



UNIVERSIDAD DEL AZUAY

**FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA
EDUCACIÓN**

ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL APLICADA A PERSONAS
QUE HAN INTENTADO SUICIDARSE (ANÁLISIS DE 8 CASOS Y
SEGUIMIENTO A PACIENTES EN EL HOSPITAL REGIONAL
“VICENTE CORRAL MOSCOSO”)**

**Tesis de Grado previo a la obtención del
Título de Licenciada en Psicología Clínica**

Autoras

Verónica Carchipulla Aguilar

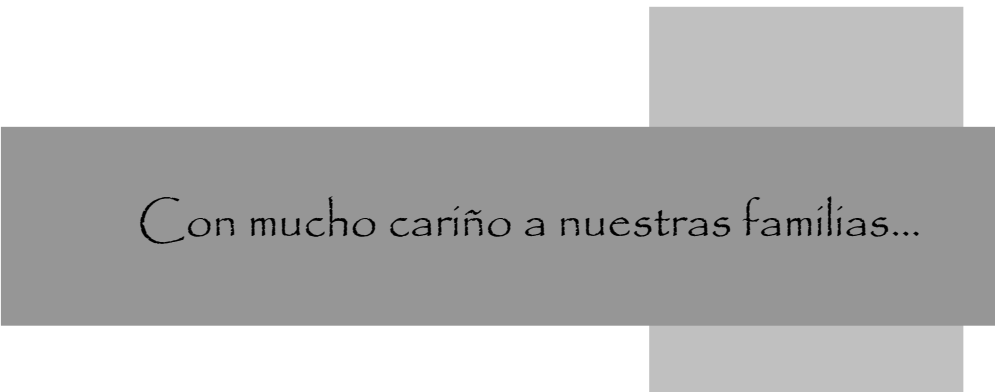
Viviana Merchán Cordero

Mst. Martha Cobos

Directora

Cuenca – Ecuador

2007



Con mucho cariño a nuestras familias...

AGRADECIMIENTOS

A nuestros padres y hermanos, por ser amigos y compañeros en el trabajo.

A Martha Cobos y Betsabé Roldán por ser guías y amigas.

A los que confiaron en nosotras y nos dieron la oportunidad de crecer pese a nuestros errores, y a los profesionales del Hospital Regional “Vicente Corral Moscoso” que con el tiempo se convirtieron en amigos.

A las personas que formaron parte de la muestra para la realización de nuestra tesis, a aquellos que sin haber formado parte en este trabajo fueron atendidos y a aquellos que con nuestro mejor esfuerzo serán atendidos para buscar una mejor calidad de vida.

Viviana y Verónica

ÍNDICE	Pág.
CAPÍTULO 1	
EL SUICIDIO	8
1.1. El Suicidio en Cuenca	12
1.2. Causas del Suicidio	16
1.2.1. Factores desencadenantes	19
1.3. Suicidio y Depresión	24
1.4. Suicidio y Trastornos de Personalidad	25
CAPÍTULO 2	
LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL	28
2.1. La Terapia Cognitivo Conductual y Depresión	30
2.2. La Terapia Cognitivo Conductual y Trastornos de personalidad	35
2.3. La Terapia Cognitivo Conductual: Técnicas	37
CAPÍTULO 3	
RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA COGNITIVO CONDUCTUAL	54
3.1. Metodología	54
3.2. Presentación de datos	56
3.3. Presentación de casos	69
CONCLUSIONES	124
BIBLIOGRAFIA	130
ANEXOS	

RESUMEN

Este trabajo de investigación está enfocado en la aplicación de la terapia Cognitiva Conductual para el tratamiento de pacientes con intento de suicidio en el Hospital Regional “Vicente Corral Moscoso”, para lo cual partimos de un estudio global sobre este tema y sus diferentes clasificaciones, así como también de una visión de la realidad local.

Conociendo el incremento de casos de personas con esta problemática, se llevó a cabo la evaluación, análisis y tratamiento psicoterapéutico de 8 pacientes ingresados a la ya mencionada casa de salud; observando en cada uno múltiples factores generadores y estresores que desembocaban en esta conducta, misma que se modificó paulatinamente en el transcurso de la psicoterapia, pudiendo anotar que la aplicación de este modelo es adecuada para este tipo de intervención.

ABSTRACT

This research work focuses on the application of the Behavioral – Cognitive therapy for the treatment of suicidal patients in the Regional Hospital “Vicente Corral Moscoso”. We start from a global study of the topic and its different classifications as well as from a visualization of our local reality.

Knowing the increase of cases involving people with this problem, an evaluation, analysis, and psychotherapeutic treatment of eight patients was carried out in the health center mentioned above. Each patient showed multiple generating and stressing factors that had led to this behavior which was gradually modified during the psychotherapy. We can conclude that the application of this model is adequate for this type of intervention.

INTRODUCCIÓN

Debido al aumento de intentos de suicidio en nuestra ciudad y cada vez en personas mas jóvenes, se vio la necesidad de hacer un estudio a nivel local en el cual se pueda dejar constancia sobre el trabajo y la importancia del área psicológica en este tipo de casos que pocas veces son atendidos de manera integral, debido a la escasez de personal especializado en el área de salud mental; además se cuenta con datos reales a nivel local, proporcionados por el servicio de Estadística del Hospital Regional “Vicente Corral Moscoso”, los mismos que indican el número de ingresos con este diagnóstico, y que es importante mencionar, son sólo datos de la Institución referida, lo que demuestra el incremento en los registros de intento de suicidio.

El objetivo principal del presente trabajo consistió en la aplicación de la terapia cognitiva conductual a los pacientes que ingresaron al hospital debido a intento de suicidio; se escogió este modelo ya que su autor, Aaron Beck, afirma que es de gran rapidez y eficacia para el tratamiento de la depresión, además de ofrecer una metodología estructurada y técnicas cognitivas y conductuales para ser utilizadas en el tratamiento; así mismo presenta una teoría acorde a este modelo para la intervención en trastornos de personalidad, y, que se manifiestan en algunos pacientes con este diagnóstico.

Se consideraron las diversas clasificaciones dadas al intento de suicidio por algunos autores, priorizando la clasificación de Durkheim; además dado que se considera al suicidio como un problema de salud multicausal a más de la intervención psicoterapéutica también se contó con la asistencia médica necesaria durante el proceso. Se aplicó así mismo una batería de tests que sirvieron para el diagnóstico y cuantificación de determinadas características de los pacientes y para comparar los resultados al empezar y al finalizar el tratamiento.

La muestra estudiada fue de 8 pacientes, que asistieron al hospital en el período comprendido entre mayo y julio del 2007, sin dejar de prestar atención a otros casos que por diferentes causas no fueron considerados para ser presentados en esta tesis.

CAPÍTULO 1

EL SUICIDIO

La palabra suicidio significa *sui* "sí mismo" *cidium* "matar", es decir, matarse a sí mismo, se remonta a la existencia misma del hombre variando sus características de acuerdo a la cultura y estructura socioeconómica. Varias teorías psicológicas representadas por *Freud*, *Meninger* y *Garman* señalan diferentes mecanismos inherentes al psiquismo del individuo, sin embargo, según tendencias actuales el suicidio debe ser considerado como un acontecimiento multifactorial, donde se ve la intervención de factores biológicos, psicológicos y sociales, como resultado de una falla en los mecanismos adaptativos del sujeto frente al medio. Por ello *Shneidman* (1983) considera al suicidio como el acto humano consciente de aniquilación autoinducida, comprendido como un malestar multidimensional en un individuo que delimita un problema para donde este acto es percibido como la mejor solución.

En el 2004, la Organización Mundial de la Salud (OMS), consideró que el suicidio constituye un problema de salud pública que puede ser prevenido, este acto en dicho año provocó casi la mitad de las muertes violentas a nivel mundial, es decir que representa casi un millón de víctimas al año, actualmente se ubica como la décima tercera causa de muerte a nivel mundial y de seguir incrementándose podría incluso llegar a representar 1,5 millones de decesos en el año 2020; así pues, para la Dra. Catherine Le Galés Camus, subdirectora general de la OMS para Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental en el año 2004, "cada suicidio supone la devastación emocional, social y económica de numerosos familiares y amigos (...) El suicidio es un trágico problema de salud pública en todo el mundo. Se producen más muertes por suicidio que por la suma de homicidios y guerras".

Así mismo según la OMS el suicidio representa el 1,4% de la carga mundial de morbilidad, pero las pérdidas, van mucho más allá del plano personal y es así que tenemos que en la Región del Pacífico Occidental representa el 2,5% de todas las pérdidas económicas debidas a enfermedades mientras que en la mayoría de países de Europa el número anual de suicidios supera al de víctimas de accidentes de

tránsito, es así que en el 2001 los suicidios alrededor del mundo sobrepasaron las muertes por homicidio (500.000) y por guerras (230.000). Los países que reportan una mayor incidencia de suicidios son aquellos ubicados en Europa del este y los datos más bajos son los reportados en América Latina, países musulmanes y algunos países asiáticos; se dispone de poca información sobre el suicidio en los países africanos.

Se calcula que por cada muerte producida por suicidio se dan entre 10 y 20 intentos fallidos de suicidio, que se traducen en lesiones, hospitalizaciones y traumas emocionales y mentales de los cuales no se conocen datos fiables a nivel mundial; debido a falta de estudios a nivel local se desconoce cual es nuestra realidad tanto provincial como a nivel de país, así pues se ha visto que la tasas tanto de intentos de suicidio como de suicidios consumados tienden a incrementarse con la edad. Recientemente se ha registrado en todo el mundo un aumento alarmante de los comportamientos suicidas entre los jóvenes de 15 a 25 años, donde, exceptuando las zonas rurales de China, se suicidan más hombres que mujeres pese a existir un mayor número de intentos de suicidio en la población femenina.

La conducta suicida está influenciada por un gran número de causas complejas como: la pobreza, el desempleo, la pérdida de seres queridos, rupturas sentimentales, discusiones, problemas jurídicos y laborales, entre otros; es también importante considerar que los antecedentes familiares de suicidio, el abuso de alcohol, el uso de drogas estupefacientes, el maltrato, el aislamiento social y posibles problemas mentales como la depresión y la esquizofrenia influyen también en numerosos suicidios, también enfermedades orgánicas y el dolor discapacitante pueden incrementar el riesgo de suicidio, además debemos tener en cuenta que tener fácil acceso a los medios necesarios para suicidarse es un factor de riesgo determinante en las conductas autolíticas, es así que se produce un suicidio cada 40 segundos alrededor del mundo; sin embargo, es importante considerar que el suicidio es prevenible en cierto grado.

Es necesario conocer que en algunas personas los pensamientos suicidas pueden ser momentáneos y transitorios y por ello cuando la crisis se resuelve, la tendencia suicida se elimina, sin embargo, en otras personas estos pensamientos pueden cronificarse y ser recurrentes durante años, convirtiéndose incluso en un estilo de vida. El paciente suicida tiene el deseo de ser amado aún después de su muerte, "los que escriben notas parecen estar profundamente interesados en lo que va a suceder después de su muerte, como si fueran a seguir viviendo para participar en los sucesos" (Stengel,

1978, pag. 49). Este autor considera que aunque el suicidio parece solamente dirigido a la autodestrucción, es también un acto de agresión contra los otros, ya que no se puede comprender al individuo si se lo aísla de su matriz social.

Para considerar la seriedad del intento suicida es importante tener en cuenta los siguientes aspectos:

1. La amenaza potencial a las funciones corporales.
2. El grado del intento suicida.
3. La constelación social en el momento del intento (accesibilidad de la ayuda).

La mayoría de los actos suicidas fatales o casi fatales tienen un alto rango en por lo menos dos de los criterios nombrados.” (Stengel, 1987, pag. 100)

Es importante también considerar ciertos aspectos propios de cada persona y su cultura; por ejemplo: la religión católica considera al suicidio como pecado pese a permitir el martirio voluntario.

El suicidio puede subclasificarse como:

- **Directo** es aquel en el que el ser humano mediante un acto suyo es capaz de causar su muerte.
- **Indirecto** considerado cualquier acto en el que la persona se da muerte sin procurarla libremente.

Entre otras clasificaciones sobre el suicidio tenemos:

- **Los vicariantes:** que son aquellos que adelantan o aceleran la muerte futura justificándose en la desesperanza y en el sufrimiento venidero por lo que no justifica un prolongamiento en el tiempo de espera.
- **Los perfeccionistas:** son quienes no toleran cualquier disminución de sus atributos personales, económicos o sociales.
- **Los hedonistas:** que son quienes no soportan nada que constituya un impedimento o una disminución del placer de predominio sensual.
- **Los transaccionales:** o personas que ante ciertas crisis vitales de transición inevitables, optan por el suicidio.
- **Los sintomáticos:** dependen de una enfermedad mental.

Desde un punto de vista del sociólogo francés Emile Durkheim en su obra *El suicidio* (1897), considera al suicidio como un fenómeno individual, que responde fundamentalmente a causas sociales, afirmando que las comunidades presentan ciertos síntomas patológicos. Durkheim en su estudio de 1835 define al suicidio como: *“Todo caso de muerte que resulta directa o indirectamente de un acto positivo o negativo realizado por la víctima misma, y que, según ella sabía, debía producir este resultado”*. Así, un acto positivo consistiría en dispararse en la cabeza; mientras que un acto negativo sería rehusar a ingerir cualquier medicina hasta dejarse morir. De esta manera el autor distingue cuatro clases de suicidios:

1. **Suicidio egoísta:** típico de sociedades carentes de integración social, donde el individuo se orienta más por sus intereses particulares que por su grupo de referencia.
2. **Suicidio anómico:** característico de falta de regulación social (anomia), o cuando las normas sociales no son interiorizadas como propias por parte del sujeto lo que provoca una confusión de los valores sociales produciendo una crisis individual sobre el sentido de la vida.
3. **Suicidio fatalista:** es aquel que se da cuando existe un alto grado de regulación social.
4. **Suicidio altruista:** característico de sociedades con alto grado de integración social donde la muerte en si misma no es tan importante como mantener el “honor” y a su vez se subdivide en obligatorio, facultativo y agudo.

Por su origen el suicidio puede ser:

1. **Psicótico:** cuando la persona se halla desconectada de la realidad y experimenta alucinaciones imperativas sobre el suicidio.
2. **Neurótico:** caracterizado por manifestaciones teatrales carentes de intencionalidad real de suicidio.
3. **Psicodisplástico:** casos en los que el psicópata dirige su agresividad hacia si mismo.
4. **Filosófico:** producido por lo general en personas que sienten un vacío existencial.

En cambio por su forma el suicidio puede ser:

1. **Impulsivo:** cuando es realizado de manera súbita.
2. **Obsesivo:** consistente en la presencia de una idea irresistible de autodestrucción.
3. **Reflexivo:** cuando hay un análisis detenido de la idea suicida.

Freeman y Reinecke (1995), afirman que según el modelo cognitivo conductual existen 4 tipos de suicidas, mismos que se pueden mezclar entre sí, estos son:

1. **Desesperado:** no cree que haya esperanza para que las cosas mejoren. No ven muchas opciones de solución y por lo tanto piensan constantemente en el suicidio.
2. **Histriónico:** cuando se sienten ansiosos, nerviosos, tensos o aburridos necesitan autoestimularse ya que les gusta un cierto grado de excitación para vivir, por lo que el suicidio puede ser utilizado con este fin; sus intentos pueden ser extravagantes y repetitivos, generalmente son manipulativos o con llamados de atención pero sin embargo hay que tomarlos con seriedad.
3. **Psicóticos:** motivados por alucinaciones o voces impositivas. Se debe trabajar en las voces más que en el intento en sí, y suele ser necesaria la intervención farmacológica.
4. **Racional:** toman su decisión en base a alguna consideración racional y bastante analizada como en caso de enfermedad terminal, generalmente son asistidos por un terapeuta en caso de que su intento se haya frustrado, sin embargo, son los que más se consuman.

Es importante considerar las diferentes clasificaciones de los intentos de suicidio según varios puntos de vista ya que estos han existido desde siempre y se han ido incrementando con el paso de los años, más vale recalcar que entre las personas con intento de suicidio es común observar que éste es visto como la única salida a sus problemas, aunque estos últimos pueden ser completamente diferentes entre uno y otro paciente; sin embargo, al ser prevenible aunque sea en cierta medida, vemos necesario buscar métodos de intervención para los pacientes con ideación o intentos suicidas por ello consideramos la utilidad del conocimiento de las diferentes clasificaciones y en sí de estos actos autolíticos.

1.1 El Suicidio en Cuenca

En un estudio realizado a finales del 2004 e inicios del 2005 a nivel local por el Dr. Ismael Morocho, psiquiatra del Hospital Regional “Vicente Corral Moscoso” de Cuenca, se obtuvo que el suicidio representa el 10% de las muertes de pacientes psiquiátricos, es la tercera causa de fallecimiento en adolescente y jóvenes adultos y la octava causa a nivel de todas las edades, siendo generalmente, la consecuencia final de cuadros psicóticos, depresivos y adicciones.

La tasa anual internacional de ideación suicida varía del 6% al 14% aumentando en los casos de pacientes psiquiátricos, en cambio dentro del ámbito local las tasas de intentos de suicidio varían del 0,04% y 4,6%, se considera además que las personas que poseen antecedentes de suicidio dentro de su familia, duplican la posibilidad de atentar contra sus propias vidas. En la población general la relación entre intentos de suicidio y la consumación del mismo es de 6 a 1, duplicándose en la población adolescente; los móviles dentro de la población con intento suicida son varios, entre ellos: de huida, por duelo, de castigo, etc.

Analizando la clasificación del acto suicida según el método tenemos entre los más letales: las armas de fuego, el estrangulamiento, el envenenamiento con órgano fosforado, el ahogamiento y la precipitación desde las alturas y entre los menos letales están las sobredosis de drogas y la ingesta de venenos; a este respecto el estudio contempla variaciones interculturales e interregionales llegando a obtener que el método más común utilizado en intentos de suicidio en Cuenca en el año 2006 fue el envenenamiento, al igual que en Paute y Santa Isabel en el 2002, mientras que en la Costa son más frecuentes los intentos de suicidio mediante ahorcamiento y heridas por arma blanca, de igual manera se observó que en la ciudad de Cuenca la tasa de suicidio por cada cien mil habitantes al año en relación varón/mujer es de 4,4:1 mientras que, al contrario, las tentativas de suicidio son de 3:1 en relación mujer/varón.

En cuanto al factor temporal en sociedades como la nuestra, donde la sacralidad se mantenía fuertemente vigente, resulta incluso lógico que el comportamiento suicida haya sido rechazado ya que el hombre no debía modificar su destino impuesto por Dios, por lo que el suicidio solía ser algo vergonzoso para la familia del suicida, pues era considerado como sinónimo de debilidad, enfermedad, inadecuación, etc.

La actitud del hombre respecto a la muerte dentro de nuestro plano socio cultural ha variado con el tiempo, así, en las antiguas civilizaciones sacralizaron a la muerte, la domesticaron y trataron de restarle dramatismos para integrarla a un sistema de ritos que tiene por objeto convertirla en una etapa más del destino, por lo que en la antigüedad se rechazaba y condenaba el suicidio, lo que en nuestra ciudad se evidenciaba en el hecho de que tanto el suicida como sus familiares no podían entrar en las iglesias y en el caso de que la persona falleciera por suicidio no podía ser enterrado dentro del cementerio general ni recibir ningún tipo de celebración religiosa por el descanso de su alma, así el cuerpo del suicida era arrastrado a manera de castigo. Sin embargo el acto suicida o su intento suele ser negado por quienes lo

padecen o por sus familiares hasta hoy, pese a que aparentemente es más aceptado y denunciado que antes, y se ha registrado un incremento alarmante en sus cifras.

Se ha visto que los intentos de suicidio en Cuenca se han incrementado en los últimos 3 años, generando mayores gastos económicos que de manera directa los constituyen el tratamiento y la hospitalización, mientras que indirectamente esto se ve reflejado en la pérdida de años de vida ya que los jóvenes luego de un acto autolítico pierden su productividad de aproximadamente 50 años. Del total de casos referidos por Intento de suicidio a la unidad de Emergencia de Hospital Regional podemos observar no solo el incremento de los mismos, sino además el hecho de que solo la tercera parte del total de estos pacientes son ingresados a hospitalización, lo que significa que el número restante de pacientes son dados de alta el mismo día o incluso a las pocas horas de haber sido atendidos en Emergencia, y de esta manera aumentan el riesgo de nuevos intentos.

De acuerdo a los ingresos según el año Los datos obtenidos en hospitalización son los siguientes:

Tabla #1

MES	2004	2005	2006	2007
Ene	10	9	11	16
Feb	5	4	8	13
Mar	3	3	3	14
Abr	10	3	7	13
May	6	4	16	15
Jun	5	5	8	
Jul	9	7	10	
Ago	6	4	9	
Sep	8	6	7	
Oct	10	11	5	
Nov	6	10	7	
Dic	11	8	7	
Total Anual	89	74	98	71**
Promedio	7,42	6,17	8,17	14,2

TABLA 1: Intentos de suicidio reportados en hospitalización desde el 2004 hasta mayo del 2007

FUENTE: Departamento de Estadística del H.V.C.M.

ELABORACION: La Autoras

El número de intentos de suicidio por cada 100.000 habitantes en Cuenca corresponde a 4,1/100.000 habitantes, según los datos proporcionados por el INEC, donde la ciudad cuenta con 417.632 habitantes. Según la procedencia de los pacientes ingresados por año tenemos:

Tabla #2

Procedencia	2004	2005	2006	**2007	Total
Cuenca urbano	42	47	50	30	169
Cuenca rural	32	15	23	23	93
Otros Cantones	12	10	21	10	53
Otras Provincias	3	2	4	8	17

TABLA 2: Hospitalización de pacientes por intento de suicidio según procedencia desde el año 2004 hasta mayo del 2007

FUENTE: Departamento de Estadística del H.V.C.M

ELABORACION: Las Autoras

Se producen 1,82 intentos de suicidio más en la zona urbana de Cuenca que en las zonas rurales de la misma.

Según la edad de los pacientes reportados e ingresados a hospitalización por intento de suicidio tenemos:

Tabla #3

Edades	2004	2005	2006	2007**	Total
10 a 15	14	15	6	13	48
16 a 20	27	20	32	27	106
21 a 25	24	18	25	10	77
26 a 30	10	10	12	6	38
31 a 35	5	4	10	8	27
36 a40+	9	7	13	7	36

TABLA 3: Pacientes hospitalizados por intento de suicidio según edad desde el año 2004 hasta mayo del 2007

FUENTE: Departamento de Estadística del H.V.C.M.

ELABORACION: Las Autoras

**Los datos presentados en los cuadros son aquellos que han sido recopilados de los libros de estadística de hospitalización del Hospital "Vicente Corral Moscoso" es así que los datos del presente año solo se pudieron obtener hasta el mes de mayo.

Así, podemos darnos cuenta que el suicidio no es exclusivo de los países del primer mundo en donde el desarrollo tecnológico ha producido mayor estrés laboral, incomunicación, consumismo, etc., sino que este ha ido aumentando también en los países menos desarrollados o en vías de desarrollo, entre ellos el nuestro, de los datos obtenidos en nuestra ciudad podemos observar que también ha existido un incremento importante de la población con intento de suicidio. Sin embargo vale recordar que aún sigue siendo un tema tabú dentro de nuestra sociedad lo que impide una intervención primaria y en ciertas ocasiones lamentablemente dificulta la intervención secundaria dentro de este grupo de pacientes por la razón señalada y también porque, incluso dentro del Área de la Salud, algunos profesionales de este campo subestiman el trabajo destinado a la Salud Mental, lo que provoca que indirectamente no se eviten posteriores intentos de suicidio al no darse la atención apropiada.

1.2 Causas del Suicidio

El suicidio y los intentos de suicidio deben ser abordados desde una óptica que permita considerarlos como un hecho multicausal donde intervienen también factores neurobiopsicosociales. La mayoría de las conclusiones sobre la biología del suicidio se basan en observaciones realizadas post mortem en los suicidas, sin embargo, es importante tener en cuenta que: el desconocimiento del tiempo transcurrido entre el deceso y la autopsia, la forma exacta en la que se llevo a cabo el suicidio y la historia previa del paciente, forman un gran obstáculo en la interpretación de los resultados.

Entre enero y abril del 2007 los Drs. Carlos Contreras y Ana Gutierrez, profesores de la Universidad de Veracruz en México, realizaron estudios en los que podemos observar la importancia de las bases neurobiológicas sobre los intentos de suicidio y la consumación de los mismos (considerando que quienes intentan suicidarse repiten dicha acción dentro de los siguientes 12 meses y de los cuales la décima parte logrará su propósito en un plazo de 10 años), en un buen número de evidencias tomadas desde hace 3 décadas los sujetos presentaron alteraciones en la neurotransmisión serotoninérgica en especial en las funciones de los receptores 5-HT1A y el 5-HT2A, hallándose solamente niveles bajos de la serotonina a nivel de la corteza cerebral, el hipocampo, el hipotálamo y el tallo cerebral; mientras que en relación a otros sistemas de neurotransmisión como el dopaminérgico y el noradrenérgico no se encontraron resultados.

Es importante considerar que una de las funciones de la corteza prefrontal es el control cognoscitivo y conductual por lo que un daño en esta área produce una desinhibición conductual e incrementa la impulsividad. Tanto la corteza prefrontal como el hipocampo están relacionados funcionalmente con las emociones, el estrés y las funciones cognitivas partícipes de las conductas autolíticas, lo que demuestra que las lesiones en la corteza prefrontal conducen a una pérdida de la capacidad de decisión ya sea total o parcialmente en especial cuando se ve involucrado el tiempo, mientras que las lesiones a nivel del hipocampo alteran la capacidad para recordar hechos recientes, entonces, y bajo estas condiciones, es posible que las lesiones en estas dos regiones incapaciten al sujeto a tomar decisiones adecuadas en un contexto con base en la experiencia.

Desde hace algunos años se acepta que los núcleos septales que son aquellos relacionados con el hedonismo por un lado y con la desesperanza por el otro, son estructuras básicas para la captación de ciertos fármacos ya que la neuronas de este núcleo aumentan su tasa de actividad ante el uso de ciertos antidepresivos, así también la actividad de estas neuronas disminuyen ante estímulos aversivos condicionados; entonces los núcleos septales junto con el hipocampo y la corteza prefrontal pueden ser considerados como partícipes de la fisiopatología del suicidio donde una disfunción septal hacia la baja haría al sujeto mas proclive a desarrollar desesperanza.

Se considera que entre el 45% y 70 % de quienes han tenido conductas autolíticas sufren depresión aparte de presentar rasgos de impulsividad y agresividad, también entre quienes han intentado suicidarse y quienes lo han consumado se vio la existencia de estados de ansiedad como rasgo de personalidad al momento del acto. Así pues, la agresión es concebida como un estado interno cuyo resultado es la conducta violenta por lo que el suicidio es en si un acto agresivo donde la disfuncionalidad del sistema serotoninérgico incluye alteraciones metabólicas en el eje hipotálamo – hipófisis – suprarrenal, que ocasiona cambios en el patrón del sueño, impulsividad, desinhibición, cefalea, volubilidad anímica, problemas de socialización y conductas suicidas.

Por otro lado el GABA (acido g-amino butírico) y su receptor como membrana de regulación de la ansiedad, al tratarse del neurotransmisor predominante del sistema nervioso que a su vez se encuentra de manera abundante en el complejo amigdalino del lóbulo temporal (estructura relacionada con la agresividad y la territorialidad), y

cuya participación en situaciones en la que se combinan con un estado depresivo, agitación psicomotriz e impulsividad, son factores que confluyen en el suicida, por lo tanto, al esquema formado por el hipocampo, la corteza prefrontal y los núcleos septales habría que agregarle al complejo amigdalino en la regulación de la agresión y la ansiedad dando en su conjunto un esquema relacionado con el control de la impulsividad asociada al estado de ánimo.

