

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

**Efectividad de la Terapia Cognitiva Conductual para Trastorno de
Depresión Mayor**

Johanna Lizeth Vega Pérez

Ana Trueba, Ph. D, Director de Trabajo de Titulación

Trabajo de Titulación presentado como requisito
para la obtención del título de Psicóloga Clínica

Quito, mayo de 2015

Universidad San Francisco de Quito

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

HOJA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Efectividad de la Terapia Cognitiva Conductual para Trastorno de Depresión Mayor

Johanna Lizeth Vega Pérez

Ana Trueba, Ph.D.
Director de la tesis

Ana María Viteri, Ph. D.
Miembro del Comité de Tesis

Michelle Arguello, B. A.
Miembro del Comité de Tesis

Teresa Borja, Ph. D.
Director del programa

Carmen Fernández, Ph.D.
Decano del Colegio de Ciencias
Sociales y Humanidades

Quito, mayo 2015

© DERECHOS DE AUTOR

Por medio del presente documento certifico que he leído la Política de Propiedad Intelectual de la Universidad San Francisco de Quito y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo de investigación quedan sujetos a lo dispuesto en la Política.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo de investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma: _____

Nombre: Johanna Lizeth Vega Pérez

C. I.: 171194830-5

Lugar: Quito - Ecuador Fecha: mayo de 2015

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mis padres, a mi padre por el esfuerzo y sacrificios que hizo día a día para brindarme todos estos años la mejor educación, a mi madre que ha sido mi fortaleza, mi inspiración, mi apoyo al cuidar de mi hija y ser el pilar que me ha respaldado para alcanzar mis metas siempre. Le agradezco a mi esposo por el entendimiento y el apoyo que me brindo durante estos años para cumplir con las exigencias académicas de mi carrera y agradezco a mi paciente por el apoyo y la dedicación que brindó a este proceso terapéutico. Dedico esta investigación a mis hijas por ser mi motor para superar mis objetivos cada día.

AGRADECIMIENTOS

Mi agradecimiento a mi directora de tesis, Ana Trueba, por todo su apoyo, dedicación y supervisión. agradezco a los profesores que me brindaron su enseñanza en todo este proceso educativo, a mis compañeros por formar parte de mi crecimiento académico.

RESUMEN

Se realizó un estudio de caso de una mujer de un rango de edad de 30 a 40 años, que fue diagnosticada de trastorno de depresión mayor, según los criterios del Manual de Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales ó DSM-IV, con la cual se aplicó más de doce sesiones de terapias cognitivas conductuales en un periodo de cinco meses con el objetivo de disminuir los síntomas y brindar al paciente herramientas para que no se diera una reincidencia de los síntomas. Los instrumentos de evaluación de auto-reporte utilizados para evaluar la intensidad y características de los síntomas son; el Inventario de Síntomas 90 Revisado (SCL-90-R), el Inventarios de Ansiedad de Beck (BAI) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI), además, se utilizó el Personality Diagnostic Questionnaire -4 +(PDQ-4+) para descartar algún tipo de trastorno de la personalidad. Los resultados obtenidos en esta investigación reflejaron una disminución importante de los síntomas y no se reflejo en los resultados después de un periodo de cuatro meses de haber culminado con las sesiones terapéuticas reincidencia de los síntomas. Lo que sugiere la efectividad de la terapia cognitiva conductual para el tratamiento del trastorno de depresión mayor.

Palabras clave: *Trastorno de depresión mayor, efectividad, terapia cognitiva conductual, SCL-90-R, BAI, BDI.*

ABSTRACT

A case study of a lady with a range in age from 30 to 40 years that was diagnosed with major depressive disorder, according to the criteria of the Manual Diagnostic and Statistical Mental Disorders, or DSM-IV, in which more than twelve sessions of cognitive behavioral therapy was applied over a period of five months in order to reduce symptoms and give the patient tools for not relapse of the symptoms. The assessment instruments used self-report to assess the intensity and characteristics of the symptoms and they are; the Symptom Inventory 90 Revised (SCL-90-R), Beck Anxiety Inventory (BAI) and Beck Depression Inventory (BDI) also was used the Personality Diagnostic Questionnaire -4 + (PDQ-4 +) to check out some kind of personality disorder. The results obtained in this study showed a significant reduction of symptoms and reflected in the results after a period of four months after therapy sessions culminated with not recurrence of symptoms. Suggesting the effectiveness of cognitive behavioral therapy for the treatment of major depressive disorder.

Key words: *Major depressive disorder, effectiveness, cognitive behavioral therapy, SCL-90-R, BAI, BDI.*

TABLA DE CONTENIDO

Resumen	7
Abstract	8
INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA	11
Antecedentes.....	12
El problema	16
Hipótesis	17
Pregunta de investigación.....	18
Contexto y marco teórico	18
Definición de términos	19
Presunciones del autor del estudio.....	20
Supuestos del estudio	21
REVISIÓN DE LA LITERATURA	22
Géneros de literatura incluidos en la revisión	22
Pasos en el proceso de revisión de la literatura	22
Formato de la revisión de la literatura	23
METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	58
Justificación de la metodología seleccionada.....	59
Herramienta de investigación utilizada	59
Descripción de participantes.....	66
Fuentes y recolección de datos	66
ANÁLISIS DE DATOS	72
Detalles del análisis	73
Importancia del estudio	78
Resumen de sesgos del autor	79
CONCLUSIONES	81
Respuestas a la pregunta de investigación.....	82
Limitaciones del estudio.....	84
Recomendaciones para futuros estudios.....	85
Resumen general.....	85
REFERENCIAS	87
ANEXO A: Título	94

