

**TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL EN UN PACIENTE CON TRASTORNO
DEPRESIVO PERSISTENTE**

Autora:

Alexandra María Betancur Hoyos

Directora:

Ana María Arias Zuleta



Maestría en Psicología -Profundización Clínica-

Universidad del Norte

Barranquilla

2020

Tabla de contenido

2. Justificación	5
3. Área problemática	7
4. Objetivos	11
4.1 General	11
4.2 Específicos	12
5. Marco teórico: Trastorno Depresivo Persistente	12
5.1 Trastornos del estado de animo	12
5.1.1 Antecedentes históricos	13
5.1.2 Definición conceptual trastornos del estado de animo	14
5.2.1 Criterios diagnósticos	16
5.3 Prevalencia	17
5.4 Curso y Desarrollo	18
5.5 Comorbilidad.....	20
5.6 Diagnostico diferencial	21
5.8 Evaluación.....	26
5.9 Intervención.....	27
6. Historia clínica del paciente	31
6.1 Historia del caso	31
6.1.1 Identificación del paciente	31
6.1.2 Queja principal	31
6.1.3 Historia del problema actual	31
6.1.4 Antecedentes psiquiátricos	32
6.1.4.1 Intentos suicidas	33
6.1.5 Historia social y personal	33
6.1.7 Historia medica	35
6.1.8 Observaciones sobre el estado mental.....	35
6.1.9 Diagnostico del DSM 5	35
6.2 Formulación del caso	38
6.2.1 Precipitantes	38
6.2.2 Enfoque transversal de las cogniciones y las conductas actuales.....	38
6.2.3 Enfoque longitudinal de cogniciones y comportamientos.....	39

6.2.4 Diagrama de conceptualización cognitiva.....	40
Datos Relevantes de la Infancia	40
Reglas/Creencias/Suposiciones Condicionales	41
6.2.5 Fortalezas	43
6.2.6 Hipótesis de trabajo.....	43
6.3 Plan de tratamiento.....	44
7 Descripción detallada de las sesiones	52
7.1 Sesión 1: Realización de un plan de seguridad, para evitar un intento suicida	52
7.1.1 Subjetivo	52
7.1.2 Objetivo.....	53
7.1.3 Evaluación mental	¡Error! Marcador no definido.
7.1.4 Desarrollo de la sesión	53
7.2 Sesión 2	54
7.2.2 Subjetivo	55
7.2.3 Objetivo.....	56
7.2.4 Evaluación mental	¡Error! Marcador no definido.
7.2.5 Desarrollo de la sesión	57
7.2.6 Plan.....	¡Error! Marcador no definido.
7.3 Sesión 4	58
7.3.1 Agenda.....	59
7.3.2 Subjetivo	59
7.3.3 Objetivo.....	60
7.3.5 Desarrollo de la sesión	60
7.3.5 Plan.....	¡Error! Marcador no definido.
7.4 Sesión 5	61
7.4.1 Agenda.....	62
7.4.2 Subjetivo	62
7.4.3 Objetivo.....	62
7.4.4 Evaluación mental	¡Error! Marcador no definido.
7.4.5 Desarrollo de la sesión	63
7.5 Sesión 9	63
7.5.1 Agenda.....	64
7.5.2 Subjetivo	64
7.5.3 Objetivo.....	64

7.5.4 Desarrollo de la sesión	65
7.5.5 Plan	¡Error! Marcador no definido.
8 Análisis del caso.....	65
9 Conclusiones	68
10 Bibliografía	71

Índice de tablas

Tabla 1 Plan de tratamiento. Fuente: Elaboración propia.....	49
--	----

Índice de ilustraciones

Ilustración 1 Genograma de A. Fuente: Construcción propia.....	35
--	----

1. Introducción

El presente trabajo, tiene como objetivo analizar por medio de un estudio de caso único el trabajo realizado con una paciente, con un diagnóstico de trastorno depresivo persistente, bajo el Modelo Cognitivo, desde su conceptualización y planificación, hasta la selección y aplicación de técnicas cognitivo-conductuales.

Para esto, inicialmente se hará una explicación de lo que es un caso único y la importancia del mismo para los profesionales de la salud mental y para las futuras investigaciones. Así mismo, se abordará la importancia de evaluar una paciente con depresión persistente, ya que como se verá dentro del trabajo, la mayoría de las investigaciones están centradas en la depresión mayor y para esto se mostrará toda una investigación del trastorno depresivo persistente, sus antecedentes, descripción, criterios diagnósticos, prevalencia, curso y desarrollo, comorbilidad y todos los aspectos relacionados a este.

Para finalmente, mostrar todo el trabajo realizado con la paciente, desde el modelo del instituto de Beck, dentro del cual se puede ver la coherencia de lo visto en la paciente y lo encontrado en la literatura.

2. Justificación

Álvarez (2006), toma diferentes definiciones de lo que es un estudio de caso, para finalmente dar su propio concepto “el estudio de caso carece de especificidad, pues puede ser utilizado desde cualquier campo disciplinario, y puede utilizarse para dar respuesta a cualquiera de las interrogantes que orienten la indagación”. (Álvarez, 2006, p.9)

Según Buela-Casal y Sierra (2002), para las investigaciones en psicología se utilizan diferentes métodos, uno de los más significativos son los estudios de casos, resultan útiles ya que los psicólogos clínicos pueden transmitir dentro de estos la experiencia que tuvieron en el proceso terapéutico, de este modo otros psicólogos pueden acceder a esta información, debatirla, utilizarla en sus propios casos y buscar nuevas investigaciones.

En los trabajos de investigación, existen unas normas que difícilmente pueden ser aplicadas a los estudios de casos, y es por ello que estos mismos autores proponen unas normas en donde la experiencia se pueda transmitir de manera universal.

Se proponen 12 apartados que permiten una mejor descripción y comprensión del caso: Resumen, identificación del paciente, análisis del motivo de la consulta, historia del problema, establecimiento de las metas del tratamiento, análisis y descripción de las conductas problema, estudio de los objetivos terapéuticos, selección del tratamiento más adecuado, selección y aplicación de las técnicas de evaluación y análisis de los resultados obtenidos en esta fase, aplicación del tratamiento, evaluación de la eficacia del tratamiento, seguimiento y observaciones de cualquier tipo que ayuden a la descripción del caso. (Buela-Casal & Sierra, 2002, p.525).

Según Álvarez (2006), la utilización de los casos únicos se justifica por varios motivos. Inicialmente tiene un carácter crítico, lo que da la posibilidad de ampliar un conocimiento, validarlo, transformarlo o debatirlo. Tiene un carácter de unicidad lo que permite estudiar a un sujeto en particular y como último un caso único tiene un carácter revelador, esto debido a que en ese caso el clínico tiene la posibilidad de observar un fenómeno y publicar datos que se desconocían.

Este estudio de caso se hará bajo el modelo del instituto de terapia cognitiva, ya que este da unas normas claras en donde el estudio y entendimiento del caso único se facilita. Por medio de este modelo se pueden identificar todos los aspectos relevantes para el caso y se logra ver una secuencia específica del mismo.

Después de lo descrito anteriormente es clara la importancia de los estudios de caso para el área de psicología, en este caso específico se verá el trabajo realizado con una paciente que tiene un diagnóstico de depresión persistente hace tres años, la presentación de este caso clínico dará conocimientos y herramientas a otros profesionales del área de la salud mental, a estudiantes y a la población en general que quiera tener un acercamiento a esta patología.

Para este trabajo se utilizarán los modelos de terapia cognitiva propuestos por Beck (1979) y Young (2003), pues ambas posturas teóricas dieron luces importantes en la estructuración del caso pues permitieron ver como la paciente desde temprana edad comenzó a vivir varias experiencias tóxicas que fueron configurando su procesamiento de información, con una serie de esquemas, creencias intermedias y una creencia central.

El entendimiento de esto ayudo a que se lograra formular todo el caso y la intervención del mismo con técnicas específicas que ya cuentan con una evidencia empírica.

3. Área problemática

El presente trabajo se realiza bajo la mirada de la psicología anormal, esta habla y estudia los trastornos psicológicos, los cuales se han intentado explicar desde el inicio de la vida del ser humano. Sarason y Sarason (2006), hacen un rastreo histórico en donde muestran como la psicología anormal ha evolucionado a lo largo de los años, en donde antes se entendía la psicopatología como castigos de los dioses o espíritus malignos, hasta el concepto que se tiene

hoy en día, donde es vista como una “disfunción psicológica de un individuo asociada con la angustia o con impedimentos en el funcionamiento y con una respuesta que no es característica o no se espera culturalmente” (Barlow y Durand, 2000).

“Un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su funcionamiento mental. Habitualmente, los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o a discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes. Una respuesta predecible o culturalmente aceptable ante un estrés o una pérdida, tal como la muerte de un ser querido, no constituye un trastorno mental. Los comportamientos socialmente anómalos y los conflictos existentes principalmente entre el individuo y la sociedad no son trastornos mentales, salvo que la anomalía o el conflicto se deba a una disfunción del individuo como las descritas anteriormente” (APA, 2014)

Estos criterios diagnósticos son importantes para tener entre los profesionales de la salud mental un lenguaje universal, además teniendo un diagnóstico claro se puede dar un tratamiento efectivo al paciente. Es importante resaltar que no todos los pacientes cumplen con los criterios diagnósticos de un trastorno mental, sin embargo, sus síntomas sirven como guía para que el clínico trabaje bajo la mirada de algún tratamiento.

Este trabajo también está enmarcado bajo la terapia cognitiva, en donde uno de sus principales teóricos es Aaron Beck, quien desarrolló el modelo cognitivo de la Depresión, el autor comienza su desarrollo con bases psicoanalíticas, sin embargo, su intención era poder tener evidencia empírica; comenzó trabajos experimentales en donde buscaba demostrar la hipótesis psicoanalítica en la cual el paciente deprimido canalizaba su ira hacia sí mismo y disfrutaba del

sufrimiento, sin embargo los resultados que fue obteniendo de estos trabajos, hicieron un cambio en su postura teórica, Beck (1979) “Me llevaron a evaluar de un modo crítico la teoría psicoanalítica de la depresión y, finalmente toda la estructura del psicoanálisis” (citado en Beck, 2010. p. 8), encontró que los pacientes depresivos tenían algo en común y era una serie de pensamientos negativos, que a su vez generaban malestar emocional significativo.

Fue en este punto donde comenzó a evidenciar que más allá de una ira interna hacia sí mismos, eran pacientes con distorsiones cognitivas, formando un nuevo concepto de psicopatología, dentro de este, el ser humano tiene un procesamiento de información que se crea desde los primeros años de vida y comienza a formar el concepto de sí mismo, del mundo y de los demás, pero en este procesamiento aparecen distorsiones y errores cognitivos.

El paciente depresivo distorsiona sistemáticamente sus experiencias en una dirección negativa. Se encontró que el paciente depresivo tiene una visión global negativa de sí mismo, del mundo, y del futuro, que quedaba expresada dentro de un amplio rango de distorsiones cognitivas negativas. A medida que aumentaba la evidencia en apoyo del papel preponderante de las distorsiones cognitivas, intenté minimizar la sintomatología depresiva del individuo. (Beck et al., 2010, p.9)

Dentro de este modelo se postulan tres conceptos específicos “(1) la tríada cognitiva, (2) los esquemas, y (3) los errores cognitivos” (Beck et al., 2010, p.19). La triada cognitiva se refiere a esa visión global negativa mencionada anteriormente, lo que hace que el individuo se menosprecie, tenga minusvalía, tiende a personalizar las experiencias negativas, asumiéndolas como errores propios, en segundo lugar hace que vea el mundo cargado de situaciones negativas, donde cada vez tiene más obstáculos casi imposibles de superar y por último pensar en el futuro

resulta algo desesperanzador y agobiante, ya que su procesamiento de información le dice que sus metas o proyectos serán algo inalcanzable.

El segundo concepto del modelo cognitivo habla de los esquemas, estos son significados que la persona empieza a configurar desde temprana edad, con los cuales forma el concepto de sí mismo y del mundo, dando sentido a las diferentes situaciones que le pasan. (Rivadeneira, Dahab, & Minisi 2013). Según Beck (2006) “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, 2006, p. 23)

Uno de los trastornos mentales más comunes son los depresivos, dentro del DSM 5 se tienen en cuenta el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, el trastorno de depresión mayor, la distimia, el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo inducido por una sustancia, trastorno depresivo debido a otra afectación médica, otro trastorno depresivo especificado y no especificado.

Para el presente trabajo, se abordará una paciente con un diagnóstico trastorno depresivo persistente (distimia), el cual hace parte de los trastornos del estado de ánimo. Baena, Sandoval, Urbina, Juárez y Villaseñor (2005) hacen referencia al significado de estado de ánimo en donde este puede ser normal, elevado o deprimido. Habitualmente las personas experimentan un amplio abanico de estados de ánimo y de expresiones afectivas. La gente siente que tiene cierto control sobre su estado de ánimo. En los trastornos del estado de ánimo se pierde esta sensación de control y se experimenta un malestar general. (p.3)

La prevalencia durante 12 meses es del 0,5% en estados unidos para el trastorno persistente y para el trastorno depresivo mayor crónico del 1,5% tiene como característica principal los síntomas depresivos durante un periodo mínimo de dos años. (APA 2014)

Este trastorno comienza normalmente de manera temprana, podría estar encubierto, dado que los síntomas comienzan de una manera sutil y las personas pueden comenzar a atribuirlos como propios, son crónicos y el comienzo temprano puede abrir la puerta a la comorbilidad de trastornos de personalidad y abuso de sustancias.

Los factores que ayudan a determinar el pronóstico del trastorno son a nivel temperamental, como el afecto negativo, la gravedad que tengan los síntomas y la comorbilidad que exista con trastornos de ansiedad y de conducta, a nivel ambiental la separación de los padres o la pérdida de estos actúan como un factor de riesgo y a nivel genético y fisiológico “es probable que los pacientes con trastorno depresivo persistente tengan una mayor proporción de familiares de primer grado con dicho trastorno, que los pacientes con trastorno depresivo mayor, y que tenga más trastornos depresivos en general” (APA 2014)

4. Objetivos

4.1 General

Analizar por medio de un estudio de caso único, el trabajo realizado con una paciente, con un diagnóstico de un trastorno depresivo persistente, bajo el Modelo Cognitivo, desde su conceptualización, planificación hasta la selección y aplicación de técnicas cognitivo-conductuales.

