

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL: UN MODELO DE INTERVENCION EFICAZ
PARA LOS TRASTORNOS ADAPTATIVOS.

Terapia cognitivo conductual: un modelo de intervención eficaz para los trastornos adaptativos.

Leidy Tatiana Castañeda Quirama

Investigador

Alberto Ferrer Botero

Director de trabajo de grado.

Agradecimientos a Alberto Ferrer

Correspondencia [tatianacastaneda.psicologia@gmail.com]

Universidad del Norte. Barranquilla

Tabla de contenido

2. Introducción.....	5
3. Justificación.....	8
4. Área problemática.....	14
5. Objetivos y Preguntas Guías.	17
5.1 Objetivo General.....	17
5.2 Objetivos Específicos:	17
5.3 Preguntas guía.....	17
6. Marco conceptual de referencia.	19
6.1 Antecedentes teóricos sobre los Trastornos Adaptativos.	20
6.2 Manifestaciones sintomáticas y duración de la sintomatología.	22
6.3 Estudios sobre Trastornos de Adaptación y terapias cognitivas.	24
6.5 Estrés y Trastornos adaptativos.	30
6.6 Evaluación de los Trastornos Adaptativos.....	33
1. <i>Características del acontecimiento estresante</i>	33
2. <i>Respuestas cognitivas:</i>	35
3. <i>Respuestas fisiológicas y emocionales:</i>	36
4. <i>Respuestas conductuales:</i>	37
5. <i>Análisis del entorno social.</i>	37
6. <i>Variables disposicionales:</i>	37
7. <i>Estado de salud:</i>	37

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

6.7 Técnicas de evaluación de los Trastornos Adaptativos.	38
6.8 Modelos de intervención para los Trastornos Adaptativos.	41
7. Historia clínica del paciente.	47
Historia del caso, formulación y plan del tratamiento.	47
7.1. Historia del caso	47
7.1.2 Información de identificación.	47
7.1.3 Queja principal.	47
7.1.4 Historia del problema actual.	47
7.1.5 Historia psiquiátrica.	49
7.1.6 Historia personal y social.	50
7.1.7 Historia médica.	52
7.1.8 Observaciones sobre el estado mental.	52
7.1.9 Pruebas aplicadas.	52
7.2 Formulación del caso.	59
7.2.1 Precipitantes.	59
7.2.2 Visión transversal de las cogniciones y conductas actuales.	59
7.2.3 Visión longitudinal de las cogniciones y los comportamientos.	60
7.2.4 Diagrama de conceptualización cognitiva.	62
7.2.5 Fortalezas y apoyo.	63
7.2.6 Hipótesis de trabajo.	63
7.3 Plan de tratamiento.	65

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

7.3.1 Lista de problemas.	66
7.3.2 Objetivos terapéuticos.	66
7.3.3 Plan de tratamiento.....	67
7.4 Curso del tratamiento.....	68
7.4.1 Relación Terapéutica.....	68
7.4.2 Intervenciones/ Procedimientos.	68
7.4.3 Obstáculos.....	85
7.4.4 Resultados.....	86
8. Análisis del caso	90
9. Conclusiones y Discusión	97
Referencias.....	101
Anexos.	124

2. Introducción.

La terapia cognitiva es una de los tipos de psicoterapia que más se ha desarrollado en los últimos años, tanto a nivel teórico e investigativo como aplicado. Los hallazgos encontrados en lo que se conoce como ciencias cognitivas en general y procesamiento de la información en particular, ha permitido el desarrollo de modelos de evaluación e intervención clínica cada vez más eficientes.

El psicólogo clínico, debe por tanto, contar con modelos que le permitan intervenir en la prevención y manejo de los trastornos, creando en los pacientes estilos de afrontamiento cognitivos, emocionales y comportamentales que favorezcan una mejor calidad de vida. El presente esquema de conceptualización de caso clínico responde a un modelo y una teoría específica, que en este caso es la psicoterapia cognitiva. (Riso, 2006)

El estudio de caso que será presentado a continuación, se enmarca bajo un modelo cognitivo y hace parte de una metodología de investigación empleada con gran frecuencia en la Psicología Clínica y en otras áreas de la psicología. Ahora bien, investigadores y profesionales inscritos en este campo, han otorgado cada vez más importancia al estudio de caso único para el desarrollo de un conocimiento base en el área, ya que durante los últimos años, se han registrado importantes avances metodológicos y conceptuales en la investigación de este tipo de estudio.

Los progresos que se han obtenido, son dignos de estudio y análisis por parte de Psicólogos Clínicos, ya que los estudios de caso proporcionan un conocimiento base en la investigación terapéutica, que es imposible de obtener mediante diseños de estudio grupal. (Kratochwill & Mace, 1983, citado por Bellack & Hersen, 1989). Adaptar diversas metodologías al estudio de

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

un caso único, adquiere una importancia especial, ya que a menudo es imposible realizar estudios de resultados con grupos comparativos, debido al número limitado de sujetos que padecen un tipo particular de problemática o trastorno, lo cual facilita el estudio de trastornos clínicos poco comunes.

Las metodologías de estudio de caso y de investigación de caso único, realizan entonces importantes contribuciones a la investigación terapéutica en la psicología clínica y otras áreas aplicadas de la psicología.

El método de estudio de caso que será planteado a lo largo de este trabajo, es un estudio de intervención de caso, que pretende aplicar el modelo de la Terapia cognitiva a un Trastorno Adaptativo, el cual se caracteriza por una reacción de desajuste que es manifestado a partir de respuestas emocionales y conductuales, desarrolladas en respuesta a uno o más estresantes identificables. En ocasiones estos síntomas emocionales pueden ser de tipo ansioso o depresivos y se producen como consecuencia de agentes estresantes psicosociales.

En el presente estudio de caso, se pretende plantear como la Terapia Cognitiva es un modelo de intervención del cual se desprenden estrategias terapéuticas dirigidas al mejoramiento de la sintomatología presentada por pacientes que padecen un Trastorno Adaptativo.

Se presentará entonces, un programa de tratamiento cognitivo-conductual diseñado bajo el modelo terapéutico propuesto por Beck (2000), a partir del cual, se analizarán las variables que influyen en la aparición y mantenimiento de un Trastorno Adaptativo con síntomas depresivos. Además, se planteará un modelo de intervención que hace especial énfasis en el manejo del estrés propuesto por Lazarus y Folkman (1986), ya que la reacción de desajuste característica de los TA, surge como consecuencia de errores en el procesamiento de la información sobre el

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

evento estresante. (Especialmente por altas percepciones de impredecibilidad e incontrolabilidad).

3. Justificación.

El estudio de caso, hace parte de una de las metodologías empleadas en la investigación en psicología, y es de gran utilidad desde un punto de vista aplicado, pues permite que los clínicos puedan transmitir sus experiencias de una forma sistemática, y a su vez, facilita que otros psicólogos puedan entenderlas y discutirlos, lo que sin duda, contribuye al acercamiento entre teoría y práctica de la Psicología clínica. (Buela & Sierra, 2002).

Los investigadores inscritos en el campo clínico de la Psicología, necesitan conocer las experiencias de los psicólogos clínicos profesionales y estos necesitan las directrices de los investigadores, para planificar su actividad profesional y comunicarla en términos estándares que sean comprensibles en la comunidad profesional.

Teniendo en cuenta lo anterior, se plantea que la formulación de caso es un elemento de prueba de hipótesis clínicas y tiene como elementos claves: la evaluación, la formulación y la intervención. La información obtenida durante la evaluación se utiliza para desarrollar una formulación, que es una hipótesis sobre las causas de los trastornos del paciente y sus problemas. Estas hipótesis, se basan en la información obtenida en el proceso de evaluación y “se apoyan en un cuerpo de conocimientos derivados de la investigación empírica, básica o aplicada, en diferentes disciplinas científicas relacionadas con los fenómenos de estudio” (Caycedo; Ballesteros & Novoa, 2008, p.3)

Una formulación de caso contribuye a la eficacia del tratamiento (Hayes, Nelson & Jarrett, 1987, citado por Persons, 1989), pues ofrece los detalles necesarios para guiar el proceso de la terapia y se basa en la evidencia, la cual permite hacer uso objetivo de medidas para la

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

recopilación de datos sistemáticos, además ayuda al terapeuta a adaptar las formulaciones nomotéticas basadas en la evidencia a la conceptualización de casos individuales.

“El estudio de caso ha desempeñado un papel fundamental en la Psicología Clínica, ya que los principios y técnicas psicológicas a menudo se aplican a los problemas del individuo. Usualmente la aplicación del estudio de caso se ha referido a observaciones no controladas de un solo paciente (en el contexto de la terapia). Se reportan datos que se basan en la información anecdótica, en los datos cualitativos no recopilados de forma sistemática o replicable y sin los procedimientos de control usuales para tratar las amenazas a la validez”. (Kazdin, 2001, p. 203)

Otra de las ventajas de este tipo de investigación, es que son una alternativa donde el tratamiento puede llevarse a cabo simultáneamente. Además, los diseños de estudio de caso y de investigación de caso único, han promovido el desarrollo de métodos de medición que pueden ser usados reiterativamente en el proceso psicoterapéutico. (Por ejemplo, las escalas de puntuación y la lista de síntomas, los autorregistros y la observación directa pueden ser empleados como medida continua del paciente durante el curso de la terapia). El aspecto más importante de este tipo de medición repetida, es su flexibilidad para modificar el tratamiento si los datos indican que éste no ha sido eficaz. (Bellack, & Hersen, 1989)

Como lo señalan Virués, Ortega & Haynes (2005, citados en Caycedo, et al.; 2008) la formulación de caso tiene implicaciones para el desarrollo de planes de intervención que respondan a las variables causales de las distintas problemáticas del paciente, para así dirigirse hacia la consecución de objetivos terapéuticos y hacia el desarrollo de modelos que permitan presentar una conceptualización de caso “donde se presente una visión organizada de la

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

información del consultante, la identificación de variables causales relevantes y modificables, y adicionalmente, la disminución de sesgos en el juicio clínico”. (Caycedo, et al.; 2008, p.2)

Siguiendo los planteamientos de Kazdín, (2001), el estudio de caso es una fuente única de información que complementa y contribuye a la teoría, investigación y práctica. Primero porque ha servido como fuente de ideas e hipótesis acerca del compartimiento y desarrollo humano; segundo, porque los estudios de caso han sido con frecuencia el origen del desarrollo de algunas técnicas terapéuticas, tercero, han permitido el estudio de fenómenos extraños, pues muchos de los problemas que se observan en tratamiento o que son de interés, son poco frecuentes y hacen imposible la investigación en grupo; cuarto, el estudio de caso ha sido útil para proporcionar una contraevidencia de las nociones que se consideran universalmente aplicables (con casos repetidos que muestran un patrón similar, se pone a prueba cada vez más la aplicabilidad general de la proposición original) y finalmente, tienen un valor persuasivo y motivacional, ya que desde una posición metodológica, los estudios de caso proporcionan una base para obtener inferencias.

Ahora bien, es importante señalar que el modelo cognitivo-conductual permite realizar análisis funcionales para conceptualizar cada caso concreto. En él se representa cada caso clínico, con todas las conductas problema, antecedentes, consecuentes y las posibles relaciones entre estas. Este análisis funcional permitirá que el psicólogo tenga una idea clara del problema motivo de consulta del paciente, y le facilitará estructurar de manera adecuada la aplicación de técnicas de tratamiento cognitivas y conductuales.

Siguiendo la línea del modelo cognitivo, la conceptualización de caso, partirá de un modelo que posee una fundamentación epistemológica, unos principios teóricos y una metodología específica que guía la recolección de datos, la formulación de hipótesis clínicas y el plan de

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

tratamiento. “La aplicación de la terapia cognitiva al caso individual se basa en una conceptualización clínica cognoscitiva del trastorno en cuestión, cuya fundamentación teórica proviene de la psicología cognitiva”. (Riso, 2006, p. 29).

La presente formulación de caso tendrá como fundamento el modelo de Beck (2000). Se prefiere este modelo, porque se trata de un sistema de psicoterapia que cuenta con una teoría unificada de la personalidad y la psicopatología y con importantes comprobaciones empíricas. Además, “ha podido operacionalizar la teoría, lo cual resulta en una amplia gama de aplicaciones avaladas por datos empíricos” (J. Beck, 2000, p.18).

Teniendo en cuenta lo mencionado con anterioridad, el presente estudio se fundamentará en la formulación de caso realizada por Judith Beck (2000). A partir de este modelo, el eje central del tratamiento, se dirigirá hacia la reestructuración de esquemas y creencias disfuncionales.

“El modelo cognitivo propone que todas las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamiento, que influye en el estado de ánimo y en la conducta de los pacientes. Una evaluación realista y la consiguiente modificación del pensamiento, producen una mejoría en esos estados de ánimo y comportamientos. Esta mejoría permanente, resulta de la modificación de las creencias disfuncionales subyacentes. (Beck, 2000, p. 17)

Luego de evidenciar la importancia que merece el estudio de caso dentro del campo de la psicología clínica, a partir del presente trabajo, se pretende contribuir al desarrollo de un conocimiento base en el área de la intervención clínica de los Trastornos Adaptativos, desde un enfoque cognitivo conductual, ya que a pesar de que existen varios estudios que demuestran la eficacia y la eficiencia de las psicoterapias cognitivas breves en el abordaje de este tipo de patologías, no existe un tratamiento de elección basado en la evidencia para estos trastornos.

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

Sólo existen recomendaciones generales, junto con algunos estudios de investigación aislados sobre el tema. Por tanto, no hay datos que puedan apoyar la elección de una determinada estrategia de tratamiento, lo cual sigue siendo una decisión clínica. (Baños, Guillen, Botella, García, Jorquera & Quero, 2008)

Otro aspecto que se observa a partir de la revisión bibliográfica, es el escaso interés que los TA han despertado en los investigadores y lo limitada que ha sido su investigación. Andreu (2011), señala que a partir de una búsqueda realizada en la base de datos de la Asociación Americana de psicología, PSYCINFO, se encontró que sólo 53 trabajos incluyeron entre sus términos el de “trastorno adaptativo” entre los años 2008 y 2011. En este trabajo, se señaló además, que a pesar de que los TA hacen parte de un diagnóstico de frecuente uso entre los clínicos y cuenta con un importante número de pacientes afectados, no existen suficientes trabajos que permitan aclarar su situación. Lo anterior, no sólo afecta la comprensión, sino las decisiones que deben tomarse con respecto a la evaluación y abordaje terapéutico de los Trastornos de Adaptación. (Andreu, 2011)

Con base a estos planteamientos, el estudio de caso que se expondrá a continuación ilustrará a la comunidad terapéutica, (catedráticos, educadores, estudiantes y profesionales de la psicología clínica) como la terapia cognitivo-conductual podría convertirse en una estrategia de intervención eficaz para los Trastornos Adaptativos, lo cual a su vez ofrece directrices para planificar la actividad profesional de terapeutas e investigadores interesados en contribuir a los avances metodológicos y conceptuales sobre este tipo de trastornos, pues a pesar de la gravedad que pueden presentar los síntomas y la elevada incidencia que se le atribuye a los TA (entre un 5 y un 20%, según el DSM-IV-TR) (APA, 2000), estos trastornos han sido poco estudiados,

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

debido a la ambigüedad que genera su especificación diagnóstica y a los pocos instrumentos clínicos que permiten su identificación.

Lo anterior, logrará además generar un importante impacto social, ya que como lo han señalado varias investigaciones, los TA constituyen uno de los problemas psicológicos más frecuentes en los contextos de atención primaria y hospitalaria y su diagnóstico cuenta con una importante popularidad entre los profesionales que se desempeñan en el área clínica (Despland, Monod & Ferrero, 1995, citados en Molés, Quero, Andreu, Botella & Baños, 2009)

4. Área problemática.

La Psicología Clínica es un campo de aplicación de la psicología en el que se utilizan los principios y conocimientos de la psicología general para evaluar y entender el comportamiento individual, para hacer recomendaciones con respecto a éste, o para involucrarse en actividades designadas para contribuir a la modificación de la conducta y a la investigación de la conducta, dentro de la regularidad y la predictibilidad de el comportamiento individual (Hadley, 1958).

Se encarga de la evaluación, diagnóstico, pronóstico, tratamiento, rehabilitación y prevención de aquellos factores que afectan la salud mental y la conducta adaptativa, en condiciones que puedan generar malestar subjetivo y sufrimiento al individuo humano. (No restringiéndose sólo a los llamados trastornos mentales)

Se puede definir como una rama de la Psicología que investiga y aplica los principios de la Psicología a la situación única y exclusiva del paciente, para reducir sus tensiones y ayudarlo a funcionar en forma eficaz. (Goldenberg, 1973, citado por Díaz & Núñez, 2010).

“El campo de la Psicología Clínica integra ciencia, teoría y práctica para entender, predecir y aliviar el desequilibrio, la invalidez y la incomodidad; también promueve la adaptación humana, el ajuste y el desarrollo personal” (APA, 2011, p.7).

Siguiendo los principios de la Psicología Clínica, la Terapia Cognitiva se constituye como una psicoterapia estructurada y de resolución de problemas, donde se integra la intervención clínica del problema con la promoción y la prevención. Además, utiliza procedimientos cognitivos, conductuales y emocionales para modificar sesgos en el procesamiento de la

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

información (los cuales adquieren gran relevancia en la configuración de un trastorno psicológico).

Teniendo en cuenta que la reestructuración de esquemas y creencias es la base angular de la Psicoterapia Cognitiva, la Terapia Cognitiva ha definido un modelo de intervención para los trastornos adaptativos, los cuales surgen como respuesta a un estresante psicosocial identificable. A partir del cuestionamiento socrático con la lógica, la utilidad y la evidencia, se ofrece al paciente una explicación alternativa sobre su sufrimiento, el cual le facilita un alivio sintomático, en tanto le permite tener una visión menos amenazante y más manejable de su problemática.

Ahora bien, a pesar de que las terapias cognitivo conductuales, han arrojado resultados favorables en la intervención de este tipo de patologías, no existe un tratamiento de elección basado en la evidencia para estos trastornos, sino que existen recomendaciones generales, junto con algunos estudios de investigación aislados sobre el tema. Por tanto, no hay datos que puedan apoyar la elección de una determinada estrategia de terapia. (Baños, et al.; 2008)

A lo anterior, se agrega que la literatura sobre los planes de tratamiento de los TA, ponen en evidencia que éstos hacen parte de una entidad clínica escasamente atendida en el campo de intervención, ya que los enfoques de tratamiento se limitan a aplicar alguna intervención concreta (como la relajación) o se adaptan a protocolos que son diseñados para otro tipo de trastornos (como la terapia de Beck para la depresión).

Así mismo, se ha encontrado que en su mayoría los estudios sobre los TA, son circunstanciales y poseen importantes deficiencias metodológicas: algunos consisten en estudios de casos aislados, otros utilizan técnicas que no cuentan con un apoyo empírico adecuado y

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

otros, se concentran en objetivos restrictivos, como la disminución de síntomas. (Van der Klink, Blonk, Schene & Van Dijk, 2003, citados en Andreu, 2011)

A partir del presente estudio de caso, se pretende contribuir con los resultados que señalan la efectividad del Modelo cognitivo conductual en el abordaje de los TA, pues a pesar de los pocos estudios que se centran en el tratamiento de este tipo de Trastornos, a diferencia de otros modelos, la Terapia cognitiva no sólo permite al paciente disminuir su sintomatología, sino que además, le permite reestructurar sus creencias centrales e intermedias.

Abordar los aspectos cognitivos, conductuales, emocionales y fisiológicos que presentan los pacientes con TA con síntomas depresivos, permite reestructurar los sesgos cognitivos de los cuales se derivan las estrategias de afrontamiento que mantienen y exacerban su sintomatología. Lo anterior, sugiere entonces que en tanto el modelo cognitivo favorezca la reestructuración y la adquisición de habilidades de solución de problemas por parte del paciente, existirá mayor probabilidad de remisión de los síntomas y un afrontamiento más adaptativo de su situación problemática.

5. Objetivos y Preguntas Guías.

5.1 Objetivo General

Ilustrar la forma en la cual el modelo cognitivo puede aplicarse a un Trastorno Adaptativo con síntomas depresivos.

5.2 Objetivos Específicos:

-Determinar cuáles son las características cognitivas de un paciente con Trastorno Adaptativo con síntomas depresivos.

-Comprobar si las características cognitivas que presenta la paciente, están relacionadas con las emociones y estrategias conductuales que manifiesta ante las situaciones generadoras de estrés.

-Estudiar la adherencia terapéutica presentada en este caso, ya que la relación terapeuta-paciente es central en el modelo cognitivo.

-Determinar si el modelo cognitivo es una estrategia de intervención eficaz para un Trastorno Adaptativo con síntomas depresivos.

5.3 Preguntas guía.

-¿Las estrategias cognitivo-conductuales específicas que presenta la paciente, se derivan de las características cognitivas centrales de su patología?

-¿Es posible aplicar el modelo cognitivo a pacientes con Trastornos Adaptativos con síntomas depresivos y ampliar el campo de estudio de este modelo?

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

-¿El Trastorno Adaptativo puede ser explicado a través de modelos cognitivos de diathesis-estrés?

-En este caso específico, ¿La sintomatología depresiva que manifiesta la paciente podría convertirse en un trastorno depresivo?

6. Marco conceptual de referencia.

La presente revisión temática, es entendida como resultado de una revisión a profundidad de la literatura que da cuenta de las principales características de los Trastornos Adaptativos. Se baso para su elaboración, en una investigación teórica documental, entendida como una producción escrita resultado de una revisión bibliográfica crítica sobre un tema propio de una disciplina, en la cual se debe presentar un enfoque particular de quien la presenta. (Saenz & Pintos, 1986)

Para la elaboración de este marco conceptual, se hizo revisión de 60 materiales bibliográficos, distribuidos de la siguiente manera: libros, artículos de internet y documentos. De éstos se utilizaron como muestra un total de 33 artículos electrónicos, los cuales se seleccionaron por pertinencia y actualidad de las siguientes bases de datos: Ebsco hots, Psychology and Behavioral Sciences Collection, Dialnet, Proquest Psichology Journals, E-Libro y Science Direct.

Como técnica de recolección de datos se utilizó la observación documental, la cual versa sobre todas las realizaciones documentales que dan cuenta de acontecimientos sociales e ideas humanas, o son producto de la vida social y, por tanto, su registro permite estudiarlos. (Sierra, 1992)

El tratamiento de los datos compilados se llevo a cabo a través de la técnica de análisis de contenido, entendida como la descripción objetiva, sistemática y rigurosa del contenido manifiesto de materiales, con el fin de interpretarlos. (Berelson, 1952). El objeto del análisis de contenido consistió en una descripción, análisis e interpretación de los temas que desarrollan los documentos revisados, sin incurrir con ello en un análisis lingüístico de los mismos.

6.1 Antecedentes teóricos sobre los Trastornos Adaptativos.

Desde hace bastante tiempo se ha reconocido la existencia de individuos que ante acontecimientos estresantes reaccionan con síntomas emocionales y conductuales excesivos que frecuentemente, se resuelven espontáneamente. En este sentido se puede observar que el primer Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-I (APA, 1952) ya incluyó esta condición clínica en su clasificación y la consideró una categoría diagnóstica aislada, bajo el nombre de Trastorno Situacional Transitorio de la personalidad. Posteriormente, el DSM-II, en 1968, lo definió bajo el término de Reacción de adaptación; el DSM-III (1980) le otorgó su nomenclatura de Trastorno Adaptativo, el cual se mantuvo sin variaciones tanto en el DSM-IV (APA, 1994) como en el DSM-IV-TR (APA, 2000). En la actualidad, el DSM V (2013) ha considerado este tipo de Trastornos bajo la categoría diagnóstica de Traumas y Trastornos relacionados con factores de estrés.

