores, eran buenas. En el colegio estuvo hasta tercer curso.

A los 12 años comenzó a trabajar como niñera durante los fines de semana.

A los 13 años tuvo su primer enamorado con quién duró un mes.

A los 14 años conoció a un joven y fueron enamorados durante 3 años. Con él tuvo su primera experiencia sexual y poco tiempo después terminaron.

A los 17 años conoce a otro joven y a los siete meses de relación, “F” se queda embarazada. Su pareja al enterarse decide abandonarla.

“F” trataba de ocultar su embarazo, sufría demasiado ya que se sentía decepcionada de sí misma y hacia su familia. Poco tiempo después su familia se entera de su estado brindándole su apoyo incondicional desde aquel momento.

Durante su embarazo estuvo trabajando en una fábrica de calzado. A los seis meses de embarazo comenzó a presentar complicaciones severas estando internada en la clínica durante tres días. Su doctor le había recomendado reposo pero la paciente lo había ignorado. A los siete meses de embarazo, estando en su trabajo, empezó a convulsionar, llevándola inmediatamente a la clínica en donde le practicaron una cesárea para salvar a la niña. Al despertar, sus familiares le comentan que sufrió un derrame cerebral (hemiplejía izquierda) originado por presión alta, estando 15 días en cuidados intensivos.

Actualmente acude a terapias de rehabilitación, tiene poco contacto social, ya que por su enfermedad “no tiene ganas de salir”.

“F” mantiene buenas relaciones con su hija “S”, mientras que la relación de “S” con su padre no es buena puesto que ahora no tiene contacto a pesar de que es reconocida. Actualmente la paciente se encuentra tramitando la demanda por pensión alimenticia.

2.2 RESULTADOS DE LOS REACTIVOS PSICOLÓGICOS:

✓ Según la aplicación del test de la **personalidad de SEAPSI** las más relevantes fueron: rasgos de la personalidad **Esquizoide** con una puntuación de 3 y **Evitación** de 5.

✓ **Inventario de depresión de Beck**

Obtuvo un puntaje equivalente a 20 lo cual indica tener Depresión Moderada.

✓ **Escala de Hamilton**

El puntaje obtenido es 18 lo que significa que la paciente presenta Depresión moderada.

✓ **Inventario de Pensamientos Automáticos**

El puntaje más alto es de siete en **Filtraje** y cinco en **Recompensa Divina**.

2.3 DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO FORMAL:

EVALUACIÓN MULTIAXIAL

Eje I.- Trastorno Clínicos

Depresión Moderada

Eje II.- Trastornos de la Personalidad. Retraso Mental

Rasgos Esquizoide y Evitativo

Eje III.-Enfermedades Médicas

Derrame Cerebral (Hemiplejía Izquierda)

Eje IV.-Problemas Psicosociales y Ambientales

Conflictos fraternales.

Eje V.-Evaluación de la actividad global

75

DIAGNÓSTICO INFORMAL:

La personalidad de “F” es introvertida, ya que durante la entrevista se mostró poco comunicativa, pues responde de forma concreta solamente lo que se le pregunta.

Presenta rasgos de personalidad Esquizotípico y Evitativo.

2.4 CRITERIOS PRONÓSTICOS

Hasta el momento la paciente responde de forma positiva al tratamiento ya que colabora en lo que se le pide como cumpliendo las tareas, además ella muestra interés en su recuperación, incluso se ha notado una mejoría y si continua en terapia se alcanzarán resultados satisfactorios.

Se recomienda:

Terapia cognitiva conductual, para mejorar su estado de ánimo, e incrementar su autoestima.

Terapia familiar para mejorar la relación con su hermana.

- En este caso un factor que originó la depresión en la paciente, fue el derrame cerebral, puesto que le imposibilitó trabajar, la misma que afectó su situación económica.

La paciente mantiene buenas relaciones con su familia a excepción con su hermana “G” con tiene conflictos frecuentemente.

“F” presenta Depresión Moderada

CAPÍTULO 3

Finalmente este capítulo abarca la descripción de las técnicas terapéuticas de la terapia cognitiva conductual, el desarrollo las sesiones que se realizó durante el tratamiento de la depresión y los resultados del retest.

3. DESCRIPCIÓN DE LAS TÉCNICAS TERAPÉUTICAS

3.1 TÉCNICAS COGNITIVAS

3.1.1 Psicoeducación

Definición de la cognición para el paciente

Es importante explicar al paciente que las cogniciones son pensamientos o imágenes de la que uno puede o no ser consciente, a no ser que se le preste atención. Las cogniciones más comunes que se da en la depresión y en otros problemas clínicos se los denominan pensamientos automáticos las mismas que están relacionadas con un determinado patrón de pensamiento. Dado que las cogniciones son automáticas, habituales y creíbles, el individuo raramente se detiene a probar su validez. (Beck y otros, 1983, pág. 138).

A la paciente también se le habló sobre la depresión y sus consecuencias, del mismo modo se realizó una psicoeducación de las distorsiones cognitivas y la influencia que tienen sobre su conducta.

3.1.2 Registro de los pensamientos automáticos

Se le dice al paciente lo siguiente: cuando experimente una emoción desagradable, anote la situación que parece originar dicha emoción. De pronto la emoción puede aparecer cuando usted estaba recordando, imaginando, o pensando algo, etc.; entonces escriba esa circunstancia específica. Después anote el pensamiento automático relacionado con esa emoción, luego evalúe el grado de seguridad del 1 al 100 y también evalúe el grado de intensidad de cada emoción, a sí mismo del 1 al 100. Describa la reacción o cual fue su comportamiento frente a esa situación, lo que

hizo o dijo, el resultado de la misma y si le ayudó o empeoró y si habían otras personas como reaccionaron ellos frente a su conducta. Finalmente anote la modificación cognitiva frente al pensamiento automático, es decir una respuesta racional.