4.2 Específicos

- Identificar factores psicológicos (cognitivos, emocionales y conductuales) que se asocian a trastorno de depresión persistente.
- Realizar la conceptualización y formulación de un caso clínico, desde el modelo cognitivo conductual.
- Mostrar la relación que existe entre lo encontrado en la literatura bajo el modelo cognitivo conductual y lo encontrado en el caso en sí mismo.

5. Marco teórico: Trastorno Depresivo Persistente

5.1 Trastornos del estado de animo

Los trastornos depresivos son trastornos del estado de ánimo, estos incluyen varios trastornos como, Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, Trastorno depresivo mayor, Trastorno depresivo persistente o antes conocido como distimia, Trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento, Trastorno depresivo debido a otra afección médica, otro trastorno depresivo especificado y otro trastorno depresivo no especificado. Como todos estos trastornos hacen parte de los trastornos depresivos tiene una característica común y es un estado de ánimo de tristeza, irritabilidad o vacío, también presentan cambios tanto cognitivos como somáticos, que llegan a tal punto que afectan las áreas de funcionamiento del sujeto, generando gran malestar, sin embargo el trastorno depresivo mayor y el trastorno de depresión persistente, son los que se asemejan más en su sintomatología, pero se diferencian en la aparición de los síntomas, la duración y la manifestación de estos. (APA, 2014).

5.1.1 Antecedentes históricos

Los trastornos del estado de ánimo han existido y acompañado al ser humano en su historia, así lo muestran Sandoval, Urbina, Helen & Villaseñor (2005) en un pequeño rastreo que hacen de algunos registros que hablan de estados depresivos.

Es el caso de la historia del rey Saúl en el viejo testamento y la del suicidio de Ajax en la *Ilíada* de Homero que describen síndromes depresivos. Aproximadamente en el 400 A.C. Hipócrates utilizó los términos de manía y de melancolía para describir los trastornos mentales. Cerca del año 30 D.C. el médico romano Aulus Cornelius Celsus en su texto *De re medicina*, describió el concepto de la melancolía utilizado por los griegos (Melan-negra y Cholé-bilis) como una depresión causada por la bilis negra. En 1686 Bonet describió una enfermedad mental a la que llamó maniaco-melancholicus. En 1854 Jules Falret llamó folie circulaire, a una patología en la que el paciente experimentaba de forma cíclica estados depresivos y maníacos. (p.3)

El termino depresión también tiene su historia, la literatura muestra que surgió a mediados del siglo XIX, “para referirse a una alteración primaria de las emociones cuyos rasgos más sobresalientes reflejaban menoscabo, inhibición y deterioro funcional” (Botto, Acuña & Jiménez., 2013. p.1298)

Por otro lado, la palabra *distimia* (como se le llamaba anteriormente a la depresión persistente) viene del griego y tiene un significado de estado de ánimo defectuoso o enfermo y comenzó a aparecer en 1980. (Ortega y Ortiz., 2013)

Así mismo, desde mediados de los 60' se cuenta con estudios que muestran la existencia de una continuidad de las manifestaciones del espectro afectivo que irían desde la distimia, hasta los trastornos bipolares. (Botto, Acuña y Jimenez., 2013)

Ey. (1980) hace una descripción de la depresión como un enlentecimiento psicológico, los pacientes con depresión tienen dificultad en la capacidad y procesos cognitivos, lo que lleva a reducir el campo de la conciencia y los intereses del sujeto, tiene cansancio cognitivo y físico, la persona se aísla socialmente y tiene enlentecimiento motor, lo que lo lleva a presentar síntomas somáticos.

5.1.2 Definición conceptual trastornos del estado de ánimo

El estado de ánimo de un sujeto puede ser normal, elevado o deprimido, no solo se manifiestan en diferentes intensidades, también con diferentes emociones y expresiones afectivas. Por lo general el sujeto siente que tiene el control sobre lo que siente, en los trastornos del estado de ánimo ocurre que esta sensación de control se pierde, generando malestar y posibilitando que las áreas de funcionamiento se vean afectadas, por lo que pueden comenzar a tener problemas a nivel de pareja, laboral, social, entre otras. (Ortega y Ortiz, 2013).

La depresión es entonces una enfermedad en donde el estado de ánimo de la persona responde de manera diferente ante situaciones que se presentan en la vida. Su frecuencia en todo el mundo es alta y se calcula que 300 millones de personas la padecen. Dependiendo de la intensidad de los síntomas y la afectación que la persona tiene en su vida, puede generar diferentes problemáticas, en los casos más graves, se puede llegar hasta el suicidio, cada año se

suicidan cerca de 800.000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en personas entre los 15 y 29 años. (OMS, 2017).

En la depresión también es característico que las personas tengan una sensación de cansancio y un sentimiento de tristeza, se comienzan a aislar socialmente, su rendimiento físico también puede comenzar a verse afectado, lo que se ve reflejado en otros aspectos de la vida. La persona con depresión tiene pensamientos negativos frente a sí mismo, el mundo y el futuro, estos síntomas pueden variar en intensidad, gravedad, en el curso y el desarrollo y tienen como característica una alta reactividad a los acontecimientos de la vida. Es importante tener en cuenta que entran a jugar factores biológicos, psicológicos y sociales en la conformación de la patología. (Baringoltz., s.f).

5.2 Trastorno Depresivo Persistente

El presente caso será centrado y desarrollado en la depresión persistente o bien conocida como distimia, toda vez que es el diagnóstico que la paciente tiene, este trastorno tiene como característica su cronicidad, ya que dura dos años o más y puede repetirse durante varias veces en la vida, es por esto común que las personas que la padecen pueden ignorar que tienen una enfermedad o que su estado de ánimo está afectado, ya que desde una edad temprana empiezan a ver cambios en su afecto y empiezan a confundir esto con rasgos de su personalidad, cambios de humor y la asumen como parte de su vida, haciendo que con esto que se mantenga a lo largo del tiempo. (Ortega y Ortiz, 2013). Esto hace que la distimia se convierta en todo un reto para los profesionales del área de la salud mental, pues dentro de este proceso terapéutico se le debe hacer

psicoeducación y trabajar por la introspección de la enfermedad, externalizando la patología del paciente y ayudándolo a que no la asuma como inherente a él. (Rosique y Sanz., 2013).

Debido a dicha cronicidad, las áreas del funcionamiento de la persona se ven afectados, presentan alteraciones en los procesos afectivos y cognitivos que afectan su comportamiento y una de las consecuencias más graves es el intento suicida, en estos pacientes se identificó que el estado neuropsicológico de los procesos cognitivos básicos está alterado, mostrando un posible daño en el sistema nervioso central (Taset, 2016).

5.2.1 Criterios diagnósticos

En el trastorno depresivo persistente, el sujeto durante un mínimo de dos años, tiene un estado de ánimo deprimido la mayor parte del tiempo y tiene dos o más de los síntomas como; Insomnio o hipersomnias, sentimiento de desesperanza, poco apetito o sobrealimentación, poca energía o fatiga, poca concentración o dificultad para toma de decisiones y baja autoestima. Es importante resaltar que durante estos dos años no se debe de haber tenido un estado de ánimo estable en un período de dos meses. En la historia psiquiátrica del paciente no puede haber existido episodios de manía o hipomanía y durante el tiempo de la distimia si puede haber ocurrido uno o varios episodios depresivos mayores. Igual que en todos los trastornos el clínico debe evaluar que el sujeto realmente presente un deterioro en el funcionamiento (APA, 2014)

Irastorza (2001), plantea que se pueden ver dos tipos de trastorno distímico: el esporádico, con un 85% de los casos, en el que el paciente tiene más días deprimidos que no, no hay eutimia sostenida de más de 2 meses, ni tampoco se dan síntomas depresivos durante 2 semanas o más. Son pacientes cuyo estado de ánimo cambia de deprimido a normal de forma

esporádica. El otro tipo de distimia es menos frecuente: más crónico, con síntomas depresivos todos los días, pero sin ser una depresión mayor; de los 5 síntomas mínimos que requiere ésta para diagnosticarse así, la distimia como mucho sólo tiene 4 síntomas.

Si el diagnóstico se hace dentro del parámetro del DSM 5 existe una serie de especificadores para la depresión persistente, que se deben tener en cuenta, además de los síntomas clínicos mencionados anteriormente. Se debe evaluar si durante el trastorno existen síntomas de ansiedad, mixtos, melancólicos, atípicos, psicóticos congruentes y no congruentes al estado de ánimo. También es importante mirar el número de síntomas que cumple de la característica anterior, para saber la gravedad actual (leve, moderado o grave). Se evalúa si el trastorno tuvo un inicio temprano, antes de los 21 años o tardío, después de esta edad, si actualmente está en remisión parcial o total y por último se evalúan si es el trastorno se presenta con síndrome distímico puro, con episodio de depresión mayor persistente, con episodios intermitentes de depresión mayor, con episodio actual o con episodios intermitentes de depresión mayor, sin episodio actual (APA, 2014)

5.3 Prevalencia

La prevalencia del trastorno depresivo persistente en Estados Unidos es mayor en grupos de jóvenes (18 y 29 años) que de adultos mayores (60 años o más), contando con un 0,5% de personas con este trastorno (APA, 2014).

Así mismos estudios epidemiológicos muestran que, en términos de prevalencia de seis a doce meses el 3,3% de la población presenta un trastorno distímico (Vázquez et al., 2005), este dato lo corroboran otro estudio, en donde se encontró una prevalencia vital del < 3%, en hombres una tasa de 2.6% y en mujeres del 4,6% identificaron además que la distimia tiene la prevalencia más alta de los trastornos afectivos. Es difícil que estos sujetos busquen ayuda profesional y

puede estar relacionado con el nivel leve de los síntomas y la falta de conocimiento del individuo y la Sociedad ante este tipo de trastornos “solo el 41% había recibido alguna forma de farmacoterapia, y solo el 56% había recibido psicoterapia, lo que demuestra el tratamiento insuficiente de este trastorno.” (Griffiths, Ravindran, Merali & Anisma, 2000).

En Colombia se realizó un estudio para identificar el impacto en las víctimas de la violencia armada en Bojayá, una de las zonas más afectadas por la Guerra de este país, se identificó que la población con distimia era de un 16% (Londoño, Muñiz, Correa, Patiño, Jaramillo, Raigoza, Toro, Restrepo, Carlos Rojas, 2005)

Por otro lado, Ese realizó un estudio en una universidad colombiana, entre los consultantes al servicio de psicología, identificando que el 15,8% de las mujeres y el 4,3% de los hombres tenían una depresión persistente (Hurtado, H. Sánchez, V. Bedoya, L; Londoño, N; Juárez, F.; Marín, C.; Muñoz, O; Agudelo, D; Gómez, Y. 2011)

En la ciudad de Medellín, realizaron el primer estudio de salud mental de su población, para este estudio se tuvo la participación de la Universidad CES, la Universidad de Harvard y la secretaria de Salud de Medellín, el resultado obtenido de la prevalencia de vida para el diagnóstico de depresión persistente en esta población fue de un 0,60% para los hombres y un 0,90% para las mujeres, así mismo la prevalencia anual para el primer genero fue de un 0,20% y para el segundo de 0,69%. La mayor población se sitúa entre los 30 y 44 años (1,01%), seguida del rango de 45 a 65 años (0,83%) y de 19 y 29 años (0,79%) (Alcaldía de Medellín, 2012)

5.4 Curso y Desarrollo

Respecto al curso y desarrollo de este trastorno, se identifica que puede tener un inicio temprano, quiere decir en la infancia o adolescencia y tiene comorbilidad con algunos trastornos

de personalidad, lo que es una vulnerabilidad para el sujeto para comenzar con conductas nocivas como el abuso de sustancias.

El desequilibrio neuroquímico es un factor importante ya que aumenta la probabilidad de la aparición del trastorno y este se puede deber a las experiencias estresantes. De este modo se encuentra relación en el curso y pronóstico de la distimia y los sucesos estresantes en la infancia. “Se considera que tres grandes sistemas en el cerebro tienen relación o se afectan: a) el eje hipotálamo-pituitario-adrenal y el sistema del factor liberador de corticotropina (CRF); b) el hipocampo, y c) el sistema noradrenérgico” (Jiménez et al., 2013. p.213)

Por otro lado, debido a la cronicidad de la depresión persistente, las diferentes áreas de la vida de la persona comienzan a verse afectadas, como su salud física, la interacción social, la vida en pareja, el estudio o el trabajo y por ende también la de las personas que son cercanas a estas personas.

Ello se refleja en estudios que han encontrado deterioro de la calidad de vida en pacientes con distimia, altos niveles de discapacidad, mal ajuste social y pobre ajuste marital en comparación con adultos sanos o personas con otras enfermedades crónicas como hipertensión o diabetes mellitus. (Jiménez et al., 2013. p.215)

Este desgaste físico y emoción, puede tener grandes secuelas, tal y como lo manifiesta Torrez (2010) donde muestra que la depresión mayor y la persistente se pueden ver como una condición previa a la ideación suicida, lo que convierte esta enfermedad en un tema de salud importante, pues sus consecuencias podrían ser irreparables, aún más si se tiene en cuenta que el 79% de los adolescentes entre los 12 y 19 años ha sufrido alguna vez de depresión. (citado en Corcuera y Iglesias., s.f. p.4)

Los pacientes que tienen distimia tienen algunos factores que pueden hacer una predisposición a que su pronóstico empeore y se cronifique, a nivel temperamental cuando tienen afectividad negativa, trastornos de ansiedad, de conducta y se identifica mayor deterioro en las áreas de funcionamiento, a nivel ambiental cuando en la infancia uno de los padres o ambos murieron o se separaron, a nivel genético se puede ver en varios pacientes con este trastorno, que familiares de la primera línea también los tienen y que presentan mayor posibilidad de presentar otros trastornos depresivos (APA, 2014).

5.5 Comorbilidad

El trastorno depresivo persistente, presenta una alta comorbilidad con el trastorno depresivo mayor, la primera es crónica y con unos síntomas de menor intensidad, además es más común síntomas cognitivos y emocionales, sobre síntomas vegetativos y psicomotores como en la depresión mayor. “En la distimia se observa baja autoestima, anhedonia, fatiga, irritabilidad y pobre concentración, mientras que en la depresión mayor se presentan más problemas de apetito, libido y agitación o retardo” (Jiménez et al., 2013. p.215)

La comorbilidad que presenta la distimia puede ser con varios síndromes y esto está relacionado o con la similitud entre trastornos o con mecanismos biológicos comunes, por ejemplo, con las enfermedades medicas se puede desatar una depresión persistente, también se puede encontrar que la distimia sea el resultado secundario de trastornos de la personalidad o de ansiedad o que la aparición de la distimia, sea la que active estos trastornos. (Jiménez et al 2013).