Teniendo en cuenta la clasificación de los TA, según el DSM IV-TR (2000), éstos se consideran como reacciones emocionales o conductuales inadecuadas ante uno o varios factores estresantes de tipo psicosocial identificables, en los cuales la sintomatología debe presentarse durante los 3 meses siguientes al inicio del estresante (Criterio A). La expresión clínica de la reacción consiste en un acusado malestar, superior al esperable, dada la naturaleza del estresante, o en un deterioro significativo de la actividad social, profesional o académica (Criterio B). Esta categoría no debe utilizarse si el trastorno cumple los criterios para otro trastorno específico del Eje I o si es simplemente una exacerbación de un trastorno preexistente del Eje I o del Eje II (Criterio C). Sin embargo, puede diagnosticarse en presencia de otro trastorno del Eje I o del Eje II (si este último no explica los síntomas que han aparecido en respuesta al estresante).

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

El diagnóstico de trastorno adaptativo no se aplica cuando los síntomas representan una reacción de duelo (Criterio D). Por definición, un trastorno adaptativo debe resolverse dentro de los 6 meses que siguen a la desaparición del estresante (o de sus consecuencias) (Criterio E). Sin embargo, los síntomas pueden persistir por un período prolongado de tiempo (p. ej., más de 6 meses) si aparecen en respuesta a un estresante crónico o a un estresante con repercusiones importantes.

El estresante puede ser un acontecimiento simple o deberse a factores múltiples. Los estresantes son a veces recurrentes o continuos y pueden afectar a una persona, a una familia, a un grupo o una comunidad, y pueden depender de acontecimientos específicos del desarrollo (casarse, ser padre, fracasar en los objetivos profesionales, jubilarse, etc.). Dentro de la categoría de los TA, se incluyen también problemas cada vez más frecuentes como los relacionados con el acoso (“mobbing”, “bullyng”, etc.), los cuales se consideran formas extremas de la sintomatología propia de los TA (Gómez- Macías et al., 2006, citado en Baños, et al., 2008).

El DSM-V (2013), plantea que la presencia de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable, es la característica esencial de los Trastornos de Adaptación. Los otros criterios diagnósticos se mantienen igual, aunque se agrega que los TA se asocian con un mayor riesgo de intentos de suicidio y conductas suicidas.

Se señala además, que los trastornos de adaptación son reconceptualizados como un conjunto heterogéneo de síndromes en respuesta al estrés, que se producen después de la exposición a un acontecimiento estresante, y son conceptualizados como una categoría residual para individuos que muestran un malestar clínicamente significativo, pero cuyos síntomas no cumplen los criterios para otro Trastorno del Eje I (como lo plantea el DSM-IV).

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) también recogió la importancia de la dificultad en la adaptación que presentan determinadas personas ante la vivencia de una situación estresante, incorporando el término de trastorno de adaptación en la novena revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades CIE-9 (1978) aunque sólo entre paréntesis: “Reacción psicógena (trastorno de adaptación)”. Posteriormente, la CIE-10 (OMS, 1992) eliminó el paréntesis manteniendo el Trastorno de adaptación como categoría diagnóstica propia incluida dentro de la entidad nosológica más amplia de “Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación.

Ahora bien, no es posible predecir qué estresor provocará un TA, ya que un acontecimiento aparentemente inocuo puede generar el trastorno, mientras que otros intensamente traumáticos no impactan al realizar este tipo de diagnóstico. Los problemas han de causar un impacto importante en la persona, provocando una notable interferencia y deterioro (social, personal o laboral) en su vida, junto con una percepción de malestar y de sufrimiento personal.

6.2 Manifestaciones sintomáticas y duración de la sintomatología.

En cuanto a sus manifestaciones sintomáticas, los TA se dividen en los siguientes subtipos clínicos: (DSM IV-TR, 2000).

Con estado de ánimo depresivo: Las manifestaciones predominantes son ánimo decaído, llanto o desesperanza.

Con ansiedad: Predominan síntomas ansiosos como: nerviosismo, preocupación o inquietud e insomnio. En los niños aparece miedo a la separación de las figuras con las que tienen vínculos significativos.

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

Mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo: Las manifestaciones dominantes son una mezcla de síntomas de depresión y ansiedad.

Con trastorno del comportamiento: Predomina una alteración de la conducta, caracterizada por la violación de los derechos de los demás o de normas sociales apropiadas a la edad.

Con alteración mixta de las emociones y la conducta.

No especificado: Incluye reacciones de desadaptación por factores estresantes que no pueden ser incluidas en ninguna de las anteriores categorías diagnósticas.

Con respecto a la duración de la sintomatología, esta puede indicarse mediante la elección de una de las siguientes especificaciones:

Agudo. Esta especificación puede utilizarse para indicar la persistencia de los síntomas durante menos de 6 meses.

Crónico. Esta especificación puede utilizarse para indicar la persistencia de los síntomas durante 6 meses o más.

A diferencia del DSM IV-TR (APA, 2000) que establece como requerimiento que los síntomas den inicio en los tres primeros meses posteriores al acontecimiento, los criterios diagnósticos de la CIE-10 (OMS, 1992) para el trastorno de adaptación, requieren que éstos den inicio durante el primer mes. Además, la CIE-10 hace exclusión de los eventos de tipo inusual o catastrófico, en contraste con el DSM-IV, que permite realizar el diagnóstico en el caso de acontecimientos de carácter extremo, siempre que no se cumplan con los criterios para diagnosticar un Trastorno por Estrés Postraumático o por Estrés Agudo. (Caballo, Valenzuela, Anguiano, Iurtia, Salazar & López, 2006).

6.3 Estudios sobre Trastornos de Adaptación y terapias cognitivas.

Botella, Osma, García, Guillén & Baños (2008) apoyándose en los trabajos de Lazarus (1984, 1986, 2000, citados en Andreu, 2011), para realizar su investigación sobre los TA, parten del supuesto de que una persona que se enfrenta a un determinado acontecimiento estresante en su vida puede sentirse enormemente amenazada por éste si interpreta que la situación implica un riesgo muy elevado y que no cuenta con los recursos necesarios para hacerle frente. Las consecuencias de esta evaluación negativa serán una incapacidad para aceptar y afrontar lo sucedido junto a la aparición de pensamientos y sentimientos de carácter negativo y amenazante. Los pensamientos podrían adoptar la forma de: ¿Por qué me tiene que pasar esto a mí? ¡Qué horror!, no puedo afrontar esto, es demasiado para mí. Ante esta situación, las emociones experimentadas podrían ser de miedo, ansiedad y/o depresión intensas asociadas a comportamientos desajustados o ineficaces como apartarse de los demás, tener dificultades para concentrarse o evitar determinadas situaciones o actividades.

Por lo tanto, se plantea que la causa determinante en la generación de los TA es la evaluación negativa y distorsionada de los elementos que hacen parte de la situación: el acontecimiento y las estrategias de afrontamiento. La persona magnifica entonces el acontecimiento estresante y lo percibe como una gran amenaza, además minusvalora sus recursos y se considera incapaz de hacerle frente a lo que ha ocurrido. (Andreu, 2011)

Estas evaluaciones distorsionadas generaran en el individuo un fuerte sentimiento de indefensión, que dará lugar a la aparición de pensamientos negativos, sintomatología clínica y conductas desajustadas, los cuales mantendrán y agravarán el problema, generando sentimientos de desesperanza, actitudes de derrota y confirmando, a modo de profecías autocumplidas, la

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

ineficacia personal. Al respecto, Botella, et al.; (2009), encontraron que los modelos cognitivos, permiten al sujeto adoptar una perspectiva más adaptativa ante la forma de considerar sus problemas y dificultades, lo cual le ayudará a generar soluciones y afrontar la situación de forma adecuada, al tiempo que recobra la confianza en sus capacidades.

Steinhardt & Dolbier (2008), ofrecen información relevante en cuanto a las estrategias cognitivas de tratamiento que pueden emplearse para la situación clínica de aquellas personas que enfrentan situaciones estresantes. En su estudio para poner a prueba la efectividad de la intervención cognitivo-conductual, con 57 estudiantes universitarios, asignaron dos grupos al azar: uno experimental y uno control. El grupo experimental recibió 4 sesiones semanales de 2 horas de duración, las cuales se combinaban en 3 modalidades de intervención: Terapia cognitivo-conductual, apoyo social y psicoeducación.

Tras la intervención, los resultados indicaron que el grupo experimental presentaba una mayor resiliencia y unas estrategias de afrontamiento más eficaces que el grupo control. Además, sus puntuaciones fueron superiores en factores protectores de autoestima, autoliderazgo y afecto positivo y obtuvieron valores inferiores, en relación a los síntomas depresivos, el afecto negativo y el estrés percibido.

Nardi, Litchtenbert & Kaplan (1994, citados en Andreu, 2011) describen en su estudio una intervención breve basada en la terapia cognitivo conductamental para tratar a jóvenes soldados que presentaban un TA con ansiedad. Según los autores el tratamiento consiguió disminuir rápidamente los niveles de ansiedad y estrés de los soldados y restablecer su funcionamiento óptimo.

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

Barraza (2004, citado en Andreu, 2011) aplicó el esquema de la Terapia Psicológica Adyuvante (TPA), propuesta por Moorey & Greer (1989, citados en Andreu, 2011), en un estudio de caso de una mujer con recidiva de cáncer de mama que había sido diagnosticada con un TA. La TPA consiste en una adaptación de la terapia cognitiva de Beck a la intervención psicológica de personas con cáncer, y las principales características que la definen son: ser estructurada, breve, focalizada en el problema y participativa. Además, hace uso de las tareas para casa y emplea una variedad de técnicas cognitivas y conductuales que permiten el ajuste a las características particulares del paciente.

En el estudio de caso en mención, se emplearon técnicas conductuales (relajación, tareas graduales y planificación de actividades) y cognitivas (Registro de pensamientos automáticos, estrategias de afrontamiento y reestructuración cognitiva). La terapia se estructuró en 8 sesiones y los resultados fueron una disminución significativa de la psicopatología, una mejora importante de la paciente a su situación, un aumento de sus capacidades de afrontamiento de situaciones estresantes y una prevención de la cronificación del trastorno. (Andreu, 2011).

Así mismo, Herrero & Cano (2010), llevaron a cabo un estudio de caso con una joven de 19 años que presentaba un TA y elevados niveles de ansiedad, especialmente ante situaciones sociales y de evaluación, asociados al cambio de ciudad de residencia y paso del Instituto a la Universidad. El tratamiento se estructuró en 12 sesiones y se basó en el modelo teórico de Eysenck & Eysenck (2007, citados en Herrero, 2010). La terapia se centró en la reestructuración cognitiva mediante el entrenamiento en observación de pensamientos y eliminación del sesgo atencional interpretativo. Además, se emplearon técnicas de desactivación fisiológica (Entrenamiento en relajación muscular progresiva y técnicas de imaginación), modificación de

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

anticipaciones ansiosas, solución de problemas y exposición (imaginaria y real) para favorecer el afrontamiento a determinadas situaciones que en principio le resultaban ansiógenas y evitaba.

Al finalizar el tratamiento se observó una clara mejoría con descenso en su activación fisiológica, desaparición de las conductas de evitación y disminución significativa del número de anticipaciones ansiosas y de estrés. A partir de los resultados obtenidos, se constató la eficacia del tratamiento cognitivo-conductual en la disminución de los síntomas presentados por la paciente con TA.

6.4 Otros estudios sobre los TA.

Los trastornos de adaptación hacen parte de un diagnóstico relativamente común. La mayoría de los estudios de TA se han realizado en clínicas psiquiátricas ambulatorias o psiquiatría de enlace con servicios en los hospitales generales. El porcentaje de individuos tratados en régimen ambulatorio con un diagnóstico principal de Trastorno Adaptativo se sitúan entre el 5 y el 20 %. Los individuos con circunstancias vitales poco afortunadas, experimentan una tasa elevada de estresantes y tienen un riesgo mayor de presentar este trastorno. Los servicios de psiquiatría de enlace de hospitales generales reportan una frecuencia de este trastorno de 20% y de 30% en pacientes con cáncer recién diagnosticado. (DSM-IV, 1994)

Otros estudios han indicado que los TA constituyen un importante problema de salud, en tanto generan altos costos sociales y económicos, ya que es muy frecuente que el malestar y deterioro de la actividad asociado, conduzca a un déficit en las relaciones sociales, así como en la salud física y mental, además, conllevan a una disminución del rendimiento en el trabajo y en la gran mayoría de los casos, a despidos laborales. Los datos en este sentido son contundentes, por ejemplo, los TA son la causa más importante de baja laboral en los países bajos (Van, Klink,

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

et al., 2003, citado en Baños et al., 2008), donde los trastornos mentales son la causa del 33% de despidos, y más del 50% se deben a problemas relacionados con los TA, con una importancia mucho mayor que trastornos como la depresión, la ansiedad, la psicosis o los trastornos de personalidad.

Bisson y Sakhuja, (2006) encontraron que psiquiatras en los EE.UU, hallaron que 130 (14%) de 944 casos vistos en un hospital general fueron diagnosticados con TA, además el 12% de estos pacientes se caracterizaban por tener un estado de ánimo deprimido.

A pesar de que los trastornos adaptativos son diagnosticados con frecuencia, autores como Casey, Dowrick y Wilkinson (2001, citados por Herrero & Cano, 2010), sostienen que dos aspectos ambiguos definen el diagnóstico de los TA. Por un lado, destacan la diferenciación imprecisa de las manifestaciones de dicho trastorno y las reacciones esperadas ante la adaptación, y señalan además, las controversias que generan la superposición del diagnóstico respecto a otros trastornos.

Varias teorías han intentado describir los complejos procesos que se producen en la adaptación a una situación estresante (Lazarus, 2000). Estas teorías, se basan en el siguiente grupo de temáticas: estrategias de afrontamiento, estrés, crisis, eventos críticos de la vida, etc. A pesar de estas investigaciones, los trastornos de adaptación en la práctica clínica siguen presentando dificultades, pues existe poca claridad diagnóstica y faltan instrumentos de evaluación en grupos de muestras más grandes (Baumeister, Maercker, & Casey, 2009, Tirone & Diefenbacher, 2008, citados por Einsle, Köllner, Dannemann & Maercker, 2013).

A lo anterior, se agrega que los instrumentos diagnósticos utilizados en los estudios de trastornos depresivos, no incorporan los trastornos de adaptación, con la excepción de la

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

Evaluación Clínica Estructurada en Neuropsiquiatría (SCAN) (Wing, 1990, citado por Casey, Maracy, Brendan, Lehtinen, Ayuso, Dalgard & Dowrick, 2006), lo cual pone en evidencia que el diagnóstico de los trastornos adaptativos, se considera como insuficientemente validado y con necesidad de modificación.

A pesar de la dificultad que se presenta entonces para establecer el diagnóstico de un TA, el malestar, la confusión y la angustia que manifiestan este tipo de pacientes, son tan significativos, como también lo son las potenciales consecuencias (especialmente los intentos de suicidio). Los síntomas psiquiátricos presentados por estos pacientes, resultan de la disrupción del funcionamiento normal causada por el estrés, que se considera el antecedente común a todos los trastornos adaptativos. Se ha sugerido que el estrés agudo y crónico difieren psicológica y fisiológicamente, y que el significado del estrés está influenciado por modificadores ecológicos (como por ejemplo redes de apoyo o resiliencia) (Benton TD, 2009, citado en Gómez, Fontela, González, Ferrero & Pérez, 2011).

Se ha encontrado además, una alta frecuencia de comorbilidad de los TA con otros diagnósticos psiquiátricos, especialmente con los trastornos de personalidad, los trastornos mentales orgánicos y el abuso de sustancias. Con menos frecuencia se asocia a otras entidades como la esquizofrenia o los trastornos afectivos (Strain, 1995, citado en Gómez, et. al., 2011). Parece también que los pacientes con este tipo de trastornos tienen mayor mortalidad, la cual se encuentra asociada a mayor riesgo de intentos de suicidio. Estos pacientes presentan los mismos factores de riesgo para las conductas suicidas que las que tienen otros trastornos psiquiátricos.

Se plantea que los pacientes con TA, presentan mayor vulnerabilidad y tendencia a la impulsividad en comparación con los pacientes diagnosticados con depresión mayor. Según

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

Casey (2009) los trastornos de personalidad tienen un papel relevante en los pacientes con trastornos adaptativos que realizan intentos de suicidio.

Bisson y Sakhuja, (2006) a partir de un estudio demográfico realizado con pacientes con TA, encontraron que los adultos con trastornos adaptativos tienen mejor pronóstico que los adolescentes que padecen éste trastorno, debido a que éstos, tienen riesgo de desarrollar enfermedades psiquiátricas graves, además, señalaron que pacientes con TA que presentan un estado de ánimo deprimido-ansioso, suelen beneficiarse de tratamientos cognitivo conductuales y farmacológicos.

Con lo mencionado hasta aquí, es importante tener en cuenta que la gravedad de un trastorno de adaptación no es directamente proporcional a la gravedad del factor de estrés, ya que las características de personalidad, así como las normas culturales o de grupo, contribuyen al modo en que el individuo hará frente a determinados tipos de circunstancias. (Sarason & Sarason, 1990).

6.5 Estrés y Trastornos adaptativos.

El estrés, es un aspecto de gran importancia en los trastornos de adaptación, sin embargo, un problema relevante en los estudios e investigaciones sobre el estrés lo constituye su definición, ya que existen diversas conceptualizaciones al respecto. A partir del modelo de estrés elaborado por Selye (1950, citado por Caballo, et al.; 2006), diversos teóricos han desarrollado modelos explicativos de este concepto. Entre ellos se encuentran Schwartz (1977), Lazarus & Folkman (1986) y Everly & Labrador (1992). Estos modelos han ido evolucionando a lo largo del tiempo, y en la actualidad, se concibe el estrés como un fenómeno interactivo y multidimensional, por lo

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

cual, se exige tomar en consideración la interacción existente entre factores cognitivos y conductuales, así como de factores fisiológicos y de afrontamiento.

En la evaluación del TA, el concepto de estrés debe quedar vinculado a factores externos al individuo, ya que el trastorno en sí, está constituido por una reacción ante un acontecimiento estresante identificable.

Baumeister, Maercker & Casey (2009) plantean la necesidad de estudiar la interacción entre los estresores y los factores personales, ambientales y biológicos a la hora de tomar una decisión clínica con respecto a los casos de TA. El único requisito imprescindible desde este planteamiento, sería que el acontecimiento estresante sea considerado como el causante de los síntomas emocionales y comportamentales que manifiesta el individuo. Según estos autores, esta medida permitiría distinguir los estresores causantes de un Ta de los estresores psicosociales y ambientales, ya que se considera que estos últimos pueden favorecer o agravar un trastorno, pero no causarlo.

Recientes modelos de síndromes como respuesta al estrés (Horowitz 2004; Horowitz et al., 1997) asumen que los pacientes con trastornos de adaptación, al igual que las personas con trastorno de estrés postraumático, manifiestan pensamientos intrusivos y sentimientos de haber padecido una experiencia estresante, evitan pensamientos y sentimientos que les recuerdan la situación detonante del estrés y presentan poca adaptación a su contexto.

Maercker, Einsle, y Kollner (2007) presentan una propuesta en la cual mencionan aspectos comunes en los pacientes con trastornos adaptativos: 1. Las reacciones ante estresantes identificables, aparecen en los primeros meses que aparece el estresor. 2. Aparecen pensamientos rumiativos e intrusivos y recuerdos involuntarios del estresor. 3. El paciente

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

intenta evadir los pensamientos o sentimientos sobre el evento generador de estrés. 4. Hay una pérdida de interés en el trabajo, la vida social y las actividades de ocio y 5. Aparecen características adicionales del subtipo del trastorno (depresivas, ansiosas, mixtas)

Siguiendo entonces el planteamiento de que los TA están relacionados con reacciones emocionales y conductuales que surgen como respuesta a un estresor, cabe mencionar que el estrés psicosocial, es entendido en el contexto de un proceso, donde la relación entre el individuo y su entorno compromete su evaluación cognoscitiva para determinar por qué y hasta qué punto esta relación puede ser amenazante para su bienestar emocional.

Esta anticipación mental de que ocurrirá algo amenazante (impredictibilidad) y de que no se tendrán las habilidades o recursos necesarios para enfrentarlo (incontrolabilidad), constituirán entonces la base del estrés emocional que experimenta el paciente con un TA.

La evaluación cognoscitiva, será un elemento fundamental de análisis, ya que es pertinente reconocer que existen diferencias individuales importantes en la vulnerabilidad de las situaciones estresantes, pues como bien lo señala Beck (1979), no son las situaciones en sí mismas las que generan nuestras reacciones emocionales y conductuales, sino la interpretación que hacemos de ellas. Por esto, Lazarus y Folkman (1986) señalan que el estrés psicosocial no puede definirse únicamente en función de las condiciones y recursos ambientales, sino que es imprescindible involucrar los recursos psicológicos del paciente. “El estrés psicológico es una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar”. (Lazarus & folkman, 1986, citado por Ferrer, 2002, p. 81)

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

Es importante tener en cuenta que las reacciones patológicas frente al estrés podrían depender de varios factores:

Características individuales: Vulnerabilidad ante las situaciones estresantes, antecedentes de patologías por estrés, baja autoestima, ausencia o escaso apoyo familiar y social y nivel socioeconómico bajo.

Características del estresor: El número, significación y la forma de presentación del evento estresante influyen en la capacidad de adaptación. Para conocer el posible impacto se han elaborado escalas de acontecimientos vitales, siendo la más conocida la Escala de Holmes y Rahe (1967) Asimismo, el enfrentamiento previo a situaciones similares y la disponibilidad de recursos personales y sociales favorecen una respuesta adaptativa al estrés.

Otros: El no conocer cómo resolver una situación problemática, el temor al sufrimiento, a padecer una enfermedad grave y a la muerte, el riesgo de invalidez y de ser una carga para la familia son factores desencadenantes de trastornos adaptativos.

6.6 Evaluación de los Trastornos Adaptativos.

Para llevar a cabo una evaluación eficaz de los TA, es importante tener en consideración los siguientes aspectos:

1. Características del acontecimiento estresante

Aunque el TA requiere la presencia de un estímulo psicosocial estresante identificable, esta identificación puede ser generalizada y poco específica (presión laboral, divorcio, etc.) quedando en un segundo plano eventos y circunstancias posiblemente relacionadas con el acontecimiento estresante principal, que pueden estar afectando negativamente al individuo.

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

Sandin (1999, citado por Caballo, et al.; 2006), establece las siguientes modalidades de estrés psicosocial:

- a. *Sucesos y cambios vitales*: Hacen referencia a eventos ordinarios y extraordinarios, transiciones sociales e interpersonales y áreas de gran relevancia en la estructura social (Separación, muerte, enfermedades, jubilación, economía, problemas judiciales, problemas familiares, etc.)
- b. *Estrés cotidiano*: Se refiere a acontecimientos específicos, con un comienzo y final que pueden ser delimitados con precisión. Se encuentran entonces, sucesos vitales menores, contratiempos, contrariedades o eventos indeseables como perder algo, tener que esperar, etc.
- c. *Estrés crónico*: Su comienzo es gradual, su curso es de larga duración y continuo y su final es problemático. En este caso, los cambios ocurridos no son percibidos inicialmente como negativos, sino que con el transcurrir del tiempo generan un estado de inadaptación en el individuo. Sandin (1999, citado por Caballo, 2006) señala tres modalidades de estrés crónico: estrés ocupacional (sobrecarga laboral, competitividad, etc.), estrés sociofamiliar (dificultades en la interacción con el conyugue y los hijos, enfermedad crónica de algún familiar) y estrés asociado a factores socioculturales (escaso apoyo social, desplazamiento, etc.).