Esta técnica ayuda en la maduración personal del deprimido y cambia de forma positiva su imagen que tiene de sí mismo, además modifica la manera de pensar, ayuda a que la persona sea más objetiva y sobre todo identifica los errores mentales que originan la depresión.

Usted podrá sacar a la luz y transformar esos “puntos de presión” de su mente que lo convierten en vulnerable sobre todo la depresión (Burns,1978, págs. 78-79).

3.1.3 Biorrealimentación mental o contador de pulsera

Consiste en controlar los pensamientos negativos con un contador de pulsera, cuando se presiona el botón cambia el número que aparece en la pantalla del reloj. Se aprieta el botón cada vez que aparezca en la mente un pensamiento negativo sobre uno mismo; se debe estar pendiente para detectar esos pensamientos, y al terminarse el día se debe observar y anotar la puntuación total. Al principio el número aumentará, y a sí seguirá durante varios días, posteriormente comenzará a detenerse el nivel y a permanecer en el mismo nivel durante una semana o 10 días y luego comenzará a bajar, eso significa que sus pensamientos dañinos están disminuyendo y que el individuo está mejorando. Este método se puede utilizar durante tres semanas.

Esta técnica ayuda a desarrollar un autocontrol y a dejar de criticarse de una manera negativa y de esta forma la persona se sentirá mejor.

3.1.4 La flecha descendente

La flecha descendente consiste en una especie de investigación o profundización gradual en sus significados, como una asociación de ideas a partir de los pensamientos automáticos. Es decir esta técnica parte de un pensamiento automático que hayamos registrado, entonces indagamos a nuestro propio pensamiento automático preguntándonos: ¿Qué significa esto para mí? o ¿Y entonces, si esto es así, a donde me lleva?. Las respuestas a esas preguntas dará un significado más

profundo, pueden ser otros pensamientos o valoraciones, y a esas nuevas valoraciones le seguiremos aplicando la misma pregunta; y así sucesivamente hasta que existe valoraciones que comiencen con las siguientes expresiones:

- 1.- “Debo de..., no debo de..., tengo que..., no tengo que..., necesito de...” Es decir expresiones de obligación o necesidad absoluta o exigencias personales.
- 2.- “Si hago tal cosa, entonces sucederá tal cosa”. Expresiones donde una cosa se condiciona o lleva irreparablemente a otra.
- 3.-“Yo soy una persona de tal o cual manera...”, visión global y severa de sí mismo.
- 4.-“ No soporto que..., No soportaría que...”. Apreciación de discapacidad general de manejo de un determinado tipo de situación.

Esta técnica al inicio puede producir ansiedad, se debe tener en cuenta que esto ayudará a comprobar la manera de valorar las cosas, y este análisis suele provocar una especie de resistencia a cambiar de hábito de pensamiento, a encontrar con una parte de nosotros mismos, que a veces son nuestros temores más ocultos. Esto irá mejorando con la práctica.

Una vez que se haya descubierto nuestras creencias básicas mediante la flecha descendente, podremos comprobar su grado de verdad o adecuación a distintas ocasiones.

3.1.5 Búsqueda de soluciones alternativas

Esta técnica se caracteriza por buscar otras interpretaciones o soluciones a los problemas del paciente.

Por lo general las personas depresivas al inicio se resisten a buscar otras alternativas porque creen que ya lo han intentado todo y que sus problemas son irresolubles.

El paciente depresivo presenta un sesgo negativo sistemático a la hora de interpretar los acontecimientos. Pensar en interpretaciones alternativas le permite identificar y contrarrestar sus sesgos y sustituir las conclusiones anteriores por otras más objetivas. (Beck y otros, 1983, pág,150).

3.2 TÉCNICAS CONDUCTUALES

3.2.1 Programación de Actividades

La mayoría de pacientes deprimidos presentan cogniciones pesimistas cuando están física y socialmente inactivos, por lo general tienden a autocriticarse por ser como vegetales y tratan de evitar el contacto con los demás. Además interpretan su inactividad como demostración de su inutilidad cayendo así en un círculo vicioso.

Tratan de evitar las tareas complejas; en caso de que decidan realizarlo, es probable que tengan dificultades para alcanzar su meta. Son sus creencias y actitudes negativas que hacen que el deprimido se sienta por vencido.

El terapeuta puede pedir al paciente que participe en un “experimento” diseñado para determinar si la actividad hace que disminuya sus preocupaciones y mejore su humor. (pág. 114).

Terapeuta y paciente establecen ciertas actividades, comprometiéndose el paciente a registrar sus pensamientos y sentimientos mientras esté ejecutando cada tarea. Cuando el paciente muestre resistencia para realizar las tareas, se le puede incentivar diciéndolo: *¿Qué pierde con intentarlo?*.

El terapeuta puede optar entre facilitar al paciente un programa de actividades y/o registrar las actividades que, de hecho tienen lugar a lo largo del día. Debe añadirse una jerarquía de tareas graduales al programa cotidiano.

Antes de aplicar el programa de actividades, el terapeuta debe exponer al paciente los siguientes principios:

- a. “Nadie es capaz de llevar a cabo todo lo que planea; así pues, no se preocupe si no consigue realizar todo lo que se ha propuesto”.
- b. “Cuando esté haciendo el programa, determine el tipo de actividad que va a emprender, no la proporción de la tarea que va a conseguir realizar”.
- c. “Aunque no tenga éxito, recuerde siempre que lo más importante es intentar llevar a cabo el programa”.