Para los Drs. Contreras y Gutierrez (2007) se considera también que las personas que logran o intentan suicidarse por lo general tienen como antecedentes patológicos familiares: actos suicidas, se puede evidenciar que es frecuente el suicidio entre niños adoptados provenientes de padres biológicos que se habían suicidado pese a haber crecido en otros ambientes familiares más funcionales, también se ha visto que la tasa de concordancia entre el suicidio y los intentos suicidas son mayores entre gemelos monocigotos por lo que se puede hablar de una vulnerabilidad genética.

Puede observarse además como posibles causas, aparte de los factores biológicos, que la pérdida afectiva, el descenso de estatus socioeconómico e incluso cambios políticos dentro de la sociedad suelen actuar como factores desencadenantes de actos suicidas, así como el abuso de alcohol y drogas, trastornos de personalidad, trastornos psiquiátricos, maltrato físico o sexual, aislamiento social, entre otros, en especial cuando existe comorbilidad con enfermedades somáticas incapacitantes o dolorosas; entonces y en respuesta a estos estresores en el cuerpo se activan procesos neuroquímicos y fisiológicos donde el hipotálamo produce el factor liberador de la corticotrofina y el locus coeruleus libera noradrenalina que actúan en conjunto con otras estructuras cerebrales priorizando la atención, la vigilia y la defensa por sobre otras actitudes, por lo que es de esperar que en el paciente suicida las alteraciones en estos procesos hayan ocurrido desde hace mucho tiempo antes de que se produzca la conducta autolítica.

La depresión y la ansiedad en el suicidio como una posible causa son entidades de diversa manifestación entre sexos, sin embargo a nivel mundial los intentos de suicidio son mas frecuentes entre las mujeres que entre los hombres pero pese a ello de cada 6 intentos de suicidio 5 llegan a ser consumados por hombres con gran eficacia debido al uso de métodos mas letales como el ahorcamiento y el uso de armas de fuego, mientras que las mujeres suelen preferir envenenarse o cortarse las venas superficiales; en contraste tanto la depresión como la ansiedad afectan usualmente a las mujeres.

Como otras posibles causas para el suicidio podemos considerar a los factores sociales y demográficos ya que los problemas socioeconómicos son considerados como factores de riesgo al limitar la participación social activa, impidiendo a su vez la satisfacción de las necesidades más elementales; estos factores aumentan su importancia entre las minorías étnicas que al migrar hacia las grandes ciudades deben someterse a un proceso de adaptación y que en muchos otros casos deberán afrontar problemas con la pareja, infelicidad, baja autoestima, carencia de amigos, aislamiento social y problemas de comunicación.

1.2.1 Factores desencadenantes

Para Stengel (1985) los factores de riesgo suicida son individuales y generacionales ya que lo que se puede constituir como un factor de riesgo en la niñez puede no serlo en la adolescencia, además, como ya se mencionó, están condicionados por el género y se verán permanentemente condicionados por la cultura. También se puede observar como los niños desarrollan paralelamente al concepto de la muerte el concepto de suicidio, en especial si el niño ha visualizado alguna vez este tipo de actos e incluso mediante las conversaciones con sus compañeros y pares de la edad cuyos familiares hayan cometido actos suicidas entremezclando creencias racionales e irracionales.

Puede verse además que en gran parte aquellas personas que han presentado intentos suicidas por lo general muestran distorsiones cognitivas como: visión de túnel, inferencias arbitrarias, magnificación de los problemas, pensamientos del todo o nada, entre otros. Estos esquemas cognitivos vienen influyendo en la persona desde la niñez en etapas muy tempranas y solo salen a la luz tiempo más tarde cuando por un factor precipitante se desencadena la crisis que genera el acto suicida o su intento. Es importante tomar en cuenta también como posibles precipitantes del acto suicida la promoción de dichas conductas en los medios de prensa ya sea escrita o de manera televisiva donde en muchos casos puede considerarse como factor motivador para que el espectador o el lector repitan la acción del sujeto sobre el que se basa la noticia.

En la infancia los factores de riesgo y posibles desencadenantes suelen ser producto de climas familiares caóticos, bajo rendimiento escolar, maltrato, enfermedad mental

entre los progenitores, alcoholismo y depresión materna que se traduce como estímulo para ideaciones pesimistas y además el riesgo suicida se incrementa en los niños cuyos padres han tenido conductas suicidas. En algunos casos es posible considerar que la conducta suicida puede darse por imitación de conductas observadas en los adultos. Las crisis suicidas infantiles suelen surgir de la relación del niño con su medio familiar y se vuelve manifiesto por una serie de conductas poco frecuentes como agresividad, niños activos se vuelven muy pasivos y viceversa, cambios en los patrones de sueño, temores nocturnos, enuresis, somnolencia excesiva, pesadillas, etc. Sin embargo, resulta casi imposible determinar un patrón de conducta dentro del grupo de personas suicidas, más difícil aún, determinar los factores desencadenantes de la conducta suicida o causales fijos de conductas autolíticas.

Según varios estudios desarrollados a nivel internacional por el Dr. Sergio Andrés Pérez Barrero (2001) los siguientes factores están considerados como posibles desencadenantes de crisis suicidas en niños, siendo más comunes entre quienes han intentado suicidarse:

1. Presenciar acontecimientos dolorosos ya sea divorcios, muertes de seres queridos o haber sido abandonados.
2. La existencia de problemas en la relación de sus progenitores en especial si existe maltrato, negligencia, abuso sexual o emocional, trastornos mentales, etc.
3. Problemas escolares bajo rendimiento.
4. Tratos humillantes ya sea en público o en privado.
5. Como solución a una muerte de un ser querido con el afán de reunirse con el fallecido que haya representado para el niño un soporte emocional.
6. "Manipulación".

En cambio en los adolescentes y en la población adulta que presenta intento suicida o han logrado consumar el acto autoeliminatorio se puede ver que en ocasiones provienen de medios sociales pobres donde están expuestos a situaciones familiares adversas que condicionaron su niñez, psicopatológicas como la depresión, abuso de sustancias, conducta disocial, etc., a lo que se le suma una pobre autoestima y rigidez cognitiva. Al realizar un estudio de la vida del paciente en sus diferentes etapas vitales puede verse que en algunos casos se presenta una pérdida afectiva real o imaginaria que funciona como desencadenante del acto suicida.

Pérez Barrero menciona además que suele ser muy común que las personas que hayan tenido intencionalidad suicida y han llegado a intentarlo, presenten en mayor o menor medida:

1. Depresión que va de moderada a severa y trastorno afectivo bipolar.- donde el 15% de los de los enfermos con estos trastornos se suicidan.
2. Trastornos de Ansiedad.
3. TOC (Trastorno obsesivo compulsivo).
4. TEP (trastorno por estrés post traumático).
5. Abuso de alcohol y drogas.- El alcoholismo es diagnosticado en el 25% de los suicidios al igual que el consumo de drogas psicoactivas que desinhiben a los pacientes deprimidos y les facilita el suicidio.
6. Trastornos de la personalidad.- Por lo general lo pacientes disfóricos con trastornos de la personalidad frecuentemente intentan suicidarse llegando un gran número de ellos a consumar el acto autolítico.
7. Esquizofrenia y otras Psicosis.- Influye especialmente cuando el paciente tiene alucinaciones auditivas que le ordenan matarse y esto se da con más frecuencia en los pacientes esquizofrénicos.

Con todo lo ya mencionado podemos decir que los trastornos de ansiedad moderadamente severos, conjuntamente con los estresores temporales presentes en el medio circundante y los rasgos de personalidad entre otros factores, elevan el riesgo suicida; es además importante considerar que los factores de riesgo pueden ser fijos o modificables, estando considerados entre los primeros: suicidio previos, factores genéticos, entre otros; los cuales ningún tratamiento es capaz de modificar.

Para Stengel (1985) otros de los múltiples factores de riesgo para la conducta suicida pueden ser:

- ⊗ La historia de intentos y amenazas previas ya que casi la mitad de los suicidas han tenido un intento anterior y se considera que el riesgo del segundo intento es mayor dentro de los 3 primeros meses luego del primer intento e incluso cuando ha pasado ya más tiempo. Los pacientes manipuladores y con intentos de suicidio frecuentes por lo general llegan a consumarlo por lo que deben recibir tratamiento conjunto con un psiquiatra ya que es posible que necesiten hospitalización.
- ⊗ Edad: en los varones la frecuencia aumenta con la edad con una máxima incidencia a los 75 años mientras que en las mujeres los intentos son mas

frecuentes a los 20 años cuya incidencia máxima de suicidios consumados es a los 55 años.

- ⊗ Sexo: la depresión es mas frecuente en las mujeres que en los varones, sin embargo y pese a que ellas intentan suicidarse de 3 a 4 veces más que los varones, estos utilizan métodos más letales y consuman el suicidio de 2 a 3 veces mas que las mujeres.
- ⊗ Estado civil: los pacientes solos y que han sufrido la pérdida de un ser querido o han fracasado en una relación sentimental durante el año anterior se encuentran en mayor riesgo de suicidio, pudiendo observar que los solteros tienen un índice de riesgo más alto, seguido por los viudos, los separados, casados sin hijos y casados con hijos.
- ⊗ Factor ocupacional: las personas desempleadas y quienes piensan que han fracasado en su rol social tienen mayor riesgo de suicidarse que las personas que mantienen un vínculo laboral estable.
- ⊗ Salud física: se ha comprobado que el riesgo de cometer intentos de suicidio es mas frecuente en pacientes que tienen dolor crónico, que se han sometido a una cirugía mayor recientemente, que poseen una enfermedad crónica o que están en etapa Terminal.

Hay que considerar también el registro de datos que indican la influencia de los medios de comunicación sobre la conducta de los suicidas donde se muestra que las noticias de suicidios que aparecen en los medios de comunicación pueden conducir a algunas personas a imitar esos actos por lo que en varias instancias y a nivel mundial la OMS solicita a los medios de comunicación, demostrar sensibilidad a la hora de informar sobre estos temas con el fin de que puedan contribuir a la reducción de las conductas suicidas; es importante además considerar que al menos el 75% de las personas que piensan en suicidarse dan aviso sobre este hecho especialmente en momentos en los que se encuentra bajo estrés emocional.

Sin embargo al tratar los factores desencadenantes de actos suicidas se debe hablar también de factores protectores que eviten este hecho y es así que tenemos la necesidad de fortalecer la autoestima, relaciones sociales favorables en especial con los familiares, amigos cercanos y grupos sociales, fortalecer las relaciones de pareja, además de la identificación temprana trastornos mentales y su adecuado tratamiento como una estrategia preventiva, lo cual podría darse facilitando el acceso a los centros de salud y a los profesionales de manera adecuada, así también el mejoramiento de la atención primaria y la formación de personal sanitario para tratar este tipo de casos,

además de intervenciones de tipo psicosociales entre otras estrategias. Por ello tanto a nivel local como en otras regiones del país y del mundo se han empezado a desarrollar varios proyectos de abordaje y tratamiento del suicida con el fin de evitar el incremento de estas conductas tan evidentes en este año.

Entre otros factores de protección del suicidio, Pérez Barreno (2001) menciona los siguientes:

- Crear confianza en sí mismo, mediante una re-educación que destaque los éxitos personales, creando sentimientos de autoseguridad, mientras se sacan experiencias positivas de los fracasos.
- Desarrollar habilidades para enfrentar situaciones de acuerdo a las capacidades personales.
- Fortalecer la capacidad de autocontrol sobre su propio futuro
- Poseer y desarrollar una buena adaptación, responsabilidad, persistencia, perseverancia en las metas o trabajos emprendidos o que se llevan a cabo, y renunciar cuando sea necesario, desarrollando además una inteligencia y habilidades para resolver conflictos.
- Mantener una razonable calidad de ánimo y de los niveles de actividad.
- Reconocer cuando buscar ayuda y consejos en momentos difíciles.
- Estar integrado socialmente y tener criterio de pertenencia, no sólo de los grupos sino también lograr una auténtica identidad cultural.
- Emplear el tiempo libre de una manera sana y adecuada, evitar el consumo de sustancias adictivas.
- Aprender a posponer las gratificaciones inmediatas por aquellas a largo plazo que arrojen resultados duraderos.
- Saber expresar a personas confiables aquellos pensamientos dolorosos, desagradables y muy molestos, incluyendo las ideas suicidas u otras, por muy descabelladas que pudieran parecer.
- Conocer los lugares o Instituciones que brindan atención en Salud mental, como las consultas de consejería, de psicología o psiquiatría, las unidades de intervención en crisis, los servicios médicos de urgencia, etc.
- Educar y concientizar a las personas desde las etapas de adolescencia para acudir a estos servicios cuando sea necesario; para esto es importante tener una aceptación de la enfermedad mental como un tipo de trastorno similar a otras afecciones crónicas no transmisibles, evitando la estigmatización y las actitudes de rechazo hacia quienes las padecen.

1.3 Suicidio y Depresión

Stengel (1987) destacan a Freud, quien ya consideraba que el estudio de la “melancolía” podría ayudar a encontrar respuestas para entender la conducta suicida, observó además que todo acto de agresión contra sí mismo esconde un grado de agresión contra los demás, pudiendo interpretarse como un acto de venganza en el cual el suicida busca responsabilizar a otra persona de su muerte. Lo que Freud denominaba “enfermedad de la melancolía” es lo que actualmente conocemos como depresión, y era ya calificado como el trastorno mental con más alto riesgo de suicidios.

Según el Manual de Diagnóstico Estadístico de la Enfermedades Mentales -DSM-IV- (2002), existe una clasificación de la depresión que está dada de acuerdo a su frecuencia de presentación, es decir si tiene un episodio único o si estos son recurrentes o persistentes; y así mismo pueden ser leves, moderadas o severas. Dentro de los criterios diagnósticos de la depresión, las ideaciones suicidas están directamente relacionadas con este trastorno del ánimo, así la conducta auto destructiva se da en gran parte de pacientes depresivos, en especial cuando ésta se encuentra en un grado moderado o severo. Según Aaron Beck (2003) los pensamientos suicidas existen en la tercera parte de los pacientes con depresión moderada y en cerca del 75% de las personas con depresión severa, de los cuales al menos el 5% consigue su objetivo.

Estas ideas se deben principalmente a que la persona siente desesperanza, tiene una visión predominantemente pesimista, le resulta difícil considerar episodios positivos de su vida, considera que la muerte es la mejor solución a sus problemas ya que él mismo puede considerarse un problema, David Burns (2005) afirma que incluso los niños que sufren la separación maternal pueden desarrollar un síndrome depresivo que puede desencadenar una muerte por inanición autoimpuesta.

Entonces, es importante considerar que existen diferencias entre los pacientes depresivos y los pacientes suicidas, así la persona que sufre depresión tiene una visión negativa y distorsionada de sí mismo, del entorno y del futuro; en tanto que las personas con conductas suicidas tienen un alto grado de desesperanza y frustración, son incapaces de ver otras alternativas a sus problemas y consideran que la muerte es la mejor solución.

Beck y Arthur Freeman (1995) plantean la suposición de que el componente genético en el suicidio puede implicar una tendencia no solo a la depresión sino también hacia la conducta impulsiva, por lo tanto, entre la depresión y el suicidio existe una alta correlatividad (especialmente cuando la depresión es moderada o severa), pero no todas las personas que sufren depresión van a necesariamente tener conductas autolesivas, por lo tanto depresión no es sinónimo de suicidio, y para que se de este hecho usualmente la persona se encuentra mas bien en un estado de desesperanza.

1.4 Suicidio y Trastornos de personalidad

Es importante reconocer que la personalidad es la síntesis de todos aquellos elementos que participan en la formación mental del individuo y le dan una identidad propia, es el resultado de una interacción entre lo genético y la constitución psicofisiológica, de los componentes instintivo-afectivos alimentados por la sensopercepción y sus formas de reacción y adaptación a las nuevas experiencias del individuo.

Beck y A. Freeman (1995) toman de Cloninger el extracto de su definición de la personalidad como *una organización dinámica de los diferentes sistemas psicobiológicos del individuo que permiten modular la adaptación a la experiencia*. La organización de la personalidad se da mediante la maduración neurobiológica, las experiencias tempranas, las relaciones interpersonales, las experiencias afectivas, los mecanismos de identificación y la incorporación de las normas sociales, por lo que la conducta es el resultado complejo de la interacción de factores genéticos y ambientales entre los cuales podemos destacar el estrés psicológico provocado por el maltrato en todas sus formas y que incluso podrá desencadenar un trastorno de personalidad cuando este abuso se ha dado en etapas muy tempranas de la vida y durante un tiempo prolongado.

Además los componentes de la personalidad: carácter y el temperamento, son considerados así: el carácter es poco heredado y esta influido por el aprendizaje sociocultural cuyo desarrollo se da en la infancia y alcanza su madurez en la edad adulta, su sustrato biológico corresponde al neocortex y al hipocampo y está enfocado a la consecución de metas, los valores y su conservación y a la capacidad de insight además de que posee la capacidad de modificar al temperamento y permite al individuo aprovechar lo útil de su herencia; en cambio el temperamento es heredado y

se basa en las emociones, su proceso de desarrollo se mantiene durante toda la vida del sujeto y no se ve influenciado por el aprendizaje sociocultural, su sustrato biológico se encuentra en el sistema límbico y el cuerpo estriado y sus variantes son heredadas en un 50%, esta definido además como las respuestas asociativas de tipo automático a los estímulos emocionales básicos que originan la formación de hábitos, desarrollan nuestras habilidades e influye en nuestra actividad voluntaria predisponiendo nuestras actitudes.

Por ello podemos ver que los trastornos de personalidad se pueden producir por una serie de factores ya sean genéticos, constitucionales, ambientales, culturales y de maduración, es de esta manera que se puede encontrar que las personas que han presentado conductas autolíticas muchas veces han exhibido rasgos predominantes de personalidad e incluso trastornos de personalidad que los han llevado a realizar este tipo de conductas. El trastorno de personalidad más frecuente encontrado en los pacientes con conductas suicida es el trastorno límite o fronterizo, Freeman (1995) sugiere que los pacientes que manifiestan rasgos de los trastornos de personalidad antisocial y límite tienen más riesgo de cometer suicidio, del mismo modo, los individuos fuertemente dependientes pueden tener más riesgo de ejecutar la conducta suicida durante los episodios de depresión.

Dentro de los criterios del trastorno límite de la personalidad considerados en el DSM-IV se puede observar que uno de estos se refiere directamente a la conducta autolítica; así mismo las personas con trastorno antisocial presentan conducta agresiva, la misma que puede ser dirigida al exterior o a sí mismo; estas dos personalidades tienen dentro de sus criterios diagnósticos un comportamiento impulsivo. Así también encontramos que para A. Beck (2003) los pacientes disfóricos y que poseen trastornos de personalidad por lo general intentan suicidarse y un número significativo de ellos consuman la acción suicida, pocas son las personas que presentan un trastorno de personalidad definido pero suele ser frecuente la presencia de rasgos característicos del Grupo B de la clasificación de los trastornos de personalidad del DSM-IV.

Vale recordar que el estudio de la personalidad ha sido tratado por el hombre desde hace mucho tiempo y por ello su definición ha variado no solo de manera temporal sino que también según las diferentes escuelas psicológicas y las corrientes del pensamiento en la medida en la que predominan las visiones biológicas, psicológicas, humanistas y existenciales.

Resumen:

- El suicidio es el acto voluntario y consciente de quitarse la vida y cuando la muerte no se produce se considera como intento de suicidio.
- Tanto el suicidio como los intentos de suicidio están presentes a la par de la existencia humana, por lo que varios autores han tratado de clasificarlos con el fin de comprender este fenómeno.
- Es un hecho que se da a nivel mundial y no es excluyente de los países menos desarrollados y de las diferentes clases sociales.
- Quienes intentan suicidarse ven en esta acción una salida a sus problemas sin que exista un único motivo en común, habiendo una acumulación de varios factores estresores o conflictos a los que no pueden encontrar una solución adecuada.
- El suicidio es la tercera causa de muerte de adolescentes y jóvenes adultos a nivel local y la octava causa de muerte a nivel de todas las edades.
- La tasa de suicidio a nivel local por cada 100 mil habitantes al año es de 4.4:1 en relación varón/mujer, mientras que las tentativas de suicidio es de 3:1 en relación mujer/varón.
- En Cuenca el número de intentos de suicidio por cada 100 mil habitantes es 4.1 según el INEC.
- El suicidio y el intento de suicidio son provocados por factores neurobiopsicosociales por lo que en muchos casos la psicoterapia debe acompañarse con un tratamiento farmacológico.
- Pese a que la depresión se encuentra estrechamente relacionada con el suicidio es importante mencionar que no todas las personas con depresión intentan suicidarse.
- Los trastornos o rasgos de personalidad más frecuentes en personas que han presentado conductas autolíticas son los límites, antisociales, fuertemente dependientes y en algunos casos de pacientes con trastornos de personalidad histriónica.

CAPÍTULO 2

TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL

El fundamento de la Terapia Cognitivo Conductual probablemente ha sido utilizado desde mucho tiempo atrás ya que existen varios autores quienes se han referido a la importancia que tienen los pensamientos sobre la conducta de los pacientes. Sin embargo, es Aaron Beck el primero en plantear este modelo como Terapia, cuya premisa fundamental se basa en que la conducta y el afecto están determinados básicamente por la manera individual que cada persona percibe y estructura el mundo, y no por la situación en sí, es decir, por la interpretación que un individuo da a una situación determinada y no por la situación en sí. A más de este apoyo teórico, Beck plantea un modelo estructurado para el desarrollo de la psicoterapia y exige un trabajo no solo a nivel de los pensamientos sino también a nivel conductual por medio de la utilización de técnicas cognitivas y conductuales con el fin de que el trabajo terapéutico sea realizado en forma activa por el paciente, y que de esta manera sea aprendido por el mismo.

“La Terapia Cognitivo Conductual es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psíquicas como por ejemplo la depresión, la ansiedad, las fobias, problemas relacionados con el dolor, etc.” (Beck, 2003, Pág.13). El modelo cognitivo conductual trabaja principalmente sobre la forma en que las personas estructuran o interpretan determinadas situaciones y es así que estas interpretaciones se ven reflejadas en los llamados pensamientos automáticos que surgen de las creencias nucleares, y las que a su vez constituyen los esquemas cognitivos que se encuentran profundamente arraigados en la persona, y desembocan en una reacción o respuesta que generalmente es la que causa el conflicto.

Para entender de mejor manera, Obst Camerini (2005) explica que según Nelly (1995) en el campo de la psicopatología es considerado como esquema a un conjunto de estructuras que tienen un tipo de contenido cognitivo idiosincrásico y personalizado, siendo básicamente estructuras de pensamiento que nos sirven para funciones de supervivencia, tienen un origen genético, por lo que son llamadas como tendencias

innatas pero a la vez se ven influenciados por la cultura, experiencias infantiles, aprendizaje social y el desarrollo del entorno. Es decir en otras palabras los esquemas están constituidos por la suma de creencias nucleares.

Las *creencias nucleares* vienen desarrollándose desde la infancia de tal manera que son prácticamente consideradas como “verdades absolutas” y de las cuales casi no se tiene conciencia a pesar de que se las expresa frecuentemente en la forma de interpretar los acontecimientos, consisten en evaluaciones interpretativas de sí mismos, del entorno y del futuro. A su vez, estas creencias se ven reflejadas en los pensamientos automáticos, llamados así porque son pensamientos rápidos, evaluativos y espontáneos que surgen frente a un acontecimiento determinado y que son capaces de producir una respuesta emocional.

De esta forma el autor, manifiesta que causas orgánicas o genéticas combinadas con experiencias vividas, el entorno o el aprendizaje social pueden causar disfuncionalidad en los esquemas, desplazando así y probablemente inhibiendo otros esquemas que podrían ser más adaptativos o apropiados ante determinadas situaciones. La disfuncionalidad de estos pensamientos se evalúa en razón de la validez, es decir, su ajuste con la realidad; y de la utilidad o consecuencia de los mismos. Es así que “Un pensamiento puede ser disfuncional por uno o más de los siguientes criterios.

- No coinciden con los hechos observables (realidad).
- Aunque se ajustan a la realidad en la observación, incluyen conclusiones erróneas.
- Generan consecuencias disfuncionales, indeseables o que dificultan o impiden el logro de los objetivos de la persona.” (Obst Camerini 2004, Pág. 69)

Sin embargo según Freeman y Reinecke (1995), las distorsiones cognitivas también pueden ser positivas cuando por ejemplo el individuo distorsiona la vida de una forma irrealmente positiva llegando incluso a poner en riesgo su propia vida, como por ejemplo: una persona enferma que no visita al médico diciendo que es una persona muy sana y que ya se le ha de pasar. Es por ello que el modelo cognitivo conductual denomina distorsiones cognitivas a todos los supuestos basados en creencias irracionales.

El objetivo del modelo cognitivo conductual esta enfocado en el reconocimiento y análisis entre el paciente y el terapeuta de las distorsiones cognitivas, identificación de

pensamientos automáticos y creencias nucleares irracionales; para lo cual se utilizan técnicas cognitivas y/o conductuales ya estructuradas con el fin de generar una modificación en dichos esquemas para conseguir una respuesta más adaptativa frente a la misma situación. Sin embargo, es importante recordar que este modelo de terapia, no descarta el papel de las emociones, sino más bien afirma que la respuesta emocional de los individuos está mediada por su percepción de la situación, es decir por sus pensamientos ante la misma.

Para Beck (2003) la finalidad de la Terapia Cognitiva Conductual consiste en intentar clarificar los pensamientos o creencias que mantienen patrones de conducta y sentimientos mal adaptativos en el paciente. Freeman y Reinecke (1995) afirman que dentro del modelo cognitivo conductual se consideran el afecto, la conducta, los procesos psicológicos, los hechos ambientales y las cogniciones como componentes interactivos que influyen recíprocamente unos sobre otros, estos componentes se suceden a lo largo del tiempo. Por lo tanto la modificación de los esquemas resulta difícil y es importante que el terapeuta tome en cuenta la correlación entre los factores conductuales, cognitivos y afectivos. Así, la estrategia general de la psicoterapia cognitiva se puede diferenciar del resto de escuelas por su énfasis en la investigación empírica de los pensamientos, inferencia, conclusiones y supuestos automáticos del paciente.

Otra de las características de este modelo es que da importancia a los problemas del “aquí y ahora”, trabajando únicamente sobre los acontecimientos del pasado si estos afectan a la vida actual; su interés está dirigido al paciente y no a la enfermedad, el terapeuta es alguien que escucha y no juzga. Sin embargo, también existen limitaciones, entre ellas que no puede ser utilizada para el tratamiento de pacientes con trastornos psicóticos ni con pacientes mayores de 50 años o de bajo nivel cultural ya que estos tienen esquemas cognitivos prácticamente inmodificables.

2.1 La Terapia Cognitivo Conductual y Depresión

Beck (2003) explica que en observaciones clínicas sistemáticas y de investigación experimentales se ha observado que en el paciente depresivo existe un sustrato psicológico asentado en tres premisas básicas que consisten principalmente en una visión negativa hacia sí mismo, su entorno y su futuro, a lo que denomina *tríada cognitiva*, y de la cual se tiene como resultado los demás síntomas y signos de la

depresión. De esta manera el comportamiento del individuo esta basado en estas creencias irracionales, llegando a percibir las como si en realidad sucedieran los hechos. “Al desencadenarse la depresión (sea debido a presiones psíquicas o a cualquier desequilibrio bioquímico, a la estimulación del hipotálamo o a cualquier otro agente), se activa un conjunto de estructuras cognitivas alteradas que se desarrollan en un momento temprano del desarrollo.” (Beck, 2003, Pág. 27)

Según Beck (2003) el paciente depresivo presenta las siguientes características:

- a.** Mantiene patrones cognitivos que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, a su futuro y a su entorno de un modo indebidamente negativo, lo que se conoce como triada cognitiva: el paciente se considera inútil o carente de valor y afecto, tiende a concentrarse en sus experiencias negativas e incluso a exagerar esta visión al respecto, si se les proporciona alternativas positivas incluso puede buscar la manera de verlas de una forma negativa, ve a los demás como críticos, piensa que va a ser rechazado y así mismo piensa que su futuro le va a traer más dolores, frustraciones y puede no ver soluciones, a su vez actúa también de forma negativa, pudiendo llegar incluso a conductas autodestructivas considerándolas como única salida a sus problemas irresolubles o a una situación que ya no soporta más.