Por su lado, el DSM IV (2000), establece una clasificación de situaciones estresantes para el diagnóstico en el Eje IV que puede resultar adecuada en lo que respecta al tema del estrés. (Caballo, et al.; 2006)

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

- a. *Problemas relativos al grupo primario de apoyo:* Fallecimiento de algún familiar, problemas de salud en la familia, perturbación en el ámbito familiar a causa de una separación, divorcio o abandono, cambio de hogar, abuso sexual o físico, sobreprotección de los padres, disciplina inadecuada, conflictos con los hermanos.
 - b. *Problemas relativos al ambiente social:* Fallecimiento de un amigo, apoyo social inadecuado, dificultades para adaptarse a otra cultura, discriminación, adaptación propia a los ciclos vitales.
 - c. *Problemas relativos a la enseñanza:* Analfabetismo, dificultades académicas, conflictos con docentes o compañeros de clase, ambiente escolar inadecuado.
 - d. *Problemas laborales:* Desempleo, amenaza de pérdida de empleo, condiciones laborales difíciles, insatisfacción laboral, conflicto con superiores o compañeros de trabajo.
 - e. *Problemas de vivienda:* Vivienda inadecuada, vecindad insaludable, falta de vivienda, conflictos con vecinos.
 - f. *Problemas económicos:* Pobreza extrema, economía insuficiente, escasas ayudas socioeconómicas.
 - g. *Problemas de acceso a los servicios de asistencia sanitaria:* Servicios médicos inadecuados, falta de acceso a transportes hasta los servicios asistenciales.
 - h. *Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o el delito:* Arresto, encarcelamiento, víctima de un acto delictivo.
 - i. *Otros problemas psicosociales y ambientales:* Exposición a desastres, guerras u hostilidades, conflictos con cuidadores no familiares, ausencia de centros de servicios sociales.
2. *Respuestas cognitivas:*

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

El estrés se produce cuando existe un desequilibrio entre la percepción de peligro de la situación y de los recursos personales para afrontarla. Se necesita entonces, evaluar la percepción que tiene el individuo en lo que respecta al grado de amenaza, pérdida, desafío, etc. Es de importancia evaluar qué representa el suceso estresante para el paciente y el grado de autoeficacia que percibe para enfrentarlo. Así mismo, se deben analizar los errores que surgen en el procesamiento del estímulo, ya que existen pensamientos automáticos repetitivos disfuncionales, que generan estados de ansiedad que dificultan la toma de decisiones e incrementan la sensación de pérdida de control.

Rahe y Arthur (1978, citados por Caballo, et al.; 2006), refieren que algunas de las variables cognitivas generadoras de estrés son: el malestar percibido, la negatividad ante la situación, la indeseabilidad y la percepción de incontrolabilidad e impredecibilidad.

3. Respuestas fisiológicas y emocionales:

Se refieren a emociones negativas como ansiedad, miedo, ira y tristeza. En este punto, es importante tener en cuenta la taxonomía del DSM IV-TR (2000) para los TA: Estado de ánimo depresivo, ansioso y mixto.

En lo referente a las respuestas fisiológicas, éstas implican sobre todo al sistema endocrino (liberación de catecolaminas y cortisol) y al sistema nervioso vegetativo (aumento de la actividad simpática y disminución de la actividad parasimpática). Muchas de estas respuestas se producen en situaciones que son específicas, mientras que otras pueden afectar al individuo de manera constante y sin vinculación aparente con un evento específico. Entre las manifestaciones fisiológicas más frecuentes, se encuentran: taquicardia, hipertensión, rigidez

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

muscular, cefaleas, alteraciones del sistema digestivo, sudoración, disminución del riego sanguíneo periférico y sensación de nudo en la garganta. (Caballo, et al.; 2006)

4. *Respuestas conductuales:*

En el TA, las modalidades de respuesta más frecuentes son el escape o la evitación de la situación estresante, pasividad e inercia, precipitaciones, explosiones emocionales, impulsividad, escaso apetito y consumo de drogas. Otras respuestas que también podrían presentar este tipo de pacientes son: temblores, tartamudeo, voz entrecortada, etc. En algunos sujetos, se pueden encontrar respuestas agresivas, ataques de ira, peleas, engaños y deserción escolar. (Caballo, et al.; 2006)

5. *Análisis del entorno social.*

El apoyo social, es una variable que puede amortizar el efecto negativo que la situación estresante genera en el individuo. Es importante determinar entonces, quiénes son las personas que pueden proveer al paciente un apoyo emocional e influir para que sus problemas disminuyan. De igual forma, hay que distinguir entre el apoyo social real y el apoyo social percibido por el paciente. (Caballo, et al.; 2006)

6. *Variables disposicionales:*

Se consideran las características personales y psicológicas que pueden hacer al sujeto más vulnerable para experimentar situaciones relacionadas con el estrés, y que además, modulan sus respuestas ante el evento estresante. (Carrobbles, 1996, citado por Caballo, et al.; 2006)

7. *Estado de salud:*

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

Las enfermedades presentes en el individuo pueden ser previas a la aparición del TA, limitando en este caso su capacidad de afrontamiento o manifestándose como consecuencia del estrés. Es importante determinar el momento en que aparece la enfermedad, ya que el estrés puede provocarla o agravarla. Entre los trastornos comúnmente asociados al estrés se encuentran: trastornos cardiovasculares, respiratorios, inmunológicos, endocrinos, gastrointestinales, dermatológicos, musculares, sexuales y dolor crónico y cefalea. (Caballo, et al.; 2006)

6.7 Técnicas de evaluación de los Trastornos Adaptativos.

Los TA, requieren una evaluación completa y para ello, se emplean diversos instrumentos. Entre ellos encontramos:

1. La entrevista clínica:

La entrevista es el punto de partida para la evaluación del TA. Es fundamental, prestar especial atención a cómo el paciente expone inicialmente su motivo de consulta, comprobando de esta manera, si el paciente es capaz de identificar los factores que conforman su cuadro clínico: su malestar y el acontecimiento estresante. Las indagaciones clínicas, irán encaminadas a la identificación y valoración de los posibles acontecimientos estresantes y de la sintomatología.

Para confirmar los criterios diagnósticos del DSM-IV, la entrevista debe tomar en consideración los siguientes aspectos:

Si el malestar coincide con la aparición del acontecimiento estresante (AE) o si es posterior (hasta tres meses) a él.

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

- a.* Si el paciente asocia su malestar con el AE.
- b.* El grado de alteración y efectos que ha tenido los síntomas en la vida del paciente.
- c.* Las repercusiones del malestar del paciente en áreas de su vida (laboral, social, etc.)
- d.* Comprobar que los síntomas solo se vinculan al AE y que no corresponden con otro trastorno del Eje I, ni son exacerbación de un trastorno preexistente (Eje I o Eje II)
- e.* Si el AE ha disminuido, la sintomatología se presenta dentro del periodo de seis meses posteriores al cese de éste.
- f.* Evaluar los síntomas prevalentes y ajustarlos a un subtipo determinado.

Otra información relevante que deber ser identificada a partir de la entrevista clínica, hace referencia a:

- a.* El sistema de creencias y errores en el procesamiento de la información (Distorsiones cognitivas, ideas irracionales, pensamientos automáticos disfuncionales, etc.) y valoraciones que el paciente hace de los eventos estresores.
- b.* Las estrategias de afrontamiento y los recursos con que cuenta el paciente (Factores protectores) para hacer frente al acontecimiento estresante.
- c.* Los antecedentes vitales que den cuenta de experiencias similares afrontadas con anterioridad (cómo se dieron y resolvieron)
- d.* Información referente al entorno familiar y social, estatus socioeconómico.
- e.* Historia de salud, enfermedades actuales, sintomatología, tipo y grado de malestar biológico en la actualidad.
- f.* Comportamiento no verbal: expresión facial, gestos, postura, etc.

Caballo (2006), plantea que puede ser de utilidad, el empleo de entrevistas diagnósticas semiestructuradas de tipo general, como la “Entrevista clínica estructurada para los trastornos del Eje I del DSM-IV, SCID I” (First, Spitzer, Gibbon & Williams, citados por Caballo, et al.; 2006). Este tipo de entrevista no sólo permitirá diagnosticar un TA, sino que además, permite identificar otros trastornos que podrían estar produciendo la sintomatología que presenta el paciente. Es importante incluir autoinformes sobre el evento estresor y tener especialmente en cuenta, los acontecimientos psicosociales y ambientales del Eje IV, planteados en el DSM-IV

2. *Observación y Autoobservación.*

Se plantea que la observación debe ser realizada por personas que formen parte del contexto del paciente, como familiares, compañeros de trabajo, pareja, etc. Esta técnica es de especial utilidad cuando el paciente presenta dificultades para asociar ciertos eventos con su malestar. (Roa, 1995, citado por Caballo, et al.; 2006). En el caso del estrés, la observación se emplea para dar cuenta de respuestas conductuales y fisiológicas, pero no para las de tipo cognitivo.

Las técnicas de autoobservación y autorregistro, permiten evaluar conductas no observables, como pensamientos intrusivos, preocupaciones e impulsos y pensamientos negativos que podrían ser antecedentes de una conducta o consecuencia de una situación específica. (Rehm, 1993, citado por Caballo, et al.; 2006). En el caso de los TA es importante que el sujeto identifique los eventos que le producen estrés, las respuestas cognitivas, emocionales, fisiológicas y motoras que manifiesta ante éstos y las consecuencias que producen a corto, medio y largo plazo.

Aunque la autoobservación puede emplearse en la evaluación de los niveles de respuesta generados por el estrés (cognitivo, conductual y fisiológico), en ciertas condiciones la correlación entre ansiedad cognitiva y ansiedad fisiológica y conductual puede resultar mínima, aún cuando la autoobservación del paciente resulte válida. (Beech, Burns & Sheffield, 1982, citados por Caballo, et al.; 2006). Uno de los instrumentos más empleados para la valoración del estrés en la vida del sujeto es el Life Experiences Survey. (Sarason, Johnson & Sigel, 1978).

6.8 Modelos de intervención para los Trastornos Adaptativos.

Luego de haber analizado algunos de los factores fundamentales en la evaluación de los TA, es importante tener en consideración, los planteamientos realizados por distintos autores en lo que se refiere a los planes de intervención para este tipo de trastornos.

Strain (2008), Benton y Lynch (2005) ofrecen recomendaciones generales en cuanto a las metas a contemplar en la terapia de estos trastornos. En general, se recomiendan estrategias basadas en terapias cognitivo conductuales. Dependiendo de cada caso, cabría utilizar procedimientos de resolución de problemas, entrenamiento en habilidades de la comunicación, control de los impulsos, manejo de la ira y manejo del estrés. Además, es útil tomar en consideración el estado emocional del paciente y su sistema de apoyo social, para intentar así, potenciar su capacidad de adaptación y de afrontamiento.

Araoz y Carrese (1996, citados por Casey, 2006) han planteado un enfoque de tratamiento (“Terapia breve orientada a la solución de problemas para los TA”), de la que no se ofrece aún resultados sobre su eficacia. Se trata de una terapia breve (ocho sesiones) focalizada en resolver los problemas que afectan al paciente. Recientemente, han surgido trabajos interesados por los problemas de despido laboral asociados a este trastorno. En esta línea Van der Klink (2003,

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

citado por Baños, et al.; 2008) ha diseñado y sometido a prueba una estrategia de tratamiento breve para los TA, basada en los principios del enfoque de contingencia temporal (incremento de la actividad de la persona según un esquema temporal estructurado previamente) y de los tratamientos cognitivo conductuales (estrategias de inoculación de estrés), con el fin de ayudar a los pacientes a desarrollar y poner en marcha procedimientos de solución de problemas.

Bisón y Sakhuja (2006, citado en Álvarez, 2013), plantean que la mejor opción de tratamiento para los TA, sería la de llevar un seguimiento y una observación cuidadosa de cada caso. Cuando es necesaria la intervención terapéutica, suelen aplicarse terapias breves que consideren el TA, como limitado en el tiempo, sin embargo, en los casos en los que exista un estresor crónico, la terapia deberá ser más larga. De forma resumida y esquematizada, las pautas generales a seguir ante un TA serían las siguientes: 1. Identificar los medios para eliminar o reducir el estresor (si esto fuera posible). 2. Incrementar las habilidades de afrontamiento del paciente, para hacer frente adecuado al estresor 3. Reinterpretar el significado que el estresor tiene para el paciente, con el fin de otorgarle un significado que le resulte más adaptativo y finalmente 4. Ayudar al paciente a establecer un sistema de apoyo que maximice la adaptación.

Casey (2009) señala tres componentes básicos en las intervenciones psicológicas de los Trastornos Adaptativos: 1. Posibilitar la reducción o la eliminación del estresor, para lo cual se emplean técnicas de resolución de problemas y de toma de decisiones. 2. Aportar medidas que faciliten la adaptación, a partir de la psicoeducación, técnicas de solución de problemas y de reestructuración cognitiva y 3 el cambio comportamental.

De igual forma, Sarason (1990) plantea que un enfoque de tratamiento útil para la intervención de los TA, integra los siguientes procedimientos:

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

a. *Terapia de apoyo*: Debido a que la percepción de baja autoeficacia y de aislamiento, son comunes en la mayoría de las reacciones al estrés. Puede ser de ayuda para muchos pacientes el escucharles con comprensión y darles ánimo en la terapia. Los pacientes a quienes ha ayudado la terapia de apoyo, frecuentemente comentan sobre su alivio al darse cuenta de que el terapeuta no hizo críticas por la manera en que afrontaba sus situaciones difíciles. Dentro de un ambiente de apoyo, el paciente puede dedicarse a la resolución de situaciones problemáticas y a la consideración de alternativas que antes le parecían imposibles.

b. *Fármacos*: Pueden tener un valor considerable para superar los estados de ansiedad y otras reacciones asociadas al estrés intenso de corta duración. A menudo se combina la psicoterapia con el uso de fármacos.

c. *Entrenamiento en relajación*: Se utiliza como una técnica para ayudar al paciente a controlar la activación de los síntomas fisiológicos producidos como respuesta al estrés.

d. *Desensibilización sistemática*: Es útil para abordar problemas relacionados con la ansiedad condicionada. Consiste en un relajamiento profundo de los músculos; en establecer una escala subjetiva de ansiedad, construir una jerarquía de estímulos ansiosos y enseñar al paciente a mantenerse relajado mientras imagina algunos eventos relacionados con el estresor.

e. *Modificación cognoscitiva (reestructuración cognitiva)*: Si el paciente logra modificar algunos de los errores que aparecen en el procesamiento de la información sobre el evento generador de estrés, podrá hacer frente a sus problemas de una manera adecuada. En este sentido, la modificación cognitiva es un paso hacia la solución eficaz de problemas.

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

f. La intervención social: La terapia familiar podría ser de gran ayuda para dar solución a problemas específicos del paciente, además, podría generar en el paciente una mayor percepción de apoyo social.

Vanin (2008), aconseja que la intervención sea focal y breve y que además, se haga empleo de estrategias cognitivo- conductuales que faciliten al paciente hacer frente al estrés. Para esto, es importante evaluar las capacidades personales del paciente y brindarle un contexto de apoyo y seguridad, donde se facilite su expresión emocional y se haga especial énfasis en las significaciones que tiene el factor estresor para el individuo.

Así mismo, la psicoterapia cognitivo comportamental, ofrece información relevante en cuanto a las estrategias de tratamiento que pueden utilizarse para mejorar la situación clínica de aquellas personas que enfrentan una situación estresante. (Steinhardt & Dolbier, 2008, citados por Andreu, 2011).

Luego de haber realizado un breve repaso de los aportes teóricos que varios estudios han realizado sobre los Trastornos adaptativos, y después de considerar la dificultad que representa su diagnóstico, cabe señalar que en el momento de conceptualizar un caso de TA, el clínico debe tomar en consideración que el estado emocional de los individuos está asociado con el impacto estresante que pueden traer sus problemáticas cotidianas, además, está mediatizado por las características de su personalidad y de su entorno, por sus estrategias de afrontamiento y por el estado emocional a corto y a largo plazo. (González, Andrade & Jiménez, 1997, citados por Baños, et al.; 2008).

Es de importancia tener en cuenta que el TA es un diagnóstico fronterizo con la normalidad, (debido a los procesos de adaptación constante que exige el contexto social) y con otras

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

patologías (ansiedad, depresión y otros), por lo que el clínico deberá realizar una valoración precisa de la situación de cada caso para realizar un buen diagnóstico diferencial y un abordaje correcto. (Camino, 2009)

Con base en lo anterior, la literatura científica señala que los TA, deben estructurarse en un sistema de psicoterapia que permita al paciente reducir la valoración de amenaza y la intensidad de los estresores, potenciando así un afrontamiento adaptativo de los factores o situaciones generadoras de estrés. (Camino, 2009).

Es de importancia considerar que a pesar de que distintos estudios han intentado ofrecer un panorama integral sobre los TA, aún existen vacíos en cuanto al conocimiento de los mismos. La primera cuestión, tiene que ver con los principios que han guiado los sistemas de clasificación. En el caso de los TA, no se ofrece una descripción detallada del cuadro sintomatológico que podría presentarse, sino que se hace referencia a una sintomatología genérica e indefinida que se superpone con otras entidades diagnósticas.

Así mismo, mientras que el diagnóstico de muchos trastornos se establecen de forma transversal y se basa en el número de síntomas, el de los TA se establece atendiendo al curso longitudinal de las manifestaciones clínicas que han de presentarse por un acontecimiento estresante, y que se entiende que se resolverán con el tiempo (Casey, 2009, citado en Andreu, 2011).

Esta situación, puede dar lugar a dificultades en el momento de tomar decisiones en relación al diagnóstico que debe establecerse, pues el hecho de que otros diagnósticos no estén basados en los factores causales o etiológicos no implica que estos no existan. Diferentes estudios han mostrado la existencia de determinadas condiciones previas que pueden favorecer las reacciones

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

desajustadas ante la aparición de una situación que resulta estresante para la persona. (Andreu, 2011)

Según los actuales manuales de clasificación, cuando a pesar de la existencia clara de un acontecimiento estresante, los síntomas corresponden también con los criterios de otro trastorno específico, no se puede aplicar el diagnóstico comórbido de TA. Este estado de subordinación, conlleva el riesgo de que el diagnóstico no se reconozca, ni que se trate adecuadamente a las personas que lo padecen, lo cual a su vez, contribuye a aumentar las dificultades de su estudio y a disminuir las posibilidades de diferenciar los TA de otro tipo de trastornos. (Andreu, 2011)

Luego de revisar las distintas investigaciones y estudios sobre los Trastornos de Adaptación, es de importancia señalar que a pesar de los escasos apuntes sobre los planes de tratamiento para abordar los TA, y para establecer su diagnóstico, la terapia cognitiva ha mostrado un alto grado de eficacia en la intervención de este tipo de trastornos, especialmente desde los modelos cognitivos propuestos por Maercker, Einsle & Koller (2007, citados en Andreu, 2011), el cual considera que los TA son provocados por estresores identificables que generan síntomas como: intrusiones, evitación y fracaso en la adaptación y las estrategias terapéuticas, basadas en el modelo de Lazarus (2000).

A partir de este trabajo, se ilustrará como puede aplicarse la Terapia Cognitiva a los Trastornos Adaptativos, contribuyendo así al aumento de estudios que consideran este enfoque terapéutico como estrategia de intervención eficaz para este tipo de patologías.

7. Historia clínica del paciente.

Historia del caso, formulación y plan del tratamiento.

7.1. Historia del caso

7.1.2 Información de identificación.

Marta es una mujer de 52 años, residente en la ciudad de Medellín, divorciada, quien vive con su hija de 18 años de edad. Actualmente es pensionada y trabaja en su propio negocio, haciendo galletas y panques para distintos eventos.

7.1.3 Queja principal.

Marta buscó tratamiento, debido a que en las dos semanas anteriores a la primera cita de psicoterapia, incremento su sintomatología depresiva como consecuencia de los constantes conflictos con su hija. Reporta “La relación con Laura va de mal en peor, yo ya no se qué hacer, no soporto esto que me está sucediendo”

7.1.4 Historia del problema actual.

En mayo de 2012 Marta empezó a manifestar síntomas depresivos (tristeza, llanto, disminución del apetito y del sueño) a raíz de los problemas constantes entre ella y su hija. En el momento inicial de la consulta (18 de Mayo, 2012) sus síntomas incluían:

Síntomas emocionales: Tristeza, ansiedad y falta de interés en casi todas las actividades.

Síntomas Cognitivos: Dificultad para recordar las cosas, percepción de baja autoeficacia y pensamientos de catastrofización.

Síntomas conductuales: Llanto, aislamiento social.

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

Síntomas Fisiológicos: Dificultad para dormir, frecuentes dolores de cabeza y disminución del apetito.

Los principales estresores en la vida de Marta eran los familiares y económicos. Desde que su hija empezó la relación con su novio los conflictos empezaron a incrementar: “Yo no soporto que mi hija me diga mentiras para verse con ese muchacho, para mí él es una mala persona”. Decía sentirse sola y poco apreciada por su hija “A Laura no le importa lo que yo sienta, ella me trata mal y me dice que no quiere ser como yo”. Solía obtener satisfacción significativa de su trabajo como docente, pero renunció a éste para dedicar más tiempo a su hija.

En lo referente a su situación económica, Marta reportaba sentir una gran angustia por no tener ingresos que le permitieran sostener los estudios de su hija y ayudar más a su madre. “Cada que pienso en mis ingresos económicos me siento más deprimida. Es como si ya no pudiera ver nada positivo en mi vida”.

En 1995 estuvo asistiendo a tratamiento psiquiátrico, debido a que se sintió muy decaída luego de la ruptura de su relación de pareja. Comenta que le prescribieron Sertralina pero que sólo la ingirió durante un mes, debido a los efectos secundarios del medicamento.

En enero de 2012 la paciente asiste a 5 sesiones de psicoterapia, pero refiere haber desistido del proceso, debido a que no experimentaba ninguna mejoría en su estado anímico.

En Mayo de 2012 Marta asiste a consulta de evaluación por psiquiatría y le administran Midazolam (5mgr), Rivotril (2,5 mgr) y Sertralina (50 mgr). Luego de 4 días de su último episodio depresivo, le prescriben fluoxetina (20 mgr, 1 en la mañana) y Clonazepam (0.5 mgr, 1 en la noche)

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

En la actualidad, la paciente sigue adherida al tratamiento psiquiátrico y está ingiriendo fluoxetina (20 mgr, 1 en la mañana) y Amitriptilina (20 mgr, 1 en la noche), medicamentos que hasta el momento le han permitido controlar sus síntomas depresivos.

7.1.5 Historia psiquiátrica.

El primer episodio depresivo de Marta ocurrió en 1995, debido a la ruptura de su relación de pareja. Comenta que asistió a tratamiento psiquiátrico y le prescribieron Sertralina, pero que sólo la ingirió durante un mes debido a los efectos secundarios del medicamento. “A pesar de que no recibí ayuda profesional, poco a poco fui saliendo de esa gran angustia que sentía”

El 24 de Mayo de 2012, Marta asiste a consulta de evaluación psiquiátrica con un estado de ánimo deprimido e ideación suicida, luego de enterarse que su hija le miente para verse con su novio y que sostiene relaciones sexuales con él. Se deja en observación ambulatoria durante un día y se le administra Midazolam (dosis única 5mgr), Rivotril (2,5 mgr) y Sertralina (50 mgr).