TABLAS

Tabla 1. Puntajes T del SCL-90-R.....	72
Tabla 2. Puntajes del Inventario de Depresión de Beck.....	76
Tabla 3. Puntajes del Inventario de Ansiedad de Beck.....	77

FIGURAS

Figura 1. Modelo cognitivo estándar de Beck (1976).....	41
Figura 2. Modelo Cognitivo Basado en Estudios Científicos (Hernangómez y col, 2010.	43
Figura 3. Fluctuación de las escalas.....	75

INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA

La Terapia Cognitiva Conductual se desarrolló a partir de las terapias conductuales, en los cambios ocurridos entre los años sesenta y setenta, donde se dio como resultado de la crisis de las teorías clínicas psicoanalíticas, ya que se empezó a cuestionar la validez de las mismas (Semarari, 2002). Lo que generó la búsqueda de teorías que sean empíricamente válidas. A pesar de que hubo ciertos autores que plantearon teorías similares a las de Aaron Beck y Albert Ellis, ellos son considerados los fundadores de la actual psicoterapia cognitiva, debido a que muchas de sus teorías son utilizadas actualmente (Semarari, 2002). La Terapia Cognitiva Conductual ha tenido un gran desarrollo a nivel teórico y de investigación en los últimos años, generando modelos más eficaces de evaluación e intervención clínica (Riso, 2006). Es un tratamiento breve, estructurado y centrado en el problema; características que han hecho que sea una de las terapias más investigadas y por lo tanto ha sido empíricamente comprobada su validez en varios estudios (Beck, 2011). Esto la ha hecho que sea la terapia elegida para esta investigación.

Al final de los años 50s y a comienzos de los años 60s Dr. Beck un psiquiatra entrenado y practicante en psicoanálisis desarrolló una serie de experimentos que permitieron demostrar la validez de la terapia y una de los trastornos que investigó fue el trastorno depresivo, esto le permitió desarrollar una forma de psicoterapia a principios de los años 60s, la cual nombró terapia cognitiva (Beck, 2011). Se ha determinado que la terapia cognitivo conductual (TCC) es eficaz para el tratamiento de la depresión, aliviando la angustia aguda y reduciendo el riesgo de recaídas incluso, mucho después del haber terminado el tratamiento (Hollon, Markowitz & Thase, 2002). Esta terapia fue adaptada

para muchos otros desordenes, es decir, cada tratamiento esta basado en una formulación cognitiva, creencias y comportamientos que caracterizan cada desorden (Beck, 2011).

Cuando se aplica la TC en un caso individual se recolecta información indispensable con la cual se realizan hipótesis (Riso, 2006). Esto guiará el método utilizado en cada paciente; ya que cada individuo es único y la terapia se adapta a las necesidades que demanda cada persona.

Antecedentes

La historia de “Alejandra”.

“Alejandra” seudónimo que será establecido para salvaguardar la identidad de la paciente; nació en Ecuador, en un área rural, con un rango de edad de los 30 a los 40 años, reside actualmente en la capital en compañía de sus familiares. Es divorciada hace varios años y estableció una nueva relación amorosa hace más de 10 años. Recientemente acude a un médico neurólogo, el cual le diagnostica con depresión. El doctor le pide asistir a terapias psicológicas para trabajar conjuntamente al tratamiento médico. La paciente solicita asistencia en las Terapias Gratuitas de la Universidad San Francisco de Quito. Al inicio de la terapia la paciente menciona haber estado anteriormente en tratamiento psicológico hace aproximadamente 6 años, en donde mencionó haber explorado sus problemas de la niñez, dejó las terapias por falta de tiempo y mencionó que su experiencia fue buena. El motivo de su consulta fue por síntomas de depresión de igual manera, por lo que se sospecha que no ha sido el único episodio de depresión por el cual ha atravesado la paciente. Se decide trabajar con Terapia Cognitiva Conductual.

Infancia.

Es única hija mujer. Su infancia la describe como muy solitaria debido a que le hizo falta la presencia de su padre que estuvo ausente durante su infancia y su madre

trabajaba todo el día para llevar sustento al hogar, por lo que pasaban la mayor parte del tiempo solos o al cuidado de sus abuelos. La relación con sus hermanos fue buena. Sin embargo, siempre quiso tener una hermana con la cual pudiera compartir cosas de mujeres. Fue una niña muy estudiosa, le gustaba mucho estudiar y su madre exigía bastante esfuerzo académico, no aceptaba una buena nota sino debía ser una excelente nota.

Educación.

La paciente disfruta mucho de estudiar desde que era pequeña, se considera como estudiante promedio en la escuela. Terminó tanto la escuela, el colegio, la universidad y recientemente culminó con su maestría. Busca ser la mejor en lo que hace, por lo que ser una de las mejores estudiantes ha sido una de sus metas. Considera el estudiar como una salida para olvidarse de los problemas.

Relación amorosa.