- d. “Reserve unos momentos al final de la tarde para hacer el programa del día siguiente; anote la actividad propuesta para cada hora en el programa”.

El propósito fundamental del programa de actividades es observar y no juzgar, lo que el paciente hace cada día.

La utilización de programas de actividades sirve para contrarrestar la poca motivación del paciente, su inactividad y su intranquilidad en torno a las ideas depresivas. El hecho de planificar el tiempo del paciente hora tras hora lo ayuda a mantenerse ocupado. Además esta técnica demuestra al paciente que es capaz de manejar su tiempo y que puede trazar metas y cumplirlas.

3.2.2 Técnicas de dominio y agrado

Algunas personas deprimidas realizan ciertas actividades, pero consiguen bajo nivel de satisfacción o agrado. Esto puede ser consecuencia de (a) un intento de emprender actividades que no les producía placer ni siquiera antes de que se depriman, (b) la influencia de las cogniciones negativas anula la sensación de agrado, (c) La falta de atención hacia las sensaciones de agrado.

El terapeuta debe investigar los motivos del paciente para no realizar actividades agradables. Un motivo en los deprimidos es: “No merezco pasarlo bien porque no he realizado ningún avance”.

El terapeuta puede asignar la tarea al paciente a que realice diariamente una determinada actividad agradable durante un tiempo, y también pedirle que inscriba los cambios en su estado de ánimo así como la posible disminución de los sentimientos deprimentes. Cuando el paciente realiza diversas actividades es útil que apunte el grado de dominio.

Dominio significa sentido de logro alcanzado al ejecutar una tarea determinada. El dominio y agrado se puede evaluar de 0 a 5 puntos.

Al emplear una escala de evaluación, se induce al paciente a identificar éxitos parciales y niveles bajos de agrado. Esta técnica sirve para contrarrestar el pensamiento absolutista de todo-o-nada. (pág.121).

3.2.3 Práctica cognitiva

La dificultad para concentrarse puede imposibilitar la ejecución de actividades habituales.

La práctica cognitiva consiste en pedirle al paciente que imagine continuamente cada paso que implica para la ejecución de una actividad. Este proceso permite que el paciente preste atención a los detalles esenciales de las actividades que desea realizar, a la vez elimina la predisposición a divagar.

Otro objetivo de esta técnica radica en identificar los posibles obstáculos que pudieran impedir la ejecución de la tarea, siendo así el terapeuta desarrollará soluciones para tales dificultades antes de que el paciente experimente un fracaso al realizar la actividad.

3.3 TRATAMIENTO

En este caso el tratamiento estará enfocado en la Terapia Cognitiva Conductual, viéndose necesario establecer una sesión semanal de una duración de 45 min.-1 hora aproximadamente, con el objetivo de disminuir la sintomatología de la depresión.

✓ Primera sesión (22 de marzo de 2010)

Establecimiento de rapport.

Elaboración de la Historia Clínica.

✓ Segunda sesión (25 de marzo de 2010)

Finalización de la Historia Clínica y aplicación del Inventario de Depresión de Beck.

✓ **Tercera sesión (1 de abril de 2010)**

Aplicación de los siguientes test: Escala de Hamilton, Inventario de Pensamientos Automáticos, Ansiedad y Trastornos de la Personalidad.

✓ **Cuarta sesión. (8 de abril de 2010)**

Diálogo

La paciente comenta que “está triste porque se ha disgustado con su hermana G” por sus hijas. Según “F” su hermana le ha agredido a su hija y eso le ha disgustado. Ella dice: *“En todo caso debía haberles hablado a las dos y no solo castigarle a mi hija, ella no tiene ningún derecho de tocarle”*.

Por este conflicto las dos se han distanciado. “F” comenta que muchas veces tiene problemas con su hermana y que esta situación le produce tristeza y deseos de marcharse de casa.

Se trabajó con respecto a la comunicación asertiva. Se le explicó el concepto de la misma y también se hizo énfasis en la importancia de mantener una comunicación asertiva con sus seres queridos. Hablamos de algunos ejemplos y le invite a que inicie practicándola con su hermana.

✓ **Quinta sesión (15 de abril)**

Le pregunté sobre la tarea tratada en la sesión anterior. Se muestra contenta pues había podido conversar con su hermana sin alterarse. Manifiesta que al inicio “le había costado un poco porque su hermana no había querido hablar del tema”, pero al final pudieron comunicarse sin dificultades ya que la paciente demostró sus sentimientos hacia su hermana.

Se trabajó en psicoeducación con respecto a los pensamientos automáticos y sobre las distorsiones cognitivas y la influencia que tiene en el comportamiento humano.

Finalizamos la sesión con una tarea: el registro de pensamientos automáticos.

✓ **Sexta sesión (22 de abril)**

Se inicia la sesión preguntándole cómo le había ido con la tarea y avergonzada me responde que “sí la había hecho pero que se le había perdido la hoja en donde estaba su tarea”. Le respondí que no había y problema y que trate de recordar en ese momento lo que había escrito para analizarlo. Solamente identificó un ejemplo.

| SITUACIÓN | ESTADO EMOCIONAL (0-100) | PENSAMIENTO AUTOMÁTICO | CONDUCTA O RESULTADO | MODIFICACIÓN COGNITIVA |
|---------------------------|--|--|--|---|
| Se tropezó en el hospital | Iras 40% Vergüenza 50% Culpa 50% | ¡Qué torpe que soy! (Etiquetación) Qué vergüenza, qué pensarán de mí! (Visión en túnel) | Me paré a ver quién me había visto, y luego seguí caminando. | Fue un accidente que le puede suceder a cualquiera. No se lo que puedan pensar los demás ni me interesa. |

A la paciente le costó un poco realizar la modificación cognitiva porque estaba convencida de su pensamiento automático, al final de la sesión comprendió.