Luego de 4 días del episodio (29 de Mayo, 2012), Marta es hospitalizada nuevamente durante 1 día y refiere la persistencia de la relación conflictiva con su hija, aumento de su estado de ansiedad, irritabilidad, hiporexia, dolor generalizado, insomnio global y temblor en reposo. Se le prescribe fluoxetina (20 mgr, 1 en la mañana) y Clonazepam (0.5 mgr, 1 en la noche)

El 15 de Junio de 2012, Marta asiste a consulta de seguimiento y ante la mejoría de su sintomatología, le prescriben fluoxetina (20mgr) y clonazepam (0.5 mgr. ½-0-1).

En la actualidad, la paciente sigue adherida al tratamiento psiquiátrico y esta ingiriendo fluoxetina (20 mgr, 1 en la mañana) y Amitriptilina (20 mgr, 1 en la noche), medicamentos que hasta el momento le han permitido controlar sus síntomas depresivos e incrementar sus horas de sueño.

7.1.6 Historia personal y social.

Marta fue la tercera de tres hijos. Considera que fué rechazada por su padre y hermana mayor “Por ser la más gordita”. Con sus otros hermanos nunca tuvo una relación estrecha, ya que no tenían gustos en común. “Actualmente nos la llevamos muy bien, pero yo toda la vida sentí que era diferente a ellos y que no me querían”.

Refiere haberse sentido infeliz durante su infancia y adolescencia, ya que era quien tenía que responsabilizarse de los asuntos del hogar. Además, siempre percibió que su madre prefería a su padre por encima de ella “Yo siempre me sentí como un estorbo para mi mamá; aunque mi papá la dejó, ella lo seguía buscando y permitía que él me tratara mal”. Describe a su padre como una persona estricta y distante. “Cuando yo lo veía me daba miedo y también mucha rabia”. De su madre dice que es una persona controladora, poco afectuosa y depresiva.

Marta tenía escasas relaciones sociales, debido a que sus compañeros del colegio la rechazaban por su apariencia física. “Yo recuerdo que era el objeto de burla en el colegio por ser gorda y fea”. Durante toda su vida Marta sintió escaso interés por asistir a reuniones sociales o familiares. “Yo siempre había sido muy sola, no me interesaba actuar como los demás sólo por quedar bien”. En la actualidad, Marta ha logrado incrementar su número de amigos y disfruta de los compromisos de carácter social.

Según expresa, siempre se caracterizó por ser una excelente estudiante. Cursó su carrera como licenciada en educación escolar, y trabajo durante 14 años como docente de lengua castellana en el colegio donde estudiaba su hija. Allí siempre fue considerada como “Una persona estricta y de excelentes valores”. Expresa que a pesar de su exigencia, sus alumnas sentían un gran aprecio hacia ella.

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

A los 17 años de edad tuvo una relación de pareja de dos años, la cual terminó debido a que los padres de su novio estaban en desacuerdo con ésta. “El amor de mi vida siempre fue mi primer novio, incluso nosotros nos queríamos casar, pero los papas de él nos separaron porque yo era hija de una madre soltera”.

Se casó a los 20 años de edad, con un hombre que según comenta, nunca estuvo enamorada. Refiere que su esposo era despreocupado por los asuntos del hogar y además le era infiel. Ella sentía que debía aguantarse los malos tratos que recibía de él, puesto que deseaba que su hija creciera al lado de su padre. Cuando finalmente decidió separarse, atravesó un episodio depresivo, debido a que sentía que nunca había sido feliz. “Ahí fue cuando me di cuenta una vez más que siempre iba a ser infeliz”.

Después de 25 años, (Enero 2012) Marta se encontró nuevamente con el novio que tuvo durante su adolescencia y mantuvieron una relación durante 8 meses. Esta relación finalizó, debido a que su pareja estaba casada, y esta situación estaba incrementando su malestar. “él es un apoyo en este momento de mi vida, pero no puedo seguir así, me hace sentir peor”.

En lo que respecta a la relación con su hija, ésta siempre se había caracterizado por el afecto y la confianza, pero cuando ella inicia la etapa de la adolescencia empiezan a aparecer diversas situaciones conflictivas entre ellas. En la actualidad mantienen una buena relación, a pesar de la dificultad que en ocasiones le representa a Marta confiar en su hija.

Hoy en día Marta disfruta de su negocio de galletas y panquees, de asistir a sus clases de yoga y de compartir más tiempo con su madre e hija.

7.1.7 Historia médica.

La paciente refiere que desde hace aproximadamente 9 años sufre de migraña. Esta condición médica podría afectar su funcionamiento psicológico, puesto que “hace aún más intolerables las situaciones estresantes que atravieso” (Incrementa el nerviosismo y la fatiga). En la actualidad el tratamiento médico prescrito es Naproxeno (20 mgr) para combatir aparición y severidad de la sintomatología.

El síndrome de intestino irritable que presenta la paciente también podría alterar su funcionamiento psicológico, ya que dentro de la sintomatología médica de esta enfermedad, se encuentra el incremento del estrés emocional.

No reporta antecedentes médicos familiares significativos (Cáncer, enfermedades cardiovasculares, etc.).

7.1.8 Observaciones sobre el estado mental.

La paciente se encontraba orientada, con un estado de ánimo deprimido, adecuada presentación personal, eulálica, y con llanto profuso durante toda la consulta.

7.1.9 Pruebas aplicadas.

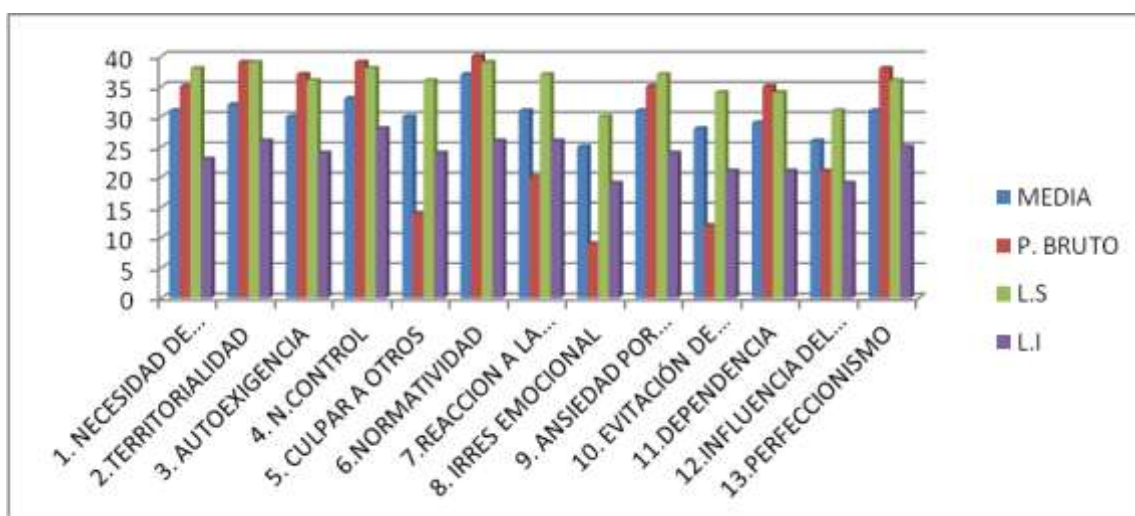
PRUEBA	FECHA	PUNTAJE OBTENIDO	RESULTADO
BDI-II (Anexo 2)	18 de Mayo, 2012	30	Sintomatología depresiva severa
BDI-II	31 de Mayo, 2012	35	Sintomatología depresiva severa
BHS (Anexo 4)	31 de Mayo, 2012	6	Síntomas leves
BDI-II	Junio 2 de	29	Sintomatología depresiva

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

	2012		severa
BHS	Junio 2 de 2012	3	Síntomas leves
BDI-II	Junio 9 de 2012	25	Sintomatología depresiva moderada
BHS	Junio 9 de 2012	3	Síntomas leves
BDI-II	Junio 16 de 2012	18	Sintomatología depresiva leve
BAI (Anexo 3)	Junio 16 de 2012	14	Sintomatología ansiosa moderada
BDI-II	Julio 21 de 2012	14	Sintomatología depresiva leve
BHS	Julio 21 de 2012	3	Síntomas leves
BDI-II	Agosto 4 de 2012	5	Síntomas depresivos leves
BDI-II	Agosto 18 de 2012	3	Síntomas depresivos leves
BDI-II	Septiembre 22 de 2012	0	Sin síntomas depresivos
BDI-II	Octubre 27 de 2012	0	Sin síntomas depresivos
Escala de satisfacción con el tratamiento (Anexo 7)	Noviembre 4 de 2012	60	Alta satisfacción con los resultados obtenidos a partir del tratamiento.

CUESTIONARIO DE CREENCIAS IRRACIONALES (I.BT) (Anexo 1)

FACTORES	MEDIA	P. BRUTO	L.S	L.I
1. NECESIDAD DE APROBACIÓN	31	35	38	23
2.TERRITORIALIDAD	32	39	39	26
3. AUTOEXIGENCIA	30	37	36	24
4. NECESIDAD DE CONTROL	33	39	38	28
5. CULPAR A OTROS	30	14	36	24
6.NORMATIVIDAD	37	40	39	26
7.REACCION A LA FRUSTRACION	31	20	37	26
8. IRRESPONSABILIDAD EMOCIONAL	25	9	30	19
9. ANSIEDAD POR PREOCUPACIÓN	31	35	37	24
10. EVITACIÓN DE PROBLEMAS	28	12	34	21
11.DEPENDENCIA	28	29	34	21
12.INFLUENCIA DEL PASADO	25	26	31	19
13.PERFECCIONISMO	31	38	36	25



Interpretación de la prueba.

Para Marta es importante ser amada y aprobada por aquellas personas que percibe como significativas, sin embargo, con frecuencia se muestra como alguien imprudente que invade los espacios de los demás. En la mayoría de situaciones, considera que para ser valiosa debe ser competente y capaz de lograr cualquier cosa, además, requiere de un conocimiento claro y preciso de todo lo que le rodea. Se siente angustiada cuando no tiene el control.

Generalmente la paciente asume sus responsabilidades sin necesidad de culpabilizar a los otros y considera que es de suma importancia seguir las normas que son estipuladas socialmente. Manifiesta una tendencia a considera como tremendo y catastrófico el hecho de que las cosas no vayan por el camino que le gustaría que fuesen, lo cual podría explicar su alta ansiedad por preocupación y su perfeccionismo.

Otros.

INFORMES E INVENTARIOS
Informe de terapia (Anexo 9)
Formulario de creencias centrales (Anexo 6)
Formulario para resolución de problemas (Anexo 5)
Autorregistros de pensamientos automáticos disfuncionales (RPD) (Anexo 14)
Cuadro de actividades-escala de satisfacción. (Anexo 8)

GUIAS
Guía para las sesiones de refuerzo (Anexo 12)
Guía para sesiones de autoterapia. (Anexo 13)

Diagnósticos de Ejes del DSM IV.

Eje I: F43.20 Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo, agudo. [309.0].

Eje II: Rasgos de personalidad obsesiva.

Eje III: Migraña, síndrome de intestino irritable.

Eje IV: Dificultades en la relación con su hija, problemas económicos.

Eje V: 66.

Diagnóstico Diferencial:

El trastorno adaptativo constituye una categoría residual utilizada para describir alteraciones que aparecen en respuesta a un estresante identificable y que no cumplen los criterios para otro trastorno específico del Eje I. El trastorno adaptativo puede diagnosticarse conjuntamente con otro trastorno del Eje I, únicamente si en este último no hay síntomas característicos de los que aparecen en la reacción al estresante.

Puesto que los trastornos de la personalidad son acentuados frecuentemente por el estrés, no se suele establecer el diagnóstico adicional de trastorno adaptativo. Sin embargo, si en respuesta a un estresante aparecen síntomas que no son característicos del trastorno de la personalidad puede ser apropiado el diagnóstico adicional de trastorno adaptativo.

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

El trastorno adaptativo, el trastorno por estrés postraumático y el trastorno por estrés agudo requieren la presencia de un estresante psicosocial. El trastorno por estrés postraumático y el trastorno por estrés agudo se caracterizan por la presencia de un estresante extremo y una constelación de síntomas específicos. En cambio, el trastorno adaptativo puede ser desencadenado por un estresante de intensidad variable y expresarse a través de una amplia gama de síntomas posibles.

Dentro de los factores psicológicos que afectan el estado físico, los síntomas psicológicos específicos, los comportamientos y otros factores que empeoran la patología médica, complican el tratamiento de las enfermedades o aumentan la probabilidad de que se presenten. En el trastorno adaptativo, la relación es la inversa (p. ej., los síntomas psicológicos aparecen en respuesta al estrés de recibir un diagnóstico médico). En algunos individuos pueden darse las dos alteraciones.

En general, el duelo es diagnosticado en vez de trastorno adaptativo cuando se da una reacción esperable en respuesta a la muerte de un ser querido. El diagnóstico de trastorno adaptativo puede ser apropiado cuando la reacción excede o es más prolongada de lo que cabría esperar. (APA, 2000)

El trastorno adaptativo debe distinguirse también de otras reacciones no patológicas al estrés que no provocan un malestar superior al esperable y que no causan un deterioro significativo de la actividad social o laboral. (APA, 2000). Cuando se presentan sucesos negativos, la mayoría de las personas se alteran, sin embargo esto no se considera un trastorno de adaptación. El diagnóstico debe hacerse sólo cuando la magnitud de la angustia que genera el estresor (por ejemplo, alteraciones en el estado de ánimo, o la conducta) supera lo que normalmente se espera

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

(que puede variar en las diferentes culturas), o cuando el evento adverso precipita un deterioro funcional. (APA, 2013)

Teniendo en cuenta que el presente estudio de caso es sobre un TA con sintomatología depresiva, es importante señalar que un episodio depresivo mayor que se presente en respuesta al estrés psicosocial se distinguirá de un trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo por el hecho de que en este último no se cumplen totalmente los criterios para un Episodio Depresivo Mayor. (APA, 2013)

En este caso particular, la paciente no cumple con los siguientes criterios de un Episodio Depresivo Mayor: agitación o enlentecimiento psicomotor, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse casi cada día, pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o un plan específico para suicidarse. La sensación de fatiga y la pérdida del apetito que reporta la paciente, se presentan sólo de manera ocasional.

La aparición de los síntomas emocionales y comportamentales que manifiesta Marta en respuesta al estresante, tuvieron aparición dentro de los 3 meses siguientes a la aparición del estresante y no durante un período de 2 semanas, que representaban un cambio respecto a la actividad previa, como lo especifican los criterios diagnósticos del Episodio Depresivo Mayor.

Teniendo en cuenta que no es posible diagnosticarse un Episodio Depresivo, se descarta la posibilidad de establecer un diagnóstico de Trastorno Depresivo mayor, ya que su característica esencial es un curso clínico caracterizado por la presencia de uno o más episodios depresivos mayores.

7.2 FORMULACIÓN DEL CASO.

7.2.1 Precipitantes.

Las frecuentes peleas con su hija, su relación de pareja y la preocupación por las dificultades económicas y por el estado de salud de su madre, detonaron la aparición de los síntomas depresivos que presenta la paciente. Sin embargo, el descubrimiento de las mentiras por parte de su hija, y el enterarse que ésta mantiene relaciones sexuales con su novio, detonaron la gravedad de los síntomas manifestados.

Además de no sentirse amada ni aceptada por parte de su hija, Marta refiere una alta preocupación porque su hija consume drogas o quede embarazada, ya que según ella, los amigos y el novio de Laura “Tienen una apariencia desagradable y que genera mucha desconfianza”. Desde que esta idea se volvió recurrente, Marta empezó a sentirse mucho más angustiada y empezaron a desarrollarse otros síntomas depresivos. “El sólo hecho de pensar que mi hija pueda quedar embarazada de un vago y drogadicto me hace sentir muy mal, yo no sé qué hacer, sería mejor morirme a tener que presenciar eso”

7.2.2 Visión transversal de las cogniciones y conductas actuales.

Una situación problemática típica de Marta es cuando su hija le pide permiso para salir con sus amigos. Al enfrentarse a esta situación aparecen los siguientes pensamientos automáticos: “Demás que va para la villa y allá sólo van drogadictos. Laura se va perder en ese mundo”, “A ella no le importa que yo me quede aquí sola y preocupada, yo podría estar muriéndome y ella preferiría a sus amigos”. Emocionalmente, se siente triste, aparece la migraña y su conducta es encerrarse en su cuarto a llorar.

Una segunda situación típica, es cuando está pensando que su hija no está asistiendo a la universidad por irse para la casa de su novio todas las tardes. Sus pensamientos automáticos son: “Me está mintiendo. Ella no vino a almorzar, no porque tuviera trabajos como me dijo, sino porque no fué a la universidad por irse a acostar con ese muchacho”, “Laura va quedar embarazada y el problema va ser para mí, no lo podré soportar, soy una mala mamá”. Luego se siente angustiada y llama insistentemente a su hija, exigiéndole que le pase a sus amigos al teléfono. Una tercera situación es cuando ve a su hija con su novio. Piensa “Este muchacho es una mala persona, me repugna que sea negro y punkero”, “Ella me odia, así como yo odiaba a mi mamá”. Siente tristeza, decepción y rabia, y cuando su hija regresa a la casa le recrimina que no le importe todo lo que ella se ha esforzado por ser una buena mamá.

7.2.3 Visión longitudinal de las cogniciones y los comportamientos.

Marta creció con un padre demandante y emocionalmente distante. Su madre era poco afectiva y le exigía cumplir con todas las demandas que le hacía su padre, sólo para que éste se sintiera complacido. A edad temprana desarrolló la creencia de que era defectuosa y que siempre debía exigirse y mantener el control en todo lo que hiciera, ya que sólo así podría evitar ser abandonada o que todo empeorara.

Estas creencias fueron fortaleciéndose por las comparaciones que realizaba su padre entre ella y su hermana mayor (que era más atractiva), por las constantes burlas sobre su apariencia física de parte de sus compañeros del colegio, y por las cada vez mayores exigencias domésticas y académicas que le hacía su madre. “Yo era o me sentía como un estorbo, sólo servía para hacer mandados, cocinarle a mis hermanos y estudiar. Me sentía inmensamente infeliz”.

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

Marta desarrolló las siguientes creencias centrales: “Soy defectuosa”, “Nunca seré amada”. De ahí se derivaron sus creencias intermedias: “Debo exigirme en todo lo que haga, de lo contrario, los demás se darán cuenta de mis equivocaciones y de mi defectuosidad”, “Si tengo el control, evitaré que los demás me abandonen o dejen de quererme”. Sus estrategias conductuales compensatorias incluyen el ser demasiado exigente, rígida y controladora en su relación con los demás, especialmente con su hija.

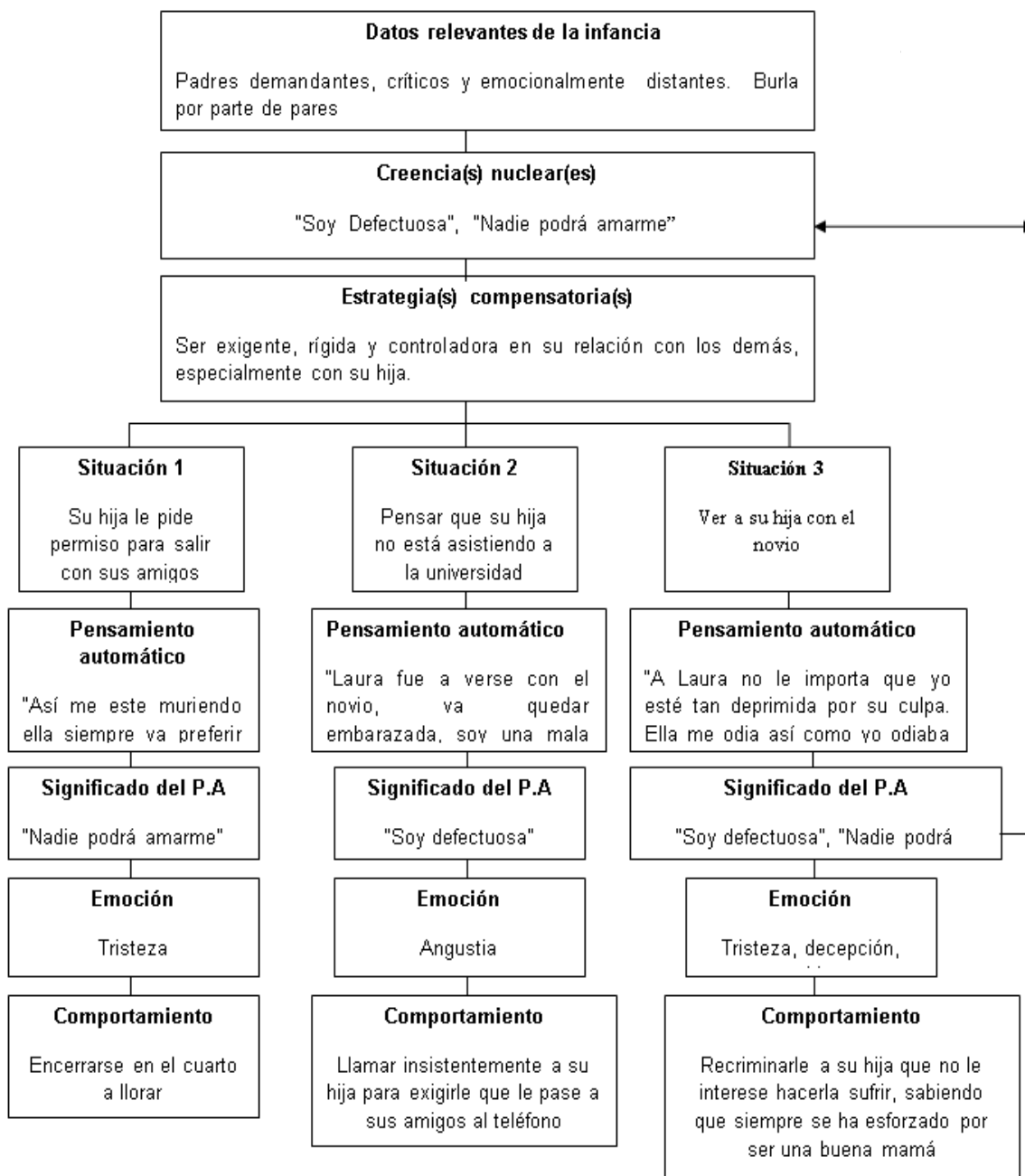
7.2.4 Diagrama de conceptualización cognitiva.

Nombre de la paciente: Marta

Fecha: Julio 21

Diagnóstico: Eje I: Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo, agudo.

Eje II: Rasgos de personalidad obsesiva.



7.2.5 Fortalezas y apoyo.

Marta ha tenido muchos años de éxito en su vida profesional. En su papel como docente, sus alumnas han mostrado una gran simpatía por ella y su labor es reconocida por sus colegas. La lectura, el yoga y su dedicación a la cocina le generan gran satisfacción, además, le permiten distraerse de sus preocupaciones cada vez que se siente abatida.

En la actualidad, Marta ha logrado afianzar sus relaciones interpersonales, lo cual le permite combatir sus sentimientos de soledad y su creencia de defectuosidad. “Jamás pensé que podría disfrutar de las reuniones sociales y mucho menos que los demás se interesarían por mí, eso me ayuda a sentirme mucho mejor”

La familia de Marta, en especial su hermana mayor y su hija, son su fuente de apoyo cada vez que atraviesa una situación que le genera algún tipo de dificultad. “Ya sé que siempre puedo contar con ellas, siempre están pendientes de cualquier cosa que me suceda”

7.2.6 Hipótesis de trabajo.

Debido a las circunstancias de su niñez es entendible que Marta llegara a verse a sí misma como alguien defectuoso, que no merecía el amor y la aceptación de los demás, y que debía autoexigirse y mantener el control para evitar el abandono y las críticas. Ser hija de un padre rígido y exigente, (quien siempre la comparaba con su hermana mayor por ser más atractiva que ella), de una madre emocionalmente distante y culpabilizadora; haber sido el objeto de burla de sus compañeros en el colegio (“por ser gorda y fea”) y el haber estado casada con un hombre crítico y despreocupado (a quien sentía que no amaba), sentaron las bases y reforzaron la visión negativa de sí misma.