Como se mencionó anteriormente Alejandra estableció una relación con un hombre mayor, con el cual ha convivido varios años contra la voluntad de su familia, lo que generó distanciamiento entre ella y su familia. El comportamiento de su pareja empezó a cambiar recientemente, su pareja empezó a reprocharle distintas situaciones, ya no pasaba tanto tiempo en casa con ella. Alejandra dejó su trabajo por recomendaciones y peticiones de su pareja para ingresar a un ámbito laboral mucho más competitivo, ella aceptó bajo ciertas condiciones, Sin embargo, recientemente su pareja le mencionó que cumplir con las condiciones que ella había establecido no las iba a poder cumplir, por lo que Alejandra intentó volver a su anterior trabajo sin éxito, generando en ella angustia y ansiedad.

Su nuevo trabajo está muy relacionado al ámbito donde él se maneja por lo que se entera de que él establecía relaciones pasajeras con otras personas. Este aspecto ha causado que Alejandra establezca cierto distanciamiento con las personas que le rodean en dichos

ámbitos, por el miedo a que se sepa de su relación y pueda ser juzgada o etiquetada por sus compañeros. El no poder expresar abiertamente sobre su relación genera frustración en ella e inestabilidad por no saber si se encuentra en una relación duradera. Además, al realizarse unos exámenes médicos se entera de que había sido él contagiado con una enfermedad de transmisión sexual pero debido a su distanciamiento ella no fue contagiada. Todos estos acontecimientos reforzaron la decepción que sentía hacia su pareja.

De cierta forma la paciente siente que había sido chantajeada por su pareja debido al miedo que sentía ella a perderle y a lo enamorada que estaba por lo que aceptó explorar con él otras actividades sexuales. La suma de todo esto, más la participación de ella en haber accedido a realizarse un aborto por petición de él y la diferencia de ideas en cuanto a compartir la relación con otras personas, ser de “mente abierta”, han ido deteriorando la relación ocasionando distanciamiento entre la pareja y llevándola a su ruptura. Sin embargo, siguen conviviendo bajo el mismo techo. Lo cual ha ido generando malestar en Alejandra en su diario vivir, especialmente en el ámbito del hogar y ha ido generalizando sus problemas..

Relación familiar.

Alejandra quien desde niña ha sido educada por sus padres para sobresalir frente a otras personas como manera de demostrar la capacidad que tiene la gente de un grupo minoritario para conseguir retos altos. Especialmente su madre demandaba mucho sobre sus capacidades intelectuales en la niñez. Los lazos afectivos familiares son fuertes con los padres. La paciente mantiene una buena relación con sus hermanos.

La relación con su hijo es un poco distante debido a que ella le exige un alto rendimiento académico y quiere que las cosas se hagan de la mejor manera, por lo que su hijo la llama muy “exigente”. Otro punto de encuentro es la relación que él joven mantiene

con su padre ya que a Alejandra le genera molestia el hecho de que el adolescente quiera estar más tiempo con él.

La relación amorosa que establecía con su pareja reciente, no era aceptada por sus familiares, lo que ocasionó distanciamiento familiar. No se veían muy seguido.

Recientemente por el distanciamiento que hubo con la pareja, Alejandra ha buscado el apoyo familiar y refiere estar feliz por la relación actual con su familia, especialmente la relación que mantiene con sus padres.

Relaciones laborales.

Alejandra menciona no tener una buena relación laboral con algunos compañeros, presenta mucha ira frente a su comportamiento de no querer estudiar, ser mejores y calificados para brindar un buen servicio. Genera malestar las creencias que tiene la paciente frente a la mediocridad y la sensación de injusticia en su ámbito laboral, debido a que en el ámbito en el que se encuentra parece no ser suficiente su desempeño sino también los contactos para alcanzar un puesto más alto o formar parte de mejores beneficios u oportunidades, lo cual ha aportado al distanciamiento de sus compañeros y esto a generado el incremento de su ansiedad y frustración frente al no saber si sus méritos académicos y laborales van a ser reconocidos por sus jefes. La incertidumbre de saber si va a ser promovida ha generado sobre todo ansiedad de no saber que le reserva el futuro, que debe esperar o hacer con la educación de su hijo o si debe buscar un lugar donde establecerse definitivamente.

Actualmente, después de las sesiones terapéuticas, la relación con sus compañeros ha mejorado, no se aísla de sus compañeros de trabajo y sobrelleva de mejor manera las decisiones de los demás y la perspectiva que tiene de sus compañeros de ser mediocres.

Salud.

Alejandra presenta un diagnóstico médico de hipotiroidismo hace varios años por lo que ingiere Levotiroxina 25mg, dos tabletas al día. Desde hace unos meses asiste a un médico neurólogo por mareos frecuentes, el mismo que le diagnostica con depresión y le receta Effexor- Venlafaxina 75mg, una capsula diaria y Neuryl 2,5mg, 4 gotas en la noche debido a su falta de sueño. Suspende este medicamento por una semana y vuelve a sentir la reaparición de los síntomas por lo que acude nuevamente al médico y le pido continuar con el tratamiento farmacológico e iniciar con terapias psicológicas.

En la familia de la paciente existe un historial de depresión, dos familiares cercanos han sido diagnosticados de depresión.