Le pedí que en los siguientes días, esté alerta a sus pensamientos automáticos.

✓ **Séptima sesión (29 de abril)**

Iniciamos la sesión hablando de sus miedos, la paciente comentó que tiene miedo a “no poder sacar adelante a su hija por su enfermedad”, puesto que le imposibilita trabajar. Le pregunté el porcentaje de esperanzas que tiene de curarse, ella me respondió 50%.

❖ **Se realizó la flecha descendente.**

Partimos del pensamiento automático: “*Tengo miedo de no poder sacar adelante a mi hija...*” (Pensamiento inicial)

¿Y si ocurre esto entonces qué...? (¿Qué significa esto para mí?)

“Mi hija sufriría y me odiaría”

¿Y si ocurre esto entonces qué...?

“Me dolería que mi propia hija me rechace y me reclame”

¿Y si ocurre esto entonces qué...?

“No soportaría el rechazo de mi hija y tal vez la crítica de mi familia.”(Creencia personal básica)

Después de realizar esta técnica le sugerí que no se adelante a los hechos porque es muy probable de que ese pensamiento no se cumpla.

Hablamos sobre la importancia que tiene el visualizarse positivamente en un futuro y le recomendé que trate de imaginarse diariamente que está cumpliendo sus sueños, como el conseguir trabajo, terminar el colegio, etc. Además le sugerí que vea la película “el secreto”.

✓ Octava sesión (6 de Mayo)

En esta sesión se realizó un trabajo en autoestima a través de la técnica “Conocerse a si misma”, que consiste en escribir sus cualidades – defectos y sobre las cosas que le gusta y le disgusta de su cuerpo.

A continuación adjuntaré lo que la paciente mencionó:

| Cualidades | Defectos | Partes físicas que le gusta y desagradan |
|---|---|--|
| Mujer cariñosa Responsable. Amable. | Soy impulsiva. Impaciente. Mal carácter | “Físicamente me agrada todo, a excepción de haber perdido la movilidad de mis extremidades, porque los demás me podrían ver fea o menos atractiva” |

Frente a este pensamiento automático le sugerimos lo siguiente:

Terapeuta: no le de importancia a este pensamiento, ya que las personas que estén a su lado la quieren y la valoran, no por su aspectos físico sino por sus cualidades como persona.

✓ **Novena sesión (12 de Mayo)**

La terapia se inició hablando acerca de las actividades que le gusta hacer y que dejó de realizarlas desde hace algún tiempo. La paciente me respondió que antes hacía deporte, jugaba basketball y football y que ahora no podía, continué preguntándole que cosas más le gustaba hacer, entonces me dijo que salir con sus amigos e irse a bailar, también le gustaba estar con su hija y salir al parque con ella.

Programación de actividades

| Hor a | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado | Domingo |
|------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|--------------------|------------------------------|
| 8:30- 11:00 | Terapias de rehabilitación | Visitar a su prima | Irse al mercado con su madre |
| 12:00 - 13:00 | Almorzar | Almorzar | Almorzar | Almorzar | Almorzar | | |
| 13:00 - 14:00 | | Lavar a la ropa | Guardar la ropa | | Lavar a la ropa | | |
| 14:00 - 15:00 | | Lavar la ropa | | | Lavar la ropa | | Ir al bosque a |

| | | | | | | | |
|-----------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---------------|--|
| | | | | | | | ver como juegan sus primos |
| 15:00 - 17:00 | Visita a su tía | | | | | Descan zar | |
| 18:00 - 19:00 | Tomar café | | | Tomar café | Tomar café | | Tomar café |
| 19:00 - 21:00 | Ver la televisión | | Ver la televis ión |
| 21:00 en adela nte | Dormir | Dormir | Dormir | Dormir | Dormir | Dormir | Dormi r |

✓ **Décima sesión (17 de mayo)**

Comenzamos la sesión analizando los resultados, a la cual me respondió que había tenido resultados positivos, ya que había conseguido realizar todas las actividades sin dificultades con excepción del domingo que ha tenido una visita de un amigo de la familia.

Procedimos a realizar el retest.

3.4 Resultado del Retest:

❖ Ansiedad y Trastornos de la Personalidad

Evitación = 3

❖ Inventario de Depresión de Beck

La paciente obtuvo un puntaje 10 lo que significa Depresión Leve.

❖ Escala de Hamilton

Puntaje total = 6, lo cual indica Depresión Leve.

❖ Inventario de Pensamientos Automáticos

Filtraje = 2

Recompensa Divina= 2.

- “F” durante el tratamiento se mostró entusiasta y colaboradora realizando todo lo que se le pedía, a pesar de que al inicio estaba callada.
Las técnicas que se alcanzó aplicar son las siguientes: Psicoeducación, Registro de Pensamientos Automáticas, Programación de actividades, la Flecha descendente y finalmente la técnica conócete a ti mismo.
Por falta de tiempo no se aplicó más técnicas, sin embargo, hubieron resultados positivos en el tratamiento puesto que se ha conseguido disminuir de depresión moderada a depresión leve.