- b.** El paciente depresivo mantiene esquemas cognitivos disfuncionales que le provocan dolor, incluso aunque exista evidencia de factores positivos en su vida. Estos esquemas pueden permanecer latentes durante un largo período de la vida y activarse cuando la persona se enfrenta a acontecimientos ambientales específicos, en un inicio puede existir cierta objetividad y capacidad para observar los pensamientos, pero a medida que la depresión aumenta los pensamientos disfuncionales llegan a dominar al paciente de tal forma que aún sin haber correlación entre las situaciones reales y las interpretaciones erróneas, las emociones negativas del paciente se hacen cada vez más absolutas, llegando a ser extremadamente difícil concentrarse en estímulos externos. En pacientes depresivos los esquemas cognitivos se centran frecuentemente en temas específicos de vulnerabilidad a la pérdida y al abandono y a su incapacidad o desmerecimiento de amor.

c. Los pacientes depresivos tienden a interpretar los estímulos o respuestas basados en un procesamiento de la información erróneo, teniendo entre los más conocidos los siguientes:

- ✓ Magnificación – minimización: magnificar lo malo y minimizar lo bueno.
- ✓ Abstracción selectiva: valorar las situaciones o el entorno solo en base a una persona, hecho o acontecimientos, el mismo que suele ser negativo.
- ✓ Pensamiento dicotómico: valorar las cosas en los dos extremos opuestos “todo o nada”, “blanco o negro”.
- ✓ Personalización: todo lo que sucede en el entorno está dirigido hacia ellos. Actitud paranoica.
- ✓ Arbitraria inferencia: análisis superficial de las cosas que lleva a una conclusión negativa aunque no exista evidencia de ella o incluso siendo contraria.
- ✓ Sobregeneralización: elaborar reglas generales o conclusiones basados en un solo hecho, y aplicarlas a situaciones relacionadas o no al mismo.

Al parecer, según los estudios de Beck los pacientes depresivos tienden a estructurar sus pensamientos de un modo bastante primitivo o inmaduro, de lo cual resultan los pensamientos extremistas, negativos, categóricos, absolutistas, etc., y por lo tanto la respuesta emocional tiende a ser de la misma forma. Se lo califica como pensamiento primitivo debido a que existe otro que es más adaptativo acorde a la situación, y es así que estos pensamientos primitivos se caracterizan por su forma:

- No dimensional y global.
- Absolutista y moralista.
- Invariable.
- Diagnóstico basado en el carácter.
- Irreversible.

El modelo cognitivo conductual ofrece una hipótesis que considera que estos pensamientos pueden estar basados en experiencias tempranas de las cuales surgen conceptos negativos sobre sí mismo, el entorno y el futuro, y que predisponen a la aparición de la depresión, especialmente cuando el sujeto se enfrenta a circunstancias equivalentes a las que fueron responsables de la formación de dichas actitudes. La depresión no se da frente a situaciones desagradables de la vida, sino más bien se activa en personas que están especialmente sensibilizadas a responder de esta forma debido a la naturaleza de su organización cognitiva.

En los pacientes depresivos, sin considerar su grado de depresión, existen distorsiones cognitivas que en comparación con otras personas, o incluso a ellos mismos cuando no están en estado depresivo les parecen improbables, ante lo cual propone que “cuando el paradigma personal del paciente ha sido invertido y ajustado a la realidad, la depresión desaparece.” (Beck, 2003, Pág.28). Además según el mismo autor en los pacientes depresivos tenemos entre las distorsiones más comunes a las siguientes:

- Razonamiento emocional: adoptar emociones como prueba de las cosas. “yo siento, por lo tanto yo soy”.
- Afirmaciones de “debería”, “debo”, “tengo que”.
- Calificación y descalificación: crear una identidad negativa basada en los errores.
- Personalización: tomar hechos que no tienen nada que ver con uno mismo y hacerlos personalmente significativos.
- Falacias sobre el control: pensamiento dicotómico. “Si pierdo el control sobre el más mínimo intervalo perderé siempre el control”, por lo que el individuo se encuentra siempre a la defensiva.
- Pensamiento comparativo: se comparan con otros y normalmente resultan menos atractivos, inteligentes, competentes. Se carece de la autoestima o de la confianza salvo que se compare con otros.
- Descalificar lo positivo: “sí pero...”
- Las falacia de la justicia: mantienen la idea de que el mundo debería ser justo y que las cosas buenas llegan a quien las espera (o sufre) siendo esta la base de sus dificultades.
- Rotulación: “Etiquetar”. “Yo soy así y no puedo cambiar” o “por eso me comporto de esta manera”.
- Lectura de la mente: Adivinar lo que piensan los demás.
- Visión en túnel: incapacidad para ver solución a los conflictos.
- Filtro mental: “Abstracción selectiva”: seleccionar solo una parte de los acontecimientos, generalmente lo negativo.

Se habla también sobre la vulnerabilidad de control que cada individuo tiene frente a los acontecimientos, así, si existe poco control para el manejo de los estresores, pueden surgir pensamientos como “no puedo”, los que se van acumulando y de esta forma ver a la muerte como la mejor salida, en tanto que una persona con menor vulnerabilidad tendrá mayor capacidad de respuesta y de resolución ante los

conflictos. Freeman y Reinecke (1995), afirma que entre los diferentes factores de vulnerabilidad tenemos:

- ✓ Enfermedad aguda.
- ✓ Enfermedad crónica.
- ✓ Envejecimiento.
- ✓ Pérdida personal.
- ✓ Hambre.
- ✓ Soledad.
- ✓ Fatiga.
- ✓ Nuevas circunstancias.
- ✓ Dolor crónico.
- ✓ Capacidad limitada de resolución de problemas.
- ✓ Abuso de sustancias.
- ✓ Agresividad.
- ✓ Escaso control de los impulsos.
- ✓ Reacciones al estrés postraumático.
- ✓ Vulnerabilidad psicológica.
- ✓ Vulnerabilidad neurológica.

A pesar de que la depresión especialmente en grado severo, conlleva casi directamente al suicidio, Beck (2003) afirma que en el paciente suicida existe un punto psicológico central: la desesperanza (o expectativas negativas generalizadas); así, en varios estudios se ha comprobado que es el sentimiento de desesperación o desesperanza los que conducen al suicidio y no la depresión en sí. Los resultados positivos obtenidos al emplear un método dirigido principalmente a esta desesperanza indican que la terapia cognitiva puede dar lugar a un rango de “efectos antisuicidas” mayor que el producido por la terapia farmacológica. Freeman y Reinecke (1995) consideran que la naturaleza activa, directiva, orientada a las metas, estructurada, colaboradora y de resolución de problemas de la terapia cognitiva la convierte en el modelo ideal para el tratamiento de crisis.

Además es importante recalcar que el tratamiento de una persona depresiva muchas veces puede verse beneficiado cuando se trabaja con el grupo familiar o con un amigo, de esta forma se somete a validez los pensamientos negativos que pueden existir tanto en el paciente como en sus familiares y se brinda apoyo a ambas partes, Beck (2003) afirma que existe una considerable variabilidad entre los pacientes

depresivos en cuanto al grado en que la depresión mejora o se agrava en función de otras personas.

2.2 La Terapia Cognitiva Conductual y Los Trastornos de personalidad

La terapia cognitiva aplicada a los trastornos de la personalidad considera una clasificación de las personalidades de la siguiente forma: “El grupo A, de trastornos descritos como “raros o excéntricos”, esta formado por los trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico. El grupo B incluye los trastornos: antisocial, límite, histriónico y narcisista, que son descritos como “dramáticos, emotivos e imprevisibles”. El grupo C comprende las personas “ansiosas o temerosas”, que pertenecen a las categorías de los trastornos por evitación, dependencia, obsesivo compulsivo y pasivo agresivo” (Beck y Freeman, 1995, Pág. 19).

Este modelo considera que es el procesamiento de la información y los tipos específicos de distorsión los que se vinculan a las características específicas de cada trastorno donde según sea el caso, predominan ciertas creencias y estrategias que forman un perfil característico y son esas estrategias las que pueden compensar o derivarse de experiencias del desarrollo, es decir, los diferentes tipos de personalidad, las que están definidos por determinados esquemas nucleares que pueden inferirse ya sea según los pensamientos automáticos del paciente, mediante el uso de la evocación de imágenes y la reactivación de experiencias traumáticas pasadas que pueden examinarse dentro del contexto terapéutico.

Estas estructuras cognitivas están organizadas jerárquicamente en categorías o grupos como dijimos anteriormente, donde una gran variedad de dificultades del paciente pueden subsumirse y estar influidas por un único o por varios esquemas; así, los esquemas cognitivos son determinantes de la conducta que a su vez se encuentra guiada por las normativas sociales, estos esquemas son también los que proporcionan las instrucciones que guían el manejo de la vida cotidiana o de contingencias especiales. De esta manera los sentimientos y las conductas disfuncionales se deben en gran medida a la función de ciertos esquemas que tienden a producir sistemáticamente juicios tendenciosos y una tendencia correlativa a cometer errores en cierto tipo de situaciones.

En el caso de los pacientes con trastornos de personalidad las creencias que poseen son mas pronunciadas que cuando no existe trastorno, por esta razón se suelen presentar conductas repetitivas en algunas situaciones y a su vez los esquemas inadaptados típicos de los trastornos son provocados por muchas situaciones, manteniendo así un carácter compulsivo difícil de controlar o modificar, ya que cuando ciertos esquemas cognitivos son hipervalentes, el umbral para la activación de los subesquemas constitutivos es bajo, poniéndose en marcha con mucha facilidad ante un estímulo remoto o trivial.

Es conocido que las personas no ceden a todos los impulsos lo cual resulta provocado por el “sistema de control” que opera conjuntamente con el sistema de acción para modular, modificar o inhibir los impulsos, estos sistemas tienen base en las creencias donde muchas suelen ser realistas y adaptativas, por eso para Beck y Freeman (1995) mientras los impulsos constituyen los “quiero”, las creencias representan los “hacer” o “no hacer”, pero cuando un individuo desarrolla un trastorno de la personalidad tiende a procesar la información selectivamente y de un modo disfuncional.

Los pacientes con trastornos de personalidad suelen ver las dificultades con las que se enfrentan ya sea en el trato con otras personas o no, como situaciones externas a ellos, pueden percibirlos como independientes de su propia conducta ya que no es fácil reconocer como llegaron a ser lo que son ni tampoco como pueden cambiarlo, en ciertos casos los pacientes suelen guardar silencio sobre sus trastornos de personalidad provocada por su dificultad de reconocimiento o porque aún reconociéndolos los niegan; así, es común que algunos pacientes busquen solo un tratamiento sintomático para los problemas agudos que pueden presentar; debido a esta razón es importante tener en cuenta que las metas del paciente pueden no ser las mismas del terapeuta, y son las del paciente el objetivo inicial del tratamiento, sin embargo es recomendable también considerar la posibilidad de actuar tanto sobre el síntoma como sobre los esquemas cognitivos erróneos.

Beck y Freeman (1995) afirma que según Martin y Slemon (1987) la eficacia de la terapia cognitiva en un momento dado depende del grado de acuerdo entre las expectativas del paciente acerca de sus metas en la terapia y las del terapeuta. Es importante además recordar que en algunos casos el paciente puede no estar dispuesto a cambiar porque lo que el terapeuta conceptualiza como un trastorno de personalidad y en general como un problema para el paciente ha resultado funcional en varias situaciones vitales pese a tener un coste personal.

Esta dificultad de cambio muchas veces se debe a que su forma de actuar está apoyada por el sistema y resulta muy difícil adoptar un nuevo paradigma, además “suele suceder que la gente encuentra modos de adaptarse y extraer beneficios a corto plazo con esquemas fundamentalmente desviadores que a largo plazo restringen o limitan su capacidad para enfrentarse a los desafíos de la vida” (Beck y Freeman, 1995, Pág. 35). Es por esta razón que muchas veces el tratamiento psicoterapéutico genera en el paciente ansiedad y algunas veces resistencia, ya que “se le pide al paciente que renuncie a lo que es y a como se ha definido el paciente a sí mismo durante su vida lo cual le significa al paciente en un territorio nuevo y extraño” (Beck y Freeman, 1995, Pág. 36).

El tratamiento de los trastornos de la personalidad que propone el modelo cognitivo conductual comparte con los psicoanalistas la idea de que el tratamiento en estos casos suele ser más productivo si se identifican y modifican los problemas nucleares, sin embargo para la escuela psicoanalítica éstos son inconscientes y de difícil acceso, mientras que para la escuela cognitiva estos esquemas son en gran medida conscientes y pueden resultar accesibles si se brinda al paciente un entrenamiento adecuado. Beck y Freeman (1995) plantean tres posibilidades conceptuales para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos de personalidad en cuanto permiten un cambio en los esquemas y son: la reconstrucción, la modificación y la reinterpretación esquemática.

La facilidad con la que los pacientes aceptan sus creencias condicionales durante la depresión o un trastorno de ansiedad sugiere que han perdido temporalmente la capacidad para someter sus interpretaciones disfuncionales a prueba de realidad por lo que la terapia cognitiva, entre otras cosas, apunta a reactivar el sistema de la prueba de realidad. En la terapia las creencias antiguas que forman la base del trastorno de la personalidad suelen ser las más difíciles de cambiar.

2.3 La Terapia Cognitiva Conductual: Técnicas

Beck (2003) afirma que la Terapia Cognitiva Conductual se diferencia de la terapia convencional en dos aspectos: la estructura formal de las sesiones y el tipo de problema en el que se centra, ya que este modelo propone la continua actividad e interacción con el paciente. El terapeuta estructura la terapia según un diseño

específico, proceso en el cual también puede participar el paciente, sin embargo en los casos de depresión, debido al mismo ánimo del paciente el terapeuta le ayuda a organizar sus pensamientos y su conducta con el fin de hacer frente a las exigencias de la vida cotidiana, ya que la preocupación e inestabilidad del paciente no solamente dificulta el proceso sino que también el hacer introspección puede provocar que sus preocupaciones e ideas perseverantes se vean agravadas.

El principal objetivo de la psicoterapia cognitiva conductual es investigar los pensamientos y sentimientos durante la sesión terapéutica y también entre sesiones; así la práctica de las técnicas cognitivo conductuales ayuda a que el paciente afronte ulteriores depresiones e incluso sea capaz de evitarlas, “su objetivo es delimitar y poner a prueba las falsas creencias y los supuestos desadaptativos específicos del paciente” (Beck, 2003, Pág.13). Este tipo de intervención y las técnicas que se proponen son útiles tanto para la depresión como para los trastornos de la personalidad, aunque las creencias nucleares puedan variar.

Beck, afirma además que la finalidad de la terapia es la de mitigar las alteraciones emocionales y otros síntomas presentes en el paciente, se centran en las interpretaciones erróneas y conductas contraproducentes o conductas inadecuadas del mismo, por lo que es importante que el terapeuta este alerta y preste atención a las ocasiones en las que se producen intensificaciones de las emociones negativas en el paciente con la finalidad de empatizar con las experiencias emocionales dolorosas del paciente y de identificar las cogniciones inadecuadas, es importante también tener clara la diferencia y los límites entre pensamientos y sentimientos negativos; a su vez, estar alerta a señales de diversión y satisfacción por más pequeñas que estas sean, ayuda a fomentar las emociones agradables.

Sin embargo, aunque este modelo terapéutico se refiera a los pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas como característicos de la depresión y de otros trastornos como los de personalidad, considera también que es necesario tener en cuenta la predisposición hereditaria, aprendizaje inadecuado, trastornos bioquímicos, lesiones cerebrales, etc., que hacen necesario que esta psicoterapia sea acompañada con farmacoterapia para una mayor efectividad y mejor funcionamiento del paciente.

En los casos de depresión generalmente la terapia consta de 15 a 20 sesiones una vez a la semana, los casos más graves suelen adquirir sesiones más frecuentes y durante la última fase del tratamiento suelen ser más espaciadas; además se

recomienda “terapia de apoyo” una vez que haya finalizado el tratamiento, las mismas que se pueden llevar a cabo llegando a un acuerdo mutuo entre el paciente y el terapeuta.

El modelo cognitivo conductual busca principalmente ayudar al paciente a examinar la manera en la que construye y entiende su mundo (cogniciones) y a experimentar con nuevas formas de respuesta (conducta) para que así, los pensamientos irracionales puedan ser modificados a fin de promover una mejor adaptación. Las técnicas terapéuticas de este modelo están principalmente dirigidas a identificar y modificar las conceptualizaciones distorsionadas y las falsas creencias, mediante el aprendizaje y uso de las mismas buscando que el paciente aprenda a resolver sus problemas y enfrente aquellas situaciones que anteriormente consideraba insuperables, esto se consigue a través de una reevaluación y modificación de sus pensamientos, ayudándolo a que estos sean más realistas y adaptativos, y así reducir y eliminar los síntomas.

Beck (2003) considera que, el método consiste en experiencias de aprendizaje altamente específicas dirigidas a enseñar al paciente operaciones como:

1. Controlar los pensamientos (cogniciones) automáticos negativos.
2. Identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta.
3. Examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados.
4. Sustituir estas cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas.
5. Aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias.

La intervención terapéutica consiste primeramente en dar una explicación teórica sobre la terapia cognitiva, para posteriormente utilizar métodos de aprendizaje que permitan reconocer las cogniciones y analizarlas desde un punto de vista lógico con el fin de determinar su validez y valor adaptativo, involucrándolo en el incremento de la conducta positiva en contraposición al mantenimiento de la patología. Muchas veces estas técnicas son aprendidas por el paciente de tal forma que posteriormente pueden ser utilizadas sin la presencia del terapeuta. El modelo cognitivo a pesar de ser directivo busca también una participación activa por parte del paciente, de tal modo que es este último quien llega a la conclusión de la disfuncionalidad de sus pensamientos, sin embargo, como dijimos anteriormente, cuando se está trabajando con pacientes depresivos es el terapeuta quien inicialmente le ayuda a organizar su pensamiento y su conducta.

Entre las estrategias de intervención cognitiva conductual tenemos:

- a. Liberación de sentimientos y emociones:** hay que ser cuidadosos en la liberación de emociones ya que su sola liberación no va a provocar mejoría en el paciente, y en algunos casos podrá haber resistencia o incluso el síntoma podría agravarse. Es importante estructurar la sesión de modo que no se dedique todo el tiempo a la emocionalidad del paciente, especialmente cuando las reacciones emocionales de este son exageradas o están basadas en ideas irracionales, es importante animarle a explorar las actitudes que parecen estar generando los sentimientos exagerados. Las emociones liberadas pueden ser positivas o negativas y ambas son bien aceptadas.
- b. Preguntas socráticas:** buscan desarrollar mayor conciencia en el paciente.
- c. Planteamiento de hipótesis a tener en cuenta:** sirve para iniciar la conceptualización de los problemas dentro del marco cognitivo conductual.
- d. Señalar directamente áreas de dificultad:** especialmente en pacientes depresivos en los cuales la introspección resulta difícil e incluso dolorosa.
- e. Terapia Cognitiva Conductual acompañada de fármaco terapia y/o terapia de apoyo (grupo).**
- f. Clarificación y resolución de los esquemas disfuncionales:** los pensamientos y acciones suicidas están precipitadas frecuentemente por la frustración de las necesidades psicológicas del individuo: deseos de logro, afiliación o apoyo, nutrición, autonomía o gusto. Estas necesidades llegan a ser sobresalientes o importantes para un individuo en particular dependiendo de sus experiencias tempranas y tienden a reflejarse en los esquemas específicos.
- g. Evaluación de la depresión y del riesgo suicida.**
- h. El riesgo suicida se puede evaluar mediante**

Autoinforme: hace referencia a las muchas maneras en las que el paciente puede manifestar sus ideas suicidas, es decir, verbalizándolo directamente, o también se puede observar una conducta depresiva aunque el paciente niegue la idea suicida, o utilizando palabras que indiquen su estado anímico. Cualquiera de estas comunicaciones deben ser tomadas en cuenta y consideradas con la importancia necesaria para dar una atención rápida; incluso las descripciones vagas y generales deben configurarse como afirmaciones y pensamientos específicos.

Es también conveniente pedir al paciente que complete una o más escalas de autoinformes depresivos ya que estas pueden proporcionar información de síntomas que el individuo pasaba por alto, en estas escalas no solamente es importante la puntuación cuantitativa, sino que también es necesario considerar las respuestas cualitativamente buscando los aspectos que puedan estar provocando crisis en el paciente.

Informes de otros significativos: no siempre es posible pero los familiares y/o amigos pueden dar datos históricos referentes a la cronicidad del pensamiento o conducta suicida, duración del problema, historia familiar de depresión y suicidio y la forma de manejo previamente usada para la depresión por parte del paciente. Es recomendable también preguntar a los parientes cómo se sienten con respecto a la situación. La minimización o negación por parte de los otros significativos representa un obstáculo potencialmente serio para el progreso terapéutico, especialmente con niños y adolescentes. También se deben observar puntos de conflicto que pueden ser generadores de la crisis y mantenerse activos, la capacidad de la familia como fuente de apoyo, la falta de cohesión familiar u otro tipo de dificultades dentro de la familia y que pueden ser de riesgo para el paciente.

Entrevistas y valoraciones del terapeuta: consiste en la observación general del estado mental y anímico del paciente, mediante preguntas que buscan analizar el riesgo, la intención, el acceso y la motivación a las conductas autodestructivas; se busca también factores precipitantes y la historia familiar del paciente, estos datos pueden ayudar a conceptualizar de mejor manera el problema del paciente y finalmente realizar el plan de tratamiento. Es importante además observar el lenguaje corporal, el nivel de actividad en la

entrevista, comparado con el que manifiesta en casa, el tono de voz, los silencios, el contenido del informe, ansiedad, etc.

Datos de pruebas objetivas: es útil también la aplicación de test, actualmente existen escalas específicas correlacionadas con la conducta suicida, entre ellas tenemos: Escala de intencionalidad suicida, Escala de Desesperanza. La Escala de Depresión también nos puede resultar útil; sin embargo otro tipo de pruebas como las proyectivas no nos brinda mayor información sobre la ideación suicida.

Preguntar directamente sobre las ideas suicidas puede ser riesgoso ya que el paciente puede sentirse reafirmado. Es importante también saber distinguir posibles rasgos o trastornos de personalidad, de esta manera se pueden integrar los datos históricos y de la vida cotidiana para clarificar los factores que se han combinado y han colocado a la persona en situación de riesgo. A corto plazo, se trata de lograr que el paciente crea en la idea de “la vida merece la pena”, “la muerte no es una alternativa razonable” y “los problemas pueden resolverse”.

Las técnicas cognitivas conductuales ofrecen una amplia gama de alternativas para el manejo de los pacientes suicidas entre las cuales podemos citar:

Tabla #4

TÉCNICAS COGNITIVO CONDUCTUALES APLICADAS A LA CONDUCTA SUICIDA	
COGNITIVAS	CONDUCTUALES
1. Comprensión del significado idiosincrásico	a. Programación de actividades
2. Cuestionar las pruebas	b. Valoraciones de dominio y de placer
3. Reatribución	c. Asignación gradual de tareas
4. Examen de las opciones y alternativas	d. Entrenamiento en habilidades sociales y asertividad
5. Descatastrofizar	e. Terapia de rol play
6. Consecuencias fantaseadas	f. Bibliografía
7. Ventajas y desventaja	g. Ensayo conductual
8. Proceso de convertir la adversidad en ventaja	h. Relajación / meditación
9. Clasificar las distorsiones	i. Exposición en vivo
10. Asociación/ descubrimiento guiado	j. Biofeedback
11. Exageración o paradoja	
12. Graduación	
13. Eliminar la imaginación	
14. Externalización de las voces	
15. Ensayo Cognitivo	
16. Autoinstrucción	
17. Bloqueo de pensamientos	
18. Focalización	
19. Enfrentamiento directo	
20. Desarrollo de la disonancia cognitiva	

TABLA 4: Técnicas Cognitivo Conductuales Aplicadas A La Conducta Suicida

FUENTE: A. Freeman y M.A. Reinecke; Terapia Cognitiva Aplicada a la Conducta Suicida, Biblioteca de Psicología; Pág. 98-99

Descripción de las técnicas:

1. Comprensión del significado idiosincrásico: es importante para el terapeuta pedir al paciente una clarificación de las palabras que éste usa debido a la diversidad de significados que tienen las palabras y a que no puede estar seguro de lo que el paciente quiere decir cuando usa palabras como “deprimido”, “suicida” o “ansioso” entre otras, por lo que es fundamental preguntar directamente al paciente sobre lo que quiere decir en sus verbalizaciones.

2. Cuestionar las pruebas: consiste en examinar el grado en el que el pensamiento se apoya en pruebas disponibles y si otra interpretación correspondería mejor con las pruebas. Esta técnica considera el hecho de que las personas prestan atención selectiva a las pruebas que confirman sus ideas y creencias por lo que es fundamental enseñar al paciente a cuestionar las pruebas que usa para fortalecer sus ideas y creencias, es por esto que es necesario también examinar las fuentes de los datos. Su objetivo es lograr que el paciente cuestione todas sus evidencias.
3. Reatribución: una afirmación común en los pacientes depresivos suele ser “todo es culpa mía” lo cual con frecuencia se escucha en situaciones difíciles y aunque no debe negarse su parte de responsabilidad, resulta improbable que una sola persona sea totalmente responsable de aquello que no funciona. Esta técnica ayuda a distribuir al paciente la responsabilidad entre todas las pruebas relevantes.
4. Examen de las opciones y alternativas: los pacientes suicidas son los ejemplos mas claros de personas que creen haber perdido todas las opciones o que consideran que sus opciones y alternativas son tan limitadas y escasas que la muerte es la mas fácil de tomar. Esta estrategia implica trabajar con los pacientes para generar opciones adicionales y es por esto que se debe considerar al suicidio como una opción para el paciente a quien el terapeuta deberá ayudar a generar otras opciones.
5. Descatastrofizar: si el paciente considera una situación como una potencial catástrofe el terapeuta puede ayudarle a evaluar si está sobrestimando la naturaleza catastrófica de la situación. En esta técnica se puede ayudar al paciente a que no vea la consecuencia de sus acciones como todo o nada y por lo tanto las llegue a ver de forma menos catastrófica.
6. Consecuencias fantaseadas: se pide a los pacientes que imaginen una situación y que describan las imágenes y los problemas concomitantes así mientras describen sus problemas pueden percatarse de la irracionalidad de sus ideas; si las consecuencias fantaseadas son razonables y probables, el terapeuta podrá trabajar con el paciente para evaluar el peligro con realismo y desarrollar estrategias de manejo. Esta técnica funciona animando a los pacientes a traer a consulta los sucesos imaginarios que se han producido en

el pasado o que se podrán presentar en el futuro, haciendo que trasladen la fantasía a la realidad mediante verbalizaciones.