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

Esta visión negativa se activa generalmente en situaciones en las que percibe que no tiene el control, y en las que podría haber un riesgo de abandono potencial. “Si Laura se va de la casa para vivir con ese muchacho, yo no sabría qué hacer, mi vida ya no tendría sentido, sería un fracaso como mamá y volvería a sentir que soy un estorbo, que nadie se preocupa por quererme y mucho menos por lo que yo siento”.

Para funcionar en el mundo, Marta ha establecido rígidos supuestos “Debo tener el control sobre todas las situaciones de mi vida o los demás se darán cuenta de mi defectuosidad”, “Si tengo el control, evitaré que las personas que amo se vayan de mi lado o que suceda una catástrofe, sino lo hago, no podría soportarlo”. Para operacionalizar sus supuestos, ha desarrollado las siguientes estrategias conductuales compensatorias: exigencia, rigidez y control.

Teniendo en cuenta las situaciones que explican el origen y mantenimiento de las creencias centrales e intermedias de la paciente, se puede plantear a modo de hipótesis, que si la fase inicial del tratamiento se centra en ayudarla a responder a sus pensamientos automáticos de una manera realista (especialmente aquellos relacionados con la catastrofización y la necesidad de control) y si se enseñan estrategias que le permitan solucionar de manera adecuada las problemáticas que se presentan en la relación con su hija. (a través del uso de estrategias de comunicación asertiva y de autocontrol emocional), será posible disminuir su sintomatología depresiva y llegar a acuerdos con ella. (Por ejemplo: No mentir para verse con su novio, emplear métodos de planificación familiar, compartir tiempo en familia, etc.).

Luego de que Marta logró disminuir su nivel de angustia, se trabajó en la modificación de sus distorsiones cognitivas, lo cual facilitó la reestructuración cognitiva y el empleo de estrategias de afrontamiento más adaptativas.

7.3 PLAN DE TRATAMIENTO.**7.3.1 Lista de problemas.****Psicológicos/psiquiátricos:**

Síntomas depresivos, especialmente tristeza, soledad, anhedonia y llanto.

Estrés y ansiedad: teme no ser capaz de tener el control en las situaciones que está atravesando.

Baja autoestima.

Inadecuadas estrategias de solución de problemas

Familiares:

Frecuentes discusiones con su hija.

Discusiones con su madre y hermana por el manejo inadecuado de la relación con su hija.
“Me critican por ser tan severa y exigente”.

De pareja.

Relación de pareja con un hombre casado.

Económicos:

Escasos ingresos económicos para sostener los gastos de la universidad de su hija y para ayudar a comprar los medicamentos de su madre.

Utilización del tiempo libre:

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

No realiza ninguna actividad diferente a dormir o a visitar a su madre de manera ocasional. “Sólo me provoca estar en mi cuarto”, “Cuando visito a mi mamá me siento mal porque sé que económicamente no le puedo ayudar mucho”.

Médicos:

Desde que aumentaron las discusiones con su hija, la migraña es más severa.

7.3.2 Objetivos terapéuticos.

1. Reducir los pensamientos distorsionados de catastrofización y necesidad de control.
2. Aprender estrategias de resolución de problemas y de toma de decisiones.
3. Aprender estrategias de autocontrol emocional.
4. Aprender estrategias para el manejo de la ansiedad y el estrés.
5. Aumentar el sentimiento de valía propia y mejoramiento del autoconcepto. (Modificar el esquema de defectuosidad).
6. Desarrollar habilidades sociales y de asertividad. (Buscando la mejoría de la relación con su hija, madre y hermana).
7. Adherencia al tratamiento terapéutico y psiquiátrico.
8. Buscar estrategias que le permitan aumentar sus ingresos económicos.
9. Incrementar la realización de actividades satisfactorias. (cocinar, practicar yoga, leer, etc.).
- 10 Reestructuración de creencias centrales e intermedias.
11. Entrenar en habilidades de solución de problemas y estrategias de afrontamiento para el control emocional, en caso de una recaída.

7.3.3 Plan de tratamiento.

El plan de tratamiento está dirigido a reducir la sintomatología depresiva que presenta la paciente, al ayudarla a responder a sus pensamientos automáticos a través del diálogo socrático (especialmente aquellos relacionados con la catastrofización y la necesidad de control) y al enseñarle estrategias que le permitan solucionar de manera adecuada las problemáticas que se presentan en la relación con su hija. (a través del uso de estrategias de comunicación asertiva y de autocontrol emocional).

Para dar consecución a este plan, inicialmente se realizará el proceso de psicoeducación (explicación del modelo cognitivo de la depresión, y del concepto de “Esquema depresógeno” y “Triada cognitiva”). Luego se identificarán y modificarán aquellas distorsiones que mantienen y perpetúan los síntomas depresivos que manifiesta.

Al tiempo que se trabajará en la modificación de sus pensamientos automáticos, se enseñarán estrategias de solución de problemas y de asertividad. Además se hará especial énfasis en la programación de actividades, para que así logre restablecer su nivel funcionamiento y contrarreste su depresión.

Luego se evaluarán sus supuestos sobre evitar una catástrofe y que los demás se den cuenta de su defectuosidad, sólo si logra mantener el control sobre todas las situaciones de su vida. Se trabajará en la toma de decisiones, adquisición de nuevas estrategias de afrontamiento y habilidades sociales (para que decida acerca de su relación de pareja, incremente sus redes de apoyo y logre establecer acuerdos con su hija). Finalmente, se abordará la modificación de sus creencias centrales. Se enseñarán habilidades de autocontrol emocional y de manejo de la ansiedad y el estrés.

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

Se hará especial énfasis en la adherencia al tratamiento farmacológico y se trabajará en la reestructuración de sus creencias centrales (“Soy defectuosa”, “Nadie podrá amarme”), lo cual posibilitará incrementar su sentimiento de valía propia y mejorar su autoconcepto. “Creo que estoy empezando a darme cuenta de que si hay muchas personas que me aman. El hecho de que en mi niñez y adolescencia nunca percibí que alguien se interesará por mí, no quiere decir que ahora sea igual o que yo sea defectuosa”.

7.4 CURSO DEL TRATAMIENTO

7.4.1 Relación Terapéutica.

En el curso inicial de la terapia había poca confianza por parte de la paciente en el terapeuta, ya que según ella “Alguien tan joven y sin hijos es incapaz de comprender realmente lo que me pasa”. A partir de la discusión sobre este planteamiento, y de la efectividad de las estrategias implementadas para disminuir su problemática, se logró establecer un proceso colaborativo y empático entre paciente-terapeuta. Marta, se mostró receptiva en la realización de las tareas propuestas durante las sesiones y además, elaboró retroalimentaciones positivas al final de cada cita trabajada.

7.4.2 Intervenciones/ Procedimientos.

Sesión 5

En la siguiente intervención, se ayuda a la paciente a darse cuenta de que su atención selectiva en aspectos negativos y las comparaciones que ella establece, son disfuncionales. Se le enseña a formular comparaciones más funcionales y a mantener una afirmación personal.

T: ¿Qué progresos has obtenido durante las últimas semanas?

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

P: Creo que son casi nulos, la verdad a veces ni siquiera soy capaz de hacer las tareas para la terapia, creo que ya no puedo ser como antes, no estoy haciendo nada bien

T: Parece que estas bastante negativa respecto de ti misma. Como hablábamos en las sesiones iniciales, la sintomatología depresiva genera cambios cognitivos, conductuales, fisiológicos y motivacionales. ¿Consideras que es justo evaluarte con los mismos criterios que lo hacías, antes de que te encontraras deprimida?

P: Yo sé que no puedo compararme ahora a como estaba antes de que pasará todo lo de Laura. No entiendo por qué busco sentirme mal.

T: ¿Algunas de las tareas y de las estrategias que hemos evaluado en la consulta, te han sido útiles?

P: A veces no soy capaz de cumplir con todas las tareas para la terapia, pero sí con algunas. Lo más importante que he conseguido con la terapia es que ya no me la paso todo el día encerrada en mi cuarto, eso es un avance.

T: ¿Qué sucede con tu estado de ánimo cada vez que piensas que no estás obteniendo alguna mejoría?

P: Me siento muchísimo peor. Me dan ganas de llorar, pienso que nada se podrá solucionar.

T: Eso es cierto. ¿Y qué sucede cuando empiezas a notar que estas avanzando en algunos aspectos?

P: Me tengo más confianza

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

T: ¿Considerarías que es justo darte créditos si a pesar de estar enferma o estar deprimida, te esforzaras en salir de la cama, visitar a tu madre y asistir a la psicoterapia?

P: Si claro.

T: ¿A pesar de que tu estado anímico y motivación no sea la misma que antes?

P: Si.

T: ¿Y crees que es importante darte crédito por estar buscando soluciones a los problemas que en este momento tienes con tu hija?

P: Si, es cierto, debería hacerlo.

T: Es probable que te resulte difícil pensar en tus avances fuera de la sesión, por eso te sugiero que elaboremos una lista de créditos por las cosas que has conseguido hasta ahora. (ver Anexo 11)

P: Me parece bien.

T: Comencemos ¿Qué avances crees que has obtenido hasta ahora?

P: En vez de estar encerrada en mi cuarto trato de visitar más a mi madre, me estoy preocupando por alimentarme bien, concilio el sueño con más facilidad, acepte tomar la medicación y lo estoy haciendo con la constancia que se necesita.

T: Es muy buen comienzo ¿podrías seguir haciendo este ejercicio?

P: Si, yo creo que si pienso en ese tipo de cosas me voy a sentir mejor.

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

A través de esta intervención se dirige la atención de la paciente a los logros que ha tenido desde su peor momento, lo cual incrementó su esperanza en el tratamiento.

Sesión 7

Inicialmente, se enseñó a la paciente a identificar que algunas de sus conclusiones negativas y excesivamente generales eran incorrectas. Se hizo énfasis en aquellos pensamientos que en el momento le generaban mayor disfuncionalidad.

T: Marta en la sesión pasada mencionabas que te preocupa mucho la relación que tu hija tiene con su novio, ¿podrías especificar qué es lo que más te angustia de esta situación?

P: Que si mi hija sigue como va, se va a convertir en una drogadicta al lado de ese muchacho.

T: Si empleáramos una escala de puntuación de 0 a 100 para evaluar qué tanto crees en lo que estas planteando, ¿qué puntuación le darías?

P: Creo que un 80. Definitivamente si yo no puedo controlar a mi hija, todo va ir de mal en peor. Si yo no me interpongo en la relación de Laura en este momento, ella podría abandonarme y dedicarse a consumir drogas con el novio que tiene.

T: ¿Hay otras razones para pensar que Laura podría consumir drogas si continúa con su noviazgo?

P: El novio de Laura no es una buena influencia para ella, tiene el pelo pintado de verde y se viste con harapos. Así son los drogadictos. Además, mi hija va a la Villa y allá la gente sólo va a consumir drogas.

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

T: Si tenemos en cuenta el artículo que estudiamos en la sesión pasada sobre las modas urbanas, ¿podría existir una explicación alternativa para qué el novio de Laura se vista así y para que frecuenten la villa?

P: Pues no toda la gente que se viste raro o escucha música punkera es drogadicto, a veces yo pienso que sí, pero luego de que leímos el artículo sobre modas urbanas sé que puedo estar equivocada. A veces es sólo una manera de expresarse

T: ¿Existe alguna evidencia de que Laura este consumiendo drogas en este momento?

P: No, en este momento ninguna. Nunca le he visto conductas extrañas cuando llega de la calle.

T: Teniendo en cuenta las características que has mencionado acerca de Laura, ¿Qué tan factible es que ella consuma drogas sólo porque su novio o sus amigos lo hacen?

P: Pues, los adolescentes se dejan llevar mucho por los amigos, pero si algo tiene Laura es un carácter muy fuerte. Ella es muy firme en sus decisiones, y me imagino que si llega a hacerlo es exclusivamente porque así lo desea.

T: ¿Qué sería lo peor que podría ocurrir en este momento?

P: Lo peor, sería que Laura consumiera drogas y que yo no supiera

T: ¿Y qué sería lo mejor que podría pasar en este momento?

P: Lo mejor sería que mi hija no consumiera drogas y que todo esto, sea sólo un pensamiento catastrófico que tengo, así como lo veíamos en la sesión pasada.

T: ¿Teniendo en cuenta tus planteamientos, cuál crees que es la posibilidad más realista?

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

P: Que Laura no consuma drogas sólo porque su novio lo haga.

T: ¿Cuál es el efecto de que creas en ese pensamiento?

P: Que me angustio y me siento más deprimida, no puedo dormir, ni mucho menos confiar en lo más mínimo en mi hija.

T: ¿Y cuál sería el efecto de tomar en consideración otros aspectos de esta situación e intentar confiar más en tu hija?

P: Igual yo me seguiría preocupando porque Laura se relacione bien, pero creo que me sentiría menos angustiada. Quizás si yo confié más en ella podríamos tener una mejor relación, porque ella confiaría más en mi.

T: ¿Qué podrías hacer al respecto?

P: Seguir pendiente de mi hija, pero intentar confiar más en ella para no sentirme tan angustiada. Aunque Laura sea una adolescente rebelde, ella tienen unos buenos principios y yo misma se los inculque

T: ¿Es probable que lo logres?

P: Si las dos aprendemos a confiar la una en la otra sí. Yo creo que la terapia me ayudará mucho. Lo único que se me ocurre es acceder a que llegemos a acuerdos, para mi es difícil creer que Laura los va a cumplir, pero podríamos intentarlo

T: ¿Cómo te sientes ahora?

P: Menos angustiada, creo que es hora de sentarme a hablar con Laura sin empezar a atacarla o juzgarla. Es muy difícil todo esto que me está pasando, pero como hemos hablado

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

tenemos que buscar una solución, igual Laura es mi hija y yo no la dejaría sola si llegara a pasarle algo malo.

T: Antes de iniciar el debate, dabas un 80% de credibilidad a la creencia de que Laura se convertiría en una drogadicta si continuaba la relación con su novio. Tras esta discusión ¿Qué puntuación le darías a tu creencia?

P: Creo que un 25%

T: Muy bien, te propongo que elaboremos una tarjeta de apoyo que te recuerde como combatir el pensamiento “Mi hija se convertirá en una drogadicta” (Ver Anexo 10)

P: Me parece bien, tener tarjetas con respuestas más adaptativas me ayuda a sentirme mejor.

Esta intervención, permitió que Marta se sintiera más tranquila y que empezara a reducir sus pensamientos distorsionados de catastrofización y necesidad de control.

Sesión 7

Con el fin de encontrar alternativas eficaces para solucionar la situación conflictiva con su hija, se hace uso de la técnica de solución de problemas. Se pide a la paciente que confeccione una lista de posibles soluciones y que valore las ventajas y desventajas de cada una de ellas, para luego escoger alguna y ponerla en práctica.

T: En la sesión pasada hablamos sobre la importancia de buscar soluciones a la problemática que en este momento tienes en la relación con Laura. Te propongo que elaboremos un cuadro de posibles soluciones y que luego evaluemos las ventajas y desventajas de cada una de éstas.

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

P: Me parece bien. Yo estuve pensando en que una solución podría ser intentar dialogar nuevamente con Laura, ya lo he hecho antes, pero sé que expresarle mis puntos de vista como exigencias y no como preferencias, impide que lleguemos a acuerdos

T: ¿Qué ventajas podría tener esta alternativa?

P: Podríamos llegar a acuerdos equitativos. Yo sé que ella no va dejar la relación con su novio así a mi no me parezca, entonces lo mejor sería que lo manejáramos de otra manera.

T: ¿Y qué desventajas podría tener esta alternativa?

P: Puede que como siempre no lleguemos a nada y que las cosas empeoren. Ya hice mucho aceptando que Laura sea novia de ese muchacho, así que esta situación sólo se solucionará si ambas lo queremos.

T: Qué otra alternativa podría ayudar a solucionar la relación conflictiva con tu hija?

P: Pedirle que se vaya a vivir con la abuela unos días, al menos mientras yo logro sentirme mejor

T: ¿Qué ventajas podría tener esta solución?

P: Evitaríamos tantas discusiones y podría sentirme más tranquila al tener un espacio para pensar bien en todo lo que está pasando.

T: ¿Y qué desventajas podrían existir?

P: La abuela está muy enferma y podría preocuparse más con todo esto, además, Laura podría pensar que la estoy rechazando y que no me interesa solucionar esta situación.

T: ¿Luego de evaluar estas alternativas cuál crees que sería la más eficaz en este momento?

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

P: Creo que lo más adecuado es hablar con Laura, pero me gustaría que lo pudiéramos hacer en este espacio, me sentiría más tranquila.

T: Si Laura se muestra de acuerdo me parece pertinente tu sugerencia.

Laura accede adherirse al proceso terapéutico, y se llegan a algunos acuerdos que son de importancia para dar solución a la situación conflictiva que se presenta en su relación.

Sesión 9:

En la sesión 8, Laura accedió asistir a la consulta con su madre y allí se delimitaron las siguientes problemáticas en su relación: “La poca confianza que nos tenemos”, “No sabemos decirnos las cosas de una manera adecuada, siempre somos hirientes” y “Cada una defiende su posición hasta el final, nunca aceptamos que la otra pueda tener razón”. En esta sesión, Laura y Marta tuvieron dificultades para hablar de manera asertiva sobre sus problemas, sin embargo, se logró que ambas reconocieran la disfuncionalidad de sus estrategias de relación, lo cual condujo a programar una nueva cita en la que se logran establecer algunos compromisos, teniendo en cuenta sus problemas específicos.

T: Me alegra que ambas hayan decidido llegar a acuerdos que les permitan mejorar la relación conflictiva que tienen en este momento.

L: Si, la verdad para mí también es difícil lo que está pasando con mi mamá. Me gustaría que nos la lleváramos mejor, la semana pasada hablamos y ella accedió a que yo siga con mi novio. Creo que es justo que lleguemos a algunos compromisos.

P: Para mí sigue siendo difícil todo esto, pero haré mi mayor esfuerzo. Desde que ambas nos comprometamos, yo creo que puedo ser más flexible.

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

T: Antes de que hablemos de los compromisos a los cuales podrían llegar, es importante tener en cuenta que deben escucharse con respeto y tomar en consideración los planteamientos de cada una. Ahora bien, a partir de las situaciones que han venido discutiendo durante los últimos días ¿cuáles serían los compromisos a los que podrían llegar?

L: Después de la otra sesión, yo creo que serian principalmente: No mentir para verme con mi novio, asistir al ginecólogo y empezar a planificar, compartir más tiempo con mi mamá y ayudarle en los asuntos del hogar. No gritar; cuando me sienta muy alterada me retiraré un momento y después retomaré la discusión; trataré de ser más comprensiva con mi mamá, porque sé que ella está atravesando por una depresión. Finalmente creo que puedo cumplir con los horarios acordados, cuando realmente se me presente algún inconveniente le avisaré a mi mamá.

T: ¿Qué opinas de los compromisos de Laura?

P: Creo que serian los cambios que mas espero de ella.

T: y ahora ¿cuáles podrían ser tus compromisos?

P: Teniendo en cuenta los compromisos de Laura creo que los míos serían: No gritar, cuando me sienta muy alterada me voy a retirar. Así no me guste, me daré la oportunidad de conocer un poco al novio de mi hija, quizás no sea una mala persona, el hecho de que sea de color y que sea costeño, no quiere decir que tenga que ser igual al papá de ella. Evitaré emitir juicios de valor sin tener evidencia de que las cosas sean así y finalmente, intentaré comprender y confiar más en Laura, le permitiré salir con sus amigos y su novio, siempre y cuando ella me demuestre que es una persona responsable.

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

T: Los acuerdos a los que han llegado son muy importantes. Recuerden que no deben esperar un cambio inmediato por parte del otro, ya que es un proceso que se irá construyendo con el compromiso que cada una adquiera en el cumplimiento de los acuerdos. Depende de ambas que la relación entre ustedes pueda ser más cordial.

Esta intervención permitió que Marta y Laura empezaran a mejorar su relación madre-hija. A pesar de algunos inconvenientes que se presentaron en la ejecución de los compromisos, en la actualidad Marta logró aumentar la confianza en su hija.

Sesión 11

Marta consiguió aumentar sus ingresos económicos, luego de valorar distintas alternativas que podrían ser eficaces para lograrlo.

T: Marta, noto que aún las dificultades económicas siguen siendo abrumadoras para ti. ¿Te parece si pensamos en algunas alternativas que puedan ayudarte a incrementar tus ingresos económicos?

P: Me parece bien. He estado pensando en que podría dar clases o tutorías particulares de literatura

T: ¿Qué ventajas podría tener esto?

P: Sé que soy muy buena para la literatura y podría conseguir varios estudiantes en el colegio donde trabajaba

T: ¿Qué desventajas podría tener esta alternativa?

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

P: Aunque soy buena para eso, me gustaría dedicarme más a otras cosas, creo que ya no lo haría con la misma pasión que antes.

T: ¿Qué otras alternativas podrías emplear?

P: Bueno, creo que podría realizar manualidades para vender o dar clases de arte.

T: ¿Qué ventajas podría tener esta solución?

P: Me sentiría bien haciéndolo y disfrutaría mucho

T: ¿Qué desventajas podría tener esta alternativa?

P: Tendría que hacer un préstamo para poder conseguir materiales y elaborar los diseños para las clases, yo creo que eso me preocuparía mucho.

T: ¿Se te ocurre alguna otra alternativa?

P: Podría dedicarme a la cocina, hacer galletas y panquees para eventos

T: ¿Y qué beneficios te traería esto?

P: Me sentiría muy bien porque me encanta cocinar, realmente lo disfrutaría mucho, además, los materiales son menos costosos y creo que los vendería fácil con allegados y familiares

T: ¿Crees que podría existir alguna desventaja?

P: Creo que ninguna, pensando bien en lo que acabamos de hablar, creo que la última alternativa es la mejor para mí.

T: ¿Te parece si ponemos en práctica esta alternativa y luego evaluamos cómo te va?

P: Si, estoy de acuerdo.

Luego de evaluar algunas soluciones frente a sus dificultades económicas, Marta emprendió un negocio de galletas y panquees para eventos. En la actualidad, esta es una actividad que realmente disfruta y que además le permite sostener los estudios de su hija y colaborarle más a su madre.

Sesión 13:

Con el fin de incrementar sus habilidades sociales y de reestructurar sus creencias de defectuosidad e inamabilidad, se llevaron a cabo varios experimentos conductuales para poner a prueba sus supuestos “No sé desenvolverme en situaciones sociales”, “Soy inadecuada”, “A la gente sólo le importan las apariencias, y yo para eso no sirvo”. Aprovechando que Marta estaba realizando pedidos para reuniones sociales de familiares y allegados, se le pidió que participara en este tipo de eventos. Inicialmente, la paciente se mostró en desacuerdo pero luego aceptó la propuesta

T: Marta últimamente has mencionado que te gustaría tener más habilidades para relacionarte con los demás, pues como bien has visto, tu negocio te exige que interactúes más. ¿Consideras que es importante que empecemos a trabajar en este aspecto?