La depresión y las enfermedades neurológicas tienen una comorbilidad importante, en el caso específico de la demencia, se realizó un estudio con personas de edad avanzada y demencia, el 25% de los pacientes tenían depresión, se identificó que este trastorno como antecedente o

enfermedad actual no es un factor para un mal pronóstico en los pacientes remitidos al neurólogo por posible deterioro cognitivo. (Cenalmor et al., 2017)

5.6 Diagnóstico diferencial

El trastorno con el cual se debe hacer inicialmente un diagnóstico diferencial, es con el trastorno depresivo mayor, tanto este como el persistente, hacen parte del espectro de los trastornos del estado de ánimo, el síntoma base de los dos es un estado de ánimo deprimido, para el primer trastorno se requiere de una duración mínima de dos semanas, para el segundo una duración mínima de dos años. Aunque los síntomas de la depresión mayor pueden ser más fuertes en un corto tiempo, si se diagnostica y trabaja a tiempo, los resultados son esperanzadores, sin embargo, en la depresión persistente se podrían tener síntomas más leves, pero con un nivel de cronicidad en el tiempo, que ya han generado un desgaste y sufrimiento a la persona significativo, lo que hace en ocasiones que se tenga una visión desesperanzadora del proceso terapéutico (Moch, 2011)

Jiménez, Gallardo, Villaseñor & González (2013) citan a E. Requena y destacan las similitudes y diferencias del trastorno depresivo persistente y el mayor, ya que “tienen síntomas en común, comparten un deterioro funcional importante y bases biológicas comunes, incluidas la predisposición genética y la calidad de la respuesta a los antidepresivos. (Jiménez et al 2013).

Un duelo puede tener reacciones emocionales parecidas a una depresión, sin embargo, estas se explican por la pérdida que la persona sufrió, podría ocurrir que el sujeto atravesase por un duelo y al tiempo tenga un episodio depresivo. Los síntomas principales de un duelo normal son la sensación de pérdida y vacío, estas emociones van disminuyendo en intensidad y también

pueden ir acompañadas por momentos de emociones positivas, la autoestima podría verse sin afectación, existen cogniciones negativas, pero están relacionadas con la pérdida, en la depresión los síntomas principales son un estado de ánimo triste y constante y/o anhedonia, estas son duraderas y pueden ir empeorando con el tiempo, la autoestima se ve afectada y existen cogniciones constantes de autocrítica y catastrofización general, para esto es el clínico quien debe determinar si su reacción emocional es patológica o normal (APA, 2014).

Por otro lado, la depresión persistente, también tiene diagnóstico diferencial con trastornos psicóticos y con trastorno depresivo o bipolar inducido por sustancias de un medicamento. Para el primero cabe resaltar que los síntomas depresivos son un rasgo común que se asocia a los trastornos psicóticos crónicos (p. ej., el trastorno esquizoafectivo, la esquizofrenia, el trastorno delirante). No se hace un diagnóstico distinto de trastorno depresivo persistente si los síntomas ocurren durante el curso del trastorno psicótico (incluidas las fases residuales), en el segundo diagnóstico el trastorno depresivo o bipolar inducido por sustancias/medicamentos el indicador que los distingue es que existe un medicamento, toxina o sustancia que es la encargada de la aparición del trastorno. (APA, 2014).

5.7 Teorías explicativas

En la literatura se encuentran las teorías explicativas de la depresión, pero estas no hacen la distinción entre una depresión mayor y una depresión persistente, así mismo se encuentra que hablan de ambas depresiones, lo que da lugar a que estas teorías hacen parte de ambas depresiones, toda vez que la característica diferenciadora es la cronicidad de la distimia.

Teoría cognitiva: Esta teoría fue realizada Aaron Beck, dentro de esta se propone que un paciente con depresión, tiene una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro, a esto se le llamo triada cognitiva, esto está guiado por un esquema, que es un patrón cognitivo estable que tiene la capacidad de distorsionar la información del sujeto y finalmente esto es mantenido por los errores en el procesamiento de la información (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1983).

Diátesis- estrés: Este es uno de los modelos más utilizados para explicar la aparición de depresión. Dentro de este modelo se habla que existen factores de vulnerabilidad psicológica, que es la Diátesis, esta de manera activa y permanece oculta en la persona, en este sentido no causa malestar y no es algo fácil de identificar, pero al estar en contacto con situaciones estresantes pueden detonar el trastorno afectivo. (Vásquez, et al., 2010).

Según el modelo de Beck, esta Diátesis son los esquemas depresógenos, quiere decir vulnerabilidades a nivel cognitivo, son entonces filtros de información que quedan en la persona y son activados cuando hay una interacción con una situación estresante, que hace resonancia con dicha vulnerabilidad, dando aparición a una depresión que si continua en el tiempo, será una depresión persistente. Es entonces también este el motivo por el cual dos personas pueden estar bajo la misma situación estresante, pero no ambas desarrollar una distimia (Belloch, Sandín & Ramos, 2009).

Por otro lado, es importante resaltar que lo que se hereda es la vulnerabilidad (diátesis), pero no el trastorno como tal. En estudios genéticos no sólo se ha constatado que no existe un modo claro de transmisión genética, sino también que la mayor contribución a la varianza corresponde a los factores ambientales. (Belloch, Sandín & Ramos, 2009).

Desesperanza o teoría de depresión por desesperanza: Esta teoría propone que las personas que tienen una vulnerabilidad cognitiva y por ende tienden a hacer atribuciones negativas de los acontecimientos, tienen una posibilidad más alta de desarrollar una depresión que las personas que no tienen esta vulnerabilidad (Abramson, L. 1997)

Disminución de Reforzadores: Esta teoría plantea que la persona que tiene un acontecimiento potencialmente evocador de un trastorno depresivo, esto interrumpe las conductas normales en la mayoría de las áreas de funcionamiento y por ende los reforzadores de estas tienen una disminución importante, comienza entonces a tener una disminución mayor de sus conductas y empiezan a aparecer los síntomas depresivos (Lewinsohn, Gotlib & Hautzinger, 1997). Lewinsohn, Gotlib y Hautzinger, 1997).

Teorías biológicas: Muestran cómo la base de la depresión se encuentra en los genes o en un error en el funcionamiento fisiológico que podría ser heredado o no. Baena, et al (2005) muestran cómo la herencia tiene un papel importante en la depresión, por ejemplo, con estudios de gemelos que dejan claro que para los trastornos bipolares o para la depresión unipolar la herencia juega un papel importante “Los estudios de las familias también demuestran que mientras más joven sea la persona cuando ocurre la primera depresión, más probable es que sus parientes también experimenten periodos de depresión”. (Baena et al., 2005. p.4)

“Por otro lado, se ha demostrado que los pacientes con depresión también presentan anomalías volumétricas en el hipocampo, la amígdala, el estriado ventral y regiones corticales como la corteza cingulada anterior, la corteza orbitofrontal y la corteza prefrontal”. (Jiménez et al., 2013. p.14)

Teorías bioquímicas: Cabe la probabilidad que exista una falla en algunos neurotransmisores químicos en lugares particulares del cerebro, lo que llevaría a sufrir de depresión, dentro de los aspectos bioquímicos Baena, et al (2005) hablan de dos teorías, la teoría de las catecolaminas, donde en la depresión puede haber una deficiencia y la hipótesis de desensibilización, la cual muestra una sensibilidad en algunos receptores de catecolaminas por parte de las personas que sufren de depresión. (Baena et al., 2005)

Experiencias estresantes: Estas inician cambios neuroquímicos que posibilitan el aumento en la vulnerabilidad del trastorno depresivo. Parece ser que la experiencia de situaciones traumáticas en la infancia tiene una relación directa con el curso y el pronóstico del trastorno de depresión persistente “se considera que tres grandes sistemas en el cerebro tienen relación o se afectan: a) el eje hipotálamo-pituitario-adrenal y el sistema del factor liberador de corticotropina (CRF); b) el hipocampo, y c) el sistema noradrenérgico (Jiménez et al., 2013)

Teorías de género: Muestran que un factor importante para desarrollar una distimia tiene que ver con el género, se ha mencionado anteriormente diferentes estudios dentro de los cuales las mujeres tienen una mayor prevalencia que los hombres, esta teoría explica que las mujeres tienen unos cambios hormonales relacionados con embarazos, ciclo menstrual, síndrome premenstrual, menopausia, embarazo y recuperación de este (Granja, 2013).

5.8 Evaluación

Dentro de la evaluación de un paciente con un estado de ánimo depresivo, es fundamental analizar el tipo de personalidad que este tiene, ya sea que presente rasgos que lo sitúen bajo un estilo o bajo un trastorno de personalidad, toda vez que las creencias y las distorsiones que presenten dentro del trastorno afectivo estas relacionadas con su estilo de personalidad. Así mismo no se encuentran diferencias significativas en el tipo de depresión, respecto de los contenidos esquemáticos de cada sujeto, “Esto confirma la hipótesis causal de las teorías sobre la depresión del Modelo de la Terapia Cognitiva sobre la influencia de los esquemas en la activación sintomática de la depresión, sin diferenciación diagnóstica.” (Londoño & Ramírez, 2005. p.104)

Inventario de Depresión de Beck segunda edición, BDI II (1987): Este es un autoinforme que tiene como objetivo medir síntomas depresivos, a partir de 21 ítems. La suma de los puntajes dados a cada ítem se suma, si el resultado esta entre 0-13 es considerado mínimo, 14, 19 leve 20-28 moderado y si esta entre 29-63 se considera severo.

Diarios conductuales: Esta es una técnica en donde el paciente, registra las actividades diarias que realiza, así mismo registra en una escala del 0 al 5, dominio y agrado, donde la primera habla de la facilidad de la tarea y la segunda de lo placentero que fue. Esto permite que el clínico vea de una manera más objetiva la realidad y cotidianidad del paciente, ya que por la triada cognitiva tienden a ver magnificar las situaciones (Beck, 2013).

El Inventario de Ansiedad de Beck BAI: Aunque se están buscando síntomas de tristeza, la depresión tiene también síntomas ansiosos, por lo que es importante evaluarlos. Es test autoadministrado que mide la ansiedad en adolescentes y niños, por medio de 21 ítems donde cada uno tiene una puntuación de 0 a 3, se debe hacer la suma de cada ítem y sacar un

valor total, si este está entre 0 y 7 se interpreta como un nivel mínimo de ansiedad, de 8 a 15 como leve, de 16 a 25 como moderado y de 26 a 63 como grave.

Escala de Hamilton: Es una escala que cuenta con 21 ítems, cada uno de ellos evalúa un síntoma de la depresión, también se encuentra una escala con 17 ítems, la cual está traducida al español y para esto se califica de 0 a 2 en unos casos y de 0 a 4 en otros. Cada resultado del ítem se suma y dará el resultado final de la prueba, para ambas versiones la totalidad es de 52 puntos y los resultados se leen de la siguiente manera, 0-6 Sin Depresión, 7-17 Depresión ligera, 18-24 Depresión moderada y 25-52 Depresión grave (Hamilton M. 1960)

5.9 Intervención

Hay varios modelos que explican el trastorno depresivo, entre ellos, el de Desesperanza Aprendida, el Socioambiental, el de Autorreforzamiento y el Cognitivo son los más destacados, cada modelo tiene una forma de intervenir, sin embargo, hoy se han unificado y se puede encontrar en la bibliografía varios modelos cognitivos de la depresión, dentro de estos el más nombrado está diseñado por el autor Aaron Beck con la denominación “terapia cognitiva” (Rivadeneira, et al., 2013)

La terapia cognitiva conductual se utiliza para el trastorno depresivo persistente, igual que para el trastorno depresivo mayor, pero se debe tener en cuenta que, debido a la cronicidad del primero, el tiempo de tratamiento será más prolongado, ya que las creencias distorsionadas estarán más arraigadas (Hollon, Thase, & Markowitz, 2002)

La distimia ocupa un lugar importante dentro de las patologías que conducen al suicidio, se considera se debe a que no todos los pacientes son buenos respondedores a las terapéuticas con que cuenta la medicina, entre el 8 y el 15% de

ellos responden inadecuadamente, esta respuesta antidepresiva entendida como inesperada, insatisfactoria o insuficiente, define el concepto de Respuesta Antidepresiva Inadecuada (RAI), la cual se manifiesta de dos formas: el paciente se mejora antes del tiempo típico esperado y/o el paciente no mejora en el tiempo que se suponía iba a mejorar. (Álvarez, 2016. p.23)

El tratamiento de Terapia Cognitiva conductual para los diferentes tipos de depresión tiene varios aspectos y técnicas desde los que se puede trabajar con el paciente, pero se centra en la discusión cognitiva o debate cognitivo, en donde se trabajan los esquemas, distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos (Rivadeneira, et al., 2013), ha mostrado su eficacia en diversos estudios, en donde no solo disminuye los síntomas que el paciente presenta de manera aguda, sino que ayuda a la prevención de recaídas (Hollon, et al., 2002).

Según Beck (2006) “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, 2006, p. 23)

Existen otras alternativas como Mindfulness-based Cognitive Therapy, al igual que la terapia cognitiva conductual, busca tratar la depresión y prevenir futuras recaídas. Se trata de una integración de la terapia cognitiva con atención plena. Se le enseña al paciente a tener un cambio en la relación que tiene entre sus pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales. Se busca que pueda externalizar los pensamientos o sentimientos negativos, alcanzando a ver la distorsión que los caracteriza.

En trabajos realizados por Cebolla y Miró (s.f) y Segal, Z. Williams, J. & Teasdale, J(2002), se muestra la importancia de enseñarle al paciente a estar en un proceso de concientización plena de sus emociones y pensamientos, para identificarlos y así centrarse en el aquí y el ahora por medio de meditación. Aprende entonces a tolerar y permitir que un pensamiento o sentimiento que le resulte desagradable simplemente este y no utilice estrategias para evitarlo.

Este tipo de terapia también fue utilizado por Barraca (2010) para tratar un paciente con depresión, inicialmente buscaron conductas para activar, luego para extinguir o modelar, se le ayudo al paciente a tener una atención plena de sus pensamientos y se buscó detener la rumiación cognitiva por medio de mindfulness.

El tratamiento farmacológico es de suma importancia en el manejo de una distimia, se identificó que, al comparar la terapia cognitiva y el tratamiento farmacológico, el segundo tenía un mejor efecto, sin embargo, el tratamiento combinado tuvo mejores resultados (Arnow, & Constantino, 2003), (Cano, Fernández, Fernández, González & Labry, 2020), (Cuijpers et al., 2010) (Garay, Korman y Keegan 2008). Este dato lo corrobora además Dunner (2001), Jiménez et al. (2013) y Moch (2011) donde expone que el mejor manejo para la distimia es tratamiento farmacológico de medicamentos antidepresivos y la terapia cognitiva conductual.