7. Ventajas y desventajas: haciendo que el paciente realice una lista con las ventajas y desventajas de mantener una creencia o conducta particular, así como las ventajas y desventajas al modificarlas, con ello se puede ayudar al paciente a lograr una perspectiva más equilibrada, adaptativa y razonable.
8. Proceso de convertir la adversidad en ventaja: esta técnica considera la premisa de que para cada cosa que se pierde se gana otra importante, por lo que el terapeuta pide al paciente que busque las posibles consecuencias positivas de sus acciones y pensamientos. Para los pacientes depresivos es difícil buscar el lado positivo en una situación problemática pudiendo incluso señalar aspectos positivos percibiéndolos como negativos.
9. Clasificar las distorsiones: es la identificación de los errores propios de pensamiento, en estos casos los pacientes pueden encontrar útil clasificar las distorsiones cognitivas particulares que se advierten entre sus pensamientos automáticos.
10. Asociación/ descubrimiento guiado: mediante preguntas sencillas el terapeuta puede ayudar al paciente a examinar el significado que da a los sucesos. Esta técnica esta en oposición a la libre asociación que es básica dentro de un proceso psicoanalítico. El uso de esta técnica implica que el terapeuta sea capaz de trabajar con el paciente para conectar ideas pensamientos e imágenes mediante preguntas como: “y entonces que?” o “que prueba tenemos de que esto es verdad?”, lo que permite al terapeuta guiar al paciente a lo largo de diversas rutas según la conceptualización y las metas terapéuticas. Esta técnica puede emplearse para ayudar al paciente a identificar las presunciones y los esquemas subyacentes.
11. Exageración o paradoja: llevando una idea hasta su extremo, el terapeuta puede ayudar al paciente a moverse hacia una posición mas central sobre una creencia en particular, sin embargo, se debe tener cuidado para no insultar, ridiculizar o avergonzar al paciente. Esta técnica no debe utilizarse con ligereza ni con mucha frecuencia y además se debe considerar que algunos pacientes pueden ser hipersensibles a la crítica o al ridículo y pueden llegar a sentir que

se está haciendo bromas sobre sus problemas, por ello el terapeuta que realice esta técnica deberá tener en cuenta que es necesario tener una buena y fuerte relación profesional con el paciente, una buena temporalización y un buen sentido para saber cuando retirarse de la técnica.

12. Graduación: es particularmente útil para aquellos pacientes que poseen una visión dicotómica de las cosas ya que impulsa al paciente a ganar distancia y perspectiva. Como los pacientes suicidas se hallan en el punto de los pensamientos y conductas extremas, cualquier conocimiento hacia un punto medio o un foco dimensional, puede resultar útil.
13. Eliminar la imaginación: no todos los pensamientos automáticos son de naturaleza verbal y la terapia pierde mucho si pasa por alto las imágenes y los sueños porque son fuente valiosa de material terapéutico. Si el paciente tiene imágenes disfuncionales, se le puede ayudar a generar imágenes de manejo más efectivas y funcionales para eliminar aquellas que resultan depresogénicas o productoras de ansiedad. Dentro de esta técnica se puede trabajar en el contenido de los sueños haciendo que el paciente lo revisualice para modificar los elementos negativos y así al reestructurarlo se puede llegar a un efecto positivo.
14. Externalización de las voces: en esta técnica el terapeuta desarrolla el rol de los pensamientos negativos para que el paciente pueda llegar a responder de forma adaptada ante ellos, el paciente puede verbalizar sus pensamientos disfuncionales y el terapeuta puede modelar sus respuestas adaptativas para que después el terapeuta pueda aumentar la dificultad de los pensamientos disfuncionales a los que debe responder el paciente de forma gradual y así el paciente llega a reconocer la naturaleza disfuncional de sus pensamientos. Esta técnica puede usarse al finalizar la terapia para evaluar la efectividad con que el paciente ha aprendido a aplicar las técnicas cognitivas, a la vez que se le anima a responder para que así refuerce su confianza en su capacidad para manejar las posibles "situaciones difíciles" futuras.
15. Ensayo Cognitivo: al visualizar un acontecimiento en la mente, el paciente puede practicar determinadas conductas usando su imaginación, es así que seleccionando una escena razonable al principio y practicándola mediante la imaginación, el paciente puede investigar multitud de posibilidades.

16. Autoinstrucción: consiste en producir autoinstrucciones directas e incluso en algunos casos contrainstrucciones según se requiera. Con esta técnica el terapeuta no produce nada nuevo para el paciente, sin embargo, esta técnica ayuda al paciente a reforzar un ejercicio que se puede usar en varios momentos.
17. Bloqueo de pensamientos: los pensamientos disfuncionales tienen el efecto de una bola de nieve sobre el individuo ya que tienen su propia fuerza y son difíciles de parar, por ello, el bloqueo de pensamientos resulta útil cuando se inician los pensamientos y no en la mitad del proceso. El terapeuta en este caso puede enseñar al paciente a imaginar una señal de ALTO para bloquear la progresión y el crecimiento de los pensamientos, ya sea pegando fuertemente la mesa o pulsando un timbre.
18. Focalización: hay un límite en la cantidad de cosas que una persona puede pensar cada vez. Ocupando su mente con pensamientos neutrales el paciente puede bloquear los pensamientos disfuncionales durante un periodo limitado; esto puede ser mediante el conteo, la imaginación o centrando su atención en estímulos externos. Esta es una técnica breve y muy útil ya que concede a los individuos tiempo para lograr cierto grado de control sobre su pensamiento.
19. Enfrentamiento directo: pese a que no es recomendado discutir directamente con el paciente, hay ocasiones en las que el enfrentamiento directo es necesario, por ejemplo en los intentos de suicidio, el terapeuta debe trabajar directa y rápidamente para desafiar la desesperación, así también, el terapeuta corre el riesgo de iniciar una discusión fuerte con el paciente. Los enfrentamientos procedentes del exterior del paciente pueden engendrar una resistencia pasiva y una respuesta pasiva-agresiva que puede incluir el suicidio; por ello las discusiones, enfrentamientos o debates son potencialmente instrumentos peligrosos por lo que deben ser aplicados cuidadosa y meditadamente.
20. Desarrollo de la disonancia cognitiva: cuando hay conflictos entre los propios pensamientos o entre las creencias y la conducta, se produce ansiedad que puede ser usada de forma terapéutica. Los pacientes que están pensando en el suicidio frecuentemente experimentan algún conflicto con respecto a la

familia o a las creencias culturales o religiosas; son personas cuyo aprendizaje previo les dice que el suicidio es menos probable por lo que al resolver la disonancia sienten menor presión. La meta consiste en generar ansiedad para después ayudarles a resolverla de forma efectiva, hacerles examinar el efecto de su muerte sobre los niños o la familia puede ser un impedimento efectivo. Alimentando la disonancia del paciente y aumentando el nivel de ansiedad, el terapeuta puede guiar al paciente hacia la resolución de la disonancia de forma más funcional.

21. Programación de actividades: las autoverbalizaciones de muchos pacientes suicidas demuestran que los mismos individuos que se sienten aplastados e incapaces de manejar lo que ellos consideran como exigencias insuperables, rara vez piensan en la posibilidad de sobrellevar su carga percibida, programando el tiempo para hacer lo que debe ser hecho, por ello en estos casos la planificación previa es importante ya que en el caso de los pacientes suicidas, al sentirse desesperados, la noción de una orientación futura puede parecerles fuera de línea con su actual forma de pensar. El propósito no es solo magnificar el potencial productivo del paciente sino que este haga uso del tiempo disponible. Para los depresivos y los suicidas el programa de actividades puede llegar a ser la prueba que se usara para mostrar lo que hacen o no hacen los pacientes. Tres aplicaciones de la programación de actividades son la evaluación, la planificación y las valoraciones de dominio/placer.

El terapeuta puede ayudar al paciente a hacer el mejor uso posible de la programación, sin excluir la conducta y la cognición. Completar un programa de actividades a menudo provoca cogniciones negativas que deben ser consideradas con cierta rapidez. La programación de actividades una vez iniciada debe ser comprobada en cada sesión. Para los pacientes suicidas, tener una meta, un significado y un centro de interés que puede servir para reducir temporalmente la suicidabilidad.

Una opinión muy común entre los pacientes y que dificulta su seguimiento es que las actividades no deberían estar programadas sino que deberían surgir naturalmente; otra aplicación consiste en hacer que el paciente valore no solo las actividades sino específicamente el dominio o maestría y el placer derivado de las mismas. Como los pacientes suicidas rara vez experimentan dominio y

placer puede ser un foco terapéutico para evaluar y desarrollar actividades que domina y de las que obtiene placer, como técnicas para reducir su tendencia al suicidio.

22. Valoraciones de dominio y de placer: dado el punto de vista negativo del mundo, de si mismo y especialmente del futuro, no es sorprendente que los pacientes ejecuten escasas actividades de ocio y que obtengan menos satisfacción con dichas actividades que los pacientes no depresivos, así pues como consecuencia reciben menos refuerzos que sus compañeros no depresivos, que se refleja en las escasas actividades o conductas que realizan para lograr la sensación de dominio y de placer. El dominio hace referencia a la sensación de logro mientras que el placer hace referencia a la cantidad de disfrute que obtienen de una actividad. Uno de los objetivos de esta técnica consiste en animar al paciente a ejecutar una mayor variedad de actividades agradables y estimulantes lo que ayuda a aliviar la disforia y a conseguir una mayor sensación de competencia y merecimiento lo cual resulta difícil en los pacientes con depresión grave. Esto puede superarse estructurando la tarea y asistiendo formalmente a los pacientes para enumerar y evaluar su dominio y placer.

23. Asignación gradual de tareas: se deriva de las estrategias conductuales de modelado donde cada pequeño paso secuencial se aproxima a la meta ayudando a los pacientes a empezar a desarrollar sus actividades de forma gradual, sin embargo, es importante evitar que las acciones iniciales sean demasiado largas porque pueden experimentar el fracaso solo porque no han sido suficientemente observadores para saber vigilar su primer acto. A los pacientes suicidas cualquier paso les puede parecer demasiado largo, teóricamente las pequeñas actividades pueden resultar reforzantes cuando el paciente empieza a hacer mas, el terapeuta también debe ser conciente de que una estrategia de modelado no siempre produce el efecto deseado. Claramente la conducta inicial en la secuencia debe estar dentro de las posibilidades del individuo pero la acción debe tener significado para el paciente y ser parte de un conjunto integral del tratamiento.

24. Entrenamiento en habilidades sociales y asertividad. Cuando el paciente tiene problemas sociales no podemos asumir que existe el problema porque el paciente no quiere cambiar para comportarse de otra forma, puede existir un

déficit de habilidades y no solo una reducción motivacional por lo que parte del trabajo terapéutico consiste en ayudar al paciente a conseguir las habilidades sociales a las que no ha accedido como parte de su desarrollo normal. Se debe considerar que hay grupos o clases de fácil acceso para aprender habilidades asertivas pero hay pocas clases o grupos para aprender habilidades sociales.

25. Terapia de rol play: Es un conjunto de técnicas y principios que dentro del modelo cognitivo conductual puede aumentar su eficacia y eficiencia integrando la práctica del psicodrama en el abordaje de varios problemas y diversos objetivos, constituye un estado intermedio entre la fantasía y la realidad ya que su modalidad es ficticia pero la experiencia emotiva del paciente es muy real, lo cual nos permite hacer cosas que aun son inalcanzables en la vida real, a la vez que hace posible conectarse con los pensamientos que generan dichas emociones para así ensayar posibles conductas en condiciones emotivas equivalentes. Esta técnica nos permite: revivir, experimentar y reconocer los propios pensamientos, sentimientos, motivaciones y conductas, mejorar la comprensión de situaciones, puntos de vista y reacciones de otras personas así como nuestro impacto sobre ellas, investigar y descubrir la posibilidad y capacidad de nuevas opciones de conducta y ensayar nuevas conductas en un grado menor de dificultad hasta lograr ponerlas en práctica. Sus objetivos son: fortalecer los argumentos de la refutación, ensayar las tareas de autoayuda, ensayar los resultados de futuras conductas y pensamientos y entrenar al paciente en asertividad y otras habilidades.
26. Biblioterapia: La lectura además de la terapia puede ser una tarea de casa muy útil cuyos materiales pueden variar según el tipo de lectura, resultando benéfico para los pacientes como parte del trabajo terapéutico que pueden realizar solos, aunque indirectamente con la ayuda del terapeuta. Es una parte de la psicoterapia general y no se aplica en el lugar del trabajo terapéutico.
27. Ensayo conductual: La sesión puede usarse para practicar posibles conductas o interacciones, el terapeuta puede proporcionar retroalimentación sobre la ejecución del paciente y asistirle para que produzca respuestas específicas y estilos de respuestas más efectivos, esta estrategia puede usarse para fortalecer destrezas y practicar habilidades ya existentes.

28. Relajación / meditación: La ansiedad es una consecuencia común de la ideación suicida y de la depresión, el uso de la relajación progresiva, la respiración focalizada y la meditación pueden ser útiles para lograr la distracción de los pensamientos suicidas y contribuir a la sensación de control sobre sus vidas.

29. Exposición en vivo: Para muchos problemas la forma más efectiva de intervención puede ser el modelado directo en el entorno real, esta técnica es útil no solo para ayudar al paciente a sentirse menos desesperado sino para evaluar y fortalecer las destrezas que pueden estar contribuyendo a los sentimientos de tristeza y percepciones de desesperación.

30. Biofeedback: Retroalimentación.

David Burns (2005) a más de las técnicas ya mencionadas por Beck, añade las siguientes:

- Triple columna: en la primera columna colocamos los pensamientos automáticos, en la segunda colocamos el tipo de distorsión cognitiva, y en la tercera reemplazamos por una respuesta racional.
- Escribir los pensamientos automáticos para luego analizarlos, escribir es una manera de no dejarlos revolotear en la mente.
- Hoja antipostergación: sirve cuando la apatía o el sentimiento de incapacidad dificulta la realización de acciones.
- Rechazo del “pero”: se trata de contrarrestar el pero buscando argumentos
- Motivación sin coerción: este ejercicio elimina los “debería”. Tener la obligación de hacer algo le reduce el placer, sin embargo podemos ver lo conveniente que resulta hacerlo sin verlo como una obligación.
- Técnica del desarme: estar de acuerdo con los demás pero aclarando que la decisión ha sido tomada por uno mismo y no porque los demás se lo dijeron.
- Tome en cuenta lo que cuenta: escribir en un diario lo que realmente pasa: Diario de lo que se hace.
- Diario de los aspectos positivos de algo o alguien que era percibido como situación conflictiva.

Dentro de estas técnicas terapéuticas es importante enseñar al paciente a identificar los pensamientos automáticos que surgen en situaciones problemáticas, reconocer los efectos que tienen esos pensamientos sobre sus emociones y conducta y a responder con efectividad. Mediante el uso de técnicas de auto-observación los pacientes pueden aprender a reconocer los pensamientos disfuncionales como paso preliminar para aprender formas de desarrollar el control sobre los pensamientos negativos y autodestructivos.

La terapia cognitiva no es una aplicación mecánica de una muestra estándar de técnicas, por el contrario, se seleccionan las intervenciones que se adecuan a la metas de la terapia según las necesidades del paciente y pueden ser flexiblemente adaptadas según se desarrolla la conceptualización. Es conveniente recordar que a menudo los pacientes deberán aprender estrategias e intervenciones cognitivas a través del trabajo didáctico y el modelado directo por lo que requieren la observación y el feedback constante por parte del terapeuta para reforzar las destrezas adquiridas. Las técnicas cognitivas se usan para desarrollar respuestas adaptativas al pensamiento disfuncional.

Pese a que por lo general tanto técnicas cognitivas como conductuales van de la mano en el tratamiento de los pacientes sometidos a este tipo de terapia, las técnicas conductuales suelen ser usadas para el tratamiento de pacientes muy deprimidos o vegetativos con el fin de modificar conductas suicidas tan pronto como sea posible y a la vez modificar conductas autolesivas a corto plazo y combinarlas con modificaciones cognitivas a largo plazo.

Cabe señalar que durante la terapia toda comunicación entre el paciente y el terapeuta deberá ser clara, evitando comentarios que puedan tener doble interpretación y teniendo presente que se está trabajando con pacientes que suelen utilizar los pensamientos de todo o nada, por lo que es necesario recordar que son terapias breves y que su finalización es tan importante como su duración ya que no se quiere generar dependencia del paciente hacia el terapeuta, razón por la cual la finalización se empieza un tiempo antes de la última sesión, realizando cierres y comprobando los ejercicios aprendidos mediante la imaginación de situaciones o ejemplos, una vez terminado el proceso es recomendable llamar al paciente cada cierto tiempo, el mismo que cada vez será más espaciado como una forma de verificar las destrezas cognitivas aprendidas durante la terapia.

Resumen:

- La terapia Cognitiva Conductual es un proceso activo, dinámico y estructurado que se ocupa del aquí y el ahora y atiende al pasado únicamente si es que afecta a la vida actual, dirigiendo su interés hacia el paciente y no hacia la enfermedad.
- Este modelo psicoterapéutico no puede ser utilizado en pacientes mayores de 50 años, que tengan bajo nivel cultural, o que presenten algún trastorno psicótico.
- La terapia cognitiva conductual actúa sobre la forma en que las personas estructuran o interpretan determinadas situaciones a través de los esquemas mentales, sin dejar de dar importancia a las emociones pero considerándolas como resultado de los pensamientos.
- Según la teoría cognitiva conductual las tres premisas básicas consideradas para la depresión son: visión negativa hacia sí mismo, visión negativa hacia el entorno y visión negativa del futuro.
- En los trastornos de personalidad las conductas disfuncionales se deben a la presencia de ciertos esquemas cognitivos predominantes y que varían según el tipo de personalidad.
- El objetivo psicoterapéutico del modelo cognitivo conductual está enfocado al análisis y modificación de esquemas cognitivos erróneos, y para esto presenta una variedad de técnicas tanto cognitivas como conductuales, las cuales se usan para desarrollar respuestas más adaptativas.

CAPÍTULO 3

RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA COGNITIVA CONDUCTUAL

“Cuando un clínico comunica resultados positivos o negativos correspondientes al empleo de intervenciones determinadas con un determinado paciente, es imposible establecer con alguna certidumbre si el resultado se debió a las intervenciones utilizadas, a efectos no específicos del tratamiento, a características idiosincráticas del paciente, a acontecimientos independientes del tratamiento o a una remisión espontánea” (Beck y Freeman, 1995, Pág. 41).

3.1. Metodología

Nuestro trabajo de investigación se llevó a cabo en el Hospital Regional “Vicente Corral Moscoso” donde se tomó como muestra 8 de los pacientes ingresados por el servicio de emergencia a esta casa de salud, sin embargo, debido a que el mes destinado para la obtención del número de casos para la muestra de estudio tuvimos el ingreso de 6 pacientes que por diversas circunstancias no pudieron ser aptos en su totalidad para la intervención, ya que algunos de ellos presentaron problemas psicóticos o sobrepasaban la edad recomendada para la aplicación de la terapia cognitivo conductual, completamos el número mínimo con pacientes que ingresaron en el mes de mayo y julio debido a intento de suicidio así que tal como estaba planteado en el diseño de tesis, esta intervención tuvo una duración de cuatro meses, periodo en el que debido a los resultados obtenidos se pudo dar por concluido el tratamiento de los casos sin descartar la posibilidad de recaídas.

Es importante mencionar que los pacientes que ingresaron al servicio de Emergencia en los meses correspondientes a los del estudio, sobrepasaron los del número de la muestra y fueron igualmente atendidos, razón por la cual presentaremos en el capítulo correspondiente a los anexos, informes de algunos de los casos intervenidos.

La metodología que se usó en la intervención a los pacientes que ingresaron al Hospital “Vicente Corral Moscoso”, y que fueron considerados como parte del presente trabajo, se basó en la Terapia Cognitiva Conductual, donde Beck (2003) asegura que debido a su método directivo y activo, es muy útil para la intervención en crisis; para pacientes depresivos recomienda alrededor de 15 sesiones, pudiendo llevarse a cabo dos por semana, en especial al inicio del tratamiento.

En la primera sesión se busca básicamente:

- ⊗ Establecer rapport.
- ⊗ Investigar las expectativas hacia la terapia.
- ⊗ Concretar los problemas más urgentes y accesibles: desesperanza, ideas de suicidio, mal funcionamiento, depresión, etc.
- ⊗ Explicar las estrategias cognitivo conductuales, su fundamento teórico y la importancia de las tareas enviadas a casa.

Para cumplir con los objetivos planteados en la investigación, se procedió también a aplicar la Escala de Desesperanza y el Inventario de Depresión de Beck en las primeras sesiones y al finalizar el tiempo de tratamiento propuesto se hizo una nueva aplicación que permita comparar los resultados de las mismas, además a lo largo del tratamiento para cuestiones diagnósticas y de intervención se aplicaron los siguientes test:

- Test de Escala de Intencionalidad Suicida .
- Inventario de Ansiedad Estado Rasgo STAI.
- Inventario de Pensamientos Automáticos de Ruiz Lujan.
- Inventario de razones para vivir.
- Eysenck Personality Questionnaire (EPQ).

Durante las intervenciones se puede evidenciar pensamientos automáticos, sin embargo, en algunas ocasiones en la primera sesión ya es posible identificar rasgos de personalidad, lo que ayuda a conocer posibles esquemas nucleares del paciente, para trabajar sobre los mencionados pensamientos se utilizan diversas técnicas, citadas en el capítulo anterior, y que variarán según el paciente, además también existen tareas para realizar en casa, con las cuales se consigue resultados terapéuticos ya que no solo es importante el trabajo dentro de las terapias sino

también entre éstas, al iniciar una nueva sesión se investigan los efectos de la terapia anterior y se revisan las tareas y al finalizarla es recomendable hacer un feedback.

Es importante además recordar que este modelo psicoterapéutico promueve la intervención activa del paciente, por lo que se aceptan sugerencias de parte del mismo y que pueden presentarse desde la primera intervención, sin embargo, en personas depresivas generalmente, las primeras sesiones se recomienda que sean más directivas por parte del terapeuta hasta que el paciente se encuentre en condiciones de intervenir participativamente.

Cerca de finalizar el proceso es recomendable dar al paciente una mayor responsabilidad dentro de la terapia ya que una parte de la preparación para dar término al procesos requiere evaluar lo aprendido e identificar problemas que pudieran anticiparse, buscando estrategias que la persona pueda practicar para afrontar estas situaciones por lo que vale recalcar también que según afirma Beck (2003), los ejercicios y técnicas aprendidos durante la terapia sirven para afrontar ulteriores eventos depresivos o incluso para evitarlos.

3.2. Presentación de datos

El presente trabajo de investigación se llevó a cabo utilizando el Modelo Cognitivo Conductual en pacientes ingresados al servicio de Emergencia del Hospital Regional “Vicente Corral Moscoso” por presentar Intento de Suicidio. Las personas que formaron parte de dicha investigación, por efectos de ética y responsabilidad, serán asignadas con una denominación numérica. A continuación presentamos los resultados de las pruebas psicológicas aplicadas a los 8 pacientes considerados en la muestra.

Escala de Desesperanza de Beck

Tabla #5

ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK		
CASO	PRIMERA APLICACIÓN	SEGUNDA APLICACIÓN
1	P.T.=6	P.T.= 2
2	P.T.=19	P.T.=3
3	P.T.=15	P.T.= 4
4	P.T.=7	P.T.=2
5	P.T.=6	P.T.=1
6	P.T.=10	P.T.=1
7	P.T.=8	P.T.= 2
8	P.T.=10	P.T.=4
Promedio	10,125 Riesgo moderado	2,37 Riesgo mínimo

TABLA 5: Resultados de la Aplicación del Inventario de Desesperanza de Beck

ELABORACION: Las Autoras

GRAFICO 1

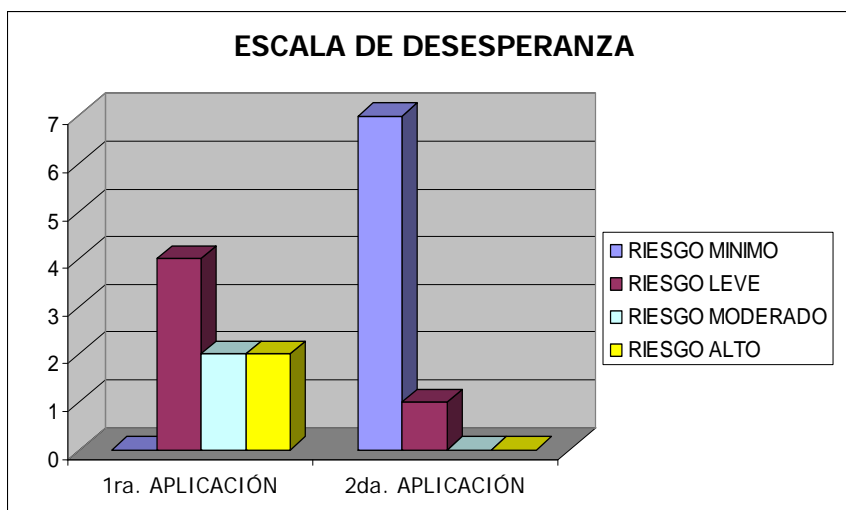


Gráfico 1: Resultados comparativos de la aplicación del Inventario de Desesperanza de Beck

Elaboración: Las autoras

Se aplicó la Escala de Desesperanza de Beck por primera vez, en las primeras sesiones de tratamiento, a los pacientes que ingresaron con intento de suicidio obteniendo los siguientes resultados:

Riesgo leve de intento de suicidio: 4 pacientes (50%)

Riesgo moderado de intento de suicidio: 2 pacientes (25%)

Riesgo alto de intento de suicidio: 2 pacientes (25%)

Además fue aplicada la misma Escala al cumplir el tiempo de 4 meses de tratamiento con cada uno de los pacientes obteniendo los siguientes resultados:

Riesgo mínimo de intento de suicidio: 7 pacientes (87.5 %)

Riesgo leve de intento de suicidio: 1 paciente (12.5 %)

Según los datos obtenidos en las aplicaciones de este test y promediados para el número de pacientes tratados tenemos que el riesgo de cometer conducta suicida es moderado al momento del ingreso mientras que luego del tratamiento este promedio se traduce en un riesgo mínimo de cometer suicidio.

Inventario de Depresión Beck

Tabla #6

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK		
CASO	PRIMERA APLICACIÓN	SEGUNDA APLICACIÓN
1	P.T.=43	P.T.=7
2	P.T.=32	P.T.=6
3	P.T.=23	P.T.=17
4	P.T.=34	P.T.=9
5	P.T.=29	P.T.=9
6	P.T.=29	P.T.=12
7	P.T.=34	P.T.=12
8	P.T.=26	P.T.=10
Promedio	31,25 Depresión Grave	10,25 Depresión leve

TABLA 6: Inventario de Depresión de Beck

ELABORACION: Las Autoras

GRAFICO 2

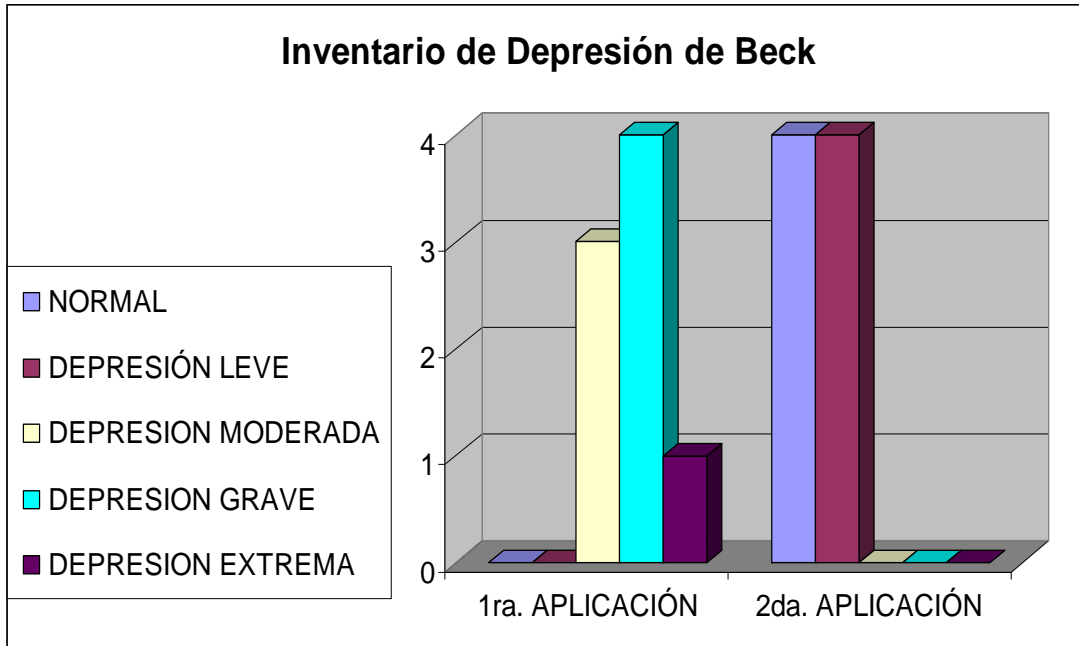


Gráfico 2: Resultados comparativos del Inventario de Depresión de Beck
Elaboración: Las Autoras

Así podemos observar que los pacientes que ingresaron por intento de suicidio y que formaron parte de la muestra, al aplicárseles el Inventario de Depresión de Beck por primera vez obtuvieron los siguientes resultados:

Depresión extrema: 1 paciente (12.5%)

Depresión grave: 4 pacientes (50%)

Depresión moderada: 3 pacientes (37.5%)

Recordando que con estos niveles de depresión los pacientes se encuentran en riesgo de cometer actos autolíticos.