El problema

La cliente asistió voluntariamente a las consultas psicológicas gratuitas de la Universidad San Francisco de Quito debido a que fue diagnosticada por su doctor con depresión, él mismo que le solicitó asistir a terapia para que sirva como herramienta de apoyo a su tratamiento farmacéutico. La cliente presentó dos problemas en particular, una preocupación por su estado de salud y por su relación con su pareja. Los síntomas que mencionaba presentar al inicio de las terapias eran animo disminuido, somatización de los síntomas, falta de apetito que ocasionó una perdida de peso importante, falta de sueño, ansiedad, angustia en la noche cuando se encontraba sola, presión en el pecho que le impedía respirar, miedo intenso a la soledad, mareos, náuseas y temblores. La cliente también expresa malestar que le ocasionaba el cambio en la relación amorosa que establecía con un hombre, el cual seguía manteniendo una relación casual con otras personas. Presentaba mucha ira hacia su pareja que por más de 10 años ha sido el motor principal en la toma de decisiones propias que le generaban malestar como el haber

abortado debido a la insistencia de su pareja, el acceder a explorar el intercambio de parejas, el motivador para cambiarse de trabajo, el no tener una vida estable o una relación formal que pueda ser expuesta en público. Estos problemas están generalizando malestar en el ámbito laboral, académico y familiar. En el ámbito familiar menciona preocuparle la relación que tiene con su hijo, la describe como una relación distante.

Hipótesis

La paciente se presenta con síntomas de depresión, causados por una serie de acontecimientos familiares, con su pareja y en su trabajo que le han generado malestar; ansiedad y aislamiento social. La causa de estos síntomas se debe a creencias centrales que se han venido reforzando desde la niñez y a lo largo de su vida, como el “ser mediocre es lo peor” ya que era algo que le decía su madre todo el tiempo, ella debía tener las mejores notas para tener el reconocimiento de su madre. La discriminación que ha experimentado por ser de un grupo minoritario a generado una necesidad de destacarse y demostrar que son capaces de alcanzar metas difíciles. Su perfeccionismo ha generado que obtenga reconocimientos por su trabajo. En este caso no se observa un abanico de pensamientos que puedan ser más adaptativos por lo que están generando disfuncionalidad. Dada la sintomatología, la historia clínica de la paciente y según los criterios del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Revised, Fourth Edition (DSM-IV), Alejandra presenta un Trastorno de Depresión Mayor, recidivante moderado en el Eje I. Puede que exista de igual manera un rasgo de personalidad dependiente la cual será investigada mediante el Personality Diagnostic Questionnaire-4 +(PDQ-4+) y puede ser que esta este aportando a su miedo hacia la soledad. Una hipótesis de solución conllevaría que con las técnicas aplicadas en la Terapia Cognitiva Conductual dadas en un promedio de 12 sesiones aproximadamente, una por semana, permitirá la exploración de los pensamientos

automáticos haciéndolos más conscientes para que la persona vaya conociendo ¿cuál es su manera de pensar? y que consecuencias traen estos pensamientos en cuanto a sentimientos y comportamientos. Evocando paso a paso las creencias centrales que estén generando disfuncionalidad y modificándolas para que sean más funcionales. Se espera reducir los síntomas presentados anteriormente, generando un cambio en el nivel de funcionamiento de “Alejandra”. Por último, disminuir las conductas de riesgo y educar, brindando a la paciente herramientas necesarias para prevenir posibles recaídas.

Pregunta de investigación

De la hipótesis establecida anteriormente nace la pregunta de investigación, con la cual se procederá a trabajar en este estudio de caso. ¿Cómo y hasta qué punto la Terapia Cognitiva Conductual aliviará los síntomas de depresión y realizará un cambio en el comportamiento de una mujer, proveniente de un grupo minoritario del Ecuador, “Alejandra” de un rango de edad de 30 a 40 años?

Contexto y marco teórico

Existe investigación que valida la eficacia de la terapia cognitiva conductual (Antonsen & Thimm, 2014). La perspectiva que se va a tratar es un enfoque psicológico de los beneficios que puede generar este tipo de terapia, como la reducción de síntomas y la prevención de recaídas después de haber finalizado con las terapias. Esto se va a lograr mediante técnicas establecidas para crear conciencia de los pensamientos automáticos que están generando algún tipo de malestar y analizar paso a paso que sentimientos están generando estos pensamientos y como estos sentimientos están originando algún tipo de conducta desfavorable. Lo que se busca en general es llegar a las creencias centrales

disfuncionales para modificarlas y crear de esta forma un abanico de pensamientos que sean más adaptativos, generar flexibilidad en los pensamientos de Alejandra.

El propósito del estudio.

Se espera en este estudio encontrar que los síntomas bajen considerablemente en un periodo mayor a 12 sesiones terapéuticas trabajando con la Terapia Cognitiva Conductual. Enseñando herramientas a la paciente que disminuyan la probabilidad de recaídas futuras con síntomas depresivos y las conductas de riesgo o impulsividad que se han dado para no perder algo anhelado. Al igual que generar un cambio en el estilo de vida de la paciente que sea a su manera más funcional para la misma y determinar sí su miedo tiene relación con una creencia central establecida desde la niñez o sí tiene relación con un rasgo de personalidad dependiente.

Es importante que este estudio sirva como aporte a otros psicólogos clínicos que estén ejerciendo terapia, y sea un buen aporte académico para la realización de futuras investigaciones en población ecuatoriana.

El significado del estudio.