CONCLUSIONES

Tener momentos tristes en la vida no es malo, es totalmente normal, pero dejar que aquella tristeza se incremente convirtiéndose en depresión repercute a nivel emocional, laboral y social, por lo cual es importante que la persona deprimida acuda a un profesional y reciba apoyo de su familia.

Por lo general algunas madres solteras tienen la tendencia a deprimirse por el hecho de que no cuentan con el apoyo de una pareja y por la responsabilidad que poseen para educar a sus hijos.

Un factor importante que con lleva a la depresión es la situación económica, y más aún si la paciente tiene algún problema con su salud, como sucede en este caso, que “F” tiene derrame cerebral lo cual le imposibilita conseguir un buen trabajo por el momento, este suceso ha originado en la paciente distorsiones cognitivas: filtro mental y la recompensa divina.

Las técnicas que se utilizó para el tratamiento de la depresión fueron eficaces, puesto que se consiguió disminuir la sintomatología de la misma.

Por limitaciones de tiempo no se aplicó más técnicas, pero llegamos a un acuerdo de continuar con el tratamiento después de presentar mi trabajo de grado.

5.3. BIBLIOGRAFÍA:

- BARON, Robert A., BYRNE, Donn, “*Psicología Social*”, Ed. Prentice Hall, Madrid, 1998
- BECK Aaron T., RUSH A John, SHAW Brian F. y EMERY Gary, “*Terapia Cognitiva de la Depresión*”, Ed. Desclee de Brouwer, S.A.1, New York, 1983.
- BURNS, David, “*Pensar bien, sentirse bien*” Ed. Paidós, Barcelona, 1990.
- GOMBEROFF L., OLIVOS P, “*Manual de Psiquiatría*”, Ed. Publicaciones Técnicas Mediterráneo Ltda., 1986
- LEITENBERG, Harold. “*Modificación y terapia de Conducta*”, Ed. Morata, S.A. 1982.
- LYDDON William J., JONES John V., “*Terapias cognitivas con fundamento empírico*”, Ed. El Manual Moderno S.A, 2002-2003.
- “*Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV – TR)*”, Cuarta España 2003. edición, Ed. Masson, 2002.
- SARASON Liwin G., SARASON Bárbara R. “*Psicología Anormal*”,Ed. Prentice Hall, Hispano Americano,1996.

Internet:

- José Antonio García Higuera, “La depresión: Tratamiento cognitivo conductual”, Madrid (España), Centro de Psicología Clínica 2, <http://www.schematherapy.com/index.htm>
- Vargas-Mendoza, J. E. (2009) “Terapia cognitiva de la depresión”. México: Asociación Oaxaqueña de Psicología A.C. En http://www.conductitlan.net/terapia_cognitiva_depresion.ppt
- José Antonio López Villalobos, M^a Isabel Sánchez Azón, Eva Sotelo Martín, M^a Teresa Rodríguez Martín, “*Terapia cognitivo conductual en la depresión*”. un modelo de competencia,
- <http://www.telefonica.net/web2/lopezvillalobos/publicaciones/DEPRESION.pdf>

ANEXOS

TEST APLICADOS

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Nombres _____ Edad _____ Fecha _____

En este inventario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una de ellas. A continuación, señale cual de las afirmaciones de cada grupo, describe mejor sus sentimientos durante la ULTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DÍA DE HOY. Marque la afirmación que considere aplicable a su caso. Asegúrese de haber leído bien todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección.

- 1)
 - No me siento triste.
 - Me siento triste.
 - Me siento triste todo el tiempo y no puedo librarme de ello.
 - Me siento tan triste o desdichado que no puedo soportarlo.
- 2)
 - No estoy particularmente desanimado con respecto al futuro.
 - Me siento desanimado con respecto al futuro.
 - Siento que no puedo esperar nada del futuro.
 - Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar.
- 3)
 - No me siento fracasado.
 - Siento que he fracasado más que la persona normal.
 - Cuando miro hacia el pasado lo único que puedo ver en mi vida es un montón de fracasos.
 - Siento que como persona soy un fracaso completo.
- 4)
 - Sigo obteniendo tanto placer de las cosas como antes.
 - No disfruto de las cosas como solía hacerlo.
 - Ya nada me satisface realmente.
 - Todo me aburre o me desagrada.
- 5)
 - No siento ninguna culpa particular.
 - Me siento culpable buena parte del tiempo.
 - Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
 - Me siento culpable todo el tiempo.
- 6)
 - No siento que esté siendo castigado.
 - Siento que puedo estar siendo castigado.
 - Espero ser castigado.
 - Siento que estoy siendo castigado.

- 7)
- No me siento decepcionado en mí mismo.
 - Estoy decepcionado conmigo.
 - Estoy harto de mí mismo.
 - Me odio a mí mismo.
- 8)
- No me siento peor que otros.
 - Me critico por mis debilidades o errores.
 - Me critico por mis debilidades o errores.
 - Me culpo por todas las cosas malas que suceden.
- 9)
- No tengo ninguna idea de matarme.
 - Tengo ideas de matarme, pero no las llevo a cabo.
 - Me gustaría matarme.
 - Me mataría si tuviera la oportunidad.
- 10)
- No lloro más de lo habitual.
 - Lloro más que antes.
 - Ahora lloro todo el tiempo.
 - Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo llorar nunca aunque quisiera.
- 11)
- No me irrito más ahora que antes.
 - Me enojo o irrito más fácilmente ahora que antes.
 - Me siento irritado todo el tiempo.
 - No me irrito para nada con las cosas que solían irritarme.
- 12)
- No he perdido interés en otras personas.
 - Estoy menos interesado en otras personas de lo que solía estar.
 - He perdido la mayor parte de mi interés en los demás.
 - He perdido todo interés en los demás.
- 13)
- Tomo decisiones como siempre.
 - Dejo de tomar decisiones más frecuentemente que antes.
 - Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones.
 - Ya no puedo tomar ninguna decisión.
- 14)
- No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.
 - Me preocupa que esté pareciendo viejo (a) sin atractivos.
 - Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer inatractivo (a).
 - Creo que me veo horrible.