Esta combinación no solo ayuda a la mejoría de los síntomas actuales, si no que posibilita una mejor tasa de respuesta y de remisión. En un estudio reciente de terapia cognitivo conductual y nefazodona, se evidencio la mayor tasa de respuesta con un 73% y de remisión con un 48% reportada hasta el momento Kocsis (2000)

En otro estudio de investigación, analizaron 52 estudios con un total de 4.734 pacientes con depresión. Nuevamente identificaron que la medicación podría ser el mejor tratamiento para

la distimia y el tratamiento combinado lo catalogaron como el mejor para pacientes ambulatorios, sin embargo, dejan claro que actualmente solo se cuenta con un 20% de estudios, de los que se necesitarían para poder hacer estas afirmaciones. (Cuijpers et al., 2014)

El tratamiento combinado con medicamentos parece ser tan eficaz como el utilizar solo el tratamiento farmacológico (Hollon, et al., 2002), sin embargo, la terapia cognitiva conductual no se debe descartar ya que resulta de suma importancia al dar mejores resultados en el seguimiento del tratamiento, lo que ayuda a una mayor duración de este y en la disminución de recaídas (Imel et al., 2008). Esto lo confirman Segal et al. (2002) quienes realizaron seguimiento a pacientes con diagnóstico depresivo, dos años después de haber recibido terapia con fármacos o psicoterapia cognitiva, para los primeros la recurrencia estuvo entre un 50% y un 78%, quienes recibieron terapia cognitiva solo entre el 20 y el 36% tuvieron una recaída.

En trabajos como los de Keller et al. (2000), intervinieron a 681 pacientes con distimia, de los cuales 578 respondieron satisfactoriamente al tratamiento combinado de fármacos y terapia cognitivo conductual, lo que muestra una mejoría del 85%. Pacientes que solo fueron tratados con medicación tuvieron una mejoría del 55% y los que solo tuvieron psicoterapia y tuvieron mejoría fueron el 52%.

6. Historia clínica del paciente

6.1 Historia del caso

6.1.1 Identificación del paciente

A. (inicial de nombre ficticio) es una mujer de 32 años. Residente de la ciudad de Medellín. Vive con su pareja en unión libre hace 3 años, no tienen hijos. Es estudiante de psicología.

6.1.2 Queja principal

La paciente llega a consulta con gran malestar emocional, verbaliza lo que le ocurre de la siguiente manera: “Yo tengo muy buena relación con mi pareja, pero me siento desmotivada, no le veo sentido a la vida, me siento mal conmigo misma, me da rabia muchas cosas”. Plantea además que esta situación la presenta hace 3 años aproximadamente.

6.1.3 Historia del problema actual

A, llevaba un año de relación con su pareja actual cuando deciden irse a vivir juntos, el apartamento que habían acabado de comprar estaba en obra gris, no podían terminarlo todavía y por problemas económicos debían hacerlo ellos mismos.

Ella tenía afán de irse de su casa, debido a la mala relación que tiene con su madre, pero la casa estaba en constante desorden por los arreglos que debían hacerle y ella comenzó a irritarse y a presentar algunos problemas de convivencia con de pareja, quería ser una excelente esposa, pero pensaba que no lo estaba haciendo y su familia presentaba problemas económicos, ella sentía culpa cuando no les podía ayudar, resolver los problemas o apoyar económicamente.

Al año de estar en unión libre, ingreso a la universidad, comenzó a exigirse aún más. “El me paga la universidad y yo debo mostrarle resultados”. Todo esto hizo que su estado anímico desmejorara significativamente y comenzó con niveles altos de ansiedad, que paso a convertirse en una depresión, igual que en su anterior matrimonio.

A, llega a consulta 3 años después de estar con estos sucesos y lo expresado es “llevo 3 años sintiéndome así, ya he intentado muchas cosas, pero nada me funciona, cada vez estoy peor”. En el momento actual de la consulta el 26 de septiembre del 2019, la paciente reporta los siguientes síntomas:

- Síntomas cognitivos: Ideas de muerte, ideación de suicida con planes estructurados, pensamientos de minusvalía. Percepción negativa de su aspecto físico.
- Síntomas afectivos: Desmotivación, anhedonia, tristeza, frustración, irritabilidad.
- Síntomas fisiológicos: insomnio
- Síntomas conductuales: llanto, no come aun con apetito.

Estresores ambientales:

- Nivel afectivo: Cuando su esposo no limpia las cosas como ella espera.
- Nivel familiar: Conflictos con su madre y comentarios que esta le hace invalidantes, cuando su familia tiene problemas, cuando recibe críticas de su familia o de su familia política.
- Nivel académico: La carga de la universidad

6.1.4 Antecedentes psiquiátricos

- Tenía una excelente relación con su papá y este se suicida cuando ella tenía 6 años.
- A los 14 años hizo un proceso terapéutico por un diagnóstico de TOC.

- Se casó a los 18 años y se separó a los 25, en ese tiempo reporta haber tenido los mismos síntomas actuales.

6.1.4.1 Intentos suicidas

A los 12 años, Recuerda tener muy presente a su padre y sentir su ausencia, tenía mala relación con su hermana mayor, quien era exigente y rígida y comenzó a tener bajo rendimiento académico. Ante esto recibía duras críticas como “eres una bruta”, “no vas a ser capaz de salir adelante” Ese año académico lo pierde, como castigo la aíslan socialmente, recibe fuertes críticas “yo cada vez me sentía peor, pensaba mucho en no querer vivir”. Un día se encontraba desesperada de estar emocionalmente mal y decide tomarse unas pastillas, no tuvo complicaciones médicas.

El segundo intento fue a los 25 años, estaba casada, pero su relación de pareja estaba fragmentada, “me sentía muy sola, muy triste, fueron días muy difíciles, yo intentaba que estuviéramos bien, pero no sabía que él tenía a otra persona. En esta época se estaba tomando unas pastillas para adelgazar y se tomó varias, pasadas algunas horas se comenzó a sentir muy mal y tuvo miedo de lo que podía sentir y fue al médico.

6.1.5 Historia social y personal

A, nace y ya tenía tres hermanas mujeres, después de ella nació su hermano menor. Se describe como la consentida de su papá, pero este se suicidó cuando ella tenía seis años. “sentí que me dejó”. La relación con su madre ha sido distante emocionalmente, es una mujer invalidante, controladora, poco empática, perfeccionista y agresiva verbalmente. Ella es quien tomaba las decisiones y no tenía en cuenta la postura de A. Ante sus logros no se alegraba y le

exigía cada vez más, “nunca en la vida ella me ha apoyado en algo, cuando la he buscado porque la necesito, no he podido contar con ella”.

Después de la muerte de su papá, su madre tuvo que dividir a sus hijos en diferentes casas de familiares ya que económicamente no podía asumir la responsabilidad. A, va a vivir a la casa de un tío, sin su mamá y esta va a la casa de otro tío con sus hermanos. Pensó que la había “perdido”, “¿por qué se fue con mis hermanas que eran más grandes y me dejó a mí?” Su tío y la esposa la humillaban y maltrataban psicológicamente, la obligaban a que se tomara la sopa ya que ella “era una arrimada y debía ser agradecida”. La relación con el resto de su familia no ha sido buena, le hacen críticas destructivas que la afectan emocionalmente, los describe como “convenientes y superficiales”

En el colegio tenía habilidades sociales, podía llegar a un grupo y socializar, pero sus compañeros la dejaban sola, “me buscaban para que les ayudara con las tareas”. Comenzó con una estrategia de ayudar a los demás aproximadamente desde los 12 años, de esta manera se sentía más segura. Por la situación con su familia y amigos comenzó a pensar que las personas tenían malas intenciones y no eran tan reales.

A los 14 años la diagnosticaron con TOC, hizo un proceso psicológico y expresa que logro superarlo, “en esa época tenía que doblar las cosas varias veces”. A los 18 años tuvo una relación sentimental y se casó con esta persona, inicialmente tuvieron una buena relación, a los dos años aproximadamente comenzó a identificar que este tenía algunos cambios, él tenía otra persona, pero se dio cuenta un mes después de haberse separado.

6.1.6 Genograma

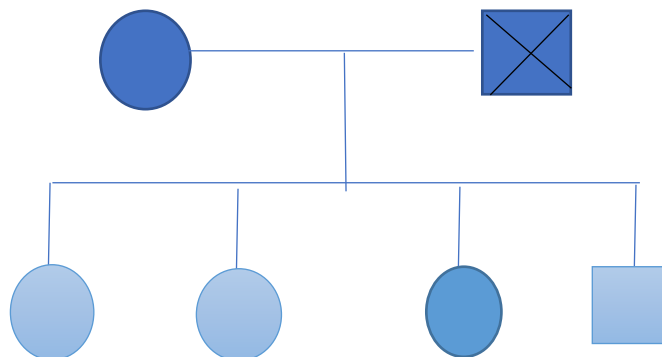


Ilustración 1 Genograma de A. Fuente: Construcción propia

6.1.7 Historia medica

A, no reporta datos significativos dentro de su historia medica

6.1.8 Observaciones sobre el estado mental

Paciente que ingresa al consultorio en aceptables condiciones físicas. Arreglada y maquillada. Orientado globalmente. Lenguaje sin alteraciones. Afecto triste. Ideas de muerte, Ideación suicida, plan estructurado. Llanto constante. No alteraciones sensoperceptivas, no autoagresiones. Cogniciones de catastrofización, magnificación, minimización, filtraje selectivo, personalización y dicotomía.

6.1.9 Diagnostico del DSM 5

300.4 (F34.1) TRASTORNO DEPRESIVO PERSISTENTE (DISTIMIA)

- Con ansiedad, moderado.
- Inicio temprano.
- Con síndrome distímico puro

- Gravedad: Moderado

6.1.10 Proceso de evaluación

Dentro de la evaluación clínica, se buscó identificar el trastorno afectivo que la paciente tenía, para esto inicialmente se realiza una entrevista, identificando síntomas de depresión persistente, y se realizan las siguientes pruebas psicológicas:

Inventario de Depresión de Beck segunda edición, BDI II (1987): Este es un autoinforme que tiene como objetivo medir síntomas depresivos, a partir de 21 ítems. La suma de los puntajes dados a cada ítem se suma, si el resultado está entre 0-13 es considerado mínimo, 14, 19 leve, 20-28 moderado y si está entre 29-63 se considera severo. En el caso de A, su puntaje fue de 60 inicialmente, en el momento en que se ve mejoría en la paciente se repite el test mirando sus síntomas y su puntaje fue de 10.

El Inventario de Ansiedad de Beck BAI: Es test autoadministrado que mide la ansiedad en adolescentes y niños, por medio de 21 ítems donde cada uno tiene una puntuación de 0 a 3, se debe hacer la suma de cada ítem y sacar un valor total, si este está entre 0 y 7 se interpreta como un nivel mínimo de ansiedad, de 8 a 15 como leve, de 16 a 25 como moderado y de 26 a 63 como grave. Inicialmente se realiza la prueba y arroja un puntaje de 50, lo que la sitúa en un resultado de grave, en el momento en que se ve una mejoría importante, se repite la prueba arrojando como resultado 6, lo que significa un nivel de ansiedad mínimo.

El inventario de personalidad para el DSM (5 PID 5): Este es un test que aparece en la sección III del DSM 5, como modelo alternativo para hacer una evaluación y comprensión de los trastornos de personalidad, dentro de este modelo, no solo se diagnostica un trastorno si este

cumple con los rasgos patológicos de la personalidad, como es en el caso tradicional del diagnóstico basado en el DSM 5, sino que además debe tener una deficiencia en el funcionamiento de la personalidad, los cuales se pueden medir dentro de la prueba.

A continuación, la tabla de resultados de cada uno de los rasgos de personalidad.

A.Faceta del rango de personalidad	C. Puntuacion total/parcial	E. Puntuacion promedio	Resultado de la prueba
Anhedonia	20/8	2,50	93
Ansiedad	17/9	1,89	50
Búsqueda de atención	4/8	0,50	20
Insensibilidad	0/14	0,00	1
Falsedad	0/10	0,00	1
Depresividad	25/14	1,79	80
Distractibilidad	7/9	0,78	30
Excentricidad	1/13	0,08	10
Inestabilidad emocional	13/7	1,86	70
Grandiosidad	1/6	0,17	20
Hostilidad	6/10	0,60	20
Impulsividad	1/6	0,17	10
Evitación de la intimidad	5/6	0,83	0.83
Irresponsabilidad	2/7	0,29	20
Manipulación	1/5	0,20	20
Desregulación perceptual	2/12	0,17	20
Perseveración	12/9	1,33	60
Afectividad restringida	2/7	0,29	10
Perfeccionismo rígido	26/10	2,60	93
Toma de riesgos	9/14	0,64	20

Inseguridad por separación	11/7	1,57	70
Sumisión	5/4	1,25	60
Susplicacia	13/7	1,86	90
Creencias y experiencias inusuales	3/8	0,38	40

Adicional a estos resultados se requiere de la evaluación del clínico, para identificar el nivel de funcionamiento personal, dentro de lo que se mira, la identidad, autodirección, empatía e intimidad. En este análisis, se identifica que la paciente tiene rasgos de la personalidad obsesivo-compulsiva y rasgos de la personalidad limite, sin embargo, no cumple con todos los criterios y su nivel de funcionalidad personal, no apunta a un trastorno de personalidad.

6.2 Formulación del caso

6.2.1 Precipitantes

En el caso de A., se observa un precipitante claro y cuando comienza la convivencia con su esposo, debido a los cambios y dificultades que surgieron, todo esto motivado por su necesidad de hacer muy bien las cosas. Al identificar que no lo lograba, su estado emocional se comenzó a ver afectado, se empezó a aislar socialmente y a refugiarse en su relación de pareja.

6.2.2 Enfoque transversal de las cogniciones y las conductas actuales

En el caso de A., la visión transversal de las cogniciones y conductas actuales se presentó de la siguiente manera:

- Una situación típica de A, es cuando su familia tiene una dificultad económica y ella no puede ayudarles, su pensamiento es “*soy inservible para la sociedad, no hay lugar para mí*”, su emoción es tristeza y su reacción es reprocharse.
- La segunda situación típica es cuando su mamá la descalifica, su pensamiento automático es “soy inservible para la vida, no debería existir”, su emoción es ansiedad y su reacción es llorar.
- Una tercera situación típica es cuando A le comenta algo a su esposo que le está generando malestar emocional y él es cortante, su pensamiento automático es “no me apoya”, su emoción es rabia y tristeza y su reacción es discutir.