Este estudio puede ser útil como replica para generar nuevos estudios en un futuro sobre la terapia cognitiva conductual aplicada hacia la depresión, que ayude a determinar de mejor manera como se da la reducción de síntomas y como se puede trabajar con la prevención de recaídas. No es el primer estudio aplicado en el Ecuador, sin embargo, es un estudio único ya que el individuo no ha sido sujeto algún tipo de estudio anteriormente. Se espera con este estudio aportar a un mayor conocimiento sobre técnicas y procedimientos que puedan ayudar a futuros tratamientos y sea de gran aporte académico.

Definición de términos

Episodio de depresión.- Estado de ánimo deprimido, cambio de apetito o peso, dificultad para concentrarse, problemas con el sueño, poca energía, pensamientos de muerte, sentimientos de culpa; síntomas que se presentan la mayor parte del día, por un periodo de por lo menos dos semanas, casi todos los días (American Psychiatric Association, 2002).

Trastorno de Depresión Mayor.- Trastorno de estado de ánimo, que se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores, donde no haya presencia de un trastorno delirante, psicótico no especificado, esquizoafectivo. (American Psychiatric Association, 2002).

Trastorno de personalidad por dependencia.- Trastorno de la personalidad, donde se observa una gran necesidad de que se ocupen de uno, ocasiona un comportamiento de sumisión y temor a la separación (American Psychiatric Association, 2002).

Miedo.- Sensación de alerta y angustia por la presencia de un peligro o mal, sea real o imaginario (Diccionario, 2007), sin embargo, en esta investigación miedo es considerado como una anticipación ante algún tipo de peligro que genera en la persona ansiedad, sensación de no saber que puede pasar e inseguridad (Ruiz, 2014).

Presunciones del autor del estudio

En el siguiente estudio se espera que Alejandra conteste las preguntas con sinceridad para que las respuestas no alteren los resultados del estudio. Se presume que se eligió la mejor terapia adecuada a las necesidades de organización del paciente y de brindar una explicación cognitiva a sus comportamientos y sentimientos. Debido a la investigación amplia que tiene la terapia cognitiva conductual o TCC hacia la depresión puede ser de gran aporte para mejorar la condición de los síntomas de Alejandra que le

generan malestar. Al final de la terapia se espera cumplir con los objetivos planteados al inicio de terapia, observar notablemente una mejoría en cuanto a los síntomas, un cambio en las conductas disfuncionales y prevenir futuras posibles recaídas debido a su historial clínico.

Supuestos del estudio

Este estudio puede ser de gran aporte académico al investigar la evolución de un proceso terapéutico Cognitivo Conductual, establecer como ha sido el proceso en cuanto a su inicio, su desarrollo y su culminación. Podrá ser de utilidad para futuras investigaciones similares a las cuales se puedan adaptar sus propias adecuaciones y sean las mismas de mayor aporte académico para la sociedad de psicología en el Ecuador que trabaje con trastornos emocionales. Puede ser de gran aporte para investigaciones dirigidas hacia personas que se exponen a situaciones de riesgo por algún tipo de miedo.

A continuación se encuentra la Revisión de la Literatura seguida por la explicación de la metodología de investigación aplicada, el análisis de datos encontrados en los test aplicados en el transcurso de la terapia, las conclusiones y finalmente la discusión.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

A continuación se encuentra la Revisión de la Literatura dividida en cuatro partes como son Terapia Cognitiva Conductual, Depresión y Modelo Cognitivo y Eficacia de la TCC.

Géneros de literatura incluidos en la revisión

Fuentes.

La información utilizada para esta investigación proviene de revistas indexadas publicadas en la base de datos de *EBSCO*; estas investigaciones provenientes de diferentes regiones del mundo tienen respaldo académico y se encuentran relacionados con la investigación de la Terapia Cognitiva Conductual, al igual que se utilizó libros populares que respaldan la teoría planteada, esta información provendrá desde el año 2000 hasta el año 2014, con excepción a libros provenientes de años anteriores como 1976 considerados relevantes para la descripción de la historia y las teorías de relevancia para la Terapia Cognitiva Conductual.

Pasos en el proceso de revisión de la literatura

Para la investigación requerida se procedió a investigar en la biblioteca de la Universidad San Francisco de Quito, en su base de datos, se buscó libros relacionados con la Terapia Cognitiva Conductual o Cognitive Behavioral Therapy, al igual que se utilizó para su búsqueda Emotions and Cognitive Behavioral Therapy, Depression and Treatment, Terapia para la Depresión. Se utilizó los artículos de revistas en línea de EBSCO, EBOOK, que son facilitados por la base de datos de la universidad; en este caso se utilizó palabras

en inglés y en español relacionadas con la Terapia Cognitiva Conductual, Depresión, Personalidad Dependiente, Modelo Cognitivo de la Depresión. Para complementar con la información requerida para realizar una investigación más completa se ingresó a la red de internet Google Académico buscando investigaciones científicas relacionadas a los temas requeridos y que sean revisadas su validez para su uso académico.

Formato de la revisión de la literatura

Tema 1. Depresión.

El Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Revised o DSM-IV-TR por sus siglas en inglés, presenta varios tipos de trastornos depresivos, cada uno se diferencia debido a la frecuencia con que se dan los síntomas y su gravedad. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2012 aproximadamente 350 millones de personas presentan algún tipo de trastorno mental o de conducta; un trastorno importante es la depresión debido a que se encuentra entre las diez primeras causas de discapacidad en el mundo.