- 15)
- Puedo trabajar tan bien como antes.
 - Me cuesta un mayor esfuerzo empezar a hacer algo.
 - Tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer cualquier cosa.
 - No puedo hacer ningún tipo de trabajo.
- 16)
- Puedo dormir tan bien como antes.
 - No duermo tan bien como antes.
 - Me despierto 1 ó 2 horas más temprano de lo habitual y me cuesta volver a dormir.
 - Me despierto varias horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a dormirme
- 17)
- No me canso más de lo habitual.
 - Me canso más fácilmente de lo que solía cansarme.
 - Me canso al hacer cualquier cosa.
 - Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa.
- 18)
- Mi apetito no ha variado.
 - Mi apetito no es tan bueno como antes.
 - Mi apetito es mucho peor que antes.
 - Ya no tengo nada de apetito.
- 19)
- Últimamente no he perdido mucho peso, si es que perdí algo.
 - He perdido más de 2 kilos.
 - He perdido más de 4 kilos.
 - He perdido más de 6 kilos.
- 20)
- No estoy más preocupado por mi salud de lo habitual.
 - Estoy preocupado por problemas físicos tales como malestares y dolores de estomago o constipación.
 - Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en otra cosa.
 - Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más.
- 21)
- No he notado cambio alguno reciente de mi interés por el sexo.
 - Estoy menos interesado por el sexo de lo solía estar.
 - Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.
 - He perdido por completo el interés por el sexo.

PUNTUACIÓN TOTAL _____ NIVEL DE
DEPRESIÓN _____

EXAMINADOR _____

ESCALA DE DEPRESIÓN DE HAMILTON

Instrucciones: Escoja en cada ítem la puntuación que corresponda a la intensidad acorde a lo que siente o a su comportamiento, de acuerdo a su apreciación.

1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)
 - 0 = Ausente.
 - 1 = Estas sensaciones se indican solo al ser preguntados.
 - 2 = Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente.
 - 3 = Sensaciones no comunicadas verbalmente, sino por la expresión facial, postura, voz o tendencia al llanto.
 - 4 = El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea.
2. Sensación de culpabilidad
 - 0 = Ausente.
 - 1 = culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente.
 - 2 = Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones.
 - 3 = La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad.
 - 4 = La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad
- 3.- Idea de suicidio
 - 0 = Ausente.
 - 1= Le parece que la vida no merece la pena ser vivida.
 - 2 = Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir.
 - 3 = Ideas o amenazas de suicidio.
 - 4 = Intentos de suicidio.
- 4.- Insomnio precoz
 - 0 = Ausente.
 - 1 = Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo más de media hora.
 - 2 = Dificultades para dormirse cada noche.
- 5.- Insomnio medio
 - 0 = Ausente.
 - 1 = El paciente se queja de estar inquieto durante la noche.
 - 2 = Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se puntúa como 2, excepto si está justificada (orinar, tomar o dar medicación...).
- 6.- Insomnio tardío
 - 0 = Ausente.
 - 1= Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse.
 - 2= No puede volver a dormirse si se levanta de la cama
- 7.- problemas en el trabajo y actividades
 - 0 = Ausente.
 - 1 = Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su trabajo actividad o aficiones.
 - 2 = Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo, manifestado
 - 3 = Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad.

4 = Dejó de trabajar por la presente enfermedad.

8.- Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra; empeoramiento de la concentración; actividad motora disminuida)

0 = Palabra y pensamiento normales.

1 = Ligeramente retrasado en el diálogo.

2 = Evidente retraso en el diálogo.

3 = Diálogo difícil.

4 = Torpeza absoluta.

9.- Agitación

0 = Ausente.

1 = "Juega" con sus manos, cabellos, etc.

2 = Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos,

etc.

10.- Ansiedad psíquica

0 = No hay dificultad.

1 = Tensión subjetiva e irritabilidad.

2 = Preocupación por pequeñas cosas.

3 = Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla.

4 = Terrores expresados sin preguntarle.

11.- Ansiedad somática: signos o síntomas somáticos concomitantes de la ansiedad, como:

- Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones.
- Cardiovasculares: palpaciones, cefalalgias
- Respiratorios: hiperventilación, suspiros
- Frecuencia urinaria.
- Sudoración.

0 = Ausente.

1 = Ligera.

2 = Moderada.

3 = Grave.

4 = Incapacitante.

12.- Síntomas somáticos gastrointestinales

0 = Ninguno.

1 = Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen.

Sensación

de pesadez en el abdomen.

2 = Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal o para sus síntomas gastrointestinales.

13.- Síntomas somáticos generales

0 = Ninguno.

1 = Pesadez en la extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, mialgias. Fatigabilidad y pérdida de energía.

2 = Cualquiera de los síntomas anteriores se puntúa como 2 si está muy bien definido.

14.- Síntomas genitales como pérdida de la libido y trastornos menstruales

0 = Ausente.

1 = Débiles.