6.2.3 Enfoque longitudinal de cogniciones y comportamientos

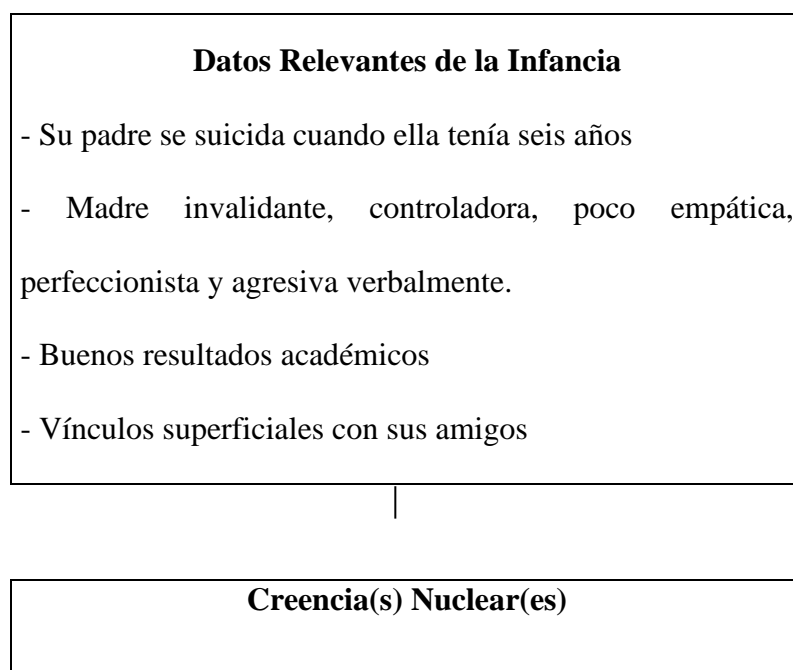
El hecho de haber contado con unas relaciones disfuncionales, con poco afecto, falta de reforzadores ante sus logros, críticas y humillaciones constantes y reglas excesivas, hizo que su procesamiento de información comenzara a tener diferentes esquemas cognitivos como privación afectiva, vergüenza, fracaso, autosacrificio y estándares inflexibles y estos dan como resultado una serie de errores en el procesamiento de información como personalización, generalización, catastrofización, visión de túnel y magnificación y pensamiento dicotómico.

Al comenzar a convivir con su esposo quiso mostrar que podía ser una mujer con buenas características, una buena esposa, ama de casa, hija, hermana, estudiante y compañera. Para lograrlo comenzó a tener unas metas altas en cada una de esas áreas, también comenzó a ayudar excesivamente a su familia y compañeros de clase, pero empezó a identificar que no podía lograr todo lo que se proponía bajo sus estándares inflexibles, al no hacerlo sus esquemas comenzaron a activarse, distorsionando y reafirmando el concepto de sí misma y el mundo.

Beck (1979) habla del concepto de triada cognitiva de la depresión, el cual se puede ver en el caso de A, en donde las cogniciones de sí misma, el mundo y el futuro son vistas de manera negativa. Esto explica no solo sus cogniciones, sino sus síntomas emocionales y las reacciones que tiene ante la vida, pues existe una clara relación entre lo que se piensa, siente y hace. Involucrando un deterioro significativo en el placer, la diversión, la salud, la autoestima, la sensación de logro y las relaciones satisfactorias.

Las experiencias disfuncionales que tuvo con su familia, hizo que A, creara la creencia central de “soy inservible” y esa creencia a su vez, hizo que creara supuestos rígidos como “si no ayudo a los demás estaré sola”, “si no tengo apoyo, me voy a sentir insegura”, “si no hago las cosas perfectas, soy inservible” y reglas rígidas como “Tengo que ayudar a los demás”, “Debo buscar apoyo”, “Debo hacer las cosas perfectas”

6.2.4 Diagrama de conceptualización cognitiva



Soy inservible**Reglas/Creencias/Suposiciones Condicionales**

Reglas: “Tengo que ayudar a los demás”

Positiva: “Si ayudo a los demás, no estaré sola”

Negativas: “Si no ayudo a los demás estaré sola”

Regla: “Debo buscar apoyo”

Positiva: “Si busco apoyo, me siento segura”

Negativas: “Si no busco apoyo, me siento insegura”

Regla: “Debo hacer las cosas perfectas”

Positiva: “Si hago las cosas perfectas, sirvo para los demás”

Negativas: “si no hago las cosas perfectas, soy inservible”

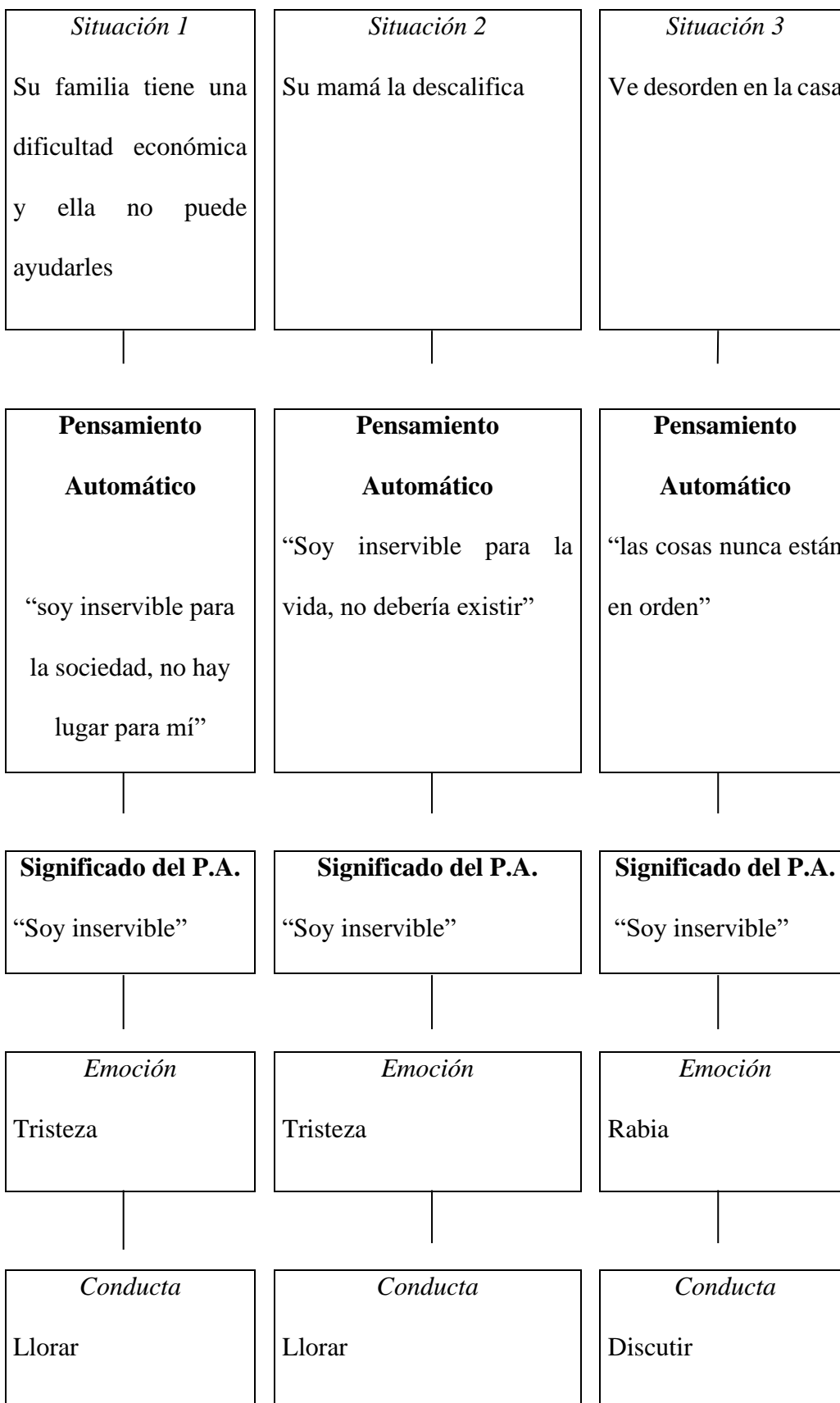
Estrategia (s) compensatoria(s)

Ayudar a las demás

Búsqueda de apoyo

Hacer las cosas perfectas





6.2.5 Fortalezas

A, es estudiante de psicología, por lo que se interesa por aspectos del proceso, como por ejemplo por entender y hacer adecuadamente el registro de pensamientos automáticos. Tiene un nivel de introspección adecuado. Es autocrítica y busca su mejoría. Existe una buena alianza terapéutica. Tiene un apoyo genuino por parte de su pareja

6.2.6 Hipótesis de trabajo

A, tuvo un ambiente familiar caracterizado por el desapego, la frialdad, el rechazo y la soledad. Las figuras significativas que tenía en una edad temprana daban duras críticas a lo que hacía y no daban un amor seguro y confiable. La persona con la que recuerda tener una buena vinculación era su padre y este se suicida cuando ella tenía 6 años.

Esto llevó a que A., formara esquemas maladaptativos tempranos. Para la psicología y psicoterapia en general los esquemas representan “cualquier principio organizador global que sirve para dar sentido a la propia experiencia vital” (Young, Klosko & Weishaar, 2013), estos mismos autores muestran el concepto dado por Young (1990, 1999) de “patrones emocionales y cognitivos contraproducentes que se forman al inicio de nuestro desarrollo y se van repitiendo a lo largo de nuestra vida”. Por tanto, las experiencias disfuncionales de A., hicieron que su área de desconexión y rechazo se afectara creando esquemas de privación afectiva y vergüenza

Así mismo se vio afectada el área de autonomía y desempeño, toda vez que contó con una madre que no la guiaba en las actividades, pero tenía una exigencia alta ante los resultados

que ella debía dar. Fue una excelente estudiante, pero no recibía reforzadores. Cuando sacaba baja una nota o la perdía recibía fuertes críticas y castigos, “Para mi mamá nada es suficiente”. Formando un esquema de Fracaso.

A, tiene la creencia que debe esforzarse para cumplir unos estándares altos, casi perfectos, esto debido a las críticas excesivas de su madre “yo no puedo tener una hija así”, “me gustan las cosas perfectas”. Formó una creencia nuclear de Soy inservible, esto la llevó a formar creencias intermedias en donde ella debía hacer todo bien y esforzarse, ayudarle a los demás y tener el control sobre las cosas. Cuando se fue a vivir con su pareja comenzó a sentir que las cosas no las estaba haciendo de manera perfecta, que no podía ayudar económicamente a su familia y empezó la universidad, sintiendo carga académica alta, lo que comenzó a generar malestar emocional, hasta el punto de sentirse deprimida y perderle sentido a su vida.

Esto debido a que las cogniciones frente a si misma eran negativas, sentía que no iba a poder lograr lo que se proponía, veía al mundo como desafiante y hostil y el futuro de manera incierta y caótica. Beck (1979) habla del concepto de triada cognitiva de la depresión, el cual se puede ver en el caso de A., en donde las cogniciones de sí misma, el mundo y el futuro son vistas de manera negativa. Esto explica no solo sus cogniciones, sino sus síntomas emocionales y las reacciones que tiene ante la vida, pues existe una clara relación entre lo que se piensa, siente y hace.

6.3 Plan de tratamiento

6.3.1 Listado de problemas

Los problemas identificados en A, son los siguientes:

Ideación suicida, depresión, ansiedad, irritabilidad, autosacrificio, absolutismos del deber y el tengo (autoexigencia y alta necesidad de control), esquemas de fracaso, privación afectiva, vergüenza y estándares inflexibles.

6.3.2 Plan de tratamiento

LISTA DE PROBLEMAS	OBJETIVO TERAPÉUTICO	PLAN DE TRATAMIENTO
IDEACIÓN SUICIDA	Disminuir el riesgo suicida	-Remisión a psiquiatría -Plan de seguridad para prevención de intento suicida Safety plan. Stanley & Brown (2011) -Intervención en crisis y acompañamiento en las semanas siguientes. Modelo de intervención en crisis (AFVA) Rocamora (2013)
DEPRESIÓN	Disminuir estado de tristeza	-Explicación del modelo cognitivo y la relación que existe entre lo que piensa, siente y hace. Beck (2006) - Psicoeducación del trastorno depresión persistente APA (2014)

		<p>-Explicación del concepto de triada cognitiva Beck et al (2010)</p> <p>-Técnica de Actividades diarias Beck et al (2010)</p> <p>- Dominio y agrado Beck et al (2010)</p> <p>-Aumento de actividades de placer, disminución de actividades de deber Beck et al (2010)</p> <p>- Detección de los pensamientos automáticos Beck et al (2010)</p> <p>-Identificación de distorsiones cognitivas Beck (2006)</p> <p>-Dialogo socrático. Puesta a prueba de sus pensamientos automáticos Beck (2006)</p> <p>Análisis costo- beneficio de creencias y estrategias</p> <p>Auto-reforzamiento de logros Beck (2010)</p>
ANSIEDAD	Disminuir síntomas ansiosos	<p>Explicación de la ansiedad Ellis (2010)</p> <p>Reestructuración cognitiva Beck (2000)</p> <p>Relajación de Jacobson</p> <p>Comprobación de los imperativos (debo y tengo) Beck (2006)</p>

IRRITABILIDAD	Disminuir niveles de irritabilidad	<p>-Explicación y registro de pensamientos automáticos Beck (2006)</p> <p>-Reestructuración cognitiva Beck (2006)</p> <p>-Técnica de distracción (actividades agradables) Beck 2010</p> <p>-Programación de actividades agradables Beck et al (2010)</p> <p>Dialogo socrático</p> <p>Autoinstrucción</p> <p>Entrenamiento en asertividad Beck</p> <p>Juegos de rol Beck et al (2010)</p>
AUTOSACRIFICIO	Disminuir la orientación al otro	<p>Reestructuración cognitiva Beck (2006)</p> <p>Experimentos conductuales, orientados hacia la propia satisfacción de deseos. Beck (2006)</p> <p>Redistribución del tiempo individual, de pareja y del deber.</p> <p>Juegos de rol Beck (2010)</p>
ABSOLUTISMOS DEL DEBO Y TENGO (AUTOEXIGENCIA)	Flexibilizar las creencias intermedias	<p>Análisis de ventajas y desventajas</p> <p>Terapia centrada en esquemas</p> <p>Exploración histórica de los esquemas</p> <p>Dialogo Socrático</p>