Según los criterios de la American Psychiatric Association (2000) el Trastorno de Depresión Mayor es un estado de ánimo en extremo deprimido que dura al menos dos semanas, presenta síntomas cognoscitivos y cambio en las funciones físicas. Dentro del trastorno depresivo unipolar se distinguen algunos subtipos. De acuerdo con el DSM-IV-TR estos subtipos se clasifican en: el episodio depresivo mayor, trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno depresivo no-especificado, trastornos del estado de ánimo por enfermedad médica, inducido por sustancias, así como se categoriza el grado de la depresión como suave, moderada y severa (García y Pérez, 2001). El especificar las

características de la depresión por la cual esta pasando el paciente, brinda al terapeuta una perspectiva más clara de las técnicas más convenientes para mejorar la condición del paciente.

Se suele presentar por lo general más episodios de depresión en el transcurso de la vida de una persona por lo que es importante elegir un tratamiento adecuado. Conocer el historial familiar de síntomas de depresión puede dar un pronóstico (García y Pérez, 2001). Uno de los síntomas principales de la depresión es la ideación suicida. Se considera que el riesgo de suicidio en personas con trastorno de ánimo es de 6-15% (Organización Mundial de la Salud, 2000). El riesgo aumenta en personas con síntomas psicóticos, el que ya hayan tenido intentos suicidas, consumo de sustancias y precedentes de familiares que hayan cometido suicidio (American Psychiatric Association, 2000). Otros factores importantes a ser considerados es el ser de sexo masculino ya que cometen más suicidios que las mujeres por los métodos que utilizan; el ser divorciado, viudo o soltero; desempleo; edad como el ser mayor a 65 años; vivir en áreas urbanas; migración, etc. (Organización Mundial de la Salud, 2000).

Síntomas.

Se mencionan cuatro tipos de síntomas que se presentan en la depresión: síntomas afectivos; síntomas físicos como descenso o aumento del peso corporal, cambios en el sueño, disminución de la energía; síntomas cognitivos como pensamientos negativos sobre sí mismo, del mundo y del futuro, culpa, desesperanza, baja autoestima y síntomas conductuales como cambio de conductas, lentitud o agitación motora, distanciamiento social (García y Pérez, 2001). Para diagnosticar un trastorno de depresión mayor según los criterios establecidos por el DSM-IV-TR debe: presentar cinco o más síntomas durante un

período de 2 semanas como estado de ánimo depresivo, pérdida de interés, sentirse deprimido la mayor parte del día, pérdida importante de peso ó aumento de peso, sentimientos de culpabilidad, dificultad en mantener la concentración, pensamientos sobre muerte o el suicidio, disminución del libido, deterioro social, laboral o de otras áreas importantes, no cumplir criterios para un episodio mixto, los síntomas no provienen por efectos fisiológicos directos de una sustancia o enfermedad médica o por duelo. Es importante tomar los criterios del DSM-IV-TR para poder dar un diagnóstico más certero.

Etiología de la depresión.

La causa de la depresión puede darse por diversos factores. Los factores genéticos, del desarrollo, hormonales y fisiológicas pueden ser responsables de la etiología de la depresión (Clark, 1989, Hernández, Rodríguez, Leal, Peralta, Durán, 2014). Según el DSM-IV-TR menciona que puede darse por la alteración de ciertos neurotransmisores como la serotonina, noradrenalina, dopamina, acetilcolina, y ácido gammaminobutírico. La depresión también ha sido relacionada a cambios en hormonas como la baja secreción de la hormona de crecimiento, hormona estimuladora de la tiroides y en cuanto el funcionamiento cerebral se ha visto mediante neuroimagenes cerebrales que existe un aumento del flujo sanguíneo en regiones límbicas y paralímbicas y reducción en el córtex prefrontal lateral (American Psychiatric Association, 2000).

El desarrollo de la depresión puede tener un factor hereditario ya que estudios recientes de gemelos ha reflejado que la condición puede ser más severa si existe el trastorno en pacientes cercanos (Barlow, & Duran, 2007). En personas que presentan trastorno depresivo mayor la probabilidad es de 5-3 veces más frecuente que los familiares

en primer grado también presenten este trastorno en comparación con la población en general (American Psychiatric Association, 2000).

Entre los factores ambientales que aumentan el riesgo de suicidio se encuentran el maltrato físico, no tener empleo, bajos ingresos económicos, ser soltero o separado y la desintegración familiar (Hernández, Rodríguez, Leal, Peralta, Durán, 2014). Factores que pueden influir en el desarrollo de este trastorno pueden darse por acontecimiento estresantes como el separarse, divorciarse o la muerte de la pareja (Agudelo, Casadiegos, Sanchez, 2008), por vulnerabilidad o marginación social; como niveles bajos de escolaridad, inestabilidad económica, pobreza, edades avanzadas, ser mujer y vivir en una zona rural (Belló, Medina, Lozano y Puentes, 2005). En mujeres un factor importante de riesgo para desarrollar depresión es la disfunción familiar (Hernández, Rodríguez, Leal, Peralta & Durán, 2014). Por el contrario en hombres se ha observado que el desarrollo de la depresión se asocia al desempleo (Belló y Cols, 2005). Sin embargo, se ha visto que en los dos casos que el rango de riesgo son un poco más similares tanto en hombres como en mujeres cuando los roles de géneros son iguales (Angermeyer et al., 2009).