P: Si me gustaría, y como lo discutíamos en una ocasión puede que yo sea agradable para las demás personas, sin embargo, como yo le había dicho anteriormente, yo no sé desenvolverme en situaciones sociales, a la gente sólo le importan las apariencias y yo no sirvo para eso.

T: Recuerda que cuando trabajamos las habilidades de la comunicación asertiva, veíamos que no tenías que entrar en discusión, ni permanecer en conversaciones que te parecieran poco

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

interesantes, ya que podías tomar la decisión de retirarte de allí y dialogar con otras personas. ¿Te parece bien si aprovechemos las reuniones sociales a las que estas llevando tus productos para que empieces a interactuar con otras personas?

P: Mmm creo que podría ser una buena idea, igual lo voy a intentar. Trataré de ser amable con los demás y ya veremos qué pasa.

T: Esta bien, te pido que completes un RPD luego de que realices este ejercicio, esto nos ayudará a identificar qué tipo de pensamientos automáticos disfuncionales (si los hubiere) te podrían impedir sentirte cómoda en estas situaciones. Así podremos empezar a trabajar en la adquisición de mayores habilidades sociales.

Por cada reunión que la paciente asistía, completaba un Autorregistro y se evaluaban en consulta aquellos pensamientos que impedían su adecuado desenvolvimiento social. El resultado de estos experimentos fue una reducción de la evitación social y la adopción de estrategias de comunicación asertiva.

T: ¿Después de la reunión del miércoles en la noche cómo te sientes?

P: Pues Jamás pensé que alguien como yo podría disfrutar de esas reuniones. Recuperé una relación de amistad de había perdido muchos años atrás. Me doy cuenta que la gente valora mucho mi compañía y que se sienten a gusto conversando conmigo.

Que recopilara pruebas de que es una persona digna de ser amada y aceptada por los demás, le permitió a Marta empezar a modificar sus creencias centrales.

Sesión 9.

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

Con el fin de modificar pensamientos automáticos y creencias que evidencian un pensamiento polarizado (los cuales mantienen los estándares de perfeccionismo), se empleó la técnica del continuum cognitivo, para que la paciente reconociera la existencia de puntos intermedios.

T: Estas bastante convencida de que si no eres una excelente madre, eres una fracasada. (Se dibuja una gráfica que se distribuye entre 0% y 100% de éxito como madre).

T: Ahora, ¿dónde ubicamos a una madre excelente?

P: Aquí, entre el 90 y el 100%.

T: Esta bien. Y si tú eres una fracasada, ¿en qué lugar estás en la gráfica? ¿En el 0%?

P: Yo diría que sí.

T: ¿Piensas también que todo lo que sea menos del 90% es fracaso?

P: No, claro que no.

T: ¿Dónde comienza entonces el fracaso?

P: Creo que alrededor del 50%.

T: ¿Es decir que todo el que se ubique debajo del 50% es un fracasado en su rol como padre?

P: Mmm, quizás no.

T: ¿Hay alguien a quien le corresponda el 0% con más justicia que a ti?

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

P: Si claro, una de las madres de familia de mis estudiantes, ella casi nunca estaba pendiente de los asuntos académicos de su hija.

T: Bueno. Ubicaremos entonces a la madre de tu alumna en el 0%, pero me pregunto si no habrá otra persona a la que consideres que tiene más falencias en su rol como padre o madre.

P: Creo que sí.

T: ¿Es posible que exista una persona que nunca haya asumido sus responsabilidades frente a sus hijos y que nunca haya mostrado el más mínimo grado de afecto o interés por ellos?

P: Si, mi padre.

T: Entonces si situamos a tu padre en el 0%, que representa el verdadero grado de fracaso como padre, ¿dónde deberíamos situar a la madre de tu alumna y dónde a ti?

P: Probablemente la madre de mi estudiante esté en el 30% y yo en el 50%.

T: ¿Y qué sucedería con una persona que comete varios errores con sus hijos pero que al menos intenta estar pendiente de ellos?

P: Creo que ese estaría en un 20%.

T: ¿Dónde habría que situarse entonces a ti y a la madre de tu alumna?

P: Creo que a la madre de mi estudiante le correspondería el 50% porque a pesar de que ella no estaba muy pendiente de las notas de su hija, ella si se interesaba por saber quiénes eran sus amigos y durante los fines de semana compartía tiempo con ella. Yo podría estar en el 75%, porque no sólo he estado pendiente de los asuntos académicos de Laura, sino de todo lo que rodea su vida.

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

T: ¿Qué te parece si como tarea te fijas si un 75% es un nivel adecuado para ti? Probablemente en comparación con muchos otros padres de hijos adolescentes tendrás un mejor desempeño como madre. De todas maneras, ¿Sería acertado decir que alguien que tenga un 75% de éxito en su rol como madre sea un fracasado?

P: No, si lo considero así no.

T: ¿Tal vez se podría decir que tienes un 75% de éxito en tu rol como madre?

P: Si, es cierto. Debo tener en cuenta que mi situación ha sido difícil y diferente a la de muchas otras madres de familia. Yo siempre he sacado sola adelante a mi hija, y a pesar de que tengamos diferencias yo me he sacrificado y le he dado lo mejor de mí. Quizás a veces pienso que soy un fracaso porque ha sido complicado cambiar mi visión de las cosas, pero si considero lo que estábamos tratando no soy un fracaso, sólo estoy aprendiendo a manejar esta situación, nunca había tenido una hija adolescente y es normal que sienta que no sé cómo actuar con ella.

T: Muy bien. Volviendo al tema inicial ¿qué grado de credibilidad le das ahora a tu idea de ser un fracaso como madre?

P: No mucho, quizás un 10%. Tengo que aprender a ser más justa conmigo. Como ya lo hemos visto en otras sesiones, simplemente no puedo ser perfecta, es algo que debo empezar a entender.

T: Muy bien Marta, vamos a repasar lo que hicimos. Identificamos un error de todo o nada en tu pensamiento. Luego dibujamos una coordenada para ver si había solamente dos categorías: éxito-fracaso o si era más adecuado pensar en distintos grados de éxito. ¿Te parece si intentas

identificar otras situaciones en las que consideres que has fracasado y luego las evalúas con esta técnica?

P: Me parece bien.

7.4.3 Obstáculos.

En la fase inicial del proceso a la paciente se le dificultaba ceñirse a la estructura de las sesiones, especialmente en la discusión de la agenda, pasaba de un tema a otro o profundizaba demasiado en algún acontecimiento que no era relevante para la cita. Se replanteó entonces la importancia de abarcar cada ítem de la estructura y de dedicar el tiempo suficiente a los asuntos que realmente se debían discutir. A pesar de la dificultad que representaba para Marta describir las situaciones de una manera más precisa, poco a poco se fue adaptando al cumplimiento de la agenda y finalmente, se optimizó el tiempo para cada sesión de psicoterapia.

Otro de los obstáculos presentados en el momento inicial de la terapia, hizo referencia a que la paciente atribuía poca credibilidad a los planteamientos que el terapeuta le hacía con respecto a la disfuncionalidad de sus estrategias para enfrentar la situación conflictiva con su hija. Lo anterior se debió a que según la paciente “Alguien tan joven y sin hijos es incapaz de comprender realmente lo que me pasa”. Para dar solución a esta situación, se discutió con la paciente su planteamiento (a través del diálogo socrático) y finalmente, se llegó a la conclusión de que la efectividad del tratamiento no dependía de las experiencias personales del terapeuta, sino de su profesionalismo, dedicación y formación académica. A medida que la paciente iba reconociendo el inadecuado manejo que le estaba dando a la problemática con su hija (a través de discusiones basadas en la evidencia y la lógica) incrementó la confianza en su terapeuta y empezó a poner en práctica estrategias que le permitieron disminuir su malestar.

7.4.4 Resultados.

La sintomatología depresiva de Marta se redujo gradualmente durante un período de 3 meses y medio luego de iniciada la terapia, hasta alcanzar la remisión total.

Para dar consecución a los objetivos terapéuticos planteados, inicialmente se estableció una alianza terapéutica adecuada, de tal manera que se facilitó realizar el proceso de psicoeducación. Se le explicó el concepto de Trastornos adaptativos y el modelo cognitivo de la depresión, haciendo énfasis en cómo sus interpretaciones influían en sus emociones y conductas, y por ende en el incremento de su sensación de malestar. Se discutió el concepto de “Esquema depresógeno” y “Triada cognitiva” y luego, se pasó a la identificación de aquellas distorsiones cognitivas que mantenían y perpetuaban sus síntomas depresivos. Se utilizó como herramienta el Autorregistro de Pensamientos Disfuncionales.

A continuación, se mencionan las principales distorsiones identificadas en la paciente:

Catastrofización “Si a Laura no le importa lo que yo le diga es porque nunca me ha querido, ella me odia”, “Si mi hija queda embarazada o se va de la casa yo me muero”

Abstracción selectiva: “Ese muchacho es un vago, se viste como un punkero, es un irresponsable, nada bueno le puede ofrecer a mi hija” (La paciente desestimaba el hecho de que el novio de su hija era un estudiante universitario y que además se responsabilizaba de su hogar)

Razonamiento emocional: “Toda mi familia me dice que yo magnifico las cosas y que en la realidad no son tan graves, pero yo siento que sí lo son, nadie puede entenderlo”

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

Deberías: “Yo debo evitar que mi hija se tire la vida”, “Si tengo el control evitaré que los demás me abandonen o que suceda una catástrofe”

Etiquetación: “Todos los negros y costeños son malas personas, son unos irresponsables”

En la siguiente fase de la terapia, se trabajó en la modificación de sus pensamientos automáticos y se enseñaron estrategias de solución de problemas y de asertividad, con el fin de facilitar el establecimiento de acuerdos entre ella y su hija.

Luego de que la paciente identificó que algunas de sus conclusiones eran incorrectas, accedió establecer acuerdos. Su hija se adhirió a algunas de las citas de psicoterapia, y a partir del trabajo conjunto pactaron los siguientes compromisos:

Compromisos de Laura:

“No mentir para verme con mi novio”

“Asistir al ginecólogo y empezar a planificar”

“Compartir más tiempo con mi mamá y ayudarle en los asuntos del hogar”,

“No gritar. Cuando me sienta muy alterada me retiraré un momento y después retomaré la discusión”.

“Tratar de ser más comprensiva con mi mamá, para ella ha sido difícil esta situación y está atravesando por una depresión”

“Cumpliré con los horarios acordados. Cuando realmente se me presente un inconveniente para cumplirlos le avisaré a mi mamá”

Compromisos de Marta:

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

“No gritar. Cuando me sienta muy alterada me retiraré un momento y después retomaré la discusión”.

“Me daré la oportunidad de conocer al novio de mi hija, quizás no sea una mala persona, el hecho de que sea de color y que sea costeño, no quiere decir que tenga que ser igual al papá de Laura”

“Evitaré emitir juicios de valor, sin tener evidencia de que las cosas sean así”

“Intentaré comprender y confiar más en Laura, ella ya no es una niña y tiene derecho a salir con sus amigos y novio, siempre y cuando me demuestre que es una persona responsable”.

Mientras se continuaba trabajando en la reestructuración de creencias y se empezaban a cumplir los compromisos entre ella y su hija, se ayudó a la paciente a modificar sus conductas a través de la programación de actividades. Marta retomó su pasión por la cocina y empezó a cocinar galletas y panquees para distintos eventos de familiares y allegados. Luego, se analizó la utilidad de empezar a obtener ingresos económicos a partir de esta actividad, y a través de las redes sociales (Facebook) empezó a incrementar los pedidos de sus productos. Al tiempo que Marta disfrutaba de la cocina y se distraía de sus preocupaciones, empezó a obtener mayores ingresos para sostener los estudios de su hija y para poder colaborarle a su madre.

Otra de las situaciones que preocupaba a la paciente era la relación afectiva que mantenía con su ex novio, ya que éste se encontraba casado. Para encontrar una solución a esta situación, se hizo uso de la técnica de resolución de problemas y finalmente Marta tomó la decisión de terminarla. A pesar de la fluctuación de su estado anímico tras esta ruptura, la paciente logró controlar su sintomatología depresiva, gracias a la medicación y a la psicoterapia.

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

En la siguiente fase del tratamiento se empezaron a evaluar sus supuestos sobre evitar una catástrofe y que los demás se den cuenta de su defectuosidad, sólo si logra mantener el control sobre todas las situaciones de su vida. Marta presenta altos niveles de perfeccionismo y de autoexigencia, lo cual incrementa su ansiedad y estrés. Ante esta situación, se dió inició a la reestructuración de creencias centrales e intermedias, a partir del uso de técnicas como el diálogo socrático, la flecha descendente, el continuum cognitivo, experimentos conductuales, listados de afirmaciones personales, técnicas de relajación (relajación progresiva de Jacobson) y juegos de roles.

La paciente tuvo una adecuada adherencia al tratamiento farmacológico y se trabajó en la reestructuración de sus creencias centrales (“Soy defectuosa”, “Nadie podrá amarme”), lo cual posibilitó que la paciente incrementara su sentimiento de valía propia y mejorará su autoconcepto. “Creo que estoy empezando a darme cuenta de que sí hay muchas personas que me aman. El hecho de que en mi niñez y adolescencia nunca percibí que alguien se interesará por mí, no quiere decir que ahora sea igual o que yo sea defectuosa”

8. Análisis del caso

Teniendo en cuenta que uno de los objetivos de este estudio es evaluar la adherencia al tratamiento, la variable que será analizada a continuación es el vínculo terapéutico. Lo anterior, debido a que la poca credibilidad que la paciente otorgaba a los planteamientos del terapeuta con respecto a la disfuncionalidad de sus estrategias de afrontamiento, impedían la consecución de los objetivos terapéuticos y el avance de la terapia en su fase inicial.

El principal argumento que la paciente refería para que se presentara esta situación, era: “Alguien tan joven y sin hijos es incapaz de comprender realmente lo que me pasa”. Esta percepción, se convirtió en un impedimento para la terapia cuando la paciente tuvo una recaída y estuvo hospitalizada durante dos días, a causa de la gravedad de sus síntomas depresivos. Por recomendación del psiquiatra, Marta debía comprometerse con la psicoterapia y estar en comunicación constante con su terapeuta, sin embargo, cada que se discutía con ella la disfuncionalidad de sus estrategias de afrontamiento frente a la relación con su hija, pasaba a su hermana al teléfono y decía “Usted simplemente no me puede entender, porque no sabe lo que es tener un hijo” además, se negaba a asistir a las próximas citas de psicoterapia.

A partir del interés que el terapeuta mostró en conocer sobre la evolución de la sintomatología de la paciente, y a partir del constante señalamiento que se le hacía sobre sus progresos, Marta retomó el proceso terapéutico y se discutió en varias sesiones sus planteamientos acerca de las capacidades del terapeuta para ayudarle a conseguir sus objetivos (lo anterior, se hizo a través del Diálogo Socrático). Finalmente, se llegó a la conclusión de que la efectividad del tratamiento no dependía de las experiencias personales del terapeuta, sino de

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

su profesionalismo, dedicación y formación académica. “Si soy realista, en lo poco que hemos trabajado, usted me ha ayudado a obtener algunos avances. Antes de que yo viniera aquí no le veía ninguna solución a mi problema y me negaba a encontrarla, en este momento, por lo menos estoy intentado buscar alternativas para superar todo esto que me está pasando”.

A medida que la paciente iba reconociendo el inadecuado manejo que le estaba dando a la problemática con su hija (a partir de discusiones basadas en la evidencia y la lógica) incrementó la confianza en el terapeuta y empezó a poner en práctica estrategias que le permitieron disminuir su malestar.

Teniendo en cuenta la importancia que mereció la relación terapéutica en el estudio del presente caso, a continuación, se hará un recorrido por los aportes teóricos que la Terapia cognitiva ha realizado al respecto.

En la Terapia cognitiva Beck, (1983) plantea que se consideran como necesarias, (más no suficientes) tres competencias relacionales del terapeuta (Rogers, 1951): Aceptación, Empatía y Autenticidad. Por aceptación se entiende el interés mostrado por el terapeuta hacia el paciente y su problemática, interés que no debe de ser demasiado efusivo ni proteccionista. Es importante señalar que las muestras de este interés terapéutico son interpretadas por el paciente, y que el grado de aceptación percibida es más significativa que la conducta del terapeuta al respecto. Para detectar estas percepciones, es útil emplear preguntas de feedback dirigidas al paciente, y utilizar sus respuestas para modular las expresiones de aceptación.

La empatía se refiere a la habilidad del terapeuta para entrar en el mundo del paciente y experimentar cognitivamente y afectivamente el mundo como lo hace éste. El terapeuta puede facilitar

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

esta labor si devuelve al paciente expresiones referentes a su modo de percibir los eventos y sus estados emocionales asociados, haciéndolo en forma de hipótesis a contrastar por la retroalimentación del paciente ("cuando estás en una reunión y nadie te dirige la palabra parece que piensas que nadie se interesa realmente en ti, entonces, comienzas a sentirte muy triste y solitario, ¿podría ocurrir así?"). Incluso el terapeuta empático puede evitar hacer juicios peyorativos sobre la conducta del paciente y sus problemas, además, puede desarrollar "ensayos cognitivos" sobre las actitudes y emociones del paciente y generar así, alternativas a las mismas.

La autenticidad, se refiere a la franqueza del terapeuta con el paciente, para que este tenga una imagen realistas de lo que puede (y no puede) esperar sobre el terapeuta o la terapia. Sin embargo, es importante que esta franqueza se manifieste de una forma asertiva y que se dé en momentos oportunos. (Ruiz & Cano, 2008).

En lo que respecta a la interacción terapeuta-paciente, Beck, Rush, Shaw y Emery (1983) considera que existen tres factores básicos que ayudan a mantener la relación:

- a. *La confianza básica:* Se trata de la percepción del paciente de la relación terapéutica como segura y no amenazante, lo cual le facilita expresar sus dificultades con la esperanza de encontrar soluciones. El terapeuta aprecia su intervención (a partir de la retroalimentación del paciente) y ajusta su rol (directividad, formalidad, límites, etc.) a las respuestas del paciente. En la primera fase del tratamiento, es fundamental emplear la empatía, aceptación y autenticidad, para así fomentar la confianza básica. En una segunda fase se refuerza de modo progresivo la autonomía del paciente (por ejemplo, planificando con él las agendas y tareas para casa, y usando las atribuciones internas a sus logros).

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

- b. *El rapport*: Se refiere a un acuerdo de metas, objetivos y procedimientos terapéuticos entre el paciente y el terapeuta. Es útil que el terapeuta clarifique las expectativas terapéuticas que el paciente trae a terapia y que las contraste con el paciente. Explicar al paciente la duración del tratamiento, la frecuencia de las sesiones, el proceso terapéutico e indagar por las respuestas del paciente al respecto, puede facilitar el establecimiento de acuerdos en lo referente a estos aspectos.
- c. *La colaboración terapéutica*: El terapeuta y el paciente forman un equipo de trabajo que tiene como fin detectar los pensamientos negativos, los supuestos personales y trabajar su modificación (empirismo colaborativo). Se explican al paciente las tareas para casa (por ejemplo, mediante modelado directo o cognitivo) y se revisan en consulta. Progresivamente el paciente va teniendo un papel más autónomo en este proceso.

En cuanto a la alianza terapéutica Beck (1983) propone:

“Las entrevistas deben estar planificadas para establecer: a). una relación terapéutica, donde se incluya un buen rapport. b). un acuerdo en cuanto a objetivos y métodos de tratamiento. c) colaboración para definir y resolver los problemas y d). Diálogos adecuados que proporcionen feedback tanto al paciente como al terapeuta sobre la comprensión y entendimiento futuros, los retrocesos de la terapia, el avance hacia la consecución de los objetivos, etc. (Beck, 1983, citado por Riso, 2006, p.267)

Frente a las reacciones de transferencia y contratransferencia, Beck (1983) y Ellis, (1989) consideran que estos problemas derivan de cogniciones disfuncionales, que normalmente aparecen en relación a la aplicación de las tareas para casa y a la evaluación de los progresos terapéuticos.

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

Ambos modelos terapéuticos, consideran que la transferencia deriva de una percepción errónea o irracional del paciente sobre el terapeuta y lo que puede esperar de éste, lo cual a su vez, le conduce a experimentar una serie de sentimientos (positivos o negativos) y a manifestar una serie de conductas (por ejemplo inasistencia a la terapia, resistencia) que impiden el desarrollo adecuado del proceso psicoterapéutico. (Ruiz & Cano, 2008).

La contratransferencia, derivaría igualmente de la percepción errónea del paciente por parte del terapeuta y lo que puede esperar de éste, lo cual le conducirá a experimentar sentimientos positivos o negativos hacia él, de modo que su conducta resultará improductiva para la labor terapéutica.

El tratamiento de estas dificultades es similar al empleado para hacer frente a las distorsiones y creencias disfuncionales. Sin embargo, tanto Ellis (1990) como Beck (1983) han dedicado una especial atención a estos temas, refiriendo una serie de cogniciones disfuncionales que contribuyen a estos problemas y sobre cómo manejarlas. (Ruiz & Cano, 2008).

Beck, et al. (1983), plantean que el terapeuta debe afrontar de manera directa las reacciones negativas que surjan a lo largo de la terapia, tratando de identificar y corregir las distorsiones cognitivas del paciente que contribuyen a hacerlo falto de iniciativa y oposicionista. Terapeuta y paciente están encaminados hacia la solución de los diversos problemas que influyen sobre las frustraciones de ambos. De hecho, los pensamientos inadecuados que llevan a la pasividad, a la indecisión y la falta de motivación, constituye en sí uno de los objetivos específicos del tratamiento. Tal como sucede con otras distorsiones cognitivas, el terapeuta aplicará la lógica y el diálogo socrático para corregir los errores existentes en este tipo de pensamientos.

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

Para la psicoterapia cognitiva, "la resistencia" se define por la conducta del paciente (y del terapeuta) que se convierte en obstáculo para alcanzar el logro de los objetivos de la terapia. La causa de la resistencia se deriva de actitudes y conductas por parte del paciente y del terapeuta que impiden la colaboración terapéutica (Ellis, 1983; Beck, 1983, citados por Ruiz & Cano, 2008).

Beck (1979), plantea que existen algunas actitudes y conductas del terapeuta que son inadecuadas en el proceso de la psicoterapia cognitiva. Entre ellas se encuentran:

Minusvalorar la relación terapéutica.

Mostrarse excesivamente tecnicista y precavido.

Mostrarse excesivamente reduccionista y simplista.

Mostrarse demasiado didáctico e interpretativo.

Reaccionar negativamente ante los pacientes.

Aceptar al insight intelectual como signo de progreso.

No tener en cuenta ciertos factores que pueden maximizar el efecto terapéutico de la terapia cognitiva.

Minusvalorar los procedimientos conductuales como procedimientos de modificación cognitiva.

Actitud inadecuada de estereotipar al paciente, convirtiendo sus "rasgos personales" en explicación de toda su conducta.

Actitud pesimista ante el paciente.

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

Detectar y hacer frente a las propias distorsiones cognitivas (“si el paciente no mejora es porque soy un mal terapeuta”, “yo he hecho mucho por el paciente y ni siquiera lo agradece”)

Mantener una baja tolerancia a la frustración.

Mantener una actitud no orientada a resolver problemas.

Desatender las preocupaciones de los pacientes en relación a la terminación de la terapia.

No explorar los deseos de terminación prematura de la terapia.