Y NECESIDAD DE CONTROL)		<p>Ventajas y desventajas</p> <p>Productividad del esquema</p> <p>Actuar como si no tuviera el esquema</p> <p>Viabilidad de los esquemas a largo plazo</p>
<p>ESQUEMAS DE FRACASO, VERGÜENZA PRIVACIÓN AFECTIVA ESTÁNDARES INFLEXIBLES</p>	<p>Modificar esquemas disfuncionales y construir esquemas alternativos</p>	<p>Comprobar la validez del esquema (Young et al., 2013)</p> <p>Reencuadrar las pruebas de la vida que apoyan el esquema Young (Young et al., 2013)</p> <p>Evaluar las ventajas y desventajas de los estilos de afrontamiento (Young et al., 2013)</p> <p>Proponer debates entre “la parte del esquema” y “la parte sana” (Young et al., 2013)</p> <p>Elaborar fichas de respuestas sanas (Young et al., 2013)</p> <p>Llenar el diario de esquemas (Young et al., 2013)</p> <p>Presentar las razones para trabajo de imaginación (Young et al., 2013)</p> <p>Imaginación de un lugar de seguridad (Young et al., 2013)</p> <p>Imaginación de la infancia (Young et al., 2013)</p> <p>Imaginación que vincula el pasado con el presente (Young et al., 2013)</p>

		<p>Conceptualizar la imaginación en términos de esquemas (Young et al., 2013)</p> <p>Imaginación de otras figuras significativas de la infancia (Young et al., 2013)</p> <p>Estrategias experienciales para el cambio (Young et al., 2013)</p> <p>Diálogos en imaginación (Young et al., 2013)</p> <p>Imaginación para reparentalizar (Young et al., 2013)</p> <p>Cartas a los padres (Young et al., 2013)</p>
--	--	--

Tabla 1 Plan de tratamiento. Fuente: Elaboración propia

6.4 Curso del tratamiento

6.4.1 Relación terapéutica

A, ha tenido una adecuada vinculación terapéutica, desde el principio del proceso, tuvo una devolución de lo que le estaba ocurriendo y como sería su plan de tratamiento, esto hizo que la vinculación terapéutica fuera positiva, ya que había ido a varios profesionales que la orientaban de manera diferente y no le decían cuál era su diagnóstico, así mismo al comienzo del tratamiento la paciente tuvo un intento suicida y se comunica con la terapeuta para comunicarle lo ocurrido, a nivel médico no tuvo consecuencias, pero esto hizo que la alianza terapéutica fuera más fuerte.

6.4.2 Intervenciones y procedimientos

La técnica inicial utilizada con A., fue un Safety plan (Stanley & Brown, 2011) es un plan de seguridad que le brinda las herramientas necesarias para evitar un intento suicida, con esta técnica se hace un formato con la paciente y se le muestra a ella como un contrato entre ambas partes, para ser utilizado en el momento que tenga aumento en su malestar emocional. Inicialmente se registran los indicadores de malestar emocional, entendiendo con estos todos aquellos síntomas que están mostrando que el estado emocional está empeorando y por lo tanto podría llegar a tener ideación suicida, en caso de identificarlos debe ir al segundo punto y si este no le funciona continuar punto tras punto hasta lograr estabilidad o seguridad por parte de otra persona, por lo tanto los pasos a seguir son, hacer actividades que le generen tranquilidad, buscar situaciones sociales que le generen tranquilidad, llamar a personas que le generen tranquilidad, llamar a personas de seguridad, llamar a personas de emergencia como instituciones de salud y la terapeuta y finalmente poner el ambiente seguro.

Otra de las técnicas utilizadas fue la técnica de actividades diarias y dominio y agrado (Beck et al., 2010), en esta se le indica a la paciente que realice un cronograma con todas las actividades que realizó durante el día, debe poner a cada una de estas dos calificaciones, de 0 a 5, para dominio y agrado, la primera representa la facilidad o dificultad de esa actividad y la segunda representa el gusto o placer al realizarla. Se puede identificar a partir de esta técnica que la paciente estaba llena de actividades durante el día, la mayoría de estas enfocadas al deber, tenía poco tiempo de descanso y de ocio, por lo que la siguiente técnica fue el aumento de actividades de placer y disminución de actividades de deber (Beck et al., 2010) en donde se programaron tiempos de descanso, actividades en pareja, actividades de mindfulness y disminución de actividades de deber.

Por otro lado, la reestructuración cognitiva (Beck et al., 2010) fue el centro de todo el trabajo, enfocando inicialmente a la paciente en que su problemática tenía que ver directamente con su procesamiento de información, así mismo se le mostró la reacción entre lo que se piensa, se siente y se hace. Para llevar a cabo la reestructuración se le explico inicialmente el modelo cognitivo y se le pidió que hiciera un autorregistro completo de sus pensamientos automáticos (Situación- Pensamiento Automático- Emoción – Reacción), se introdujo después de esto el concepto de distorsión cognitiva y se comenzó con la reestructuración de sus pensamientos, para esto, se buscó toda la evidencia de cada uno de sus pensamientos, haciendo que estos fueran realistas y objetivos y menos distorsionados y catastróficos, haciendo que su estado emocional mejorara significativamente.

6.4.3 Obstáculos

Inicialmente la paciente comenzó a cancelar las citas, al indagar lo que ocurría era por problemas económicos, por lo que la terapeuta se adapta a la capacidad de esta y se puede continuar el proceso.

A nivel cognitivo se presentaron dificultades iniciales, ya que la paciente tenía algunas creencias, como que sus síntomas hacían parte de su personalidad y no de un trastorno mental, así mismo, que ella no iba a ser capaz de encontrar un cambio

6.4.4 Resultados

En el momento actual la paciente no presenta depresión persistente, en ocasiones se activan algunos pensamientos automáticos, lo cual es visto como normal, pero logra hacer un análisis de los mismos, evitando con esto malestar emocional. Es una paciente con una capacidad de

introspección alta, lo cual fue desarrollado en el proceso, es importante recordar que es estudiante de psicología, por lo que esto también la ayudo a la adherencia a su tratamiento. La relación de pareja tuvo una mejoría significativa, su esposo siempre estuvo apoyándola durante su proceso psicológico, sin embargo, después del intento suicida que tuvo dentro del tratamiento, la relación entre ambos se vio afectada. En cuanto a la relación con su familia, especialmente con su madre, se tuvo que limitar y focalizarla en la realidad que tiene con ella, pues no es la madre amorosa que ella esperaba.

7 Descripción detallada de las sesiones

A continuación, se describen los aspectos fundamentales de cinco citas consideradas como centrales:

7.1 Sesión 1: Realización de un plan de seguridad, para evitar un intento suicida

Se realiza entrevista clínica inicial, se identifica una probabilidad alta que la paciente haga un intento suicida, por lo tanto, en esa misma cita se realiza Safety Plan. Stanley & Brown (2011), con ese se brindaron las herramientas necesarias para que la paciente supiera que hacer en caso de identificar que su estado emocional estuviera empeorando.

Control emocional: 2, Entre 0 y 10, siendo 0 el estado emocional más bajo y 10 el mejor.

Objetivo de la sesión: Evitar un intento suicida

7.1.1 Subjetivo

Paciente con ideación suicida hace varios años, en los momentos en que ha sentido mayor malestar emocional ha logrado autocontrol para no hacerlo, especialmente para evitar

sufrimiento a su esposo y madre. Ha pensado que esto es una salida a su malestar emocional. “he pensado que puedo tomarme unas pastillas o puedo ahorcarme también con algo”

Se mide el riesgo suicida de la paciente con la escala SAD PERSON, en donde se le asigna un punto a la paciente por cada ítem positivo y puntúa en los siguientes: Depression (Depresión), previous attempt (intentos de suicidio previos), social supports lacking (bajo soporte social) y organized plan (plan organizado de suicidio)

Con los ítems anteriores la paciente puntúa según la escala en Seguimiento ambulatorio intensivo, considerar internación.

7.1.2 Objetivo

Paciente con un diagnóstico de distimia, hace 3 años presenta estos síntomas, actualmente con frustración al no encontrar una solución a su problemática. Se identifica riesgo suicida debido a su diagnóstico, a intentos anteriores a sus 12 años y a sus 25, red de apoyo débil por la relación con su familia y plan estructurado. Se identifica un buen comienzo de alianza terapéutica, lo que posibilita el proceso y la adherencia al Safety Plan. Stanley & Brown (2011).

Paciente orientada en las tres esferas. Llega al consultorio en compañía de su esposo. Aceptables condiciones físicas, arreglada y maquillada. Actitud empática y colaboradora. Lenguaje sin alteraciones, volumen normal, velocidad lenta. Fácil expresión emocional. Ideación suicida, plan estructurado. Afecto modulado, de carácter triste. Llanto constante.

7.1.3 Desarrollo de la sesión

Se comienza la entrevista clínica identificando que existe un riesgo de intento suicida, en donde la paciente requiere seguimiento ambulatorio intensivo, se realiza entonces un Stanley &

Brown (2011), para dar herramientas en caso de que su estado emocional comience a decaer y evitar de este modo un intento suicida. Para este se identifica lo siguiente: Primero, indicadores de malestar emocional. Segundo, actividades que dan tranquilidad. Tercero, situaciones sociales que dan tranquilidad. Cuarto, personas de tranquilidad. Quinto, personas de seguridad. Sexto, volver el ambiente seguro. Se hace psicoeducación al respecto mostrándole a la paciente que al identificar que tiene algunos de los indicadores escritos en el plan, debe comenzar a realizar el punto dos, aunque no sienta tanto malestar emocional, pues se busca que pueda tomar el control, antes que haya mucha emoción y con esto un bloque cognitivo. Se dejan también registrados los números de teléfono de las personas a las que llamaría. Seguido a esto se le pide a la paciente autorización para socializar esto con su pareja y se le pide a este que ingrese, se repite la psicoeducación y se hace un entrenamiento en qué hacer en caso de que ella lo llame para pedirle ayuda. Se remite a psiquiatría para manejo interdisciplinario.

Plan: Seguimiento telefónico entre consultas. Autorregistro de actividades diarias, con valoración de dominio y agrado de 0 a 5, siendo 0 el puntaje más bajo.

7.2 Sesión 2

Se realiza la agenda con la paciente y se identifica una problemática durante la semana con su madre, por lo que se introduce dentro de la sesión.

Control emocional: 4, entre 0 y 10, siendo 0 el estado emocional más bajo y 10 el mejor.

Objetivo de la sesión: Mejoría del estado de animo

7.2.1 Agenda

- Breve resumen de la semana.
- Dificultad presentada con su madre.
- Seguimiento del Safety Plan. Stanley & Brown (2011)
- Revisión de cronograma de actividades con calificación de dominio y agrado.
- Explicación del Modelo Cognitivo
- Introducción de la reestructuración cognitiva
- Asignación de tarea

7.2.2 Subjetivo

Paciente con mejoría en su estado de ánimo actual, adherente al Safety Plan. Stanley & Brown (2011) y medicamentos psiquiátricos, ha tenido altibajos durante la semana, debido a la dinámica relacional con su madre. Expresa “me siento triste debido a una situación familiar”, esta se presenta en una salida con su madre, en donde esta le dice en un tono hostil “una hija mía no puede ser así, me gusta las cosas perfectas”, el pensamiento automático de la paciente es “soy lo peor de la familia”, su emoción es tristeza y su reacción es quedarse callada.

Realiza el cronograma con las actividades realizadas dentro de la semana con hora, actividad y evaluación de Dominio y Agrado, de 0 a 5, en donde a mayor número es más fácil y agradable.

Los puntajes fueron en un 80% bajos (entre 0-2), la mayoría de las actividades basadas en el deber y que se hacían finalizando la tarde o en la noche, generaba mayor dificultad y poco agrado, no registra momentos de descanso, actividades de ocio y tiempo en pareja.

Se hace listado con la paciente de actividades agradables identificando las siguientes, realizar una manualidad, salir al parque con su mascota, tomar un café con su esposo o jugar un juego de mesa con este.

7.2.3 Objetivo

Se observa en la paciente mejoría en el estado de ánimo comparado con la sesión inicial, sin embargo, continúa decaída, a nivel cognitivo se perciben distorsiones cognitivas de magnificación, visión de túnel, personalización, sobregeneralización y catastrofización y conductas de subyugación. Se identifica rigidez inicial al reestructurar el pensamiento y un resultado satisfactorio al finalizar el ejercicio, posibilitando un aumento de su estado anímico.

Presenta un numero alto de actividades basadas en el deber, se identifica que tiene baja energía, pero se exige para realizar las actividades que “tiene que hacer”, las estrategias que utiliza terminan haciendo un mantenimiento de su esquema de fracaso, ya que cognitivamente se bloquea y se le dificulta completar tareas, en el caso de su curso de inglés estudia dos horas antes de la clase presencial que es de hora y media, por lo que ya llega cansada cognitivamente y se le dificulta el proceso de aprendizaje, generando frustración en ella. Actualmente no presenta problemas de pareja, pero por la dinámica que se está teniendo con su esposo, se aumenta la posibilidad de presentarlas en el futuro.

Orientada globalmente. Aceptable presentación personal, arreglada y maquillada. Actitud empática y colaboradora. Establece contacto visual. Euproséxica. Afecto modulado, de carácter

triste. Llanto constante. Lenguaje eulálico, coherente y fluido, volumen y velocidad normal. Pensamiento con curso y contenido normal. Disminución de ideación suicida. Red de apoyo fragmentada.

7.2,4 Desarrollo de la sesión

Se realiza control emocional de la paciente identificando una puntuación de 4, a lo que ella llama tristeza. Se realiza la agenda en compañía de la paciente, se hace un breve resumen de la semana y se identifica una situación familiar importante, la cual se trabaja más adelante, después de la explicación del modelo cognitivo, se pasa a mirar la tarea propuesta para la semana y se identifican aspectos importantes de la técnica de Dominio y Agrado, se hace psicoeducación de lo identificado en con esta actividad y se dejan pautas a trabajar para cumplir con el objetivo de la sesión, se comienza aumento de actividades agradables y disminución de las actividades de deber e incluir tiempos de descanso. Se hace psicoeducación al respecto y se hace una lista de posibles actividades agradables para la paciente.