Es muy importante tomar en cuenta la etiología de la depresión para poder realizar un diagnóstico diferencial. Se debe descartar a un trastorno del estado de ánimo debido a un daño fisiológico causado por una enfermedad médica como es el hipotiroidismo por ejemplo o a su vez un trastorno de estado de ánimo inducido por sustancias donde en este caso se daría durante el periodo de abstinencia de consumo de la sustancia o se debe determinar que los síntomas no empiecen antes de los dos meses de haber pasado por un duelo a menos de haya un deterioro importante de las funciones del individuo o presente preocupaciones por inutilidad, ideación suicida, síntomas sicóticos o enlentecimiento

psicomotor (American Psychiatric Association, 2000). El determinar la causa del trastorno puede ayudar a obtener una mejor perspectiva del origen del problema para establecer un mejor tipo de tratamiento psicológico.

Prevalencia.

La depresión tiene una prevalencia en hombres de 1.9% y 3.2% en las mujeres (Organización Mundial de la Salud, 2001). De la población que presenta un trastorno depresivo mayor al menos el 75% de los pacientes tienen un segundo episodio en el transcurso de sus vidas (Hernangómez, Hervás, Romero y Vázquez, 2010). En el Caribe y el continente americano 5 % de la población padece de depresión y entre el 60% y 65% no reciben terapia (Organización Mundial de la Salud, 2000).

Curso.

Se ha visto que en un inicio temprano como la adolescencia, los jóvenes tienen acceso limitado a tratamientos psicológicos en su primer episodio de depresión mayor, lo que puede ocasionar que sean más propensos a tener más episodios en el transcurso de su vida y tener una mayor cronicidad del trastorno (Benjet, Borges, Medina, Fleiz & Zambrano, 2004). Se creía que la depresión se presentaba en su mayoría en personas adultas. Sin embargo, en estudios recientes se ha observado que la edad de inicio del trastorno está disminuyendo (American Psychiatric Association, 2000). Por ejemplo, se ha visto que en los adolescentes en Estados Unidos el 11 % ha pasado por un episodio de depresión mayor antes de los 18 años, donde la incidencia entre hombres y mujeres adolescentes es similar (Bebbington et al., 2003). Las personas que presentan un episodio de depresión antes de los 18 años, presentan aproximadamente 7 episodios más (Benjet, Borges, Medina, Fleiz, &

Zambrano, 2004). Lo que daría una pauta importante de que jóvenes con un inicio temprano del trastorno van a ser propensos a una mayor cronicidad del trastorno. Se estima aproximadamente que la mediana de edad de inicio en personas adultas es de los 24 años (Benjet, Borges, Medina, Fleiz y Zambrano, 2004).

La duración de un episodio de depresión puede durar 4 meses o más sin recibir tratamiento, un episodio de depresión mayor sin recibir tratamiento es de aproximadamente nueve meses, 10% de los casos duran dos años o más (American Psychiatric Association, 2000). Por lo que se puede decir que la cronicidad del episodio de depresión mayor es más alta y por eso la disminución de los síntomas puede demorar más en disminuir. Sin embargo, el desarrollo de los síntomas suele ser progresivo, puede durar días o semanas donde se puede observar síntomas ansiosos y depresivos leves (American Psychiatric Association, 2000). En el caso de que después de un tratamiento se subsistan síntomas residuales, estos pueden ser predictores de mayor riesgo a presentar futuras recaídas (Conti, Fava, Finos, Grandi, Ruini, Rafanelli, 2004), disfunción social, mayor cronicidad del trastorno y pensamientos suicidas (Hernández, Rodríguez, Leal, Peralta & Durán, 2014). Aproximadamente 1 millón de personas se suicidan cada año, lo que es equivalente a 3.000 suicidios diarios, donde por una persona que se suicida, 20 pueden cometer un intento fallido (OMS, 2012). Por lo que identificar tempranamente este trastorno reduciría conductas de riesgo que atentan contra la salud como sería el consumo de cigarrillo, alcohol, mala alimentación (Agudelo, Casadiegos, y Sanchez, 2008).

Comorbilidad.

Se ha podido observar que los jóvenes con un inicio temprano menor a los 18 años de edad con episodio de depresión tienen “mayor probabilidad de presentar agorafobia,

fobia social, trastorno negativista desafiante y abuso de sustancias” (Benjet, Borges, Medina, Fleiz y Zambrano, 2004). En cuanto al abuso de sustancias se ha podido observar en estudios recientes que las personas con depresión tienen a consumir en mayor cantidad tabaco y alcohol (Hernández, Rodríguez, Leal, Peralta, Durán, 2014). Según la American Psychiatric Association (2000) el Trastorno de depresión mayor puede presentarse antes o después por un trastorno distímico y otros trastornos como trastorno de angustia, trastorno obsesivo-compulsivo, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno límite de personalidad pueden presentarse al mismo tiempo que el trastorno de depresión mayor.