Luego de cuatro meses de tratamiento, los que en la mayoría de los casos sirvieron para concluir el mismo se obtuvo los siguientes resultados:

Estado de ánimo Normal: 4 pacientes (50%)

Depresión leve: 4 pacientes (50%)

Que equivalen a una disminución casi total del estado depresivo entre los pacientes sometidos a psicoterapia.

Escala de Intencionalidad Suicida

La escala de intencionalidad suicida sirve para valorar las características de la tentativa autolítica, tales como aislamiento, precauciones, pensamientos y conductas autodestructivas entre otras, para de esta manera verificar la seriedad en el intento suicida. No tiene valores cuantitativos definidos, ni puntos de corte propuestos, la relación es: a mayor puntuación mayor gravedad, así, el puntaje máximo que se puede lograr es de 30 puntos. Obteniendo en la muestra los siguientes resultados.

Tabla #7

ESCALA DE INTENCIONALIDAD SUICIDA	
CASO	PUNTUACION DIRECTA
1	16
2	17
3	15
4	9
5	12
6	17
7	21
8	12
Promedio	14.87

TABLA 7: Resultados de la aplicación de la Escala de Intencionalidad Suicida

ELABORACION: Las Autoras

De la Tabla 7, se puede afirmar que 5 de los 8 pacientes de la muestra superan la puntuación media, por lo tanto consideramos que la intencionalidad del acto tiene una gravedad moderada.

Con estos datos y en base a nuestra experiencia hemos podido evidenciar ciertas mejorías en los pacientes sometidos a la intervención psicoterapéutica utilizada en esta investigación que en algunos casos se desarrollo luego de un segundo o tercer intento de suicidio. Además son los mismos pacientes quienes tras esta ultima intervención han expresado su estado de ánimo y la valorización del aprendizaje en búsqueda de soluciones menos dañinas para la resolución de conflictos, conjuntamente con una nueva visión sobre sí mismos que les capacita para afrontar situaciones varias de la vida cotidiana que anteriormente les generaban crisis.

Inventario de Ansiedad Estado – Rasgo STAI

Este inventario sirve para evaluar la ansiedad tanto en estado presente, es decir en el momento mismo de la aplicación, denominado como Ansiedad Estado; y también evalúa la ansiedad como rasgo general, denominado Ansiedad Rasgo; fue aplicado en los pacientes de la muestra con el objetivo de buscar los niveles de ansiedad que se presentan, los mismo que varían según la edad y el género y que luego de calificarlos se obtuvieron los siguientes resultados en centiles.

GRAFICO 3

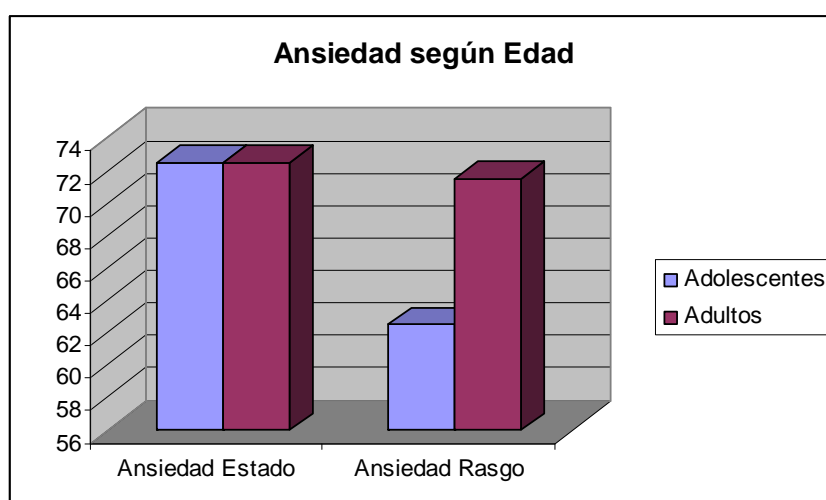


Gráfico 3: Resultados de la Escala de Ansiedad Estado Rasgo STAI Según Edad
Elaboración: Las Autoras

GRAFICO 4

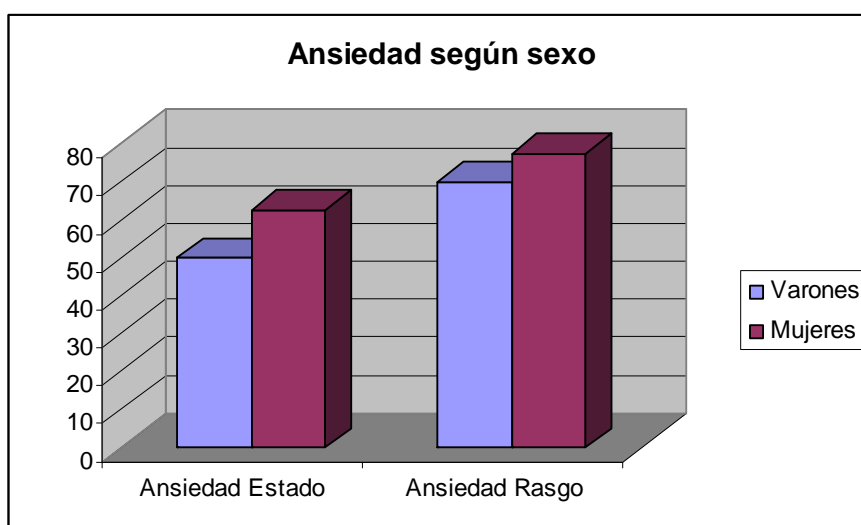


Gráfico 4: Resultados de la Escala de Ansiedad Estado Rasgo STAI Según Sexo
Elaboración: Las Autoras

Según el Gráfico 3 observamos que en nuestra muestra los pacientes en edad adolescente sienten menor ansiedad que los adultos, en tanto que según el Gráfico 4, que los pacientes varones sienten menor ansiedad que las mujeres.

GRAFICO 5

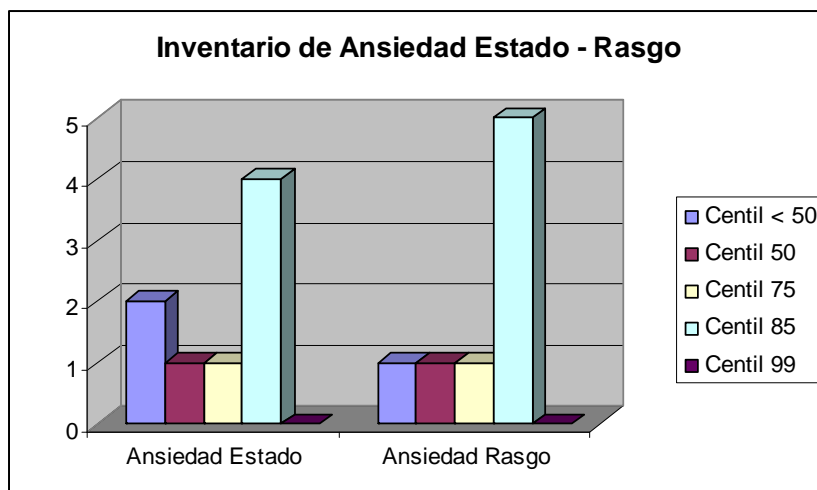


Gráfico 5: Resultados de la Escala de Ansiedad Estado Rasgo STAI Según Centiles

Elaboración: Las Autoras

Tabla #8

INVENTARIO DE ANSIEDAD ESTADO- RASGO STAI		
CASOS	ANSIEDAD ESTADO	ANSIEDAD RASGO
1	11	23
2	48	47
3	13	16
4	47	36
5	26	29
6	38	36
7	20	39
8	41	44
Promedio adolescentes (3,6,8)	30,66 Centil 75	32 Centil 75
Promedio adultos	Varones: 18,5 Centil 50 Mujeres: 38,33 Centil 85	Varones: 26 Centil 75 Mujeres: 40,66 Centil 85

TABLA 8: Inventario de Ansiedad estado-rasgo: P.D.

ELABORACION: Las Autoras

Considerando el total de la muestra, en el momento de la aplicación tenemos que:

4 pacientes obtuvieron un centil de 85%

1 paciente obtuvo un centil de 75%

1 paciente obtuvo un centil de 50%

2 pacientes obtuvieron un centil menor a 50%

En tanto que en Ansiedad como rasgo se obtuvo:

5 pacientes de la muestra presentan un centil de 85%

1 paciente presenta un centil de 75%

1 paciente presenta un centil de 50%

1 paciente presenta un centil menor a 50%

GRAFICO 6

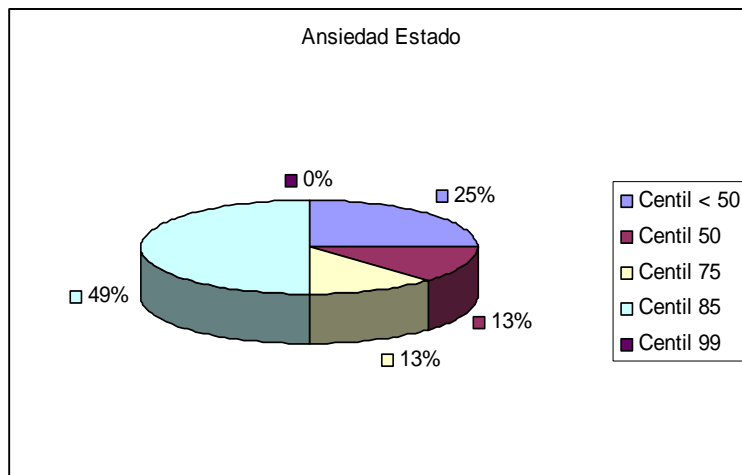


Gráfico 6: Resultados de Ansiedad Estado del STAI Según Centiles

Elaboración: Las Autoras

GRAFICO 7

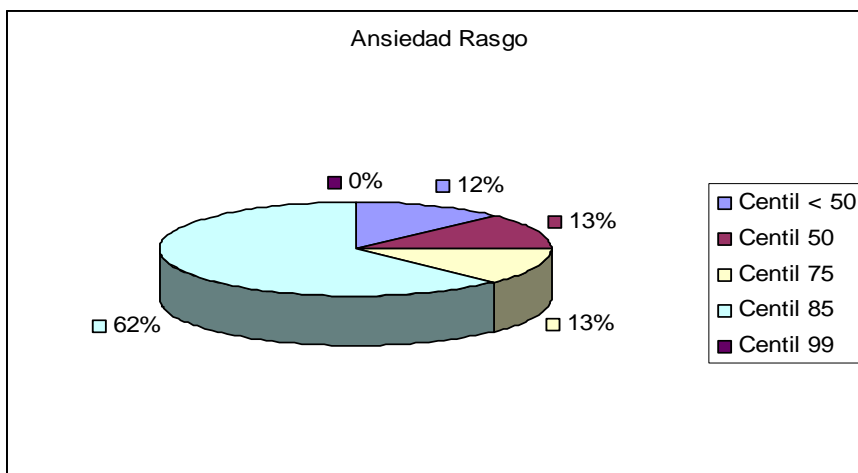


Gráfico 7: Resultados de Ansiedad Rasgo del STAI Según Centiles

Elaboración: Las Autoras

No existe mayor diferencia entre los resultados de Ansiedad – Estado y Ansiedad – Rasgo, ya que los pacientes que obtuvieron un resultado bajo en el momento de la aplicación (Estado), mantuvieron un puntaje igual o muy similar en cuanto a la Ansiedad Rasgo. Es importante también recalcar que aunque los resultados promedio obtenidos de la muestra en general, revelaron un centil de 85% en Ansiedad; no conocemos la relación directa con el Intento de Suicidio, ya que la aplicación de la Escala se hizo cuando ya estaba iniciado el tratamiento y superada la crisis, sin embargo, podríamos pensar que puede ser una característica personal que en un momento determinado contribuiría a sentir desesperanza con mayor facilidad aumentando la impulsividad.

Inventario de Razones para Vivir

Este inventario sirve para evaluar las razones que un paciente tendría para no suicidarse, consta de 7 sub-escalas que son: supervivencia y afrontamiento, responsabilidad con la familia, preocupación por los hijos, miedo al suicidio, miedo a la desaprobación social y objeciones morales, las mismas que detallaremos de manera individual en la presentación de casos.

Tabla #9

INVENTARIO DE RAZONES PARA VIVIR						
CASOS	Supervivencia y Afrontamiento	Responsabilidad con la familia	Preocupación por los hijos	Miedo al suicidio	Miedo a la desaprobación social	Objeciones morales
1	5,75	5,14	5,66	5,71	4	6
2	1,58	3,85	1	3,71	2,66	1,25
3	3,58	1,74	4	3,14	1,33	3,75
4	3,12	3,28	2	2,42	3,33	2
5	5,33	5,28	6	4,42	6	5,75
6	2,91	2	1,66	2,57	4	2,5
7	4,70	4,71	6	1	1	2,25
8	2,91	4	1,33	3,57	4	2,75
Promedio	3,73	3,75	3,45	3,31	3,29	3,15
Puntos de corte	4,94	4,17	4,02	2,13	2,44	3,22

TABLA 9: Inventario de razones para Vivir: P.D.

ELABORACION: Las Autoras

GRAFICO 8

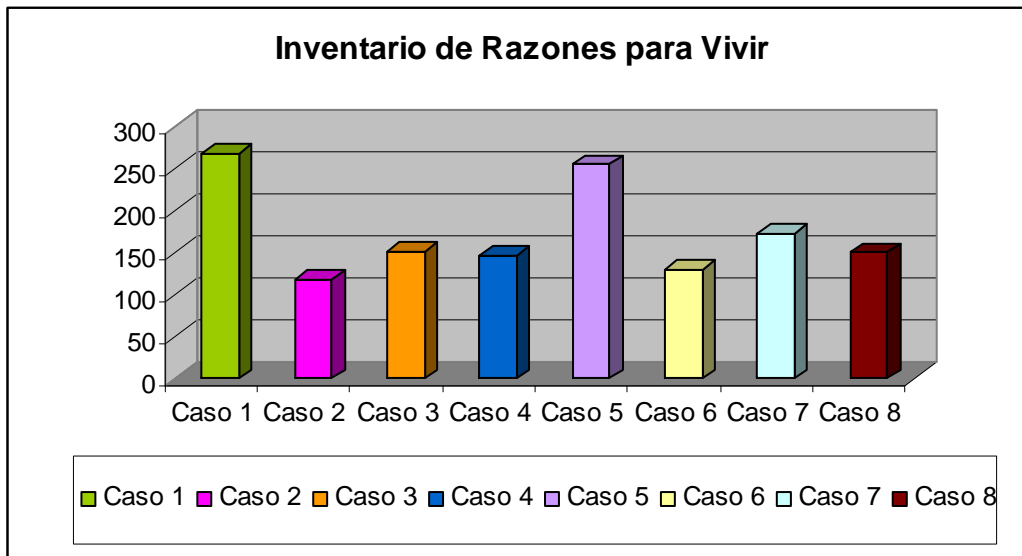


Grafico 8: Resultados totales del Inventario de Razones para Vivir

Elaboración: Las Autoras

La puntuación total máxima posible es de 288 puntos, después de la aplicación de este inventario pudimos observar que:

2 pacientes presentan resultados totales aproximadamente de 250 puntos.

4 pacientes presentan resultados aproximados a 150 puntos.

2 pacientes presentan resultados aproximados a 100 puntos.

Para el análisis clínico, posee mayor relevancia el valor cuantitativo total, considerando que a mayor puntuación, menor posibilidad de comisión de conductas suicidas.

Cuestionario de Personalidad De Eysenck

El cuestionario de personalidad de Eysenck (EPQ) mide características de la personalidad tales como: Extroversión – Introversión (E), Neurotismo (emocionalidad, inestabilidad) – Estabilidad (N) y Dureza (P). Su autor considera a estos como los principales factores de la personalidad que además están correlacionados entre sí buscando un equilibrio. Debido a que algunos sujetos tienden al disimulo por el deseo de presentar un buen aspecto, añadió una escala para medir la sinceridad y a su vez en el cuestionario para adolescentes evalúa la conducta antisocial, para lo cual combina los elementos más significativos de las escalas N, E y P.

Hemos utilizado este cuestionario buscando rasgos de personalidad predominantes en los pacientes con intento de suicidio.

Tabla #10

EPQ-A / EPQ-J					
CASOS	N	E	P	S	CA
1	17	15	7	12	
2	22	16	3	8	
3	13	8	7	16	20
4	16	11	10	13	
5	18	5	3	8	
6	15	15	8	16	26
7	8	16	6	11	
8	20	9	4	14	20
Promedio Pacientes Adultos	16.2	12.6	5.8	10.4	
Promedio Pacientes Adolescentes	16	11	6.33	15.33	22

TABLA 10: Puntuaciones Directas del EPQ-A y EPQ-J
ELABORACION: Las Autoras

Los resultados promedio obtenidos de la aplicación en adultos fueron:

Emocionabilidad: Centil 75

Extraversión: Centil 50

Dureza: Centil 90

Sinceridad Centil 50

Los resultados promedio obtenidos de la aplicación en adolescentes fueron:

Emocionabilidad: Centil 80

Extraversión: Centil 40

Dureza: Centil 85

Sinceridad: Centil 70

Conducta antisocial: Puntuación Centil aproximado 50

GRAFICO 9

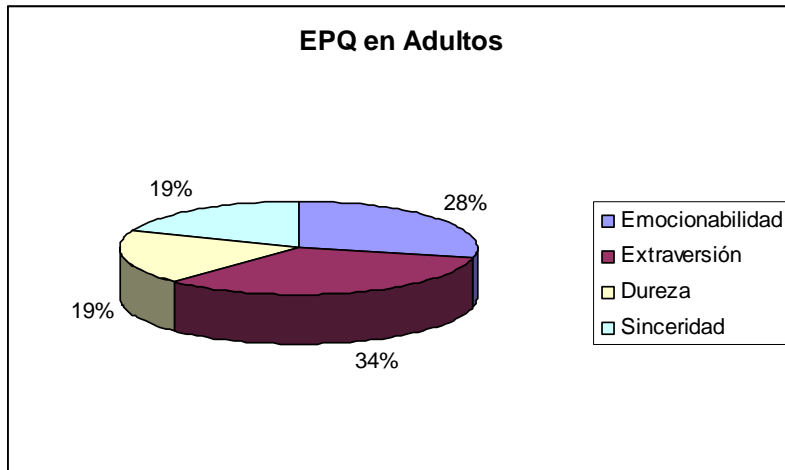


Grafico 9: Resultados del EPQ-A

Elaboración: Las Autoras

GRAFICO 10

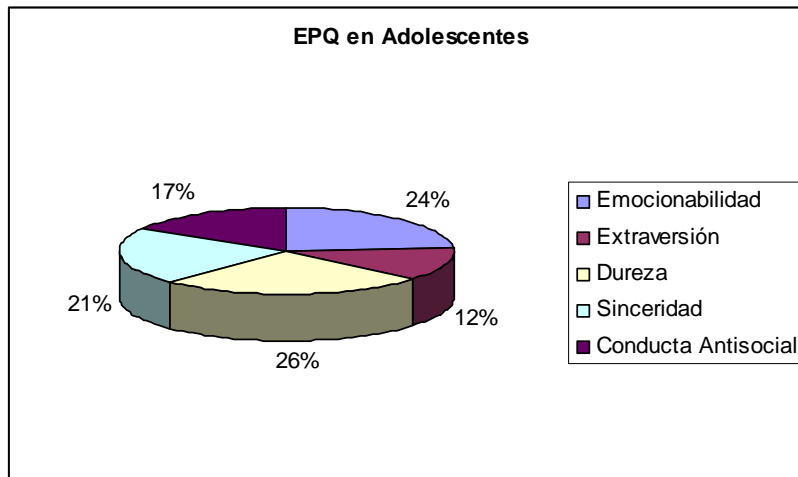


Grafico 10: Resultados del EPQ-J

Elaboración: Las Autoras

En los gráficos precedentes, podemos observar que tanto en Adultos como en Adolescentes, las características de personalidad predominantes según la aplicación del EPQ son la de Emocionabilidad y Dureza.

Según este cuestionario el sujeto que obtiene puntajes altos en emociónabilidad como “ansioso, preocupado, con cambios de humor y frecuentemente deprimido; probablemente duerme mal y se queja de diferentes desórdenes somáticos; es exageradamente emotivo, presenta reacciones muy fuertes a todo tipo de estímulos y le cuesta volver a la normalidad después de cada experiencia que provoca una elevación emocional. Sus fuertes reacciones emocionales le interfieren para lograr una

adaptación adecuada, y le hacen reaccionar de una manera irracional, y en ocasiones rígida”. (Eysenck ,1975, Pág. 9)

En tanto que “un sujeto que obtiene puntajes altos en Dureza se puede describir como solitario, despreocupado de las personas, crea problemas a los demás y no compagina con los otros fácilmente; puede ser cruel, inhumano e insensible y tener falta de sentimiento y simpatía; se muestra hostil incluso con los más íntimos y agresivo incluso con las personas amables. Tiene una cierta inclinación por cosas raras y extravagantes; desprecia el peligro; le gusta burlarse de los demás y ponerles de mal humor (...). En cuanto a los niños se puede decir que son raros y solitarios, se meten en problemas, son fríos y faltos de sentimientos humanitarios con sus compañeros o con los animales, son agresivos y hostiles incluso con los más próximos y queridos.” (Eysenck, 1975, Pág. 10)

Inventario de Pensamientos Automáticos

El inventario de pensamientos automáticos de Ruiz y Lujan fue empleado con la finalidad de buscar las distorsiones cognitivas más comunes utilizadas por los pacientes de la muestra.

Tabla #11

INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS	
CASOS	TIPO DE DISTORCION
1	Filtraje Falacia de justicia Falacia de recompensa divina
2	Filtraje Falacia de recompensa divina Falacia de control
3	Falacia de justicia Falacia de razón Falacia de control Filtraje
4	Falacia de justicia Falacia de recompensa divina Falacia de control Filtraje
5	Falacia de control Etiquetas globales Razonamiento emocional Sobregeneralización
6	Falacia de control Falacia de razón Culpabilidad
7	Filtraje Falacia de recompensa divina Falacia de control
8	Filtraje Falacia de cambio Falacia de justicia Falacia de recompensa divina

TABLA 11: Inventario de Pensamientos Automáticos

ELABORACION: Las Autoras

Así, los resultados obtenidos fueron: los tres tipos de distorsión cognitiva más usados por los pacientes de la muestra son:

Filtraje: este tipo de distorsión cognitiva consiste en seleccionar los acontecimientos en forma de "visión de túnel", es decir, fijándose en un solo aspecto de una situación, el que generalmente es negativo, en tanto que los aspectos positivos se olvidan. Palabras claves para detectar esta distorsión son: "No puedo soportar esto", "No aguanto que...", "Es horrible", "Es insoportable".

Falacia de control: consiste en que la persona se ve a sí misma de manera exagerada en cuanto al grado de control o responsabilidad sobre los acontecimientos de su vida., es decir: o bien la persona se suele creer muy competente y responsable de todo lo que ocurre a su alrededor, o bien en el otro extremo se ve impotente y sin que tenga ningún control sobre los acontecimientos de su vida. Ejemplos: "Si otras personas cambiaran de actitud yo me sentiría bien", "Yo soy el responsable del sufrimiento de las personas que me rodean". Palabras claves son: "No puedo hacer nada por.", "Solo me sentiré bien si tal persona cambia tal", "Yo soy el responsable de todo."

Falacia de recompensa divina: consiste en la tendencia a no buscar solución a problemas y dificultades actuales asumiendo que la situación mejorará "mágicamente" en el futuro, o uno tendrá una recompensa en el futuro por su sufrimiento, entonces, la persona acumula un gran malestar y resentimiento innecesarios, además de no buscar soluciones para mejorar la situación. Se pueden observar pensamientos como: "El día de mañana tendré mi recompensa", "las cosas mejoraran en un futuro".

3.3. Presentación de casos

CASO 1

Datos de filiación

Nominación: 1

Edad: 47

Sexo: masculino

Religión: católica

Escolaridad:

Ocupación: carpintero

Estado Civil: soltero

Hijos: 0

Motivo de Consulta

Paciente intenta suicidarse ingiriendo laca en estado de embriaguez, “pienso que fue una confusión”.

Antecedentes

Paciente manifiesta desde los 5 años su vida ha tenido sobresaltos, desde antes vivía distanciado con su familia, cuando tenía 15 años murió su madre, su padre era alcohólico, siempre tiende a sentirse triste ya que se siente muy solo, tenía un hermano que falleció suicidándose, el paciente ha sido culpabilizado de este hecho por parte de su familia ya que se dio después de tener una discusión entre los dos, manifiesta que su familia le rechaza, le manipulaban, “antes tenía miedo independizarme, estaba acostumbrado a los maltratos”, actualmente vive solo aunque muy cerca de sus hermanas, tiene un cuarto en la parte posterior de la casa de una de ellas, sin embargo manifiesta que sus relaciones son muy malas. Además tiene una discapacidad física: parálisis en el lado derecho de todo su cuerpo, se siente acomplejado por esta condición. Manifiesta que últimamente ha tenido una relación con quien estuvo un año, dice haber querido mucho a esta mujer “no le reclamaba nada, me tragaba todo”, esta relación terminó debido a una traición de parte de ella, lo cual se enteró el paciente ya que les vio. Refiere que debido a ésta situación sumada a la incomunicación con su familia y el sentirse solo “tomó hasta perderse”, en estado de embriaguez consume una botella de laca, la que él refiere que piensa que la confundió, sin embargo refiere que se siente muy solo y rechazado por su familia, no niega tener deseos de morir.

Resultados de las pruebas Psicológicas:

Escala de Desesperanza de Beck:

P.D.= 6 = Riesgo leve de cometer suicidio

Inventario de Depresión de Beck:

P.D.= 43 = Depresión Extrema

Escala de Intencionalidad Suicida:

P.D.= 16 = Riesgo Moderado de suicidio

STAI: Ansiedad Estado:

P.D.= 11 = Centil 50

Ansiedad Rasgo:

P.D.= 23 = Centil 50

Inventario de Razones Para Vivir (P.D.):

Supervivencia y Afrontamiento: 5,75

Responsabilidad con la familia: 5,14

Preocupación por los hijos: 5,66

Miedo al suicidio: 5,71

Miedo a la desaprobación social: 4

Objeciones morales: 6

EPQ-A:

Neurotismo: 17 = Centil 80

Emocionabilidad: 15 = Centil 75

Dureza: 7 = Centil 90

Sinceridad: 12 = Centil 65

Inventario de Pensamientos Automáticos:

Filtraje

Falacia de justicia

Falacia de Recompensa Divina

Aproximaciones Diagnósticas

El paciente presenta síntomas compatibles con:

Trastorno depresivo del ánimo.

Rasgos de personalidad dependiente.