Luego de haber realizado un recorrido teórico por los principales aspectos que la psicoterapia cognitiva propone sobre la relación terapéutica, es posible concluir que el empirismo colaborativo es imprescindible para realizar una adecuada conceptualización del caso clínico, asegurar la adherencia del paciente a la terapia y alcanzar las metas terapéuticas. Datos disponibles, sustentan de manera consistente que existe una fuerte vinculación entre la relación terapéutica y resultados exitosos en el tratamiento. (Lambert y Bergin, 1994; Stevens, Muran y Safran, 2003; Stuart, 2004, citados por Riso, 2006).

9. Conclusiones y Discusión

Tanto el DSM IV (APA, 2000) como la CIE-10 (OMS, 1992) determinan que el diagnóstico del Trastorno Adaptativo está enmarcado en la evaluación de ciertas variables: forma, contenido, gravedad de los síntomas, antecedentes, factores personales protectores y de riesgo, y sucesos o situaciones de la vida cotidiana. A pesar de los esfuerzos por especificar sus criterios, la práctica clínica y distintas investigaciones, han puesto de manifiesto la existencia de dificultades importantes a la hora de establecer este tipo de diagnóstico clínico.

A pesar de esta dificultad, en este estudio de caso se estableció con facilidad el diagnóstico de TA, dadas las circunstancias estresantes, la reacción emocional y la duración de los síntomas que manifestaba la paciente en su motivo inicial de la consulta.

Ahora bien, en lo que respecta a los modelos de intervención para este tipo de trastornos, la literatura científica insiste en que el tratamiento de los trastornos adaptativos, debe basarse fundamentalmente en aquellas estrategias psicoterapéuticas que faciliten una reducción de la valoración de la amenaza, así como de la intensidad de los estresores, potenciando así, un afrontamiento adecuado de la situación estresante (la cual no puede reducirse o eliminarse) y estableciendo un sistema de apoyo para lograr la mayor adaptación posible. (Hales & Yudofsky, 2000; Wood, 2008, citados por Herrero & Cano, 2010).

El presente estudio de caso, permite observar que los resultados obtenidos son acordes con los esperados por estos autores, ya que tras quince sesiones de tratamiento guiadas por un modelo teórico de tipo cognitivo conductual, con apoyo empírico y técnicas basadas en la evidencia científica, la paciente adquirió progresivamente estrategias de afrontamiento que le

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

permitieron reestructurar sus pensamientos negativos y creencias disfuncionales, así como disminuir su sintomatología depresiva y afrontar con éxito la relación problemática que presentaba con su hija.

Se logró que la paciente adquiriera habilidades sociales y de comunicación asertiva, lo cual le condujo a sentirse más satisfecha y a disfrutar de la interacción con los demás. A través del entrenamiento realizado en la solución de problemas y en la toma de decisiones, la paciente consiguió abandonar una relación afectiva que incrementaba su sintomatología depresiva y sus frecuentes sentimientos de culpa. Además, consiguió un trabajo que le permitió sentirse más satisfecha consigo misma, al tiempo que incrementaba sus ingresos económicos (esto le permitió reducir su constante preocupación por no poder aportarle económicamente a su madre y por no tener dinero para apoyar a su hija en sus estudios).

Los resultados obtenidos con este plan de intervención, constatan la eficacia del tratamiento cognitivo conductual, basado en el modelo teórico propuesto por Beck (2000) y los modelos de diathesis estrés de Lazarus y Folkman (1986), para intervenir los Trastornos Adaptativos. Lo anterior, es posible contrastarlo a través de los resultados obtenidos en las medidas de evaluación empleadas a lo largo de la terapia (autorregistros, inventarios de evaluación del estado de ánimo (IBT, BHS, BDI), diligenciamiento de formularios de creencias centrales y de informes sobre la terapia) y de los cambios cognitivos y conductuales presentados por la paciente.

Teniendo en cuenta lo hasta aquí mencionado, se considera que el presente estudio de caso, coincide con los resultados que han señalado distintos estudios, al plantear que los tratamientos cognitivo-conductuales son una guía eficaz para el abordaje de los TA, puesto que se ha puesto

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

de manifiesto su pertinencia en el momento de mejorar la situación clínica del paciente y de dotarle de las herramientas necesarias para afrontar eficazmente sus problemas o dificultades. Lo anterior, permitió comprobar que éste estudio de caso logró explicarse a partir de los elementos del modelo cognitivo, y que las estrategias y técnicas cognitivo- conductuales fueron efectivas en la intervención del trastorno.

Así mismo, fue posible determinar que las percepciones de impredecibilidad e incontrolabilidad, junto con otros errores en el procesamiento de la información (especialmente: catastrofización, etiquetación, deberías, abstracción selectiva y razonamiento emocional) eran claves en la aparición de emociones negativas (en este caso de un estado de ánimo deprimido) y en la adopción de estrategias disfuncionales para hacer frente a la situación estresante (exigencia, rigidez y control), lo cual pone en evidencia que los TA pueden ser explicados por modelos de diathesis-estrés.

De igual forma, se pudo evidenciar que la intervención temprana en la problemática de la paciente, permitió que su sintomatología depresiva (que un momento inicial era severa), lograra disminuir a partir de la medicación y la psicoterapia, lo cual evito que el TA inicial, se convirtiera en un Trastorno Depresivo.

Es posible concluir que éste estudio de caso clínico, contribuye al desarrollo de un conocimiento base en el área de la intervención clínica de los Trastornos Adaptativos, y ofrece una estructura de intervención que cuenta con elementos metodológicos y conceptuales que podrían ser de utilidad al Psicólogo Clínico interesado en evaluar e intervenir un TA, ya que los resultados aquí concluidos, están en consonancia con los obtenidos en estudios rigurosos sobre

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

la eficacia del empleo de técnicas cognitivo-conductuales en la intervención de trastornos del Eje I.

Referencias.

Álvarez, A. (2013). *Trastorno adaptativo. Cuando la situación adversa supera nuestras expectativas*. Recuperado el 27 de Abril, 2013, de <http://a4ilusionespsicologia.blogspot.com/2013/04/trastorno-adaptativo-cuando-la.html>

American Psychiatric Association (APA). (1952). *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders: DSM-I (1ª ED.)*. Washington: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (APA). (1968). *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders: DSM-II (2ª ED.)*. Washington: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (APA). (1980). *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders: DSM-III (3ª ED.)*. Washington: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (APA). (1994). *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders: DSM-IV (4ª ED.)*. Washington: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (APA). (2000). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.

American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM -V*. Washington, DC: APA.

Andreu, M. (2011). *Un protocolo de tratamiento psicológico para los trastornos adaptativos: análisis de su eficacia a través de un estudio controlado*. [Versión electrónica]. Tesis doctoral. Universidad Jaume.

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

APA. (2011). *Clinical Psychology*. [Versión electrónica]. American Psychological Association Journal, 10.

Baños, R.; Guillen, V.; Botella, C.; García, A.; Jorquera, M. & Quero, S. (2008). *Un programa de tratamiento para los trastornos adaptativos. Un estudio de caso*. [Versión electrónica]. *Apuntes de psicología*, 2, 303-316.

Baumeister, H., Maercker, A. & Casey, P. (2009). Adjustment Disorder with Depressed Mood. [Versión electrónica]. *Psychopathology*. Vol. 42, 139-147.

Beck, A. T.; Rush, J.H.; Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). *Terapia cognitiva de la depresión*. España: Desclée de Brouwer, S.A.

Beck, A. T.; Rush, J.H.; Shaw, B. F. & Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. España: Desclée de Brouwer, S.A.

Beck, A.T.; Weissman, A.; Lester, D.; Trexler, L. (1974). *The measurement of pessimism: The Helplessness Scale*. [Versión electrónica]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 861-865

Beck, J. S. (2000). *Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Gedisa.

Beck, A. T., Brown, G., Epstein, N. & Steer, R. A. (1988). *An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties*. [Versión electrónica]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897

Bellack, A. S. & Hersen, M. (1989). *Métodos de investigación en psicología clínica*. España: Desclée de Brouwer, S.A.

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

Berelson, B. (1952). *Content analysis in communication research*. New York.

Benton, T.D. & Lynch, J. (2005). *Adjustment Disorders*. Recuperado el 27 de Abril, 2013, de <http://www.emedicine.com/Med/topic3348.htm>.

Bisson, J. & Sakhuja, D. (2006). *Adjustment disorders*. [Versión electrónica]. *Rev Psichiatry*, 5, 7, 240-242.

Botella, C.; Osma, J.; García, P.; Guillén, V. & Baños, R. (2008). *Treatment of complicated grief using virtual reality. A case report*. [Versión electrónica]. *D studies*. Vol. 32, 674-692.

Borkovec, T. D. & Nau, S. D. (1972). *Credibility of analogue therapy rationales*. [Versión electrónica]. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 3, 257-260

Buela, G. & Sierra, J. C. (2002). *Normas para la redacción de casos clínicos*. [Versión electrónica]. *Revista internacional de psicología clínica y de la salud*. Vol 2,3, 525-532.

Caballo, V.E.; Valenzuela, J.; Anguiano, S.; Irurtia, M.; Salazar, I. & López, C. (2006). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Trastornos de la edad adulta e informes psicológicos*. Madrid: pirámide.

Camino, A. (2009). *Abordaje psicoterapéutico de los trastornos adaptativos. Adherencia a los tratamientos*. Recuperado el 27 de Abril, 2013, de http://www.camfic.cat/CAMFiC/Seccions/Formacio/Docs/11_12/Material_JordiCebria/AbordajeTerapTAd.pdf

Casey, P.; Mohammad, M.; Brendan, D.; Lehtinen, V.; Ayuso, J.; Dalgard, O. & Dowrick, C. (2006). *Can adjustment disorder and depressive episode be distinguished? Results from ODIN*. [Versión electrónica]. *Journal of Affective Disorders*. 92: 291–297

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

Caycedo, C.; Ballesteros, B. & Novoa, M. (2008). *Análisis de un protocolo de formulación de caso clínico desde las categorías de bienestar psicológico*. Recuperado el 27 de Abril, 2013, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1657-92672008000100017&script=sci_arttext

Díaz, I. & Núñez, R. (2010). *Psicología Clínica: ¿Qué es? ¿Qué hace? ¿Cómo lo hace? ¿Para qué sirve?* [Versión electrónica]. Universidad Autónoma Metropolitana.

Ellis, A. & Abrahams, E. (1989). *Terapia racional emotiva*. México: Pax Mexico.

Einsle, F.; Köllner, V.; Dannemann, S & Maercker, A. (2013). *Development and validation of a self-report for the assessment of adjustment disorders*. [Versión electrónica]. *Psychology, Health & Medicine*, 15:5, 584-595.

Ferrer, A. (2002). *La preocupación, mal de nuestros días*. [Versión electrónica]. *Universidad del Norte*, 9: 76-88.

Gómez, M.; Fontela, V.; González, M.; Ferrero, T. & Pérez, L. (2011). *Trastornos adaptativos*. Recuperado el 27 de Abril, 2013, de <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/trastornos-adaptativos/>

Hadley, J. M. (1958). *Clinical and Counseling Psychology*. Recuperado el 27 de Abril, 2013, de <http://www.questia.com/PM.qst?a=o&d=24107419>

Herrero, V. & Cano, A. (2010). *Un caso de trastorno adaptativo con ansiedad: Evaluación, tratamiento y seguimiento*. [Versión electrónica]. *Anuario de psicología clínica y de la salud*, 6: 53-59.

Horowitz, M.J. (2004). *Stress response syndromes: PTSD, grief and adjustment disorders*, New York: Aronson.

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

Holmes, T. & Rahe, R. (1967). *The social readjustment rating scale*. [Versión electrónica]. J. Psychosom. Vol. 11, 213-218.

Horowitz, M.J., Siegel, B., Holen, A., Bonanno, G.A., Milbrath, C., & Stinson, C.H. (1997). *Diagnostic criteria for complicated grief disorder*. [Versión electrónica]. American Journal of Psychiatry, 154 (7), 904–910.

Jones, R. G. (1968) *A factores measure of Ellis Irrational Belief System, with personality and maladjustment correlates*. [Versión electrónica]. Doctoral Dissertation, Texas Techological College

Kazdín, A. E. (2001). *Métodos de investigación en psicología clínica*. México: Pearson.

Labrador, E. J. (1992). *El estrés: nuevas técnicas para su control*. Madrid: temas de hoy

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Editorial Roca.

Lazarus RS (2000). *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao: DDB

Maercker, A., Einsle, F., & Köllner, V. (2007). *Adjustment disorder: a new concept of diagnosing*. [Versión electrónica]. Psychopathology, 40, 135–146.

Mc. K. Davis & Eshelman (1986). *Inventario de Creencias irracionales Modificado*. [Versión electrónica]. New Harbinger Publication.

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

Móles, M.; Quero, S.; Andreu, S.; Botella, C. & Baños, R. M. (2009). *Desarrollo de una entrevista diagnóstica para los trastornos adaptativos*. [Versión electrónica]. Fórum de recerca Nº 16, 1049-1069.

Organización Mundial de la Salud. (1978). *CIE 9. Novena Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico*. Madrid: Meditor.

Organización Mundial de la Salud. (1992). *CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico*. Madrid: Meditor.

Persons, J. B. (1989). *Cognitive therapy in practice: A case formulation approach*. New York: Norton.

Riso, W. (2006). *Terapia cognitiva. Fundamentación teórica y conceptualización del caso clínico*. Bogotá: norma

Rogers, C. R. (1951). *Psicoterapia centrada en el cliente: Práctica, implicaciones y teoría*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Ruíz, J. J.; & Cano, J. J. (2008). *Manual de psicoterapia cognitiva parte III: la relación terapéutica*. Recuperado el 13 de Mayo, 2013, de <http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/Manual/manual7.htm>

Saenz, G. & Pintos, E. (1986). *Documento para la elaboración de tema en el departamento de psicología*. México, universidad iberoamericana.

Sarason, I.G & Sarason, B.G. (1990). *Psicología anormal. Los problemas de la conducta desadaptada*. México: Trillas.

Sarason, I. G.; Jhonson, J. H. & Sigel, J. M. (1978). *Assesing the impact of life changes: development of the Life Experiences Survey*. [Versión electrónica]. *Journal of consulting and clinical Psychology*, 48, 932-946

Schwartz, S. H., & Clausen, G. T. (1977). *Responsibility, norms, and helping in an emergency*. [Versión electrónica]. *Journal of Personality and Social Psychology*, 16, 299–310.

Sierra, B. (1992). *Técnicas de investigación social*. Madrid: Paraninfo.

Steinhardt, M. & Dolbier, C. (2008). *Evaluation of a Resilience Intervention to Enhance Coping Strategies and Protective Factors and Decrease Symptomatology*. [Versión electrónica]. *Journal of American College Health*. Vol, 56, 445-453

Strain, J.J., & Diefenbacher, A. (2008). *The adjustment disorders: The condendrums of the diagnoses*. [Versión electrónica]. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 121–130.

Trull, T. J. & Phares. E. J. (2005). *Psicología clínica. Conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión*. México: Thomson.

Vanin, J. R. (2008). *Adjustment disorder with anxiety*. [Versión electrónica]. EEUU: Humana Press.

Anexo 1.**Cuestionario de Creencias Irracionales.****I.B.T MODIFICADO****(Jones, 1968)**

Este es un cuestionario de cómo usted cree y siente acerca de varias cosas. Para cada pregunta usted debe encerrar en un círculo un número de la columna derecha, el cual exprese mejor su actitud hacia la pregunta. Asegúrese de marcar la que usted actualmente cree o siente y no como cree que debería sentir. No es necesario pensar mucho. Trate de evitar lo neutro o la respuesta “tres” tanto como le sea posible. Sólo utilice este número si usted realmente no puede decidir si está de acuerdo o no. Recuerde que no hay respuestas buenas o malas. Cuanto más sinceramente conteste, más útil será el test para usted.

1. MUY DE ACUERDO.
2. MODERADAMENTE DE ACUERDO.
3. NI DE ACUERDO, NI EN DESACUERDO.
4. MODERADAMENTE EN DESACUERDO.
5. MUY EN DESACUERDO.

1. Es importante para mí que otros me aprueben. 1 2 3 4 5*

1ª. Me empeño por mantener mi intimidad a toda costa. 1 2 3 4 5*

2. Odio equivocarme en cualquier cosa. 1 2 3 4 5*

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

- 2^a. Me siento mal cuando por alguna circunstancia me dejo llevar por mis emociones positivas o negativas. 1 2 3 4 5*
3. Muchas personas perversas escapan al castigo que merecen. 1 2 3 4 5*
- 3^a. Pienso que si las normas se hicieron fue para respetarlas. 1 2 3 4 5*
4. Generalmente acepto lo que pasa. 1 2 3 4 5
5. Si alguien quiere, puede ser feliz bajo casi todas las circunstancias. 1 2 3 4 5
6. Tengo temor de algunas cosas que suelen molestarte. 1 2 3 4 5*
7. Generalmente aplazo decisiones importantes. 1 2 3 4 5*
8. Todos necesitamos de alguien de quien depender. 1 2 3 4 5*
9. “Árbol que nace tosido, nunca su rama endereza”. 1 2 3 4 5*
10. No hay solución perfecta para nada. 1 2 3 4 5
11. Quiero agradecerle a todas las personas. 1 2 3 4 5*
- 11^a. Opino que “los trapos sucios sólo deben lavarse en casa”. 1 2 3 4 5*
12. Evito las cosas que no puedo hacer bien. 1 2 3 4 5*
- 12^a. Cuando tengo una discusión acalorada con alguien, pienso mucho en lo que hice o dije.
1 2 3 4 5*
13. aquellos que obran mal deben ser sancionados. 1 2 3 4 5*
- 13^a. Me siento culpable si violo una norma, aunque sea necesario hacerlo. 1 2 3 4 5*

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

14. Las frustraciones no me afligen. 1 2 3 4 5
15. Yo creo mi propio estado de ánimo. 1 2 3 4 5
16. Siento poca ansiedad por cosas peligrosas que pueden ocurrir en el futuro. 1 2 3 4 5
17. Trato de dejar de lado las tareas o labores difíciles. 1 2 3 4 5*
18. la gente necesita algo extremo que le de fuerzas. 1 2 3 4 5*
19. Es casi imposible superar la influencia del pasado. 1 2 3 4 5*
20. muy rara vez se halla un camino fácil en la vida. 1 2 3 4 5
21. Puedo gustarme a mí mismo, aunque a muchos no les guste. 1 2 3 4 5
- 21^a. Me siento intimidado cuando alguien que acabo de conocer, quiere saber muchas de mis cosas personales. 1 2 3 4 5*
22. No me importa competir en actividades donde otros son mejores que yo. 1 2 3 4 5
- 22^a. Odio excederme. 1 2 3 4 5*
23. Son pocas las veces que culpo a las personas por su maldad. 1 2 3 4 5
- 23^a. Gracias a las normas no somos unos salvajes. 1 2 3 4 5*
24. Con frecuencia me siento molesto por situaciones que no me gustan. 1 2 3 4 5*
25. La gente que es infeliz, es así porque generalmente se lo buscaron. 1 2 3 4 5
26. En ocasiones no puedo dejar de pensar en cosas que me preocupan. 1 2 3 4 5*
27. Evito enfrentar problemas. 1 2 3 4 5*

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

28. Hay ciertas personas de quien dependo enormemente. 1 2 3 4 5*
29. Si yo hubiera tenido experiencias diferentes, sería más como yo quiero ser. 1 2 3 4 5*
30. Algunos problemas siempre estarán con nosotros. 1 2 3 4 5*
31. Aunque me gusta la aprobación, no es una necesidad real para mí. 1 2 3 4 5
- 31^a. No soporto que otras personas se metan mucho en mi vida. 1 2 3 4 5*
32. Me molesta cuando otros son mejores que yo en algo. 1 2 3 4 5*
- 32^a. Me siento un estúpido si lloro. 1 2 3 4 5*
33. todas las personas son fundamentalmente buenas. 1 2 3 4 5
- 33^a. Siempre averiguo cuales son las normas o reglas que operan en un lugar antes de actuar. 1 2 3 4 5*
34. Generalmente acepto las cosas como son, inclusive si no me gustan. 1 2 3 4 5
35. Depende de uno mismo, el tiempo que dure un estado de ánimo desagradable.
1 2 3 4 5
36. Algunas veces no puedo liberar mis temores de mi mente. 1 2 3 4 5*
37. Generalmente soy rápido para tomar decisiones. 1 2 3 4 5
38. Yo soy el único que puede entender y enfrentar mis problemas. 1 2 3 4 5
39. Rara vez pienso que experiencias pasadas me afectan ahora. 1 2 3 4 5
40. Vivimos en un mundo de azar y probabilidades. 1 2 3 4 5

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

41. Me preocupo con frecuencia, sobre cuanta gente me aprueba. 1 2 3 4 5*
- 41^a. Detesto que me hagan preguntas personales o indiscretas. 1 2 3 4 5*
42. Me molesta cometer errores. 1 2 3 4 5*
- 42^a. Vigilo con cuidado mis emociones. 1 2 3 4 5*
43. “No es justo que llueva sobre justos e injustos”. 1 2 3 4 5*
- 43^a. Cuando hago algo que está mal hecho, me siento culpable aunque nadie se dé cuenta de ello. 1 2 3 4 5*
44. Si las cosas me molestan, siempre las ignoro. 1 2 3 4 5*
45. Cuanto más problemas tenga una persona, menos feliz será. 1 2 3 4 5*
46. Casi nunca pienso en cosas como la muerte o la guerra. 1 2 3 4 5
47. la vida es corta para gastarla haciendo cosas desagradables. 1 2 3 4 5*
48. Me disgusta que otros tomen decisiones por mí. 1 2 3 4 5
49. Somos esclavos de nuestra historia personal. 1 2 3 4 5*
50. Rara vez hay una solución ideal para las cosas. 1 2 3 4 5
51. Me interesa bastante lo que la gente siente por mí. 1 2 3 4 5*
- 51^a. Soy muy desconfiado. 1 2 3 4 5*
52. Suelo incomodarme bastante por pequeñas cosas. 1 2 3 4 5*
- 52^a. Temo perder el control. 1 2 3 4 5*

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

53. Nadie es malo, aun cuando sus actos lo sean 1 2 3 4 5
- 53^a. No se debe ser siempre correcto. 1 2 3 4 5*
54. Hago lo que puedo para conseguir lo que quiero y por eso no suelo preocuparme.
1 2 3 4 5
55. Nada es deprimente por sí mismo, depende de cómo se interprete. 1 2 3 4 5
56. Con frecuencia pienso, que haría yo en situaciones de peligro. 1 2 3 4 5*
57. Rara vez aplazo cosas. 1 2 3 4 5
58. Me disgusta tener que depender de otros. 1 2 3 4 5
59. Una vez que algo te haya afectado la vida, siempre lo hará. 1 2 3 4 5*
60. Es mejor buscar una solución práctica que una solución perfecta. 1 2 3 4 5
61. Si al hacer algo que yo quiero pierdo aprobación, prefiero no hacerlo. 1 2 3 4 5
- 61^a. Todos tenemos nuestro pequeño mundo y nadie debe entrar en él. 1 2 3 4 5*
62. No temo cosas que no puedo hacer bien. 1 2 3 4 5
- 62^a. Cuando me salgo de casillas me siento muy mal. 1 2 3 4 5*
63. Hay personas que no merecen haber nacido. 1 2 3 4 5*
- 63^a. Siempre trato de cumplir las normas, aunque ello me perjudique. 1 2 3 4 5*
64. Soy bastante calmado para enfrentar la vida. 1 2 3 4 5