Se realiza psicoeducación del modelo cognitivo, la manera en que se forman las creencias, el concepto de esquema, pensamientos automáticos, creencias intermedias y creencia central, así mismo los mecanismos que se tiene para continuar con estas, se muestra la relación que existe entre lo que se piensa, se siente y se hace. Se le explica bajo este modelo lo que está ocurriendo a nivel cognitivo en su caso y se toma como ejemplo el problema ocurrido durante la semana con su madre. Se identifica un primer pensamiento en la sesión, se le enseña como registrarlos y se hace la reestructuración del mismo, se le pide que indique el nivel de credibilidad en su pensamiento entre 0 y 100, siendo 0 nada de credibilidad y 100 una total credibilidad, se pasa a preguntarle por las evidencias que tiene a favor de este pensamiento, luego las evidencias que tiene en contra y en este punto se hacen preguntas que motiven a la

paciente a pensar de una manera lógica y racional, luego se buscan otras posibles explicaciones de lo ocurrido, se le pide que piense en el peor escenario que pudiera ocurrir si su pensamiento fuera real y en el mejor escenario si este fuera falso, se pasa a ver la posibilidad más realista y se buscan las consecuencias de creer en este pensamiento y los beneficios que encontraría si lo cambiara, finalmente se busca un pensamiento alternativo y racional.

Se le explica a la paciente cómo, aunque vivió un momento de malestar real con su madre, la forma de interpretar la situación, agudizo su estado de ánimo.

Plan: Buscar las distorsiones cognitivas de su pensamiento “soy lo peor de la familia” y realizar el registro completo de pensamientos automáticos, con situación, pensamiento automático, distorsiones, emoción y reacción.

Continuar con el registro de actividades y las puntuaciones de dominio y agrado, esta semana se debe realizar un tiempo de descanso de 20 minutos entre cada actividad de deber, de este modo puede disminuir el tiempo de arreglo de la casa y estudio de inglés antes de la clase. Debe incluir en la tarde o noche una de las actividades agradables que se sacó en la sesión.

7.3 Sesión 4

Se le pregunta a la paciente si tiene algún tema que quiera incluir dentro de la agenda y son las dificultades encontradas dentro del aumento de actividades agradables, tiempo de descanso y tiempo de pareja.

Objetivo de la sesión: Regulación de síntomas ansioso y depresivos

Control emocional: 6, entre 0 y 10, siendo 0 el estado emocional más bajo y 10 el mejor.

7.3.1 Agenda

- Breve resumen de la semana.
- Seguimiento del plan de seguridad.
- Reestructuración cognitiva y psicoeducación de distorsiones cognitivas.
- Revisión de aumento de actividades agradables, tiempo de descanso y tiempo de pareja.
- Técnica de relajación.
- Asignación de tarea

7.3.2 Subjetivo

Paciente con mejoría en su estado emocional, actualmente con un puntaje de 6/10.

Durante la semana presenta problemas para tener tiempo de descanso ya que “había muchas cosas sucias”, así mismo, esto generó problemas para disminuir las actividades de deber y el aumento del tiempo en pareja.

Su esposo ensucia el piso del baño y su pensamiento automático es “no me considera, todo me toca hacerlo” con una credibilidad del 70%, la emoción que presentó fue tristeza y rabia, con una intensidad del 80% y la reacción fue discutir con su pareja.

Identifico un mayor dominio en algunas actividades que requieren esfuerzo cognitivo y logro llegar a la noche con un nivel menor de cansancio lo que mejoró su sueño. En momentos donde su estado emocional estaba disminuyendo puso en práctica el plan de seguridad, sin orden y estructura.

7.3.3 Objetivo

Paciente con pensamientos automáticos durante la semana, lo que genero conflicto para realizar algunas actividades propuestas dentro del tratamiento, así mismo estos pensamientos generaron malestar emocional y se identificaron distorsiones cognitivas de sobregeneralización, visión de túnel, magnificación y pensamiento dicotómico. Se identifica aumento de introspección al realizar la técnica de reestructuración cognitiva de su pensamiento. Se identifica facilidad y placer para relajarse lo que motiva a la ejecución futura de la técnica.

Orientada globalmente. Aceptable presentación personal, arreglada y maquillada. Actitud empática y colaboradora. Establece contacto visual. Euproséxica. Afecto modulado, de carácter triste. Lenguaje eulálico, coherente y fluido, volumen y velocidad normal. Pensamiento con curso y contenido normal. Red de apoyo fragmentada. Adherente al tratamiento, motivada y con una buena alianza terapéutica. Ha utilizado el plan de seguridad, sin el orden requerido para este.

7.3.4 Desarrollo de la sesión

Se hace la agenda con la paciente teniendo en cuenta los puntos que ella quiere tratar, identificando que hacen parte de la agenda ya planeada. Se revisa el registro de pensamientos automáticos y no lo realiza, pero este se hace dentro de la sesión con el problema que presentó en la semana con su esposo, lo cual está relacionado con la dificultad para tener tiempo de descanso, disminución de actividades de placer y aumento de actividades en pareja. Se realiza reestructuración cognitiva de este pensamiento, se busca en compañía de la paciente las distorsiones presentadas y se le pide que las argumente, se pasa a realizar preguntas en busca de evidencia y argumentos objetivos y racionales para analizar su pensamiento y finalmente se

busca un pensamiento alternativo “el hecho de que hayan unas gotas de agua en el piso, no quiere decir que este sucio y sea algo que no pueda soportar y mi esposo tiene muchos detalles donde me considera y está pendiente de mi”.

Se evalúa la adherencia al plan de seguridad y se hace un reencuadre del mismo, para que la paciente siga la estructura planteada. Se hace la revisión del aumento de actividades agradables, tiempo de descanso y tiempo de pareja, identificando algunos síntomas de ansiedad relacionados con esto. Se hace devolución de lo encontrado y se comienza psicoeducación de la sintomatología ansiosa, se muestra la diferencia entre emoción primaria y secundaria, se explica el funcionamiento del sistema simpático y parasimpático, se hace modelado y explicación de respiración diafragmática y relajación de Jacobson.

Plan: Realizar registro de pensamientos automáticos, buscar la distorsión cognitiva de cada pensamiento y realizar de manera escrita la reestructuración del mismo con cada uno de los pensamientos. Continuar con el Plan de seguridad, aumento de actividades agradables, tiempo de pareja y tiempo de descanso. Realizar todos los días técnica de relajación.

7.4 Sesión 5

Se pasa a realizar la agenda de la sesión, se identifica que la problemática que la paciente presentó durante la semana, hace parte del registro de pensamientos automáticos, por lo que se pasa a la revisión de la tarea.

Objetivo de la sesión: Mejoría el estado emocional

Control emocional: 6, entre 0 y 10, siendo 0 lo peor y 10 lo mejor.

7.4.1 Agenda

- Breve resumen de la semana
- Revisar autorregistro de la paciente y reestructuración escrita

7.4.2 Subjetivo

Paciente con estado emocional estable en comparación con la semana anterior, en el momento continua con estado de tristeza. Realiza actividades de placer, disminuye actividades de deber y aumenta tiempo en pareja. Se da cuenta que su tía tiene problemas económicos y ella no tiene como ayudarlo, lo que le genera el pensamiento automático de “soy inservible para la sociedad, no hay lugar para mí”, con una credibilidad del 80%, su emoción es tristeza, con una intensidad del 80% y su reacción es llorar.

La paciente identifica las siguientes distorsiones: Personalizar, etiquetas globales, dicotomía, magnificar y catastrofizar. Se le muestra que también tiene visión de túnel.

Presento algunas dificultades para realizar sola la reestructuración cognitiva, se mira el ejercicio realizado y se ayuda para terminar de reestructurarlo. A, da como evidencias a su pensamiento el hecho de no estar trabajando actualmente, por lo que según su interpretación si no tiene dinero, entonces es inservible para la sociedad. Logra identificar aspectos de su vida que la hacen valiosa y solidaria y debatir la idea de ser inservible por no tener una remuneración económica, así mismo encuentra otras posibles soluciones.

7.4.3 Objetivo

Paciente con buena adherencia al tratamiento, realiza la actividad propuesta para el autoregistro de pensamientos automáticos y reestructuración del mismo con algunas dificultades,

debido a la falta de argumentación cognitiva ante su pensamiento. Se observa gran interés en el tema desde lo personal y académico, lo que facilita en la sesión la ejecución de la técnica. Se logra reducir la credibilidad e intensidad de su pensamiento y emoción, de un 80% a un 10% para ambas.

Orientada globalmente. Aceptable presentación personal, arreglada y maquillada. Actitud empática y colaboradora. Establece contacto visual. Euproséica. Afecto modulado, de carácter triste-ansioso. Llanto intermitente. Lenguaje eulálico, coherente y fluido, volumen y velocidad normal. Pensamiento con curso y contenido normal. Red de apoyo fragmentada.

7.4.4 Desarrollo de la sesión

Se hace control emocional y la agenda de la sesión, en tema que la paciente propone para hablar, hace parte del registro de pensamientos automáticos, por lo que se adhiere a la agenda en la revisión de tareas. Se continúa haciendo reestructuración en la sesión, para profundizar en su pensamiento ya que todavía había creencias ancladas a este, se trabaja en aumentar la racionalidad en su pensamiento y se tienen buenos resultados.

7.5 Sesión 9

Objetivo de la sesión: Aumentar la introspección de la paciente respecto a sus creencias intermedias.

Control emocional: 7, entre 0 y 10, siendo 0 lo peor y 10 lo mejor.

7.5.1 Agenda

- Breve resumen de la semana
- Psicoeducación de las creencias intermedias
- Análisis y ayuda en la interpretación de ventajas y desventajas

7.5.2 Subjetivo

Paciente con aumento de su estado emocional, presenta dificultades menores durante la semana, cuando su madre y hermana tiene problemas emocionales y ella no puede ayudarlas.

Para la paciente es fácil inicialmente encontrar las ventajas de su regla, pero antes de pedirle que busque las desventajas, ella misma argumenta y debate las “ventajas” encontradas.

7.5.3 Objetivo

Paciente con aumento de su estado emocional, presenta malestar emocional con su familia (madre y hermanas), a quienes intenta ayudar, aun cuando ella no está en la capacidad de hacerlo, a diferencia de las sesiones anteriores, se identifica que dicho malestar es bajo. En la sesión muestra un aumento de introspección importante, identifica algunas ventajas de su regla, pero es consciente del costo emocional alto de la misma y la falta de bienestar a largo plazo.

Orientada globalmente. Aceptable presentación personal, arreglada y maquillada. Actitud empática y colaboradora. Establece contacto visual. Euproséxica. Afecto modulado, de carácter eufónico. Lenguaje eulálico, coherente y fluido, volumen y velocidad normal. Pensamiento con curso y contenido normal. Red de apoyo fragmentada.

7.5.4 *Desarrollo de la sesión*

Inicialmente se hace control emocional, se identifica mejoría en este. Se pasa a realizar la agenda del día y la paciente no tiene un tema particular que quiera tratar. Se hace un breve resumen de la semana, identificando algunos problemas con su familia. Se le plantean la regla a trabajar en la sesión. Se pasa a realizar un listado de las ventajas y desventajas de esta regla y se debaten dentro de la sesión.

Plan: Hacer en sesión debate racional e irracional de su creencia.

8 **Análisis del caso**

Como se mostró durante el presente trabajo, la depresión persistente tiene unas características a nivel cognitivo, emocional y conductual, en el DSM 5 (APA, 2014) hacen una descripción de este diagnóstico, en donde el sujeto tiene un estado de ánimo deprimido la mayor parte del tiempo, por un tiempo mínimo de dos años y se tiene dos o más de los síntomas como; Insomnio o hipersomnias, sentimiento de desesperanza, poco apetito o sobrealimentación, poca energía o fatiga, poca concentración o dificultad para toma de decisiones y baja autoestima.

En el caso específico de A. llega a consulta después de llevar 3 años con todos los síntomas anteriores, menos el insomnio. Pero se logró ver también que el procesamiento de información de A. antes de tener distimia y aun cuando su estado de tristeza comenzó a mejorar, estaba caracterizado por cogniciones negativas, enmarcado con distorsiones de personalización, generalización, catastrofización, visión de túnel, magnificación y pensamiento dicotómico, lo que muestra que las experiencias que tuvo durante su vida configuraron cogniciones que hacían

que las situaciones que iba viviendo fueran vistas por ella con mayor gravedad y malestar emocional, debido a la interpretación de las mismas.

Otra característica de este trastorno es la percepción de la persona que asume que las características de la enfermedad hacen parte de su personalidad y no logran externalizar el problema. Esto ocurre ya que durante su vida pudieron haber tenido otros episodios de distimia lo cual significa tener por dos años o más depresión o tener este trastorno desde varios años atrás. (Ortega & Ortiz, 2013) En el caso de A. se logra ver que posiblemente había tenido otros episodios de distimia a lo largo de su vida y con el trastorno actual llevaba 3 años, lo que generó un sesgo en sus cogniciones, asumiendo que su trastorno afectivo era su personalidad.

Así mismo fue difícil que buscara ayuda, ya que este es un trastorno con desconocimiento en la sociedad. En un estudio realizado con personas con este diagnóstico “solo el 41% había recibido alguna forma de farmacoterapia, y solo el 56% había recibido psicoterapia, lo que demuestra el tratamiento insuficiente de este trastorno” (Griffiths et al., 2000).

La paciente había buscado ayuda en años anteriores por el mismo diagnóstico, en esta ocasión que decide buscar ayuda tuvo un buen enganche terapéutico, toda vez que la TCC busca hacer psicoeducación en el paciente, para facilitar una alianza colaborativa con este. La explicación de su trastorno afectivo, no la había recibido de ningún otro profesional al que había asistido, por lo tanto, esto reforzaba el pensamiento de “yo soy así, nunca voy a poder cambiar”. Por otro lado, realizó algunos procesos terapéuticos sin algún resultado eficaz, ya que el trabajo de su triada cognitiva no se había realizado.

Debido a la cronicidad de la cual se está hablando, el sujeto que sufre de distimia comienza a tener una afectación significativa en las áreas de funcionamiento, presentan

alteraciones en los procesos afectivos y cognitivos que afectan a la vez su comportamiento, a tal punto que una de las consecuencias más graves es el intento suicida (Taset 2016). En el caso de A. los intentos suicidas que tuvo, inicialmente a los 12 años, luego a los 25 y finalmente a los 32 años, la historia de vida que tuvo en donde su padre se suicidó cuando ella tenía 6 años, la relación con su madre poco amorosa y agresiva, caracterizada por la invalidación y el trato por parte de los otros familiares, arrojaban la hipótesis de estar tratando a una paciente con trastorno de personalidad límite, sin embargo tenía otras conductas que alejaban esa posibilidad, como su ciclo interpersonal, la constancia con el proceso, la ausencia de otras conductas impulsivas y la estabilidad en el afecto hacia otras personas. Por lo tanto, se hizo una evaluación exhaustiva de su estilo de personalidad, para eso se utilizó como complemento el inventario de personalidad para DSM-5 (PID-5), el cuestionario de evolución modulo DSM-IV IPDE y una lista de chequeo con el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM 5, cada una de estas acompañadas de una entrevista clínica, donde se confirmaban o descartaban hipótesis.