Desarrollo

FECHA	EVOLUCIÓN	ACTIVIDAD / TAREA
Mayo 18:	Primera entrevista, desarrollo de ficha clínica, explicación de problemas por parte del paciente.	Recolección de datos Establecimiento de datos Propuesta de intervención psicoterapéutica
Mayo 25:	Paciente continua hablando sobre sus sentimientos, tiende a victimizarse, cuando se le intenta hacer dar cuenta de este punto, lo rechaza, manifiesta que “no puede ver las cosas de manera diferente”	Técnica: Enfrentamiento directo Aplicación Escala de Desesperanza de Beck
Junio 5:	Paciente muestra mayor apertura a cambios, se le da explicación del Modelo cognitivo conductual, parece no entender claramente.	Técnica: Comprensión del significado idiosincrásico Aplicación Inventario de Depresión de Beck.
Junio 19:	Análisis de sentimiento de soledad “Tengo muchos amigos que me aprecian”. Sin embargo, continúa ocupando el lugar de víctima: autodesvalorización por su incapacidad.	Técnica: Cuestionar las pruebas Aplicación Test de intencionalidad suicida
Junio 28:	Análisis de autodesvalorización: logros conseguidos y trabajos realizados a pesar de... Manifiesta que le avergüenza reunirse con sus viejos amigos porque han de hablar de él.	Técnica: Comprensión del significado idiosincrásico Técnica: Cuestionar las pruebas Experimentación
Julio 6:	Paciente se muestra más animado. Se refuerza el trabajo sobre autovalorización y sentimientos de soledad.	Técnica: Cuestionar las pruebas Técnica: tome en cuenta lo que cuenta.
Julio 13:	Paciente refiere que “está	Aplicación STAI

	saliendo con sus amigos y le va bien, no lo han visto mal ni han hablado como él pensaba". Además ha conseguido trabajo	Biofeedback Técnica: Cuestionar las pruebas
Julio 20:	Paciente se acerca nuevamente con tristeza debido a que ha tenido problemas con su hermana. Se analizan responsabilidades	Técnica de la Doble Columna Técnica: Búsqueda de solución de conflictos
Julio 22:	Análisis acontecimiento / respuesta.	Técnica: Doble Columna Técnica: Autoinstrucción. Aplicación Razones para vivir
Agosto 3:	El paciente se muestra en mejor estado de ánimos, pero a veces sigue ocupando el lugar de víctima "todos me ven en la calle". Análisis de este pensamiento, búsqueda de alternativas de respuesta.	Se propone técnica de experimentación pero no accede. Técnica: Cuestionar las pruebas Aplicación Pensamientos automáticos de Ruiz y Lujan
Agosto 17:	Paciente se encuentra muy motivado, tiene nuevos amigos, está trabajando y desea emprender proyectos.	Refuerzo sobre trabajo realizado en sesiones anteriores Técnica: Biofeedback
Agosto 24:	Paciente se acerca triste debido a que no resultó uno de sus proyectos. Manifiesta que se ha vuelto a decaer y se siente bastante mal y desanimado ya que esta perdiendo las esperanzas nuevamente.	Normalización Técnica: Examen de las opciones y alternativas.
Agosto 27	Paciente se acerca con estado del ánimo estable, refiere que ahora tiene una forma de responder diferente ante las situaciones que se presenten, aunque algo le cause tristeza	Se refuerza el trabajo realizado Examen de opciones y alternativas

	<p>intenta salir de esta. Manifiesta que su hermana con quien tiene una mala relación le ha dicho que desea hablar con él, sin embargo el no ha accedido.</p>	
Septiembre 10	<p>Paciente se acerca con estado del ánimo estable, refiere que está buscando trabajo y que le esta yendo bien, manifiesta que últimamente recuerda a su anterior enamorada.</p>	<p>Técnica: Autoinstrucción Técnica: Examen de las opciones y alternativas Aplicación EPQ-A</p>
Septiembre 19	<p>Inicio de cierre, se sugiere ir a terapia cada 15 días</p>	<p>Biofeedback Segunda aplicación de la Escala de Desesperanza e Inventario de Depresión de Beck</p>
Octubre 5	<p>Paciente se acerca a terapia, refiere que está bien, que las cosas con su familia también han mejorado aunque no del todo pero que sin embargo ya habla con su hermana y le están apoyando.</p>	<p>Biofeedback</p>
Octubre 19	<p>Paciente refiere que está feliz debido a que ha recibido noticias positivas para la realización de unos proyectos.</p>	<p>Biofeedback</p>

Resultados comparativos de las pruebas psicológicas

Test	Fecha Aplicación		Resultados Aplicaciones	
	1ra	2da	1ra	2da
Escala de Desesperanza	Mayo 25	Septiembre 19	P.T.=6 Leve riesgo de suicidio	P.T.=2 mínimo riesgo de suicidio
Inventario de Depresión	Junio 5	Septiembre 19	P.T.= 43 Depresión Grave	P.T.=7 Depresión mínima o ausente

Nota: el proceso psicológico estuvo acompañado del tratamiento psiquiátrico, mismo que se vió obligado a discontinuar ya que no contaba con los recursos económicos, sin embargo su estado de ánimo mejoró de tal forma que pudo abandonar los fármacos con la aprobación del psiquiatra.

Observaciones: el paciente fue muy constante en su asistencia a terapia, talvez debido a sus rasgos de personalidad, sin embargo durante el proceso se pudo ver también que empezó a tener un desempeño personal e individual en el desarrollo de algunas actividades, actualmente pide que las sesiones se espacien más ya que está trabajando y esto le dificulta acercarse al hospital. El trabajo estuvo basado en los pensamientos automáticos y las distorsiones cognitivas, inicialmente fue un trabajo directivo con la intención de hacerle dar cuenta de algunos pensamientos que resultaban disfuncionales, se utilizó las técnicas mencionadas en el capítulo dos y los resultados fueron muy positivos, se evidenció mejoría en el paciente no solo en su forma de responder ante situaciones que anteriormente le generaban tristeza, sino que también su apariencia física mejoró mucho.

CASO 2

Datos de filiación

Nominación: 2

Edad: 21 años

Sexo: Femenino

Religión: Católica

Escolaridad: Superior

Ocupación: Estudiante

Estado Civil: Soltera

Hijos: 0

Motivo de Consulta

Paciente que intenta suicidarse ingiriendo un frasco de eritromicina, “ya no tiene sentido que siga viviendo”.

Antecedentes

Paciente de 21 años, soltera que vive con sus padres refiere que luego de discusión familiar se encierra en su cuarto e ingiere eritromicina con el fin de quitarse la vida, es su primer intento de suicidio, sin embargo presenta la recurrencia de ideas autolíticas desde hace varios meses atrás. Paciente refiere además que la relación con sus padres es bastante tensa ya que su padre consume alcohol con mucha frecuencia y presenta además conductas agresivas hacia los miembros de la familia en especial hacia la madre quien presenta un carácter sumiso. La paciente comenta además que luego del fallecimiento de su abuela materna se encontró en un estado depresivo del cual no le era posible salir ya que presentaba además sentimientos de minusvalía y soledad “desde que se murió mi abuelita me quede sola”, lo cual llegó a afectar el desenvolvimiento normal de la paciente en las diferentes áreas de actividad de la misma. La relación fraterna de la paciente es también deficiente ya que sus hermanos constantemente le realizan reproches de varias índoles en especial en lo referente al carácter de sus acciones “siempre me dicen que soy una manipuladora y que lo que he hecho ha sido solo para llamar la atención”, también presenta problemas de relación con sus parientes mas lejanos a causa del ambiente hostil en el que se desenvuelve. En lo sentimental, comenta que un día antes de su ingreso pelea con su enamorado quien la engañaba con otra muchacha a quien conocía además de que agredía verbal y físicamente a la paciente, quien inicialmente no lo admitía abiertamente.

Resultados de las pruebas Psicológicas:

Escala de Desesperanza de Beck:

P.D.= 19 = Riesgo alto de cometer suicidio

Inventario de Depresión de Beck:

P.D.= 32 = Depresión Grave

Escala de Intencionalidad Suicida:

P.D.= 17 = Riesgo Moderado de suicidio

STAI: Ansiedad Estado:

P.D.= 48 = Centil 99

Ansiedad Rasgo:

P.D.= 47 = Centil 99

Inventario de Razones Para Vivir (P.D.):

Supervivencia y Afrontamiento: 1,58

Responsabilidad con la familia: 3,85

Preocupación por los hijos: 1

Miedo al suicidio: 3,71

Miedo a la desaprobación social: 2,66

Objeciones morales: 1,25

EPQ-A:

Neurotismo: 22 = Centil 95

Emocionabilidad: 16 = Centil 80

Dureza: 3 = Centil 75

Sinceridad: 8 = Centil 20

Inventario de Pensamientos Automáticos:

Filtraje

Falacia de control

Falacia de Recompensa Divina

Aproximaciones Diagnósticas

Trastorno Depresivo del Estado de Animo (moderado-profundo).

Rasgos de personalidad Limítrofe.

Conflicto paterno filial.

Rivalidad fraternal.

Desarrollo

FECHA	EVOLUCIÓN	ACTIVIDAD/TAREA
Abril 26	Paciente ingresada al servicio de emergencia, se presenta emocionalmente lábil y mantiene la idea de un nuevo intento autolítico, se realiza una entrevista breve.	Intervención en crisis
Mayo 03	Paciente explica la situación familiar y los datos relevantes sobre su relación con la abuela fallecida. Explica también datos sobre su infancia y adolescencia en relación al grupo primario del que proviene. Se muestra emocionalmente labil y comenta la persistencia del deseo de muerte. Se le explica la razón del tratamiento propuesto y algunos de los métodos a utilizar posteriormente, a lo que la paciente accede.	Primera Entrevista Cuestionar las pruebas
Mayo 07	Se realiza una explicación breve del tratamiento y sus objetivos y se le pide a la paciente que verbalice los objetivos propios respecto a la terapia lo cual le resulta temporalmente	Aplicación de escalas: Escala de desesperanza de Beck Inventario de Depresión de Beck Se acuerdan los objetivos

	imposible, sin embargo accede a someterse a las evaluaciones propuestas en el tratamiento.	de la terapia
Mayo 11	Paciente accede a trabajar en la verbalización de sus sentimientos y emociones, pero presenta cierta dificultad para realizar el trabajo, comenta además la falta que le hace su abuela, en especial cuando la muchacha se encuentra atravesando por alguna dificultad. Se le pide a la paciente que inicie un registro de los pensamientos automáticos que pueda presentar por el lapso de una semana.	Silla Vacía (trabajo en duelo) Relajación Aplicación del Test de intencionalidad suicida
Mayo 14	Paciente comenta que la vida sin su abuela no tiene sentido y que además siente que no pudo despedirse de esta, además comenta su creencia ha haber decepcionado a su abuela, razón por la cual cree que no merece seguir viviendo.	Silla Vacía (trabajo en duelo) Relajación
Mayo 17	Paciente comenta el temor que siente hacia su padre en especial en las ocasiones en las que este ingiere alcohol y agrade tanto a su madre como a sus hermanos, comenta además las acciones que su madre toma al respecto refiriéndose a que en casa "no se puede decir nada que ellos no crean". Se analizan los pensamientos	Silla Vacía (relación paterna) Relajación

	automáticos registrados.	
Mayo 21	Se analiza el significado de la acción de ir al cementerio a caminar cerca de la tumba de la abuela y la dificultad para sobrellevar el duelo. En esta sesión el ánimo de la paciente se evidencia más estable.	Imaginería Guiada
Mayo 25	La paciente se encuentra anímicamente mas estable, se trabaja en la verbalización de metas a corto plazo respecto a la terapia y se analizan los sentimientos de la paciente respecto a la situación familiar. Persiste la ideación suicida.	Entrenamiento en habilidades sociales y asertivas.
Mayo 28	Se pide a la paciente que verbalice sus sentimientos respecto a la madre y analice las conductas resultantes de las emociones anunciadas. Se muestra ansiosa durante el ejercicio y presenta llanto fácil por lo que se debió realizar relajación durante la sesión.	Análisis del significado idiosincrásico. Entrenamiento en habilidades sociales y asertivas. Relajación
Junio 01	Paciente emocionalmente estable, comenta sobre sus relaciones sentimentales y la ansiedad que le causa el pensar que su pareja le puede ser infiel en especial cuando recuerda la infidelidad de su padre y las veces en las que siendo niña se vio obligada por su madre ha evidenciar este hecho. Persiste la recurrencia de ideas suicidas.	Aplicación del STAI Cuestionar las pruebas Terapia del Rol Play (se invita a la madre a actuar)

Junio 11	Paciente emocionalmente estable, comenta sobre la manera en la que percibe el futuro y como se ve a si misma, se evidencia nuevamente problemas de autoestima en especial la baja tolerancia a la critica lo cual debilita su visión de si misma.	Entrenamiento en habilidades sociales y asertivas. Cuestionar las pruebas
Junio 22	Paciente emocionalmente estable, refiere la recurrencia de ideas autolíticas pero comenta que el deseo de morir se ha reducido y que la recurrencia de estas ideas se ha reducido casi a la mitad, expresa además el temor a la soledad y el hecho de que sus padres han cambiado sus conductas hacia los hijos. La paciente refiere que se siente más capaz de resolver sus problemas de una manera mas efectiva pues se le facilita buscar soluciones en comparación con épocas pasadas.	Entrenamiento en habilidades sociales y asertivas. Cuestionar las pruebas. Ensayo conductual.
Junio 25	Paciente anímicamente estable, comenta que sigue llevando el registro de pensamientos automático antes indicado en la terapia, explica la situación actual de su familia y comunica su nivel de ansiedad calificándola en un 6 sobre 10 respecto a los hechos familiares ocurridos en los últimos días.	Ensayo Conductual. Entrenamiento en habilidades sociales y asertivas Aplicación del inventario de pensamientos automáticos

	Comunica su avance en tanto a los trabajos encomendados para mejorar la visión de si mismo y del entorno lo cual ha ido desarrollando paralelamente a la terapia.	
Julio 10	Paciente anímicamente estable, comenta que la recurrencia de ideas suicidas se ha reducido casi en su totalidad y que estas se presentan por lo general cuando enfrenta alguna situación en la que cree haber decepcionado a sus padres o hermanos. Refiere que la relación fraterna ha ido mejorando, sin embargo, sigue sintiéndose cuestionada por sus hermanos en lo referente a sus actos.	Cuestionar las pruebas Comprensión del significado idiosincrásico
Julio 23	Paciente anímicamente estable, comenta sentirse ansiosa ante los exámenes que debe rendir en la universidad refiriendo que “estudio pero el rato de dar el examen ya no me acuerdo” lo cual genera incluso síntomas somáticos como la náusea y el vómito.	Cuestionar las pruebas. Relajación. Valoraciones de dominio y de placer.
Agosto 26	Paciente acude a terapia en crisis tras haber reprobado uno de los exámenes de la universidad, refiere dificultad para comunicar este hecho a sus padres pues siente haberlos defraudado, se muestra	Intervención en crisis Cuestionar las pruebas Relajación Bloqueo de pensamientos Reforzamiento de técnicas ya utilizadas

	emocionalmente labil y comenta la recurrencia de ideas autolíticas.	
Agosto 30	Paciente anímicamente estable, se muestra mas preparada para realizar el bloqueo de pensamientos y refiere sentirse ansiosa tras haber reprobado el examen, sin embargo refiere también la posibilidad de rendir otro examen en fechas posteriores al cual teme pues "he oído que nadie pasa el segundo examen con esa profesora".	Bloqueo de pensamientos Cuestionar las pruebas Relajación Reforzamiento de técnicas ya utilizadas
Septiembre 07	Paciente anímicamente estable comenta que aprobó su segundo examen en la universidad y que ya se siente más confiada de sus conocimientos, así también refiere que continúa con el registro de pensamientos automáticos y su posterior análisis pues siente que esta técnica la ha ayudado mucho.	Aplicación del EPQ Reforzamiento de técnicas ya utilizadas
Septiembre 12	Paciente anímicamente estable, expresa sentirse fuerte y ya no presentar dificultades para expresar sus sentimientos positivos o negativos así también refiere el mejoramiento en su desenvolvimiento social, escolar y familiar razón por la cual se sugiere que asista a sesiones de seguimiento a las	Reforzamiento de técnicas ya utilizadas Re test Cierre temporal de la terapia (Alta temporal)

	cuales accede.	
--	----------------	--

Resultados Comparativos de las Pruebas Psicológicas

Test	Fecha Aplicación		Resultados	
	1ra	2da	1ra	2da
Escala de Desesperanza de Beck	Mayo 07	Sep. 12	P.T.=19 Riesgo alto de cometer suicidio	P.T.=3 Riesgo mínimo de suicidio
Escala de Depresión de Beck	Mayo 07	Sep. 12	P.T.=32 Depresión grave	P.T.=6 Depresión ausente o mínima

Nota: La paciente inició el tratamiento psicoterapéutico combinando las acciones de psicología clínica y psiquiatría mediante la administración de fármacos para el control del estado depresivo y la psicoterapia cognitiva conductual, al cabo del primer mes de tratamiento se pudo reducir el uso de fármacos sobre la paciente hasta que a la sexta semana se decidió por consenso con el psiquiatra la eliminación total del fármaco y la continuación regular de la terapia cognitiva conductual.

Observaciones: La paciente colabora con el tratamiento lo cual ayuda a que este tenga mejores resultados, sin embargo debido al carácter del padre muchas veces se evidencio problemas para el cumplimiento de la terapia en cuanto a la las citas en las que se requería la presencia de este en especial porque presentaba temor a la acusación que en terapia se le pudiera hacer. El proceso avanzó de manera normal y sin mayores complicaciones hasta la fecha en la que se le da el alta temporal a la paciente y se le sugieren sesiones de seguimiento.

CASO 3

Datos de filiación

Nominación: 3

Edad: 14 años

Sexo: Femenino

Religión: Católica

Escolaridad: Secundaria

Ocupación: Estudiante

Estado Civil: Soltera

Hijos: 0

Motivo de Consulta

Paciente ingresa a hospitalización debido que intenta suicidarse ingiriendo cloro, el hecho se da luego de una discusión con la madre.

Antecedentes

Es la segunda de cuatro hijos de madre soltera, de 19, 14, 7 y 4 años, todos son hijos del mismo padre, a quien ella desea buscar aunque este no se interesa por ella, cuando tenía 7 años aproximadamente le hicieron un examen de ADN para comprobar si era hija de su padre, el cual salió positivo, es la única de sus hermanos a quien se le ha realizado este examen, aunque los dos menores no son reconocidos. Este es el segundo intento de suicidio aunque del anterior nadie se dio cuenta según refiere la paciente, siente que su madre no le da atención y que le prefiere a su hermano menor (el tercero), refiere que desde muy pequeña se sentía sola y triste ya que era la única mujer entre los primos de su edad. Siente que sus padres no le quieren y que su madre no confía en ella, tiene discusiones constantes con su hermano menor y con su madre aunque cuando tiene miedo va a dormir con ella, mantiene percepciones negativas en especial sobre el entorno. La mayor parte del tiempo pasa con su tía abuela ya que su madre trabaja, es la responsable de cuidar a sus hermanos menores.

Resultados de las pruebas Psicológicas:

Escala de Desesperanza de Beck:

P.D.=15 = Riesgo alto de cometer suicidio

Inventario de Depresión de Beck:

P.D.= 23 = Depresión Moderada

Escala de Intencionalidad Suicida:

P.D.= 15 = Riesgo Moderado de suicidio

STAI: Ansiedad Estado:

P.D.= 13 = menor al Centil 50

Ansiedad Rasgo:

P.D.= 16 = menor al Centil 50

Inventario de Razones Para Vivir (P.D.):

Supervivencia y Afrontamiento: 3,58

Responsabilidad con la familia: 1,74

Preocupación por los hijos: 4

Miedo al suicidio: 3,14

Miedo a la desaprobación social: 1,33

Objeciones morales: 3,75

EPQ-J:

Neurotismo: 13 = Centil 55

Emocionabilidad: 8 = Centil 2

Dureza: 7 = Centil 90

Sinceridad: 16 = Centil 99

Conducta Antisocial: 20 = Centil 50

Inventario de Pensamientos Automáticos:

Filtraje

Falacia de justicia

Falacia de razón

Falacia de control

Aproximaciones Diagnósticas

La paciente presenta síntomas compatibles con depresión profunda

Rivalidad fraternal

Malas relaciones interfamiliares

Desarrollo:

FECHA	EVOLUCIÓN	ACTIVIDAD/TAREA
Junio 26	Paciente es ingresada a hospitalización. Se mantiene una conversación con ella en la que se evidencian conflictos con la madre y síntomas compatibles con depresión profunda. La paciente y su madre acceden a realizar el proceso psicoterapéutico.	Entrevista con paciente Entrevista con la madre de la paciente
Julio 03	Primera entrevista: la paciente presenta llanto fácil, falta de interés en las cosas, dificultades para dormir, falta de apetito. Se identifican las principales problemáticas en especial en cuanto al entorno familiar.	Técnica: Graduación Recolección de información
Julio 06	Se mantiene una entrevista en la que se buscan los objetivos para la terapia y se da una explicación del modelo cognitivo conductual.	Técnica: Examen de las opciones y alternativas Técnica: Graduación Aplicación Escala de Desesperanza e Inventario de Depresión de Beck
Julio 10	La paciente se acerca a consulta con compañía de la tía abuela, a quien ve como madre, a esta última se le explica el modelo de tratamiento, expresa	Técnica: Graduación Técnica: Registro diario de pensamientos automáticos, no se consigue encontrar un pensamiento claro por lo

	<p>su colaboración para el mismo. Posteriormente se mantiene una entrevista únicamente con la paciente, se muestra más animada, refiere que alguien la está cortejando, sin embargo los problemas con su madre y hermano continúan lo que la entristece.</p>	<p>que se utiliza: Técnica: Comprensión del significado idiosincrásico</p>
Julio 13	<p>El estado anímico de la paciente se mantiene, se encuentra más animada pero manifiesta que continúa teniendo mala relación con la madre y peleas con su hermano menor. Esta asistiendo a entrenamientos y ha logrado ver a su mejor amiga, esto le anima.</p>	<p>Técnica: Graduación Técnica: Asociación del pensamiento guiado. Técnica: Examen de opciones y alternativas Aplicación Escala de Intencionalidad suicida.</p>
Julio 14	<p>Se mantiene una entrevista con la madre de la paciente tras la cual se evidencia que la esta última está repitiendo el mismo cuadro.</p>	<p>Recolección de información Catarsis</p>
Julio 19	<p>Paciente no asiste, manifiestan que los abuelos han venido de EEUU. Se sospechan resistencias por parte de la madre.</p>	
Agosto 03	<p>Paciente asiste a terapia con la abuela. Se identifican los factores de su no asistencia y se hace un replanteamiento de la terapia con la finalidad de utilizar recursos individuales de la paciente.</p>	<p>Registro de pensamientos automáticos. Comprensión del significado idiosincrásico</p>
Agosto 09	<p>Paciente se encuentra mas</p>	<p>Técnica: Tome en cuenta lo</p>

	animada pero refiere que se mantienen los problemas con su madre y hermano. Presenta percepción negativa hacia su madre.	que cuenta. Técnica: Enseñanza de la clasificación de las distorsiones cognitivas Aplicación Test de pensamientos automáticos de Ruiz y Lujan
Agosto 16	Paciente esta asistiendo a entrenamientos y sale con su amiga, pero aun mantiene una percepción negativa hacia su madre, refiere que no encuentra aspectos positivos en ella.	Técnica: revisión de las Distorsiones cognitivas Aplicación STAI
Agosto 22	Paciente refiere que se encuentra bien, esta viviendo con su tía abuela ya que ha salido de su casa tras tener una discusión con la mama. (Este hecho se califica como positivo ya que en una anterior situación similar reacciono intentando suicidarse)	Técnica: Examen de opciones y alternativas Comprensión del significado idiosincrásico Aplicación EPQ - J
Agosto 27	Paciente manifiesta que se encuentra bien, no ha hablado con su madre y no sabe si regresará a casa, sin embargo refiere que tiene miedo ya que piensa que no le va a apoyar en sus estudios	Examen de las opciones y alternativas. Registro de pensamientos automáticos. Cuestionar las pruebas.
Septiembre 03	Paciente llega a terapia con la compañía de su madre. Durante la entrevista individual refiere que ha regresado a su casa ya que su madre ha ido a buscarle, refiere que esta bien pero las relaciones con su madre siguen	revisión de las Distorsiones Cognitivas Cuestionar las pruebas Experimentación

	siendo malas y esto la entristece, comenta algunas percepciones negativas que piensa que su madre tiene hacia ella tras lo cual se conversa con su madre y se comprueba que son reales.	
Septiembre 08	Terapia a la madre de la paciente.	No asiste.
	Se busca a la paciente quien refiere estar agradecida y querer continuar en el tratamiento, sin embargo manifiesta que su madre no la deja. Se busca a la madre en algunas ocasiones, presenta alguna resistencia pero finalmente accede a continuar el tratamiento, acepta colaborar.	
Octubre 20	Terapia a la madre de la paciente.	No asiste.
Octubre 22	Paciente refiere que las cosas en casa siguen igual, ha disminuido el tiempo de entrenamientos, continua teniendo malas relaciones con su madre y hermano. Debido a la falta de colaboración de la madre se propone buscar otras soluciones basada en recursos personales para afrontar la situación con su familia nuclear y para reforzar la confianza en si misma. Cerca de finalizar la sesión presenta risa inmotivada y de tono burlesco, refiere además que algunas veces	Aplicación Razones para vivir. Registro diario de pensamientos positivos Afirmaciones escritas

	escucha lo que le dicen pero que no entiende a pesar de estar concentrada, por lo que se considera posibles síntomas compatibles con trastorno bipolar.	
Octubre 26	La paciente se presenta puntual a terapia, el estado de ánimo es estable, se intentan buscar mayor sintomatología compatible con trastorno bipolar pero no se evidencia. Refiere que no ha podido encontrar factores para confiar en sí misma pero que sin embargo lo hace.	Cuestionar las pruebas Segunda Aplicación Escala de Desesperanza e Inventario de Depresión de Beck.

Resultados de las Comparativos de las pruebas Psicológicas

Test	Fecha Aplicación		Resultados	
	1ra	2da	1ra	2da
Escala de Desesperanza de Beck	Julio 03	Octubre 26	P.T.=15 Riesgo alto de suicidio	P.T.=4 Riesgo leve de suicidio
Escala de Depresión de Beck	Julio 10	Octubre 26	P.T.=23 Depresión moderada	P.T.=17 Depresión leve

Nota: la paciente continúa en tratamiento

Observaciones: Durante el proceso se ha visto mejoría de la paciente, sin embargo también se ha podido comprobar que algunas de las aparentes distorsiones cognitivas, en especial con respecto a su mamá, son reales, es decir no es una percepción negativa de la paciente; se tuvo también una entrevista con la mamá y se pudo evidenciar que la hija esta repitiendo el mismo cuadro de ella, sin embargo existen

muchas resistencias de parte de la madre y no se cuenta con su colaboración lo que dificulta el trabajo e incluso en ocasiones ha habido inconstancia en la asistencia a terapia en contra de la voluntad de la paciente, por esta razón actualmente el trabajo esta basado en la utilización de recursos personales por parte de la paciente para afrontar la realidad, esto se ve combinado con la sintomatología que presentó en una de las últimas sesiones llevadas hasta el momento, la misma que aparentemente apoyara a un trastorno bipolar pero que a la vez no se cumplen todos los criterios para asegurar este diagnóstico, también es importante recordar que en el tiempo en el que la paciente salió de su casa y fue a vivir con su tía abuela el trabajo fue más fácil y la actitud de la percepción de la paciente hacia sí misma fue más positiva. Actualmente la paciente continúa en tratamiento y se cuenta con el apoyo directo de psiquiatría, además se va a volver a buscar a la madre buscando una firma de responsabilidad sobre la hija.

CASO 4

Datos de filiación

Nominación: 4

Edad: 16 años

Sexo: Femenino

Religión: Católica

Escolaridad: Secundaria

Ocupación: Estudiante

Estado Civil: Soltera

Hijos: 0

Motivo de Consulta

Paciente que ingresa al servicio de emergencia tras haberse cortado las venas de la muñeca izquierda comprometiendo tendones, sin la intención expresa de quitarse la vida.