2 = Graves

- 3 = Incapacitantes
- 15.- Hipocondría
- 0 = No la hay.
 - 1 = Preocupado de sí mismo (corporalmente).
 - 2 = Preocupado por su salud.
 - 3 = Se lamenta constantemente. Solicita ayudas, etc.
 - 4 = Ideas delirantes hipocondríacas.
- 16.- Pérdida de peso (completar sólo A o B)
- A.- Según manifestaciones del paciente (primera evaluación)
- 0 = No hay pérdida de peso.
 - 1 = Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual.
 - 2 = Pérdida de peso definida según el enfermo.
- B.- Según pesaje por parte del médico (evaluaciones siguientes)
- 0 = Pérdida de peso inferior a 500 g por semana (de promedio).
 - 1 = Pérdida de peso de más de 500 g por semana (de promedio).
 - 2 = Pérdida de peso de más de 1 kg por semana (de promedio).
- 17.- Insight (conciencia de enfermedad)
- 0 = Se da cuenta de que está deprimido y enfermo.
 - 1 = Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc.
 - 2 = Niega estar enfermo.

El marco de referencia temporal es el momento de la entrevista, excepto para los ítems del sueño, que se refieren a los dos días previos. Se suma la puntuación de todos los ítems para obtener la puntuación global. Proporciona una puntuación de la gravedad del cuadro.

INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS (RUIZ Y LUJAN, 1991)

A continuación encontrará una lista de pensamientos que suelen presentar las personas ante diversas situaciones. Se trata de que usted valore la frecuencia con que suele pensarlos, siguiendo la escala que se presenta a continuación:
0 = nunca pienso eso; 1= a veces lo pienso; 2 = bastantes veces lo pienso; 3 = los pienso con mucha frecuencia.

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 1. No puedo soportar ciertas cosas que me pasan. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Solamente me pasan cosas malas. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Todo lo que hago me sale mal. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Sé que piensan mal de mí. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. ¿Y si tengo una enfermedad grave? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Soy inferior a la gente en casi todo. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Si otros cambiaran su actitud yo me sentiría mejor. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. ¡No hay derecho a que me traten así! | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Si me siento triste es porque soy un enfermo mental. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. Mis problemas dependen de los que me rodean. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11. Soy un desastre como persona. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12. Yo tengo la culpa de todo lo que me pasa. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13. Debería de estar bien y no tener estos problemas. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14. Sé que tengo la razón y no me entienden. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15. Aunque ahora sufra, algún día tendré mi recompensa. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16. Es horrible que me pase esto. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17. Mi vida es un continuo fracaso. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18. Siempre tendré este problema. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19. Sé que me están mintiendo y engañando. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20. ¿Y si me vuelvo loco y pierdo la cabeza?. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 21. Soy superior a la gente en casi todo. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 22. Yo soy responsable del sufrimiento de los que me rodean. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 23. Si me quisieran de verdad no me tratarían así. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 24. Me siento culpable, y es porque he hecho algo malo. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 25. Si tuviera más apoyo no tendría estos problemas. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 26. Alguien que conozco es imbécil. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 27. Otros tienen la culpa de lo que me pasa. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 28. No debería cometer estos errores. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 29. No quiere reconocer que estoy en lo cierto. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 30. Ya vendrán tiempos mejores. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 31. Es insoportable, no puedo aguantar más. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 32. Soy incompetente e inútil. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 33. Nunca podré salir de esta situación. | 0 | 1 | 2 | 3 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 34. Quieren hacerme daño. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 35. ¿Y si les pasa algo malo a las personas que quiero? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 36. La gente hace las cosas mejor que yo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 37. Soy una víctima de las circunstancias | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 38. No me tratan como deberían hacerlo y me merezco | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 39. Si tengo estos síntomas es porque soy un enfermo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 40. Si tuviera mejor situación económica no tendría estos problemas | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 41. Soy un neurótico | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 42. Lo que me pasa es un castigo que me merezco | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 43. Debería recibir más atención y cariño de otros | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 44. Tengo razón, y voy a hacer lo que me da la gana | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 45. Tarde o temprano me irán las cosas mejor | 0 | 1 | 2 | 3 |

ANSIEDAD Y TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD
Antonio Pérez Urdaniz, Vicente Rubio Larrosa.

Nombre:

Edad:

Fecha:

Cuestionario de evaluación IPDE módulo DSM-IV

Directrices:

- 1. El propósito de este cuestionario es conocer que tipo de persona ha sido usted en los últimos cinco años.**
- 2. Por favor; no omitir ningún ítem. Si no está seguro de una respuesta, señalar la respuesta (VERDADERO o FALSO) que le parezca más correcta. No hay límite de tiempo pero no pierda mucho tiempo pensando en cual es la respuesta correcta a un ítem determinado.**
- 3. Si la respuesta es VERDADERO, señale la letra V, cuando la respuesta sea FALSO, señale la letra F.**