Se identificó que tiene algunos rasgos de personalidad límite, como la labilidad emocional (70/100), ansiedad (50/100), inseguridad por separación (70/100), depresión (80/100) e impulsividad (50/100), pero carecía de otras características como la asunción de riesgos (20/100) y la hostilidad (20/100), siendo estas últimas necesarias para cumplir los criterios, así mismo carecía de un nivel de disfuncionalidad para un trastorno de personalidad. Se identificó que tiene rasgos de personalidad obsesiva, como la perseverancia, el perfeccionismo rígido, pero nuevamente carecía de un nivel mayor de disfuncionalidad y de otros rasgos para este diagnóstico por lo que se continuo únicamente con el diagnóstico de depresión mayor.

Para entender cómo se creó el trastorno de depresión persistente se tomará inicialmente el concepto de esquema de Young (1990, 1999) quien explica como las experiencias de vida van

formando filtros de información llamados Esquemas, los cuales acompañan al sujeto a lo largo de su vida y le dan sentido y explicación a las nuevas vivencias que va teniendo, estos esquemas dan información distorsionada a la persona, con el fin de tener una coherencia cognitiva ante la información preestablecida y de esta forma posibilitar economía cognitiva. En el caso de A. las experiencias desadaptativas con su familia hicieron que formara esquemas como privación afectiva, desconfianza, vergüenza, fracaso, autosacrificio y estándares inflexibles. Así mismo formo una creencia nuclear de “Soy inservible” y para evitar que su creencia saliera, formo reglas como “Si ayudo a los demás, no estaré sola”, “Si busco apoyo, me siento segura” y “Si hago las cosas perfectas, sirvo para los demás”.

Toda esta configuración de creencias y reglas, sumado a las experiencias desadaptativas con su familia y las distorsiones que aumentaban o empeoraban dichas situaciones en su mente, hicieron que tuviera un nivel de ansiedad alto y finalmente una depresión.

Aaron Beck (2010) creador del modelo cognitivo de la Depresión, habla de la triada cognitiva, en donde las cogniciones de sí mismo, el mundo y el futuro son vistas de manera negativa, viéndose a sí mismo con minusvalía, viendo el mundo como desesperanzador y el futuro lleno de obstáculos. La cual se puede evidenciar en la paciente, quien al creer que realmente era inservible para la vida, se veía a si misma con minusvalía, con carencia de características que pudieran aportarle al mundo, veía al mundo de manera caótica y su futuro con desesperanza.

9 Conclusiones

La depresión persistente es un tipo de depresión poco estudiada, los estudios que se encuentran se basan en su mayoría en estudios de depresión mayor (Airaksinen et al., 2004), por esto es de gran utilidad presentar estudios de caso en donde se muestre todo el estudio de caso de una paciente con este diagnóstico. Sirviendo como guía para otros profesionales de la salud mental.

El trabajo realizado bajo la terapia cognitiva -conductual muestra que este tipo de terapia es eficaz para pacientes con depresión persistente y se comenzaron a ver los resultados desde el comienzo de la terapia. En este caso específico ayudó que en la primera sesión la paciente logro entender su problemática, recibió psicoeducación al respecto no solo en cuanto al diagnóstico, también respecto al tratamiento, igualmente se hizo una externalización de su patología, con lo cual comenzó a ver que estas características no hacían parte de su personalidad y eran síntomas que vivía en común con otras personas que tenían depresión persistente.

Después de algunos días, cuando se veía mejoría en la paciente, ella tiene un intento suicida, antes de esto se había realizado el safety plane (Stanley & Brown, 2011) al evaluar la paciente no lo siguió ese día e intento ponerlo en práctica cuando emocionalmente estaba desbordada. No presento consecuencias a nivel físico y se utilizó esto en consulta para mostrar la gravedad de la situación y buscar una mejor adherencia.

Desde el trabajo conductual queda demostrado que ayudó a la mejoría de los síntomas en la fase inicial, con la técnica de Actividades diarias, dominio y agrado y aumento de actividades de placer, disminución de actividades de deber Beck et al (2010), toda vez que la paciente se sobre esforzaba para ser una excelente esposa, hija, hermana, estudiante y esto hacía que no tuviera tiempo de descanso, se saturara cognitivamente y no disfrutara tiempo en pareja.

Así mismo se puede concluir que la reestructuración cognitiva fue la base fundamental de su proceso de recuperación, la cual inicialmente ayudaba a la paciente únicamente en la cita, pero no era capaz de llevar esta técnica a su vida por fuera del consultorio. La práctica y constancia hicieron que la paciente incorporara esta técnica, creando un nuevo procesamiento de información, más realista, lógico y objetivo.

En el momento actual la paciente no tiene síntomas depresivos, mejoro la relación de pareja, la cual se había deteriorado en el proceso debido a su patología, tiene más límites con su familia, que era un estresor ambiental y se está trabajando en sus esquemas, con el fin de evitar una recaída. Estos resultados corroboran lo encontrado en la literatura respecto a la terapia cognitiva conductual.

10 Bibliografía

- Abramson, L. Alloy, L. Metalsky, G. Jolner, T. & Sandín, B (1997) TEORÍA DE LA DEPRESIÓN POR DESESPERANZA: APORTACIONES RECIENTES. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* Vol. 2. N° 3, pp. 211-222. 1997
- Arnow, B & Constantino, M. (2003). Effectiveness of psychotherapy and combination treatment for chronic depression. *Journal of clinical psychology*, 59(8), 893–905.
<https://doi.org/10.1002/jclp.10181>
- Alcaldía de Medellín. (2012). Primer Estudio Poblacional de Salud Mental Medellín, 2011-2012 (N.o 1).
<http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/locales/CO031052011-primer-estudio-poblacional-de-salud-mental-medellin,-2011---2012.pdf>
- Álvarez, T. (2016). Evaluación neuropsicológica de los procesos cognitivos básicos en pacientes distímicos con intento de suicidio. *Revista Chilena de Neuropsicología*, vol. 11 (2) diciembre, 2016, pp. 22-27. Universidad del Desarrollo. Santiago, Chile
- Álvarez, A. (2006). Estudio de casos selección de lecturas. Cuba: Félix Varela San Miguel No. 1111
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Baena, Z., Sandoval, V., Urbina. T., Helen, J y Villaseñor, B (2005). Los trastornos del estado de ánimo. *Revista Digital Universitaria*, 6 (11)
- Barraca, J. (2010). Aplicación de la activación conductual en un paciente con sintomatología depresiva. *Clínica y Salud*. 21 (2) Madrid, España.
- Baringoltz, S (s.f). *Terapia Cognitiva y Depresión*. Argentina

- Beck, A. (1967). *Depresión: aspectos clínicos, experimentales y teóricos*. Nueva York: Harper y Row.
- Beck, A. (1979). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Desclée De Brouwer. *Clínica y salud*, 22.
- Beck, J. (2006) *Terapia cognitiva, conceptos básicos y profundización*, Barcelona, España: Gedisa
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *Manual for the BDI-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Botto, A. Acuña, J. Jimenez, J. (2014). La depresión como un diagnóstico complejo. *Rev Med Chile*, 142. 1297-1305
- Buela-Casal, G. y Sierra, J. (2002). Normas para la redacción de casos clínicos. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, No.3, pp. 525-532.
- Cano, P., Fernández, C., Fernández, A., González, A & Labry, A. (2020) *Tratamientos basados en la evidencia para la DISTIMIA*. España. *Psicoevidencias*
- Cebolla, A & Miró, M., (s.f) *eficacia de la terapia cognitiva basada en la atención plena en la terapia de la depresión*. *Revista de psicoterapia XVII - No 66,67*
- Cenalmor C., Bravo, N., Acuña, J., Buzo, E., Tejedor, J & Rodríguez, J. (2017) *Influencia de la depresión en el diagnóstico inicial y evolutivo del deterioro cognitivo*. *Rev Neurol* 2017; 65: 63-9.
- Corcuera, E & Iglesias, N. (s.f). *Intervención Cognitiva Conductual En El Abordaje Terapéutico En La Depresión Como Factor De Riesgo En El Suicidio De Adolescentes*.

- Cuijpers, P., Reynolds, C., Donker, T., Li, J., Andersson, G & Beekman, A. (2014) Tratamiento personalizado de la depresión en adultos: ¿fármacos, psicoterapia, o ambos? *RET, Revista de Toxicomanías*. 72 – 2014, 23-36
- Cuijpers, P., van Straten, A., Schuurmans, J., van Oppen, P., Hollon, S. D., & Andersson, G. (2010). Psychotherapy for chronic major depression and dysthymia: a meta-analysis. *Clinical psychology review*, 30(1), 51–62. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.09.003>
- Ey, H. (1980). *Tratado de psiquiatría* (8ed.) Barcelona: Toray-Masson.
- E. Airaksinen, M. Larsson, I. Lundberg, Y. Forsell. Cognitive functions in depressive disorders: evidence from a population-based study. *Psychol Med*, 34 (2004), pp. 83-91
- Granja, V. (2013). *Terapia Cognitiva Conductual en un Caso de Distimia, Inicio Temprano, en una Adolescente perteneciente a una Tribu Urbana Emo* (tesis de pregrado). Universidad San Francisco De Quito. Quito, Ecuador.
- Griffiths, J., Ravindran, A., Merali, Z. *et al.* Distimia: una revisión de los factores farmacológicos y conductuales. *Mol Psychiatry* 5, 242–261 (2000). <https://doi.org/10.1038/sj.mp.4000697>
- Hamilton, M. (1960) A rating scale for depression. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiat.*, 1960, 23, 56.
- Hollon, S. D. y Kendall, P. C. (1980). Cognitive self-statements in depression: Development of an automatic thoughts questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 4, 383–395.
- Hollon, S., Thase, M & Markowitz, J. (2002). Tratamiento y prevención de la depresión. *Asociación de ciencias psicológicas*. 3 (2), 39-77. <https://doi.org/10.1111/1529-1006.00NFO008>
- Hurtado, H. Sánchez, V. Bedoya, L; Londoño, N; Juárez, F.; Marín, C.; Muñoz, O; Agudelo, D; Gómez, Y. (2011) Prevalencia de trastornos mentales en usuarios de consulta psicológica en una

universidad colombiana. Revista de Psicología Universidad de Antioquia Vol. 3. No. 1. Enero - Junio de 2011

Imel, Z. E., Malterer, M. B., McKay, K. M., & Wampold, B. E. (2008). A meta-analysis of psychotherapy and medication in unipolar depression and dysthymia. *Journal of affective disorders*, 110(3), 197–206. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.03.018>

Irastorza, L. (2001). Trastorno de personalidad depresiva y distimia. Diferenciación clínica. Recuperado de: <https://psiquiatria.com/depression/trastorno-de-personalidad-depresiva-y-distimia-diferenciacion-clinica/>

Jiménez, M, Gallardo, G., Villaseñor, T & Gonzalez, A. (2013). *Revista Colombiana de Psiquiatria*. Vol 42 (2) recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-articulo-la-distimia-el-contexto-clinico-S0034745013700088>

Keller, M., McCullough, J., Klein, D., Arnow, B., Dunner, D., Gelenberg, A., Markowitz, J., Nemeroff, C., Russell, Thase, M., Trivedi, M, & Zajecka, J. (2000). A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. *The New England journal of medicine*, 342(20), 1462–1470. <https://doi.org/10.1056/NEJM200005183422001>

Lewinsohn, P.M., Gotlib, I.H. y Hautzinger, M. (1997). Tratamiento conductual de la depresión unipolar. En V.E. Caballo (dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*, vol. 1 (pp. 493-541). Madrid: Siglo XXI.

- Lewinsohn, P., Rohde, P., Seeley, J., Klein, D., & Gotlib, I. (2000). Natural course of adolescent major depressive disorder in a community sample: Predictors of recurrence in young adults. *The American Journal of Psychiatry*, 157 (10), 1584-1597
- Londoño, N & Ramírez, M. (2005). Creencias centrales en pacientes diagnosticados con trastornos del estado de ánimo depresivos en una muestra colombiana. *Pensamiento Psicológico*, (1), 5, pp. 95-105
- Moch, Shirra. (2011). Dysthymia: More than Minor Depression. *South African pharmaceutical journal*. Suid-Afrikaanse tydskrif vir apteekwese. 78. 38.
- Ortega, A & Ortiz, L. (2013). Tratamiento cognitivo-conductual en depresión mayor, distimia e ideación autolítica persistente. *Revista de Estudios Clínicos e Investigación*. Vol. 3, (6)
- Ortega, A & Ortiz, L. (2013). Caso clínico de una paciente con distimia. *Revista de Estudios Clínicos e Investigación Psicológica* 3(6), 34-46
- Pardo, G., Sandoval D., & Umbarila Z. (2004). Adolescencia y depresión. *Revista Colombiana de Psicología*. 13(1), 13-28. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3246301>
- Rivadeneira, C. Dahab, J & Minisi, a. (2013) *Revista de Terapia Cognitivo Conductual*. Vol 22. El Modelo Cognitivo de la Depresión. Tomado de <http://revista.cognitivoconductual.org/>
- Rocamora, A., (2013) *Intervención en crisis en las conductas suicidas*, Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Rosique, M., Sanz, t. (2013) *Análisis y Modificación de Conducta* Vol. 39, (159-160)

Salud mental en víctimas de la violencia armada en Bojayá (Chocó, Colombia)¹ Nora H. Londoño², Oscar Muñiz³, Jorge Enrique Correa⁴, Carlos D. Patiño⁵, Gerardo Jaramillo⁶, Juliana Raigoza⁷, Laura Toro⁸, Diego A. Restrepo⁹, Carlos Rojas¹⁰

Segal, Z. Williams, J. & Teasdale, J. (2002). *Terapia cognitiva basada en la atención plena para la depresión: un nuevo abordaje para prevenir la recaída*. Desclée de Brouwer, New York, USA

Taset Álvarez, Yanelys (2016). Nota neuropsicológica de los procesos cognitivos básicos en pacientes distímicos con intento de suicidio. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 11 (2), 22-27. [Fecha de consulta 17 de abril de 2020]. ISSN: 0718-0551. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1793/179348853001>

Vasquez, C., Hervas, G., Gomez, L & Romero, N. (2010). *Modelos cognitivos de la depresión: Una síntesis y nueva propuesta basada en 30 años de investigación*, Madrid.