Antecedentes

Paciente de 16 años, que vive con sus padres y hermanos, estudiante de secundaria que presenta corte profundo en la muñeca izquierda que compromete venas y tendones de dicho miembro, comenta que no tiene intención de suicidarse sin embargo refiere la presencia de alucinaciones visuales y auditivas que le provocan ha hacerse daño, refiere además que al momento en el que se presentan estas

alteraciones de las sensopercepciones se da un anesteciamiento del miembro que agrede. La paciente comenta haber sido violada por 4 ocasiones de las cuales sus padres tuvieron conocimiento, sin embargo no tomaron ningún tipo de acción legal por temor a represalias. La joven expresa que la primera violación se produjo a la edad de 4 años, la siguiente 2 años después, luego a los 12 años y finalmente a los 16, comunicando este hecho a los padres estos no tomaron mayores acciones al respecto, hasta que en las últimas ocasiones tacharon a la joven de mentirosa pues no podían creer que se hubiera producido tal hecho en tantas ocasiones. La paciente es la mayor de 4 hermanos y refiere tener buenas relaciones fraternas mientras que con sus padres y debido a la desconfianza de estos se ve un deterioro en los canales de comunicación. La paciente comenta además que la presencia de estas alucinaciones suele ser mas frecuente en la noche o en las madrugadas donde por lo general suele agredirse pensando que no es su brazo el atacado.

Es traída al hospital por uno de sus amigos quien la encuentra en el bus camino al colegio y quien al ver su blusa ensangrentada revisa el brazo de la paciente y advierte el corte en la muñeca y el desangre por este producido. La paciente refiere que cuando se encuentra sola o caminando por la calle sin compañía se siente observada y perseguida.

Resultados de las pruebas Psicológicas:

Escala de Desesperanza de Beck:

P.D.=7 = Riesgo leve de cometer suicidio

Inventario de Depresión de Beck:

P.D.= 34 = Depresión Grave

Escala de Intencionalidad Suicida:

P.D.= 9 = Riesgo leve de suicidio

STAI: Ansiedad Estado:

P.D.= 47 = Centil 85

Ansiedad Rasgo:

P.D.= 36 = Centil 75

Inventario de Razones Para Vivir (P.D.):

Supervivencia y Afrontamiento: 3,12
 Responsabilidad con la familia: 3,28
 Preocupación por los hijos: 2
 Miedo al suicidio: 2,42
 Miedo a la desaprobación social: 3,33
 Objeciones morales: 2

EPQ-A:

Neurotismo: 16 = Centil 75
 Emocionabilidad: 11 = Centil 45
 Dureza: 10 = Centil 99
 Sinceridad: 13 = Centil 60

Inventario de Pensamientos Automáticos:

Filtraje
 Falacia de justicia
 Falacia de Recompensa Divina
 Falacia de Control

Aproximaciones Diagnósticas

Trastorno de Estrés Post Traumático
 Rasgos de Personalidad Paranoide + Rasgos de Personalidad Limítrofe + Rasgos de Personalidad Antisocial
 Ansiedad generalizada
 Escaso apoyo parental

Desarrollo

FECHA	EVOLUCIÓN	ACTIVIDAD/TAREA
Mayo 16	Paciente emocionalmente lábil, comenta sobre la presencia de alucinaciones audiovisuales y sobre las violaciones sufridas desde escasos años de vida, refiere además la escasa	Intervención en crisis

	comunicación existente con sus padres.	
Mayo 23	Paciente emocionalmente lábil, refiere que sus padres tras ser informados sobre las violaciones sufridas no tomaron mayores previsiones al respecto, también comenta como fueron los hechos en los cuales se vió agredida y como es su reacción actual frente al sexo opuesto en sus relaciones sentimentales, describe sus alucinaciones y comenta el grado de ansiedad que estas le provocan, además refiere que al autoagredirse presenta anestesia en el miembro lesionado. Presenta cortes superficiales en el brazo derecho y un corte profundo en el brazo izquierdo a nivel de la muñeca.	Primera entrevista Relajación Aplicación del inventario de Depresión de Beck
Mayo 30	Paciente anímicamente lábil, se siente sola y cree que no es capaz de controlar sus ideas en especial cuando se encuentra sola, comenta que teme que la gente la dañe, razón por la cual se procede a trabajar al respecto. La paciente presenta ciertas resistencias al tratamiento pero tras explicársele el modo en el que se llevará a cabo, accede.	Aplicación de la escala de Intencionalidad Suicida. Escala de Desesperanza de Beck. Cuestionar las pruebas
Junio 04	Paciente anímicamente lábil, comenta que no es capaz de	Terapia de rol play (participación de la madre) Relajación Cuestionar las pruebas

	<p>comprender a que se debe la indiferencia de sus padres ante los acontecimientos de los cuales fue víctima, así tampoco comprende como es que sus padres la protegen tanto, presentando ideas ambivalentes al respecto, así también se cuestiona sobre el por que ha dejado ciertas actividades de ocio a las cuales asistía. Se muestra renuente a hablar sobre sus sentimientos.</p>	<p>Entrenamiento en habilidades sociales y asertivas Aplicación del inventario de pensamientos automáticos</p>
Junio 12	<p>Paciente anímicamente estable, comunica su inconformidad con el entorno y refiere que tanto las voces como las imágenes que percibía se han atenuado en intensidad, también expresa que la comunicación con su madre ha ido mejorando, todavía presenta ansiedad en situaciones de soledad y teme a futuras agresiones por parte de desconocidos.</p>	<p>Entrenamiento en habilidades sociales y asertivas Cuestionar las pruebas. Externalización de las voces</p>
Junio 18	<p>Paciente anímicamente estable, manifiesta la dificultad para acercarse a las personas pese a ser contemporáneos a ella y refiere que se muestra rebelde hacia sus padres por no encontrarse de acuerdo con las medidas que estos toman respecto a su seguridad, comenta no sentirse a gusto con las normas sociales en lo</p>	<p>Valoraciones de dominio y placer Entrenamiento en habilidades sociales y asertivas</p>

	referente a lo estético.	
Junio 25	Paciente anímicamente estable, comenta que sus relaciones sentimentales suelen ser superficiales pues presenta la idea de “estar sucia” lo cual le quita valía ante las otras personas razón por la cual le resulta difícil entablar relaciones sentimentales con el sexo opuesto e incluso dificulta su relación con el grupo de pares.	Examen de las opciones y las alternativas Consecuencias fantaseadas Cuestionar las pruebas Aplicación STAI
Julio 11	Paciente mantiene la idea de sentirse “sucio” y refiere que pese a que la comunicación con sus amigos y familiares ha mejorado, no se siente capaz de mantener una conversación superior a los 20 minutos, así también refiere una disminución casi total en la frecuencia de las alucinaciones y un mejoramiento del estado de ánimo. Teme todavía encontrarse sola en lugares públicos por lo que se procede a la utilización de técnicas para tratar este punto.	Comprensión del significado idiosincrásico Cuestionar las pruebas Ensayo conductual
Julio 20	Paciente anímicamente estable, comenta que se siente mejor y que su visión de la sociedad como algo crítico aún se mantiene, regresa al tema de sus relaciones sentimentales superficiales y expresa que esto puede deberse al temor al rechazo.	Reforzamiento en técnicas ya utilizadas Aplicación del EPQ Análisis del significado idiosincrásico

Julio 24	Paciente anímicamente estable, expresa que se siente mejor consigo misma y con los demás sin embargo refiere que a causa de la falta de tiempo prefiere suspender las sesiones de psicoterapia por tiempo indefinido, comenta que la presencia de las alucinaciones se ha reducido casi en su totalidad razón por la cual se siente preparada para enfrentarse al futuro adecuadamente.	Reforzamiento de técnicas ya utilizadas Re test. Cierre temporal.
----------	---	---

Resultados Comparativos de las Pruebas Psicológicas

Test	Fecha Aplicación		Resultados	
	1ra	2da	1ra	2da
Escala de Desesperanza de Beck	Mayo 23	Julio 24	P.T.=7 Riesgo leve de suicidio	P.T.=2 Riesgo mínimo de suicidio
Escala de Depresión de Beck	Mayo 30	Julio 24	P.T.= 34 Depresión grave	P.T.=9 Depresión ausente o mínima

Nota: Debido al estado mental de la paciente el tratamiento psicoterapéutico se llevo paralelamente con el tratamiento farmacológico correspondiente que fue suspendido de manera abrupta por la paciente. A la segunda semana del tratamiento la paciente dejo de auto lesionarse dejando así de cortarse los brazos. Luego del abandono de la terapia se le sugiere a la paciente la posibilidad de retomar esta actividad cuando lo considera necesario, sugerencia que fue rechazada por lo que este caso no ha podido ser concluido con efectividad.

Observaciones: La paciente no tubo intencionalidad consiente de quitarse la vida pues al momento en el que se realizaba el corte en la mano presentaba distorsiones sensorperceptivas en las que veía su brazo como el de uno de sus agresores, esta alteración causo además la presencia de anestesia en el miembro lesionado, la paciente no estuvo conciente de la gravedad de la herida hasta que al ir al colegio fue atendida por un amigo con quien se había encontrado y quien la llevo hasta la sala de emergencias del Hospital Regional. El proceso terapéutico se llevo a cabo con ciertas dificultades pues la paciente no presentó mayor colaboración con el mismo en especial luego de las sesiones en las que se trabajó el tema de la violación y la actitud paterna ante esta, el padre no asistió a la terapia en ninguna ocasión.

CASO 5

Datos de filiación

Nominación: 5

Edad: 36

Sexo: masculino

Religión: Católica

Escolaridad: Superior incompleta (seminarista) **Ocupación:** guardia

Estado Civil: Casado

Hijos: 2

Motivo de Consulta

Paciente llega al hospital debido a que ha intentado suicidarse acercándose a la orilla del río cuando este estaba crecido con la intención de que se lo lleve el agua, esta situación era conocida por su esposa, razón por la cual llama a los bomberos pidiendo ayuda.

Antecedentes

Paciente es el 7mo de 8 hijos, fue criado prácticamente sólo por su madre ya que su padre era militar y casi no pasaba con ellos, su madre era muy exigente y siempre le decía que hacer, refiere que era una persona muy alegre y feliz, ingresó de seminarista para hacerse cura y cuando le tocaba hacer traslado a Quito para la etapa final de este proceso decide retirarse, lo cual no es apoyado por su madre, manifiesta que este hecho le hizo sentirse triste y fracasado, tenía la sensación de haber traicionado a Dios, posteriormente contrae matrimonio, manifiesta que igualmente lo

hace en contra de la voluntad de su madre, refiere que el matrimonio “es bueno pero duro”, lleva 15 años de casados, tienen dos hijas de 13 y 9 años respectivamente, refiere que la relación con ellas es buena y que intenta no ser muy estricto como fueron con él, anteriormente vivían en casa de su mamá, hace pocos años se pasan a vivir solos y la relación mejora, pero que sin embargo desde que salió del seminario episodios de tristeza y depresión en su estado de ánimo, manifiesta que en varias ocasiones se ha acercado a caminar en las orillas del río cuando este estaba con la corriente alta ya que desea morir.

Resultados de las pruebas Psicológicas:

Escala de Desesperanza de Beck:

P.D.= 6 = Riesgo leve de cometer suicidio

Inventario de Depresión de Beck:

P.D.= 29 = Depresión Moderada

Escala de Intencionalidad Suicida:

P.D.= 12 = Riesgo Bajo de suicidio

STAI: Ansiedad Estado:

P.D.= 26 = Centil 50

Ansiedad Rasgo:

P.D.= 29 = Centil 85

Inventario de Razones Para Vivir (P.D.):

Supervivencia y Afrontamiento: 5,33

Responsabilidad con la familia: 5,28

Preocupación por los hijos: 6

Miedo al suicidio: 4,42

Miedo a la desaprobación social: 6

Objeciones morales: 5,75

EPQ-A:

Neurotismo: 18 = Centil 85

Emocionabilidad: 5 = Centil 5

Dureza: 3 = Centil 65

Sinceridad: 8 = Centil 35

Inventario de Pensamientos Automáticos:

Falacia de control
Etiquetas globales
Razonamiento emocional
Sobregeneralización

Aproximaciones Diagnósticas

Rasgos de personalidad obsesivo - compulsivo

Sentimientos de culpa

Desarrollo

FECHA	EVOLUCIÓN	ACTIVIDAD/TAREA
Junio 27	Primera entrevista, paciente comenta sobre sus intentos y la razón de ellos, manifiesta tener sentimientos de culpa y sensación de fracaso y traición a Dios. Se evidencian rasgos de personalidad obsesivo – compulsivo	Entrevista con el paciente Recolección de información Aplicación Escala de desesperanza e Inventario de depresión de Beck
Julio 19	El paciente se presenta relativamente tranquilo frente a las ideas de suicidio, sin embargo se percibe signos de ansiedad, sudoración, miedo al hablar. Se comprueba Trastorno de personalidad obsesivo – compulsivo ya que cumple con 5 o más de los 9 criterios.	Explicación del modelo psicoterapéutico cognitivo – conductual. Se fijan objetivos para la terapia Asociación / descubrimiento guiado Aplicación Test de intencionalidad suicida.
Julio 30	Paciente se muestra colaborador en la aplicación de las técnicas, “dispuesto a cambiar”. Se analizan	Explicación y aplicación del registro de pensamientos automáticos. Aplicación Test de

	sentimientos de fracaso	pensamientos automáticos de Ruiz y Lujan
Agosto 02	Revisión de tarea enviada a casa, refiere que no la ha realizado ya que no sabía si había entendido bien. Se continúa el trabajo de la terapia anterior con respecto a los sentimientos de fracaso.	Enseñanza de distorsiones Cognitivas Bloqueo de pensamientos Aplicación Rasgo STAI
Agosto 13	Paciente refiere estar más tranquilo y sentir menos culpa al no conseguir algo o cuando las cosas salen mal, manifiesta que está usando las distorsiones cognitivas y esto le ayuda a ver las cosas desde otro punto de vista.	Revisión de las distorsiones cognitivas. Afirmaciones: "Yo puedo" Aplicación Razones para vivir.
Agosto 27	Paciente refiere que continua utilizando las distorsiones cognitivas en situaciones de la vida cotidiana, lo que le ayuda a sentirse más tranquila y con menos sentimiento de culpa.	Revisión de las distorsiones cognitivas. Biofeedback.
Septiembre 11	Paciente refiere continuar utilizando las distorsiones cognitivas, esto le ayuda a reaccionar mejor consigo mismo y con los demás, refiere que las cosas han mejorado mucho, la situación con su familia esta bien, dice sentirse tranquilo pero se lo percibe ansioso.	Relajación Enseñanza de respiración
Septiembre 24	Paciente refiere tener respuestas más positivas y funcionales frente a situaciones que antes le generaban	Biofeedback Aplicación EPQ

	sentimientos de culpa. Explica su nueva percepción con respecto a la salida del Seminario	
Octubre 8	Paciente se muestra más seguro de sí mismo en la forma de hablar y en el lenguaje corporal, se han reducido los síntomas de ansiedad, refiere que ya no tiene sentimientos de culpa y que ahora ve las cosas de otra forma. Inicio de cierre.	Biofeedback
Octubre 24	Paciente se muestra más seguro de sí mismo, refiere que ha aprendido muchas cosas como "a no ver todo como blanco o negro, a no sentir que porque algo salgo mal se me cae el mundo, a confiar más en mi y en mi alrededor, a no responsabilizarme de todo, ya no paso nervioso, si me equivoco, corrijo" y agradece la ayuda recibida.	Biofeedback Se sugiere una visita mensual Segunda aplicación Escala de Desesperanza e Inventario de Depresión de Beck

Resultados Comparativos de las Pruebas Psicológicas

Test	Fecha Aplicación		Resultados	
	1ra	2da	1ra	2da
Escala de Desesperanza de Beck	Junio 27	Octubre 24	P.T.=6 Riesgo leve de cometer suicidio	P.T.=1 mínimo riesgo de suicidio
Escala de Depresión de Beck	Junio 27	Octubre 24	P.T.=29 Depresión moderada	P.T.=9 Normal

Nota: el paciente asistía cada 15 días debido a cuestiones de trabajo

Observaciones: las sesiones podían ser llevadas únicamente cada 15 días ya que el horario de trabajo no permitía una sesión semanal, sin embargo su colaboración para la terapia fue muy satisfactoria, esto pudo haberse debido a los mismos rasgos de su personalidad obsesiva compulsiva, ya que utilizaba constantemente las técnicas aplicadas durante la terapia, la técnica de mayor uso fue la enseñanza de distorsiones cognitivas, esta disposición para el trabajo terapéutico por parte del paciente ayudó a que a pesar de la separación entre terapias el avance fuera muy satisfactorio ya que hay que recordar que el trabajo terapéutico no se da solo en la hora terapéutica sino principalmente entre ellas y con la aplicación de las técnicas aprendidas en la sesión.

CASO 6

Datos de filiación

Nominación: 6

Edad: 13 **Sexo:** Femenino

Religión: Católica

Escolaridad: Primaria Completa **Ocupación:** Estudiante

Estado Civil: Soltera **Hijos:** 0

Motivo de Consulta

Paciente que intenta suicidarse ingiriendo “perrofin” tras discusión familiar.

Antecedentes

Paciente soltera, estudiante de belleza, que refiere que tras discusión familiar luego de acudir a una fiesta, decide ingerir “perrofin” con la intención de quitarse la vida ya que siente que nadie en su entorno familiar la comprende ni la apoya. La joven vive con sus abuelos maternos y hermano mellizo desde el año de vida ya que su madre migro a los EEUU y su padre no la reconoció pese a saber de la existencia de la muchacha y su hermano. La muchacha comenta que tanto sus tíos como abuelos se entrometen mucho en sus asuntos personales, la critican de forma muy rígida y la agraden tanto física como psicológicamente, las relaciones con su hermano son hostiles debido a que este la golpea en repetidas ocasiones y la etiqueta con palabras soeces mientras

que su abuelo es alcohólico crónico lo cual provoca a su vez que este sea el agresor de los miembros de la familia que se encuentran bajo el mismo techo, la abuela presenta un carácter sumiso y expresa sentimientos de culpa además de que constantemente le repite a la paciente el hecho de que ella ha sido quien la ha criado con el fin de que en la vejez sea la paciente quien responda por su abuela.

La paciente inicia su actividad sexual con su pareja actual a los 11 años, no utiliza ningún método anticonceptivo. Presenta además problemas con la autoridad, las conversaciones con su madre son poco frecuentes y no habla con su padre, comenta además la diferencia que existe dentro de las obligaciones de la casa ya que asegura que su hermano posee menos responsabilidades que ella en este sentido. La paciente comenta que casi no consume alcohol, no fuma y hasta la fecha no ha ingerido drogas.

Resultados de las pruebas Psicológicas:

Escala de Desesperanza de Beck:

P.D.=10 = Riesgo moderado de cometer suicidio

Inventario de Depresión de Beck:

P.D.= 29 = Depresión Grave

Escala de Intencionalidad Suicida:

P.D.= 17 = Riesgo Moderado de suicidio

STAI: Ansiedad Estado:

P.D.= 38 = Centil 85

Ansiedad Rasgo:

P.D.= 36 = Centil 75

Inventario de Razones Para Vivir (P.D.):

Supervivencia y Afrontamiento: 2,91

Responsabilidad con la familia: 2

Preocupación por los hijos: 1,66

Miedo al suicidio: 2,57

Miedo a la desaprobación social: 4

Objeciones morales: 2,5

EPQ-A:

Neurotismo: 15 = Centil 75

Emocionabilidad: 15 = Centil 15

Dureza: 8 = Centil 95

Sinceridad: 16 = Centil 80

Conducta Antisocial: 26 = Centil 65

Inventario de Pensamientos Automáticos:

Falacia de control

Falacia de razón

Culpabilidad

Aproximaciones Diagnósticas

Trastorno Depresivo del Estado de Ánimo (leve)

Rasgos de personalidad Limítrofe + rasgos de personalidad antisocial

Poco apoyo psicosocial

Rivalidad fraterna

Maltrato físico y psicológico

Desarrollo

FECHA	EVOLUCIÓN	ACTIVIDAD/TAREA
Mayo 28	Paciente es remitida por el servicio de Pediatría, se presenta emocionalmente labil, comenta que luego de discusión familiar y al salir de una reunión decide ingerir veneno y que probablemente lo volvería a hacer si la situación se repite.	Primera entrevista Relajación
Mayo 29	Paciente comenta sobre la relación con sus abuelos y su hermano, comenta además el problema de alcoholismo que presenta su abuelo y como este la maltrata frecuentemente en	Cuestionar las pruebas Aplicación de la escala de desesperanza Aplicación del Inventario de Depresión de Beck

	especial cuando esta tomado, además comenta como es la relación con su madre y como tanto ella como su hermano son ignorados por su padre. Luego de esta sesión la paciente deja de asistir a la terapia por un lapso mayor a los 2 meses.	
Agosto 24	Paciente regresa luego de recibir una llamada de trabajo social con el fin de que retome su psicoterapia y comenta que la situación en su casa sigue siendo hostil y que la frecuencia con la que habla con su madre se ha reducido y que el modo en el que es tratada por su abuelo y su hermano se ha vuelto aun mas hostil, se muestra emocionalmente lábil y comenta que no esta segura de querer continuar con sus estudios.	Terapia de rol play Cuestionar las pruebas Aplicación de la escala de intencionalidad suicida
Agosto 30	Paciente emocionalmente estable, comenta que su abuela cuestiona mucho su manera de actuar frente al sexo opuesto y a su familia, mientras la abuela comenta que la paciente se muestra muy grosera con ella. Al conversar a solas con la paciente esta comenta haber tenido ya relaciones sexuales con su enamorado actual desde hace aproximadamente 2 años sin protección de ningún tipo.	Cuestionar las pruebas Psicoeducación
Septiembre 17	Paciente emocionalmente	Cuestionar las pruebas

	estable, presenta dudas sobre métodos anticonceptivos y comenta nuevamente sobre la relación con su abuela y su hermano ya que este ultimo salio de la casa en los días previos a esta entrevista tras haber discutido con la paciente lo cual provoco que la abuela reaccione en contra de la paciente culpándola de las actitudes presentadas por su hermano.	Psicoeducación Aplicación del STAI
Octubre 02	Paciente emocionalmente estable, comenta nuevamente sobre la relación con su abuela quien aun al parecer le da mas obligaciones a ella que su hermano ya que el “es varoncito” además la paciente comenta que sus familiares mas lejanos como primos y tíos la han amenazado con golpear en caso de que sea vista con algún pretendiente, la paciente refiere que siente que ya no le tienen confianza en su casa, razón por la cual se muestra hostil con sus familiares.	Cuestionar las pruebas Análisis del significado idiosincrásico Aplicación de la escala de intencionalidad suicida
Octubre 04	Paciente acude para iniciar un programa de control de la natalidad del cual pide que no se le informe a su abuela. La abuela por su parte acude acompañándole a la paciente y comenta la desconfianza que le	Cuestionar las pruebas Psicoeducación

	tiene a esta tras el intento de suicidio y previo a este ya que por su lugar de residencia se escuchan muchos comentarios sobre las actitudes de la muchacha.	
Octubre 09	Paciente anímicamente estable refiere que tiene planes de abandonar el hogar debido a que el ambiente de este le resulta bastante caótico en especial por el trato que recibe por parte de sus tíos y su madre quien en una conversación telefónica previa la había amenazado con dejar de pagar sus estudios.	Cuestionar las pruebas Análisis del significado idiosincrásico
Octubre 16	Paciente emocionalmente estable comenta que las ideas de quitarse la vida han desaparecido casi por completo y que su estado de ánimo esta mejor pese a que los problemas en su ambiente familiar no han mejorado en especial por la poca colaboración que da la familia a la psicoterapia.	Cuestionar las pruebas Re tests
Octubre 23	La paciente se presenta anímicamente estable, comenta que no podrá asistir a mas sesiones de psicoterapia y que actualmente la relación con sus familiares se encuentra mas tensa de lo habitual ya que constantemente le repiten que esta "estorbando" razón por la	Cuestionar las pruebas. Psicoeducación. Reforzamiento del entrenamiento en habilidades sociales y asertividad.

	<p>cual desde el día sábado 20 de octubre la joven decidió ir a vivir con su enamorado en situación de unión libre. Comenta que no tiene deseo de hablar con su abuela o su hermano quienes al escuchar sobre la decisión de la joven acotaron que es mejor que salga de la casa pues ella esta “estorbando” mientras que la madre de la paciente apoya esta decisión. Ante esta situación la joven pide retroalimentación sobre los métodos anticonceptivos.</p>	
<p>Octubre 26</p>	<p>Paciente anímicamente estable, asiste con su conviviente a la ultima sesión de psicoterapia y comenta que tras acudir a cita ginecológica le gustaría recibir cierta retroalimentación sobre métodos de anticoncepción conjuntamente con su pareja, la joven comenta su agrado con lo realizado en la terapia sin embargo comenta no poder asistir con regularidad por lo que se hace énfasis en la temporalidad del alta y se recalca la posibilidad de acudir a consulta externa de psicología en caso de considerarlo necesario.</p>	<p>Alta temporal de la paciente, se recomienda que asista a seguimiento cada 3 meses. Retroalimentación sobre los métodos anticonceptivos.</p>

Resultados Comparativos de las Pruebas Psicológicas

Test	Fecha Aplicación		Resultados	
	1ra	2da	1ra	2da
Escala de Desesperanza de Beck	Mayo 29	Oct. 16	P.T.=10 Riesgo moderado de suicidio	P.T.=1 Riesgo mínimo de suicidio
Escala de Depresión de Beck	Mayo 29	Oct. 16	P.T.=29 Depresión moderada	P.T.=12 Depresión leve

Nota: La paciente abandonó el tratamiento psiquiátrico y la psicoterapia de los cuales reinició solamente el segundo, el abuelo nunca llegó a las sesiones programadas para hablar con el al igual que el hermano quienes hasta la fecha se rehúsan a acudir al hospital para tal efecto. Al acudir la paciente nuevamente a la psicoterapia se debieron retomar problemas abordados con anterioridad con el fin de observar el desarrollo de los mismos dentro de la vida del paciente y todos los malestares que estos pudieran causarle. La abuela de la paciente pese a asistir a las sesiones de psicoterapia muestra en ocasiones su inconformidad con la misma en especial cuando se abordan temas relacionados con la educación sexual y las relaciones de pareja.

Observaciones: La paciente inicialmente dejó de asistir a la psicoterapia debido al poco apoyo de su familia en especial de sus abuelos quienes tras ser llamados por trabajo social de la institución acceden a traer a la paciente a las sesiones correspondientes, sin embargo, cuando se pide la asistencia de su hermano y su abuelo a la psicoterapia estos se rehúsan a hacerlo y mas aun amenazan tanto a la abuela como a la paciente con agredir al terapeuta, esto puede deberse a que tanto el abuelo como el hermano de la joven presentan problemas de alcoholismo lo cual hace que el ambiente familiar se torne violento.

CASO 7

Datos de filiación

Nominación: 7

Edad: 19

Sexo: femenino

Religión: Católica

Escolaridad: Secundaria

Ocupación: estudiante

Estado Civil: soltera

Hijos: 0

Motivo de Consulta

La paciente es internada en hospitalización debido a intento de suicidio mediante intoxicación con órgano fosforado

Antecedentes

La paciente es hija única, su madre ha fallecido cuando ella tenía 7 años y su padre no se hizo cargo de ella, se ve muy poco con él, la relación con su madre no era muy buena, cuando ella muere pasa a vivir con los abuelos, pero manifiesta que sentía que no les importaba debido a que le dejaban hacer lo que ella quería por lo que intentó suicidarse en una primera ocasión hace dos años aproximadamente; tras ese hecho pasa a vivir con una tía y su familia completa, manifiesta que aquí sentía que se preocupaban más, le ponían más límites y le trataban como a hija. Ha tenido comportamientos inadecuados con respecto al uso de alcohol en su colegio y en su casa, manifiesta que no siente remordimientos y que desde pequeña ha sentido como un vacío al nivel del estómago, ha tenido algunos enamorados pero dice que “jugaba con ellos”, sin embargo al último, con quien duró dos meses sí le quiso, y cuando termina esta relación ella decide terminar con su vida luego de habérselo comunicado a él, a este hecho se suma la pérdida de su último año de colegio tras haber fallado en un examen, los familiares conversan con el Rector del colegio y consiguen que se le de otra oportunidad.