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

65. Nunca hay una razón para estar preocupado por mucho tiempo. 1 2 3 4 5
66. no me preocupo tanto como para dañarme el día por cosas que pudiesen ocurrir.
1 2 3 4 5
67. Es difícil para mí hacer tareas poco placenteras. 1 2 3 4 5*
68. He aprendido a no esperar que alguien, distinto de mi, se preocupe por mis problemas.
1 2 3 4 5
69. Aunque quisiera nunca podría cambiar mi vida. 1 2 3 4 5*
70. No hay nada que se aproxime a lo ideal. 1 2 3 4 5
71. Me empeño por mantener la aprobación a toda costa. 1 2 3 4 5*
- 71^a. Me doy a conocer fácilmente. 1 2 3 4 5
72. Pienso que no es importante ser competitivo en caso todas las cosas. 1 2 3 4 5
- 72^a. La razón siempre debe primar sobre la emoción. 1 2 3 4 5*
73. Cualquier persona “mala puede llegar a ser “buena” sin ser castigada. 1 2 3 4 5
- 73^a. Las normas asfixian a las personas 1 2 3 4 5
74. Rara vez me inquietan los errores de los otros. 1 2 3 4 5
75. Los hombres hacen su propio infierno con ellos mismos. 1 2 3 4 5
76. Mi filosofía es vivir el aquí y el ahora. 1 2 3 4 5
77. Una vida de tranquilidad rara vez es gratificante. 1 2 3 4 5

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

78. No me gusta enfrentar solo las experiencias nuevas de la vida. 1 2 3 4 5*
79. No tengo por qué repetir los errores del pasado. 1 2 3 4 5
80. Hay un lugar para cada cosa. 1 2 3 4 5*
81. Hago planes para agradar a las personas. 1 2 3 4 5*
- 81^a. Me aterra contar secretos y confidencias. 1 2 3 4 5*
82. Me exijo demasiado a mí mismo. 1 2 3 4 5*
- 82^a. Soy poco efusivo. 1 2 3 4 5*
83. Las personas no eligen ser buenas o malas. 1 2 3 4 5
- 83^a. Es estúpido acatar ciegamente las normas porque muchas pierden vigencia. 1 2 3 4 5
84. Soy “contemplado”. 1 2 3 4 5*
85. Cada quien es el arquitecto de su propio destino. 1 2 3 4 5
86. Tiendo a anticiparme demasiado a lo que pueda ocurrir. 1 2 3 4 5*
87. No tolero pasar trabajos. 1 2 3 4 5*
88. Para mí es vital sentirme protegido. 1 2 3 4 5*
89. Tiene sentido esforzarme en el presente, independientemente de cómo haya sido mi pasado. 1 2 3 4 5
90. soy extremadamente ordenado, meticoloso y responsable con mis cosas. 1 2 3 4 5*
91. Pienso que uno debe hacer todo lo posible para evitar ser rechazado. 1 2 3 4 5*

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

- 91^a. Me siento amenazado si alguien traspasa los límites que impongo. 1 2 3 4 5*
92. No soporto decir “no sé”. 1 2 3 4 5*
- 92^a. Expresar las emociones es signo de debilidad. 1 2 3 4 5*
93. La ley natural es que los malos sufran. 1 2 3 4 5*
- 93^a. Las normas se hicieron para violarlas. 1 2 3 4 5
94. Si las cosas no salen como yo quiero me da rabia. 1 2 3 4 5*
95. La gente está triste porque quiere. 1 2 3 4 5
96. Tiendo a anticipar mayor número de peligros y riesgos que el común de la gente.
1 2 3 4 5*
97. Suelo regirme por la ley del mínimo esfuerzo. 1 2 3 4 5*
98. Dependo demasiado de las personas. 1 2 3 4 5*
99. Los primeros años de la vida nos marcan definitivamente para el resto de la vida. 1 2
3 4 5*
100. Soy perfeccionista. 1 2 3 4 5*

Anexo 2.**INVENTARIO DE DEPRESIÓN (BDI-II)****(Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979)**

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones describe mejor cómo se ha sentido DURANTE ESTA ULTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DIA DE HOY. Rodee con un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un grupo hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. **Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.**

1.	0	No me siento triste
	1	Me siento triste
	2	Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo
	3	Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo
2.	0	No me siento especialmente desanimado respecto al futuro
	1	Me siento desanimado respecto al futuro
	2	Siento que no tengo que esperar nada
	3	Siento que el futuro es desesperanzador y que las cosas no van a mejorar
3.	0	No me siento fracasado
	1	Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas
	2	Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

	3	Me siento una persona totalmente fracasada
4.	0	Las cosas me satisfacen tanto como antes
	1	No disfruto de las cosas tanto como antes
	2	Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas
	3	Estoy insatisfecho o aburrido de todo
5.	0	No me siento especialmente culpable
	1	Me siento culpable en bastantes ocasiones
	2	Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones
	3	Me siento culpable constantemente
6.	0	Creo que no estoy siendo castigado
	1	Siento que puedo ser castigado
	2	Espero ser castigado
	3	Siento que estoy siendo castigado
7.	0	No me siento descontento conmigo mismo
	1	Estoy descontento conmigo mismo
	2	Me avergüenzo de mí mismo
	3	Me odio
8.	0	No me considero peor que cualquier otro
	1	Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores
	2	Continuamente me culpo por mis faltas
	3	Me culpo por todo lo malo que sucede
9.	0	No tengo ningún pensamiento de suicidio

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

	1	A veces pienso en suicidarme, pero no lo haría
	2	Desearía suicidarme
	3	Me suicidaría si tuviese la oportunidad
10.	0	No lloro más de lo que solía
	1	Ahora lloro más que antes
	2	Lloro continuamente
	3	Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo incluso aunque quiera
11.	0	No estoy más irritado de lo normal en mí
	1	Me molesto o irrito más fácilmente que antes
	2	Me siento irritado continuamente
	3	No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme
12.	0	No he perdido el interés por los demás
	1	Estoy menos interesado en los demás que antes
	2	He perdido la mayor parte de mi interés por los demás
	3	He perdido todo interés por los demás
13.	0	Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho
	1	Evito tomar decisiones más que antes
	2	Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes
	3	Ya me es imposible tomar decisiones
14.	0	No creo tener peor aspecto que antes
	1	Estoy preocupado porque parezco mayor o poco atractivo
	2	Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

		parecer poco atractivo
	3	Creo que tengo un aspecto horrible
15.	0	Trabajo igual que antes
	1	Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo
	2	Tengo que esforzarme mucho para hacer todo
	3	No puedo hacer nada en absoluto
16.	0	Duermo tan bien como siempre
	1	No duermo tan bien como antes
	2	Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir
	3	Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir
17.	0	No me siento más cansado de lo normal
	1	Me caso más fácilmente que antes
	2	Me canso en cuanto hago cualquier cosa
	3	Estoy demasiado cansado para hacer nada
18.	0	Mi apetito no ha disminuido
	1	No tengo tan buen apetito como antes
	2	Ahora tengo mucho menos apetito
	3	He perdido completamente el apetito
19.	0	Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada
	1	He perdido más de dos kilos
	2	He perdido más de cuatro kilos

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

	3	He perdido más de siete kilos Estoy a dieta para adelgazar: SI NO
20.	0	No estoy preocupado por mi salud más que lo normal
	1	Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar, malestar de estómago o estreñimiento
	2	Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más
	3	Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier otra cosa
21.	0	No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
	1	Estoy menos interesado por el sexo que antes
	2	Ahora estoy menos interesado por el sexo
	3	He perdido totalmente mi interés por el sexo

Anexo 3.**INVENTARIO DE ANSIEDAD (BAI)****(BECK, EPSTEIN, BROWN Y STEER; 1988)**

NOMBRE:

A continuación se encuentra una lista de síntomas comunes de ansiedad. Por favor, lea atentamente cada ítem de la lista. Indique en qué medida le ha afectado a usted cada síntoma durante la semana pasada, incluyendo hoy, colocando una X en el espacio correspondiente de la fila que hay al lado de cada uno.

		Nada	Poco	Bastante (fue molesto pero lo soporté)	Mucho (apenas lo pude soportar)
1.	Entumecimiento u hormigueo				
2.	Sensación de calor				
3.	Temblor en las piernas				
4.	Incapacidad para relajarse				
5.	Miedo a que ocurra lo peor				
6.	Vértigo o mareo				
7.	Palpitaciones				
8.	Inestabilidad				

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

9.	Terror				
10.	Nervios				
11.	Sensaciones de ahogo				
12.	Temblor de manos				
13.	Inestabilidad				
14.	Miedo a perder el control				
15.	Dificultades para respirar				
16.	Miedo a morir				
17.	Pánico				
18.	Indigestión o molestias en el abdomen				
19.	Sensación de desmayo				
20.	Rubor en la cara				
21.	Sudor (no debido al calor)				

Anexo 4.**ESCALA DE LA DESESPERANZA (HS)****(Beck, et al, 1974)**

1. Miro hacia el futuro con optimismo y esperanza.	V	F
2. Debería darme por vencido, puesto que yo solo no puedo hacer mejor las cosas.		
3. Cuando las cosas van mal, me anima saber que no pueden continuar así por mucho tiempo.		
4. No puedo imaginarme cómo será mi vida dentro de 10 años.		
5. Tengo todo un futuro para realizar lo que más deseo en la vida.		
6. En el futuro, espero triunfar en lo que realmente deseo.		
7. Veo mi futuro con pesimismo.		
8. Espero que la vida me ofrezca más que al resto de la gente.		
9. No consigo que la vida me sonría, y no creo que el futuro pueda cambiarlo.		
10. El pasado me ha enseñado a enfrentar satisfactoriamente el futuro.		
11. Todo a mí alrededor es más negativo que positivo.		
12. No creo que consiga realmente lo que quiero.		
13. Espero que en el futuro sea más feliz de lo que soy ahora.		
14. Nunca consigo que las cosas me salgan como quiero.		
15. Tengo fe en el futuro.		
16. Es absurdo que desee algo, pues nunca consigo lo que quiero.		
17. Difícilmente conseguiré algo bueno en mi vida.		
18. El futuro me parece vago e incierto.		
19. Espero con entusiasmo que en mi vida haya más momentos buenos que malos.		
20. Es inútil que luche por lo que quiero, porque lo más (pues es muy) probable es que no lo consiga		

Anexo 5.**FORMULARIO PARA RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS.****(Judith S. Beck, 2000)**

FORMULARIO PARA RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS	
Nombre del paciente:	Fecha:
(Cuando los pensamientos automáticos, las creencias y/o las emociones exacerbadas interfieren con la solución del problema)	
1. Problema	
2. Significado particular: pensamientos automáticos y creencias	
3. Respuesta al significado particular	
4. Soluciones posibles.	

Anexo 6.**FORMULARIO DE CREENCIAS CENTRALES****(Judith S. Beck, 2000)**

FORMULARIO DE CREENCIAS CENTRALES	
Antigua creencia central:	
¿Qué grado de credibilidad confiere ahora a la antigua creencia central? (0-100)	
-¿Cuál fue el grado de mayor credibilidad que le confirió en algún momento de esta semana? (0-100)	
-¿Cuál fue el grado de menor credibilidad que le confirió en algún momento de esta semana? (0-100)	
Nueva creencia:	
¿Qué grado de credibilidad le confiere ahora a esta creencia? (0-100)	
Evidencia que contradice la antigua creencia central	Evidencia que avala la antigua creencia central
¿Deberían incluirse las situaciones que implican un aumento o una disminución en la fuerza de la creencia en los planes de sesión?	

Anexo 7.

**ESCALA DE SATISFACCIÓN CON EL
TRATAMIENTO**

(Adaptado de Borkovec y Nau, 1972)

Nombre:

Fecha:

Nota: Este cuestionario debe ser contestado después de que el terapeuta haya aplicado el tratamiento que se está poniendo a prueba (en la última sesión de dicho componente). Después de haber recibido este tratamiento, nos gustaría saber su opinión sobre el mismo. Por favor, conteste a las siguientes preguntas.

1.- ¿En qué medida le ha parecido lógico este tratamiento?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada

Muchísimo

2.- ¿En qué medida le ha satisfecho el tratamiento que ha recibido?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada

Muchísimo

3.- ¿En qué medida le recomendaría este tratamiento a un amigo que tuviera su mismo problema?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada

Muchísimo

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

4.- ¿En qué medida cree que este tratamiento podría ser útil para tratar otros problemas psicológicos?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada

Muchísimo

5.- ¿En qué medida cree que el tratamiento le ha resultado útil en su caso?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada

Muchísimo

6.- ¿En qué medida este tratamiento le ha resultado aversivo?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada

Muchísimo

Anexo 8. CUADRO DE ACTIVIDADES Y ESCALA DE SATISFACCIÓN.**(Judith S. Beck, 2000)**

CUADRO DE ACTIVIDADES							
6-7	Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Día 6	Día 7
7-8							
8-9							
9-10							
10-11							
11-12							
12-13							
13-14							
14-15							
15-16							
16-17							
17-18							
18-19							
19-20							
20-21							
22-23							
23-0							
0-1							
1-2							
2-3							
3-4							
4-5							
5-6							

Anexo 9.**Informe de Terapia.****(Judith S. Beck, 2000)**

INFORME DE TERAPIA
1. ¿Qué cosas de las que se trataron hoy son importantes para recordar?
2. ¿En qué medida pudo confiar hoy en su terapeuta?
3. ¿Hubo algo que le molestó hoy en su sesión? En caso afirmativo, ¿qué cosa fue?
4. ¿Cuánto trabajo hizo en su casa para la sesión de hoy? ¿Qué posibilidades hay de que cumpla con las nuevas tareas asignadas?
5. ¿Qué cosas querría asegurarse de tratar en la próxima sesión?

Anexo 10.**TARJETA DE APOYO (Judith S. Beck, 2000)**

TARJETA DE APOYO
(Lado 1) <u>Pensamiento automático</u>
(Lado 2) <u>Respuesta adaptativa</u>

Anexo 11.**LISTA DE CRÉDITOS. (Judith S. Beck, 2000)**

LISTA DE CRÉDITOS
(Cosas que hice y fueron positivas o un poco difíciles, pero de todas maneras las lleve adelante)

Anexo 12.**GUIA PARA LAS SESIONES DE REFUERZO****(Judith S. Beck, 2000)****GUIA PARA LAS SESIONES DE REFUERZO**

- A. Programarlas con anticipación. Concertar la cita y, si es posible, llamar para confirmar.
- B. Considerarlas como una medida preventiva, aunque haya continuado mejorando.
- C. Prepararse antes de asistir. Decidir los temas para conversar, incluyendo:
1. ¿Qué cosas han salido bien?
 2. ¿Qué problemas surgieron? ¿Cómo los manejó? ¿Fue un manejo más adecuado?
 3. ¿Qué problemas podría surgir entre esta y la siguiente sesión de refuerzo? Imagine los problemas detalladamente. ¿Qué pensamientos automáticos podría usted tener? ¿Qué creencias podrían activarse? ¿Cómo se manejaría con los pensamientos automáticos y las creencias? ¿Cómo resolvería los problemas?
 4. ¿Qué trabajo hizo en su terapia cognitiva? ¿Qué trabajo le gustaría hacer entre esta y las siguientes sesiones de refuerzo? ¿Qué pensamientos automáticos podrían interponerse? ¿Cómo combatiría esos pensamientos?
 5. ¿Qué nuevos objetivo tiene? ¿Cómo haría para alcanzarlos? ¿Cómo lo puede ayudar lo que aprendió en su terapia cognitiva?

Anexo 13**GUIA PARA SESIONES DE AUTOTERAPIA****(Judith S. Beck, 2000)**

GUIA PARA SESIONES DE AUTOTERAPIA
<p><i>1. Establecer el plan</i></p> <p>¿Cuáles son las cuestiones/situaciones importantes sobre las que debo pensar?</p> <p><i>2. Revisión de tareas para el hogar</i></p> <p>¿Qué aprendí?</p> <p>Si no hice las tareas ¿qué se interpuso (problemas prácticos, pensamientos automáticos)?</p> <p>¿Qué puedo hacer para aumentar la probabilidad de cumplir con las tareas esta vez?</p> <p>¿Qué debo hacer ahora como tarea?</p> <p><i>3. Revisión de la semana (s) anterior (es)</i></p> <p>¿Use herramientas de la terapia cognitiva, además de hacer la tarea?</p> <p>¿Hubiese sido mejor usar con más frecuencia herramientas de la terapia cognitiva?</p> <p>¿Cómo haré para recordar usarlas la próxima vez?</p> <p>¿Qué cosas positivas sucedieron durante la semana? ¿Por cuáles merezco darme crédito?</p> <p>¿Surgieron problemas? Si así fue, ¿Cómo los maneje? Si el problema vuelve a aparecer, ¿Cómo lo manejaré la próxima vez?</p> <p><i>4. Pensar en las situaciones/cuestiones problemáticas actuales</i></p> <p>¿Estoy viendo las cosas de manera realista? ¿Estoy reaccionando exageradamente?</p> <p>¿Hay otra manera de ver lo que sucede?</p> <p>¿Qué debería hacer?</p>

5. Predecir problemas que pueden ocurrir entre este momento y la próxima sesión.

¿Qué problemas pueden ocurrir en los próximos días o semanas?

¿Qué debería hacer si el problema aparece?

¿Ayudaría que me imaginara a mí mismo enfrentando el problema?

¿Qué hechos positivos tengo que esperar?

6. Fijar nuevas tareas.

¿Qué tareas serían útiles? Debo tener en cuenta:

- a. Completar RPD
- b. Controlar las actividades
- c. Programar actividades placenteras o satisfactorias.
- d. Trabajar sobre una jerarquía conductual
- e. Leer los apuntes de terapia.
- f. Practicar habilidades como la relajación.
- g. Hacer afirmaciones personales.

¿Qué comportamientos me gustaría cambiar?

7. Programar la próxima sesión de autoterapia

¿Cuándo será la próxima sesión? ¿Cuánto tiempo dejaré pasar?

¿Tendré sesiones regularmente cada semana/mes/trimestre

Anexo 14.**REGISTRO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS DISFUNCIONALES****(Judith S. Beck, 2000)**

Instrucciones: Cuando usted note que su estado de ánimo empeora, pregúntese: “¿Qué está pasando por mi mente en este momento?” y, tan pronto como sea posible, consigne por escrito el pensamiento o la imagen mental en la columna correspondiente a pensamiento automático.					
Día/Hora	Situación	Pensamiento (s) automático (s)	Emoción (es)	Respuesta adaptativa	Resultado
	1. ¿Qué acontecimientos reales, cadena de pensamientos, ensoñaciones o recuerdos lo llevaron a esa emoción desagradable? 2. ¿Qué sensaciones físicas perturbadoras experimentó (si hubo alguna)?	1. ¿Qué pensamientos y/o imágenes pasaron por su mente? 2. ¿En qué medida creyó en cada uno de ellos en ese momento?	1. ¿Qué emoción/es (tristeza, angustia, ira) sintió en ese momento? 2. ¿Qué grado de intensidad (0 a 100%) tenía cada emoción?	1. (Opcional) ¿Qué distorsión cognitiva produjo? 2. Utilizar las preguntas que aparecen al pie para componer una respuesta a los pensamientos automáticos.	1. ¿Cuánto cree usted ahora en cada pensamiento automático? 2. ¿Qué emoción/es siente actualmente? ¿Con qué grado de intensidad? 3. ¿Qué hará (o hizo)?

Preguntas para ayudar a componer una respuesta alternativa: 1) Cuál es la evidencia de que el pensamiento automático es verdadero? ¿Y de qué no lo es? 2) ¿Existe alguna otra explicación posible? 3) ¿qué es lo peor que podría suceder? ¿Podría soportarlo? ¿Qué es lo mejor que podría ocurrir? ¿Cuál es la alternativa más realista? 4) ¿Cuál es el efecto de creer en ese pensamiento automático? ¿Cuál podría ser el efecto de cambiar mi pensamiento? 5) ¿Qué debo hacer al respecto? 6) Si _____ (nombre de un amigo) se encontrara en esta situación y tuviese este pensamiento, ¿qué le diría?

Anexo 15.**CONSENTIMIENTO INFORMADO.**

INVESTIGADOR: Leidy Tatiana Castañeda Quirama.

DESCRIPCION DE LA PARTICIPACIÓN

Los estudio de caso, hacen parte de una de las metodologías empleadas en la investigación en psicología, y es de gran de utilidad desde un punto de vista aplicado, pues permite que los clínicos puedan transmitir sus experiencias de una forma sistemática, y a su vez, permite que otros psicólogos puedan entenderlas y discutirlos, lo que sin duda, contribuye al acercamiento entre teoría y práctica de la Psicología clínica.

Teniendo en cuenta la importancia de esta metodología, el estudio que será planteado a lo largo de este trabajo, es un estudio de intervención de caso, que pretende evaluar la efectividad de la Terapia Cognitiva como modelo de intervención del cual se desprenden estrategias terapéuticas dirigidas al mejoramiento de la sintomatología presentada por un paciente con Trastorno Adaptativo (caracterizado por una reacción de desajuste que es manifestado a partir de respuestas emocionales y conductuales, desarrolladas en respuesta a uno o más estresantes identificables).

Lo anterior se logrará a partir del uso de técnicas e instrumentos validados por la terapia cognitivo-conductual (Informes, autorregistro, formularios, entre otros). Además, se hará uso de entrevistas clínicas estructuradas como herramienta para la recolección de la información.

CONDICIONES ÉTICAS DE LA INVESTIGACIÓN

Dentro de las condiciones éticas para este estudio se encuentran las siguientes:

Secreto profesional: la investigación garantiza el anonimato del participante debido a la importancia y respeto a la dignidad y el valor del individuo, además el respeto por el derecho a la privacidad. El investigador se compromete a no informar en sus publicaciones el nombre del participante ni otra información que permitiese su identificación.

Derecho a la no participación: el participante, al estar informado de la investigación y procedimiento, tiene plena libertad para abstenerse de responder total o parcialmente las preguntas que le sean formuladas y a prescindir de su colaboración cuando a bien lo considere.

Derecho a la información: el participante podrá solicitar la información que considere necesaria con relación a los propósitos, procedimientos, instrumentos de recopilación de datos y la proyección y/o socialización de la investigación, cuando lo estimen conveniente.

Remuneración: los fines de la presente investigación son eminentemente formativos, académicos y profesionales y no tienen ninguna pretensión económica. Por tal motivo la colaboración de los participantes en ella es totalmente voluntaria y no tiene ningún tipo de contraprestación económica ni de otra índole.

Divulgación: la devolución de los resultados será presentada (por escrito u oralmente) a las instituciones participantes para que sean conocidos por la comunidad. Los resultados de la investigación serán divulgados al interior de la Universidad del Norte-Barranquilla

TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

y posiblemente en publicaciones. No obstante en estos procesos el secreto profesional se mantendrá sin que se pudiera dar lugar al reconocimiento de la identidad.

Acompañamiento: el investigador, contará con el acompañamiento permanente de un asesor en las diferentes etapas del proceso de investigación, quien brindara la asesoría teórica, metodológica y ética pertinente para la realización del trabajo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO**TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL: UN MODELO DE INTERVENCION EFICAZ
PARA LOS TRASTORNOS ADAPTATIVOS.**

Yo:

Certifico que he sido informado (a) con la claridad y veracidad debida respecto al curso y proceso de la investigación, sus objetivos y procedimientos. Que actuó consciente, libre y voluntariamente como participante de la presente investigación contribuyendo a la fase de recolección de la información. Soy conocedor (a) de la autonomía suficiente que poseo para abstenerme total o parcialmente las preguntas que me sean formuladas y a prescindir de mi colaboración cuando a bien lo considere y sin necesidad de justificación alguna.

Que se respetará la buena fe, la confidencialidad e intimidad de la información por mí suministrada, lo mismo que mi seguridad física y psicológica.

FIRMA PARTICIPANTE

C.C

FIRMA INVESTIGADOR

C.C