1. Frecuentemente me divierto y disfruto de la vida
2. Confío en la gente que conozco por primera vez
3. Soy descuidado, no me preocupa los detalles pequeños
4. Me es difícil decidir.
5. Expreso mis sentimientos fácilmente
6. Dejo que los demás tomen decisiones importantes por mi
7. Me preocupo si oigo malas noticias sobre alguien que conozco
8. Ceder a algunos de mis impulsos me causa problemas
9. Mucha gente que conozco me envidia'
10. Doy mi opinión general sobre las cosas sin tomar en cuenta los detalles
11. Nunca me han detenido
12. La gente cree que soy frío y distante
13. Me involucro en relaciones muy intensas pero poco duraderas
14. Creo que la mayoría de la gente es justa y honesta conmigo
15. La gente tiene una gran opinión sobre mi
16. Me siento molesto o fuera de lugar en situaciones sociales
17. Soy fácilmente influenciado por lo que me rodea
18. Me siento mal cuando hago daño o molesto a alguien
19. Me resulta muy difícil deshacerme de las cosas
20. A veces ha rechazado un trabajo, incluso aunque estuviera esperándolo
21. Cuando me alaban o critican manifiesto mi reacción a los demás
22. Uso a la gente para lograr lo que quiero
23. Paso demasiado tiempo tratando de hacer las cosas perfectamente
24. A menudo, creo que la gente habla de mí, a mis espaldas
25. Nunca he amenazado con suicidarme, ni me he autolesionado a propósito
26. Mis sentimientos son como el tiempo, siempre están cambiando
27. Para evitar críticas prefiero trabajar solo
28. Me gusta vestirme para destacar entre la gente
29. Mentiría o haría trampas para lograr mis propósitos
30. Soy más supersticioso que la mayoría de la gente
31. Tengo poco o ningún deseo de mantener relaciones sexuales
32. La gente cree que soy demasiado estricto con las reglas y normas

33. Generalmente me siento incómodo o desvalido si estoy solo
34. No me gusta relacionarme con gente hasta que no estoy seguro de que les gusto
35. No me gusta ser el centro de atención
36. Creo que mi cónyuge (amante } me puede ser infiel
37. La gente piensa que tengo muy alto concepto de mi mismo
38. Cuido mucho lo que les digo a los demás sobre mi
39. Me preocupa mucho no gustar a la gente
40. A menudo me siento vacío por dentro
41. Trabajo tanto que no tengo tiempo para nada más
42. Me da miedo que me dejen solo y tener que cuidar de mi mismo
43. Tengo ataques de ira o enfado
44. Tengo fama de que me gusta "flirtear"
45. Me siento muy unido a gente que acabo de conocer.
46. Prefiero las actividades que pueda hacer por mi mismo
47. Pierdo los estribos y me involucro en peleas
48. La gente piensa que soy tacaño con mi dinero
49. Con frecuencia busco consejos o recomendaciones sobre decisiones de la vida cotidiana
50. Para caer bien a la gente me ofrezco a realizar tareas desagradables
51. Tengo, miedo a ponerme en ridículo ante gente conocida
52. A menudo confundo objetos o sombras con gente
53. Soy muy emocional y caprichoso
54. Me resulta difícil acostumbrarme a hacer cosas nuevas
55. Sueño con ser famoso
56. Me arriesgo y hago cosas temerarias
57. Todo el mundo necesita uno ó dos amigos para ser feliz
58. Descubro amenazas ocultas en lo que me dicen algunas personas
59. Frecuentemente trato de que la gente haga las cosas a mi manera
60. Cuando estoy estresado las cosas que me rodean no me parecen reales
61. Me enfado cuando la gente no quiere hacer lo que le pido
62. Cuando finaliza una relación, tengo que empezar otra rápidamente
63. Evito las actividades que no me resulten familiares para no sentirme molesto tratando de hacerlas
64. Doy mi opinión general sobre las cosas y no me preocupo por los detalles
65. Prefiero asociarme con gente de talento
66. He sido víctima de ataques injustos sobre mi carácter o mi reputación
67. No suelo mostrar emoción
68. Hago cosas para que la gente me admire
69. Suelo ser capaz de iniciar mis propios proyectos
70. La gente piensa que soy extraño o excéntrico
71. Me siento cómodo en situaciones sociales
72. Mantengo rencores contra la gente durante años.
73. Me resulta difícil no estar de acuerdo con las personas de las que dependo
74. Me resulta difícil no meterme en líos
75. Llego al extremo para evitar que la gente me deje
76. Cuando conozco a alguien no hablo mucho
77. Tengo amigos íntimos

EVALUACIÓN IPDE MÓDULO DSM-IV

1. Poner un círculo en los Ítems que no estén seguidos de F, si la respuesta es VERDADERO.
2. Poner un círculo en el resto de los ítems (aquellos seguidos por F), si la respuesta es FALSO.
3. Si tres o más Ítems de un trastorno han sido señalados con un círculo, el sujeto ha dado positiva la evaluación para ese trastorno, y debe ser entrevistado. Los clínicos e investigadores pueden adoptar estándares de referencia mayores o menores, dependiendo de las características de la muestra y de la importancia relativa que tengan para ellos los errores de sensibilidad (falsos negativos) o de especificidad (falsos positivos). Este cuestionario no debe ser usado para hacer diagnósticos o calcular puntuaciones dimensionales de los trastornos de la personalidad.

| | | | | | | | | | |
|---------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Paranoide | 2F | 14F | 36 | 38 | 59 | 66 | 72 | | |
| Esquizoide | IF | 12 | 21F | 31 | 46 | 57F | 77F | | |
| Esquizotípico | 2F | 24 | 30 | 52 | 64 | 67 | 70 | 71F | 77F |
| Histriónico | 5 | 10 | 17 | 28 | 35F | 44 | 45 | | |
| Antisocial | IIF | 18F | 20 | 29 | 47 | 56 | 74 | | |
| Narcisista | 7F | 9 | 15 | 22 | 37 | 55 | 61 | 65 | 68 |
| Límite | 4 | 8 | 13 | 25F | 40 | 43 | 53 | 60 | 75 |
| Obsesivo-Compulsivo | 3F | 19 | 23 | 32 | 41 | 48 | 54 | 59 | |
| Dependencia | 6 | 33 | 42 | 49 | 50 | 62 | 69F | 73 | |
| Evitación | 16 | 27 | 34 | 38 | 39 | 51 | 63 | 76 | |

DIAGNÓSTICO: _____