Resultados de las pruebas Psicológicas:

Escala de Desesperanza de Beck:

P.D.= 8 =Riesgo leve de cometer suicidio

Inventario de Depresión de Beck:

P.D.= 34 = Depresión Grave

Escala de Intencionalidad Suicida:

P.D.= 21 = Riesgo alto de suicidio

STAI: Ansiedad Estado:

P.D.= 20 = Centil menor al 50

Ansiedad Rasgo:

P.D.= 39 = Centil 85

Inventario de Razones Para Vivir (P.D.):

Supervivencia y Afrontamiento: 4,70

Responsabilidad con la familia: 4,71

Preocupación por los hijos: 6

Miedo al suicidio: 1

Miedo a la desaprobación social: 1

Objeciones morales: 2,25

EPQ-A:

Neurotismo: 8, Centil 15

Emocionabilidad: 16, Centil 80

Dureza: 6, Centil 95

Sinceridad: 11, Centil 45

Inventario de Pensamientos Automáticos:

Filtraje

Falacia de control

Falacia de Recompensa Divina

Aproximaciones Diagnósticas

Rasgos de personalidad límite

Rasgos de personalidad dependiente

Desarrollo

FECHA	EVOLUCIÓN	ACTIVIDAD/TAREA
Julio 06	Paciente ingresa a hospitalización tras haber consumido veneno, se mantiene entrevista con familiares y se realiza el compromiso para empezar tratamiento psicoterapéutico. Se observan en la paciente características compatibles con trastorno límite de la personalidad.	Entrevista con la paciente Entrevista y acuerdo de iniciar proceso psicoterapéutico con los familiares de la paciente.
Julio 09	Primera entrevista, se mantiene una conversación con la paciente, se realizan compromiso para el proceso psicoterapéutico con la paciente, esta se muestra dispuesta a trabajar, su estado de ánimo es positivo. Se observan rasgos de personalidad límite. Al finalizar la terapia se acerca la abuela de la paciente y comenta que va a regresar a casa de ellos ya que los tíos no la quieren recibir debido a la conducta que tuvo, esto le entristece a la paciente.	Recolección de información Aplicación Test de desesperanza.
Julio 13	Paciente se acerca bastante	Recolección información

	animada, refiere que las cosas en la casa están bien, esta conforme con el comportamiento de los abuelitos. Se plantean objetivos para la terapia y se continúa recogiendo datos para el tratamiento, se muestra colaboradora y dispuesta a trabajar, habla mucho sobre su última relación amorosa.	Se plantean objetivos para la terapia Aplicación del Inventario de depresión de Beck
Julio 19	Paciente refiere que se siente mejor y que quiere continuar en la terapia, afirma "siento que sin su ayuda no voy a poder", habla de muchos temas y no responde a todas las preguntas. Se evidencian rasgos de personalidad dependiente.	Aplicación test de intencionalidad suicida. Explicación del modelo cognitivo conductual. Registro de pensamientos automáticos.
Julio 25	Paciente se acerca a terapia con una familiar pidiendo que ayude para esta última ya que de vez en cuando consume droga.	Psicoeducación. Comprensión del significado idiosincrásico.
Julio 30	Paciente se acerca gustosa a trabajar y manifiesta querer colaborar, sin embargo evade algunas preguntas importantes y se desvía de algunos temas, pide consejos sobre su forma de actuar lo cual es tomado como guía para realizar preguntas, sin embargo continúa evadiéndolas.	Identificación de pensamientos automáticos. Aplicación STAI.
Agosto 03	Paciente llega a terapia animada, habla sobre sus relaciones y luego cambia de tema, refiere que tiene que	Hoja antipostergación Programación de actividades Aplicación Razones para

	completar unos cuestionarios y que no logra hacerlo.	vivir.
Agosto 09	Paciente comenta que va a recibir clases de preparación para el examen que perdió. Conversa sobre sus relaciones pasadas y sobre como desearían que sean en el futuro. Manifiesta que las relaciones en su casa están bien, dice estar reaccionando de manera distinta. Está recibiendo clases de preparación para los exámenes de grado	Registro de pensamientos automáticos. Imaginería guiada, lo cual no se consigue ya que no logra imaginar lo que se le pide.
Agosto 16	Paciente se acerca a terapia con un amigo, se encuentra algo alterada, manifiesta que es debido al efecto de medicación, manifiesta que desea consumir droga, se le explica de los riesgos que corre pero mantiene su actitud aunque trata la situación a manera de broma. No colabora en la aplicación de ninguna de las técnicas y se muestra "cerrada" a cambiar de decisión por lo que aclaramos que no podemos responsabilizarnos de sus actos.	Enfrentamiento directo Psicoeducación
Agosto 21	Paciente manifiesta que sí ha consumido droga y que no le ha pasado nada, dice estar arrepentida y querer cambiar. Su estado de ánimo es bueno. Conversa sobre el último intento de suicidio.	Enfrentamiento directo Registro de pensamientos automáticos Aplicación Pensamientos Automáticos de Ruiz y Lujan

Agosto 27	Paciente conversa sobre los chicos que ha conocido y lo que le ha pasado desde la última sesión, intenta buscar estrategias para vengarse de su ex. Dice querer colaborar pero no cumple las tareas.	Enfrentamiento directo Examen de opciones y alternativas Ventajas y desventajas
Septiembre 03	Paciente es constante en la asistencia pero no colabora con las tareas, refiere que lo va a hacer. Su estado de ánimo es bueno, habla principalmente de los chicos que la han llamado, el trabajo resulta difícil debido a que evade fácilmente las preguntas.	Enfrentamiento directo Psicolectura
Septiembre 06	Entrevista con la abuela de la paciente	No asiste
Septiembre 10	Asiste la abuela en vez de la paciente, se busca indagar conductas no mencionadas por la paciente, sin embargo, la abuela refiere que está bien y que ha mejorado mucho su comportamiento.	Explicación del proceso y de los rasgos de personalidad de la paciente.
Septiembre 17	La paciente no asiste	
	Paciente manifiesta no poder asistir a las terapias debido a que está dando exámenes de grado y arreglando unos papeles para viajar.	
Octubre 04	La paciente se comunica vía telefónica y refiere estar muy feliz debido a que se ha graduado, sin embargo, el no estar con su novio la entristece.	

<p>Octubre 09</p>	<p>La paciente se acerca a terapia, tiene muy buena apariencia. Refiere estar con otro enamorado y mantener una buena relación con él “ya no hago lo que hacía antes, me porto mejor”, además refiere estar muy feliz por haberse graduado, irá a vivir con su padre, el viaje lo realizará el 5 de noviembre. Inicia cierre.</p>	<p>Biofeedback Imaginería guiada Aplicación EPQ</p>
<p>Octubre 16</p>	<p>Paciente refiere que se siente muy bien y que está muy feliz. Manifiesta haber aprendido a hacer las cosas sola, a no hacer cosas que le hagan daño y que además ahora “siento mi cuerpo abierto, porque antes era como si estuviera vacío”.</p>	<p>Biofeedback Aplicación Escala de Desesperanza Aplicación Inventario de Depresión de Beck</p>
<p>Octubre 24</p>	<p>Paciente se acerca a terapia de seguimiento, da las gracias manifestando que se siente muy bien y avisando que va a viajar a EEUU a vivir con su padre, sin embargo dice que vendrá una última vez a despedirse. Debido a que esta situación no permite llevar a cabo terapias de seguimiento se recomienda mantener contacto vía mail.</p>	<p>Biofeedback</p>

Resultados Comparativos de las Pruebas Psicológicas

Test	Fecha Aplicación		Resultados	
	1ra	2da	1ra	2da
Escala de Desesperanza de Beck	Julio 09	Octubre 16	P.T.=8 Riesgo leve de suicidio	P.T.=2 mínimo riesgo de suicidio
Escala de Depresión de Beck	Julio 13	Octubre 16	P.T.=34 Depresión grave	P.T.=12 Depresión leve

Observaciones: al inicio del tratamiento la asistencia de la paciente era constante, probablemente debido a los rasgos de su personalidad, debido a que la conducta suicida estaba apoyada por los rasgos de personalidad se consideraba importante trabajar también en este aspecto, sin embargo no colaboraba en la aplicación de las técnicas ni realización de las tareas, evadía preguntas importantes y aunque aceptaba algunas confrontaciones no les daba mayor importancia, resultaba muy difícil llegar a un pensamiento nuclear y cuando se llegaba a pesar de percibirlo como inadaptativo no mostraba deseo de cambio en especial en cuanto a sus rasgos de personalidad, aunque manifestaba logros positivos con respecto a su comportamiento suicida. Esta falta de colaboración en las terapias aparentaba poco avance en la misma, sin embargo, luego del período de ausencia, en su regreso se pudo evidenciar mejoría en el aspecto físico y en las entrevistas mantenidas la paciente manifestó haber aprendido aspectos importantes no solo para buscar otras alternativas de solución frente a determinadas situaciones sino también en cuanto a rasgos importantes de personalidad; debido a que no se pueden realizar terapia de seguimiento con la paciente ya que va a viajar fuera del país, se recomienda mantener contacto mediante Internet.

CASO 8

Datos de filiación

Nominación: 8

Edad: 15

Sexo: Femenino

Religión: Católica

Escolaridad: Secundaria

Ocupación: Estudiante

Estado Civil: Soltera

Hijos: 0

Motivo de Consulta

Paciente que intenta suicidarse ingiriendo Shampoo mas ingesta de medicamentos desconocidos mas organofosforado.

Antecedentes

Paciente de 15 años de edad, hija de padres divorciados, es la mayor de 2 hijos, comenta que tras discusión con su madre decide ingerir varios elementos con el fin de quitarse la vida, esta no es la primera vez que la paciente trata de suicidarse pues en otra ocasión trato de morir cortándose las venas. Paciente que vive con su madre y hermano de 3 años y comenta que la relación con ambos no es muy buena, en especial con la madre ya que esta suele ponerse de mal carácter con la paciente y castigarle con frecuencia, en cambio con el padre la relación es bastante lejana ya que este formo un nuevo hogar tras la separación, cosa que no es del agrado de la paciente pues siente que su padre prefiere mas a su actual pareja que a sus hijos ya que casi no los ve.

Paciente refiere además que no se siente cómoda en el colegio pues a la fecha del ingreso presentaba problemas escolares que ponían en riesgo su promoción de curso y ya había perdido un año previamente lo cual provocaba ansiedad en la muchacha, comentó que sus relaciones entre compañeros no era buena pues casi no tenia amistad con ninguno de los pares. Comenta que tanto algunos profesores como ciertos alumnos no quieren que ella continúe estudiando pero sin embargo refiere que su madre no le permite que deje el colegio ni acepta la opción de que se cambie a otro plantel educativo.

La paciente comenta que sus padres tras la separación se han reconciliado por un par de ocasiones y que al momento en que ellos vuelven a discutir el padre suele atacar a

la paciente diciéndole que es ella la causante de su separación, cosa que luego es respaldada por la madre quien acusa en repetidas ocasiones a la muchacha de haber dañado la relación de pareja. Madre refiere que el padre la agredía físicamente delante de su hija quien solía esconderse durante las peleas e incluso salía de la casa para no escuchar la discusión.

Resultados de las pruebas Psicológicas:

Escala de Desesperanza de Beck:

P.D.=10 = Riesgo moderado de cometer suicidio

Inventario de Depresión de Beck:

P.D.= 26 = Depresión Moderada

Escala de Intencionalidad Suicida:

P.D.= 12 = Riesgo Moderado de suicidio

STAI: Ansiedad Estado:

P.D.= 41 = Centil 85

Ansiedad Rasgo:

P.D.= 44 = Centil 85

Inventario de Razones Para Vivir (P.D.):

Supervivencia y Afrontamiento: 2,91

Responsabilidad con la familia: 4

Preocupación por los hijos: 1,33

Miedo al suicidio: 3,57

Miedo a la desaprobación social: 4

Objeciones morales: 2,75

EPQ-J:

Neurotismo: 20 = Centil 99

Emocionabilidad: 9 = Centil 2

Dureza: 4 = Centil 70

Sinceridad: 14 = Centil 60

Conducta Antisocial: 20 = Centil 50

Inventario de Pensamientos Automáticos:

Filtraje
Falacia de justicia
Falacia de Recompensa Divina
Falacia de cambio

Aproximaciones Diagnósticas

Trastorno depresivo del estado de ánimo (moderado-leve)
Rasgos de personalidad límite + rasgos de personalidad paranoide
Escaso apoyo psicosocial
Problemas de relación con el grupo primario
Problemas de relación con el grupo de pares

Desarrollo

FECHA	EVOLUCIÓN	ACTIVIDAD/TAREA
Mayo 24	Paciente emocionalmente lábil, presenta llanto fácil y malestar físico producto de la intoxicación por lo que tras la intervención en crisis se procede a realizar una entrevista a la madre de la paciente que refiere que su hija presenta mucha irritabilidad y sentimientos de culpa además refiere que la paciente presenta problemas escolares y con el grupo de pares que no conocía hasta la fecha del ingreso a la institución.	Intervención en crisis Entrevista a la madre
Mayo 28	Paciente anímicamente lábil, comenta que la relación con su madre es deficiente en especial porque ella la castiga frecuentemente y sin motivos	Aplicación de la escala de Depresión de Beck Aplicación de la escala de desesperanza Cuestionar las pruebas

	<p>aparentes, además comenta que en ocasiones siente que no es querida por sus padres y que se siente culpable por su separación en las diversas ocasiones en las que esto se ha producido, comenta además que la relación con su padre no es buena ya que siente que su padre “prefiere” mas a su esposa actual que a sus hijos y en especial a ella. La paciente comenta que su intencionalidad suicida no ha disminuido.</p>	
<p>Mayo 30</p>	<p>Paciente anímicamente estable, comenta que se siente culpable por la situación de su hogar y la de su colegio pues afirma sentirse sola y no tener amigos de sus edad quienes la puedan apoyar, comenta que la relación con sus pares se torna en ocasiones agresiva, razón por la cual evade las situaciones difíciles de enfrentar, así también comenta que la relación con sus maestros en ocasiones no es de lo mejor pues siente que no es respaldada por sus maestros.</p>	<p>Cuestionar las pruebas Role play Aplicación del STAI</p>
<p>Junio 05</p>	<p>Paciente anímicamente estable comenta que no se siente cómoda con su apariencia física pues se siente “gorda”, además comenta que no desea volver al colegio pues teme al rechazo de</p>	<p>Aplicación del inventario de Pensamientos Automáticos. Aplicación de la escala de Intencionalidad Suicida de Beck. Cuestionar las pruebas</p>

	<p>sus compañeros de clases con quienes casi no se lleva. Comenta además que su hermano la molesta constantemente y que su madre la obliga a hacerse cargo del niño en las horas de la tarde lo cual disgusta a la paciente pues siente que el niño “invade” su espacio.</p>	
Junio 11	<p>Paciente anímicamente estable, comenta que la relación con su grupo de pares se mantiene tensa pues siente que no la ayudan lo suficiente y cree que de alguna forma ella no es de interés para ninguna persona dentro de la institución educativa a la que pertenece, afirma que ha tenido problemas con el Rector de la institución quien no valora su actividad académica.</p>	<p>Cuestionar las pruebas Entrenamiento en habilidades sociales y asertivas Aplicación del inventario de razones para vivir</p>
Junio 19	<p>Paciente emocionalmente lábil, presenta llanto fácil, siente que no es apreciada por la gente y comenta que su madre le dice constantemente que debe ir a vivir a Quito con una de sus tías con el fin de que termine la secundaria en dicha ciudad, la joven comenta que ella mantiene una relación sentimental desde hace 2 años con un muchacho de Quito a quien ha visto en contadas</p>	<p>Cuestionar las pruebas Role play Entrenamiento en habilidades sociales y asertividad</p>

	<p>ocasiones y con quien se siente protegida pese a no estar cerca de el, no ha tenido actividad sexual. La joven comenta su idea de ir a vivir en Quito y comenta que seria mucho más fácil para ella trabajar su autoestima y desarrollar sus potencialidades en un medio lejano al del núcleo familiar.</p>	
Julio 11	<p>Paciente anímicamente estable, comenta que su padre regresa a la casa en ocasiones y que la situación con el sigue siendo tensa pues la joven se siente incomoda ante la presencia de la pareja actual de su padre ya que siente que esta la “deja de lado” y le quita la atención de su padre. En cuanto a su madre comenta que no se siente comprendida por ella y que en las ocasiones en las que discuten la paciente suele presentar problemas gástricos y dificultad para conciliar el sueño.</p>	<p>Entrenamiento en habilidades sociales y asertividad</p> <p>Cuestionar las pruebas</p> <p>Comprensión del significado idiosincrásico</p> <p>Bloqueo de pensamientos</p>
Julio 25	<p>Paciente anímicamente estable, comenta que su padre regreso a la casa de sus hijos donde permanece por algunos días lo cual molesta a la paciente pues causa en ella una cierta sensación de inestabilidad e incomodidad pues cree que su madre aun tiene algún sentimiento hacia su progenitor</p>	<p>Valoración de dominio y de placer.</p> <p>Reforzamiento de las habilidades sociales y asertivas</p> <p>Bloqueo de pensamientos.</p>

	<p>pese a que el la actualidad la madre de la joven mantiene una relación sentimental con otra persona. Paciente refiere que hace unos días una de sus vecinas le entrego medicación “para controlar los nervios y poder dormir” lo cual teme que pueda causar un nuevo intento de suicidio por lo que entrega las pastillas al terapeuta.</p>	
Agosto 25	<p>Paciente anímicamente estable, teme que sus padres puedan tener percances por su causa en especial provocados ante la decisión de continuar sus estudios secundarios fuera de la ciudad. La paciente piensa que su madre actúa de manera incorrecta pues no se siente segura bajo su tutela y no desea ir a vivir donde su padre. La joven refiere además la dificultad en cuanto al tiempo para poder asistir a la psicoterapia y así también el hecho de que la madre prefiere que la paciente se quede en casa ayudando con los quehaceres lo cual pone a la paciente ansiosa pues ella desea continuar con el tratamiento.</p>	<p>Re tests Reforzamiento Entrenamiento en habilidades sociales y asertivas. Cuestionar las pruebas.</p>
Septiembre 17	<p>Paciente acude con su hermano menor, se muestra anímicamente estable, comenta</p>	<p>Reforzamiento. Entrenamiento en las habilidades sociales y</p>

	<p>que la idea de quitarse la vida a desaparecido y que le resulta mas sencillo bloquear las ideas autodestructivas siguiendo las recomendaciones que se le dieron en terapia y mediante la utilización de ciertas técnicas, comenta que temporalmente no saldrá de Cuenca y además comenta que los canales de comunicación con su madre aunque aun son deficientes parecen haber mejorado. Se recomienda que la paciente acuda a seguimiento por consulta externa cada 2 meses o según sean sus requerimientos.</p>	<p>asertivas. Cierre temporal.</p>
--	--	--

Resultados Comparativos de las Pruebas Psicológicas

Test	Fecha Aplicación		Resultados	
	1ra	2da	1ra	2da
Escala de Desesperanza de Beck	Mayo 28	Ago. 25	P.T.=10 Riesgo alto de cometer suicidio	P.T.=4 Riesgo leve de suicidio
Escala de Depresión de Beck	Mayo 28	Ago. 25	P.T.=26 Depresión moderada	P.T.=10 Depresión leve

Nota: La paciente realiza entre cada sesión una llamada telefónica al terapeuta en especial en aquellas situaciones en las que se siente muy angustiada, así también la paciente acude por 3 ocasiones a la consulta externa con psiquiatría la cual posteriormente abandona pues siente que no necesita medicación y que si consume cualquier tipo de medicamento no podrá trabajar con normalidad tanto en casa como

en el colegio. La madre asistió por 4 ocasiones a la psicoterapia y se le sugirió la presencia del padre de la paciente lo cual fue rechazado.

Observaciones: Paciente colaboradora que asiste a terapia con regularidad hasta que por causas desconocidas deja bruscamente de ir al Hospital por dicho motivo, sin embargo se mantiene en contacto telefónico con el terapeuta y fija varias fechas para asistir posterior al cierre, a las cuales no asiste, la madre asistió en varias ocasiones a la psicoterapia colaborando con esta, no se pudo realizar contacto con el padre y en la última comunicación con la paciente esta comenta no sentirse estable pues su padre volvió a la casa de la madre de la paciente pese a estar separados por largo tiempo, la paciente teme ser culpada nuevamente por la separación de sus padres, al parecer la deserción de la terapia pudo deberse a la incomodidad que presenta la madre de la joven ante esta situación pues prefiere que la paciente colabore en los quehaceres domésticos.

Luego del proceso psicoterapéutico de cuatro meses, propuestos para la realización del presente trabajo, hemos podido observar como han ido evolucionando cada uno de los pacientes a lo largo del tratamiento, consiguiendo resultados satisfactorios que se vieron revelados en: la reducción de los niveles de desesperanza y de depresión, comprobados en las puntuaciones de las escalas respectivas y en el discurso del paciente durante la entrevista y que a su vez indica la disminución del riesgo de un nuevo intento suicida. Pudimos también hacer uso de las técnicas propuestas por el modelo cognitivo conductual que permitieron la verificación y modificación de pensamientos automáticos en los pacientes conjuntamente con el aprendizaje de estos recursos. Mediante la aplicación de otras pruebas psicológicas se pudieron obtener también rasgos de personalidad de cada paciente como otros aspectos de la psique de los mismos y que se evidencian en las tablas precedentes, que nos ayudan a encontrar factores comunes entre los pacientes con este tipo de conducta.

Resumen:

- Luego de la intervención psicoterapéutica se ha logrado mejorar la percepción, en especial sobre sí mismo y sobre su futuro, lo que se pudo evidenciar en los nuevos comportamientos del paciente durante el avance de la terapia y en las manifestaciones hechas por ellos mismos hasta el momento de finalización del tratamiento.
- En los pacientes se consiguió cambiar los esquemas cognitivos disfuncionales, esto pudo ser comprobado debido a expresiones de los mismos.
- Los pacientes que estuvieron en tratamiento consiguieron ampliar su perspectiva en cuanto a la resolución de conflictos, lo cual se verificó durante las entrevistas.
- Por lo mencionado anteriormente podemos decir que, el modelo psicoterapéutico cognitivo conductual es adecuado para la intervención en este tipo de trastorno.
- Según la aplicación del Inventario de Pensamientos Automáticos (Ruiz y Lujan 1991) la distorsión más común en estos casos es la de Filtraje y Falacia de control seguido por la falacia de recompensa divina.

CONCLUSIONES FINALES

1. El suicidio es el acto voluntario y consciente de quitarse la vida y cuando la muerte no se produce se considera como intento de suicidio y se da desde tiempos remotos; es un hecho que se da a nivel mundial y no es excluyente de los países menos desarrollados y de las diferentes clases sociales.
2. Quienes intentan suicidarse ven en esta acción una salida a sus problemas sin que exista un único motivo en común, habiendo una acumulación de varios factores estresores o conflictos a los que no pueden encontrar una solución adecuada.
3. El suicidio es la tercera causa de muerte de adolescentes y jóvenes adultos a nivel local y la octava causa de muerte a nivel de todas las edades. La tasa de suicidio a nivel local por cada 100 mil habitantes al año es de 4.4:1 en relación varón/mujer, mientras que las tentativas de suicidio es de 3:1 en relación mujer/varón.
4. El suicidio y el intento de suicidio son provocados por factores neurobiopsicosociales por lo que en muchos casos la psicoterapia debe acompañarse con un tratamiento farmacológico.
5. La terapia Cognitiva Conductual es un proceso activo, dinámico y estructurado que trabaja sobre el aquí y el ahora y atiende al pasado únicamente si es que afecta a la vida actual, dirigiendo su interés hacia el paciente y no hacia la enfermedad, este modelo psicoterapéutico no puede ser utilizado en pacientes con trastornos psicóticos o mayores de 50 años o que tengan bajo nivel cultural.
6. El objetivo psicoterapéutico del modelo cognitivo conductual esta enfocado al análisis y modificación de esquemas cognitivos erróneos, y para esto presenta una variedad de técnicas tanto cognitivas como conductuales, las cuales se usan para desarrollar respuestas más adaptativas.
7. Luego de la intervención psicoterapéutica se ha logrado mejorar la percepción del paciente, en especial sobre sí mismo y sobre su futuro,

se consiguió cambiar los esquemas cognitivos disfuncionales y ampliar su perspectiva en cuanto a la resolución de conflictos, lo cual pudo ser comprobado debido a expresiones de los mismos durante las entrevistas. Cumpliendo de esta manera todos los objetivos propuestos en el diseño de tesis.

Recomendaciones:

- ✓ Este tipo de conductas se continúa dando, cada vez en personas más jóvenes y los datos que se registran van aumentando, por lo que se ve necesario implementar un programa permanente de atención y prevención para estos pacientes.
- ✓ Es necesario fomentar el uso y el conocimiento de la utilidad de la Psicología clínica no sólo a nivel de la población en general sino incluso a nivel de profesionales médicos y otros.

BIBLIOGRAFIA

- BECK, Aaron, FREEMAN, Arthur y Colaboradores, *Terapia Cognitiva de los Trastornos de la personalidad*, 1º Edición, Editorial Paidós, Barcelona - España, 1995. 354 p.
- BECK, Aaron, RUSH, John y Colaboradores, *Terapia Cognitiva de la Depresión*, 15º Edición, Editorial Desclée De Brower S.A., Bilbao - España, 2003. 545 p.
- BOBES GARCIA, Julio, PORTILLA, Maria José y Otros, *Banco de Instrumentos Básicos para la Práctica de la Psiquiatría Clínica*, 3º Edición, ARS Medica, Buenos Aires - Argentina, 2004.
- BURNS, David, *Sentirse Bien*, 1ª Edición, Editorial Paidós, Buenos Aires – Argentina, 2005. 424p.
- CONTRERAS, Carlos y GUTIERRES, Ana, *Bases Biológicas del Suicidio*, Revista electrónica La Ciencia y el Hombre, Vol. XX, Numero 1, enero – abril, México, 2007.
<http://www.uv.mx/cienciahombre/revistae/vol20num1/articulos/suicidio/index.htm>
- DURKHEIM, Emile, *El Suicidio*, 6ª Edición, Ediciones Akal, Madrid - España, 2003. 450p.
- EYSENCK, H.J. y EYSENCK, S.B.G., *EPQ- Cuestionario de Personalidad para niños (EPQ-J) y adultos (EPQ-A)*, 3ª Edición, TEA Ediciones, Madrid – España 1984. 30p.
- FREEMAN, A. y REINECKE, M.A., *Terapia Cognitiva Aplicada a la Conducta Suicida*, 1ª Edición, Editorial Desclée de Brower S.A., Bilbao- España, 1995. 223p.
- MOROCHO, Ismael, MOROCHO, Rosa, *Intento de Suicidio*, Revista Ateneo, Vol. 13, Numero 1, abril 2007, Pág. 67-70.
- OBST CAMERINI, Julio, *Introducción a la Terapia Cognitiva*, 1º Edición, C.A.T.R.E.C., Buenos Aires - Argentina, 2005. 204p.

- PEREZ BARRERO, Sergio, *Cómo prevenir el Suicidio en Adolescentes*, 2001.
<http://www.psicologia-online.com/ebooks/suicidio/protect.shtml>
- STENGEL, Edwin, *Psicología del suicidio y los Intentos de suicidio*, 2ª Edición, Ediciones Hormé S.A.F., Buenos Aires – Argentina, 1987. 181p.
- TORO, José y YEPES Luís, *Psiquiatría*, 4ª Edición, Corporación para Investigaciones Biológicas, Medellín - Colombia, 2004. 461p.
- VARIOS AUTORES, *DSM-IV-TR*, Edición Original, Editorial MASSON, Barcelona – España, 2002. 1049p.