Es importante mencionar que el trastorno de depresión está estrechamente relacionado con trastornos de personalidad como lo demostró el estudio de Prieto y cols. realizado en el 2007 donde el 86% de los pacientes presentaron 48.6% trastorno evitativo, 48.6% dependencia y 24.3% pasivo agresivo y 27% obsesivo compulsivo. Al presentar la combinación de estos dos trastornos, el de ánimo y de personalidad, su recuperación es más difícil, debido a que las cogniciones son más rígidas (Latorre y Serrano, 2012). Incluso en la investigación realizada por Londoño y Ramírez (2005) se encontró que en las personas con un diagnóstico de depresión presentan creencias centrales que tienen relación con trastornos como el obsesivo compulsivo, pasivo agresivo, límite y paranoide. Estas creencias rígidas se caracterizan por exigirse a sí mismo hacer todo a la perfección como establecer reglas, orden, “ser competente para no fracasar“, “ser meticulado“, etc., características del trastorno obsesivo-compulsivo; otras creencias como “soy atacado e incomprendido por los demás“, “son otras personas las causantes de mi sufrimiento“ son características del trastorno pasivo-agresivo y otras como “no soporto el aburrimiento“, “no tolero la soledad“ son características del trastorno límite; finalmente otros como “soy

suspicious”, “estoy alerta para que los demás no traten de usarme” son características del trastorno paranoide.

Tema 2. Terapia cognitiva conductual.

Historia y Conceptualización.

Las teorías acerca de la terapia cognitivo-conductual surgieron en la década de 1960 (Dobson & Dozois, 2010). La Terapia Cognitiva resultó de cierta forma por la crisis que se dio en el psicoanálisis en los Estados Unidos, donde hubo una problemática entre la teoría clínica y la teoría metapsicológica. Ya que las teorías de la metapsicología de las pulsiones se empezaron a observar como teorías mal definidas provenientes de una neurobiología inadecuada en ese momento (Semerari, 2002). Mahoney mencionó que en los años 60s la psicología se había volcado a una "revolución cognitiva", donde este enfoque cognitivo se volvió muy presente en la psicología clínica (Dobson & Dozois, 2010).

Se consideran como los dos representantes más importantes de las teorías cognitivas a Albert Ellis y Aaron Beck, ambos fueron formados en la doctrina del psicoanálisis, sin embargo rechazaron la doctrina por considerarla no tan eficaz y sin evidencia empírica (Naranjo, 2004). Al igual que Beck, Albert Ellis impulsó al desarrollo histórico de las terapias cognitivo-conductuales al relacionar el estímulo ambiental con las consecuencias emocionales por medio de las creencias (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979). Ellis por su parte se dice que aportó con una interacción activa terapeuta paciente, en vez de escuchar e interpretar, él se enfocó en la Terapia Racional Emotiva donde menciona que los pensamientos mal adaptativos pueden ser cambiados por otros más razonables conscientemente (Naranjo, 2004).

Por otro lado Aaron Beck, profesor de psiquiatría de la Universidad de Pensilvania, con fundamentos psicoanalistas, al principio de la década de 1970, desarrolló el término “Terapia Cognitiva”, donde investigó el tratamiento de la depresión y desarrolló una terapia para modificar pensamientos y conductas disfuncionales (Beck, 2011). A partir de entonces, se han ido creando aproximadamente unos 20 enfoques pero todos ellos se basan en el “significado y los procesos de elaboración de la información” (Semerari, 2002), es decir, en la formulación cognitiva de cada trastorno y como se aplica a la comprensión de cada individuo (Beck, 2011). Tanto Beck como otros profesionales han ido adaptando esta terapia hacia el tratamiento de otros trastornos; modificando solo objetivos y tiempo que dura el tratamiento (Beck, 2011): teniendo en cuenta que cada trastorno presenta una distorsión del pensamiento y esta afecta tanto al estado de ánimo como a la conducta (Beck, 2000). Beck (1976) enfatiza que el contenido de lo que una persona piensa afecta su estado de ánimo. Se publicó su primer estudio de resultados en el año 1977, desde entonces ha sido ampliamente estudiada y empíricamente comprobada la eficacia de la Terapia Cognitiva Conductual en cuanto al tratamiento de trastornos como depresión mayor, ansiedad generalizada (Stewart & Chambless, 2009), fobias, trastornos de alimentación, etc. (Beck, 2011). Su fama la obtuvo a partir del estudio realizado por National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: Background and Research Plan, donde se investigó la efectividad de la terapia cognitiva conductual y la psicoterapia interpersonal y se comprobó la efectividad de la Terapia Cognitiva Conductual (García y Pérez, 2001). Por otro lado, Bandura es considerado el que inicio aportando con la parte cognitiva dentro del enfoque conductual, determinando procesos de cambio conductual y el esfuerzo como factor del control de la conducta, al igual que él, autores como Mahoney y Meichenbaum plantearon el auto concepto (Naranjo, 2004). La

intervención conductual viene dándose desde los años 1930 y 1940 con las investigaciones sobre el aprendizaje realizadas por Skinner con animales y posteriormente en 1950 se experimentó con humanos donde se realizó varias investigaciones entre las cuales esta la relación paterno filial donde los padres son entrenados para resolver los problemas conductuales de sus hijos con técnicas como condicionamiento clásico (Mattos y Marinho, 1998). Cada uno de estos autores, aportaron a las teorías estudiadas hoy en día que han sido de beneficio para los pacientes. Debido a que la terapia cognitiva conductual ha sido objeto de una investigación amplia en los últimos años, se ha realizado un gran desarrollo de modelos de evaluación y de intervención clínica (Riso, 2006).

Se considera a la Terapia Cognitiva de la depresión un procedimiento estructurado de aproximadamente 12 sesiones básicas (García y Pérez, 2001), o de 15 a 20 sesiones una vez a la semana dependiendo de la gravedad del trastorno y las necesidades del paciente se puede hacer la terapia más frecuente como dos veces a la semana y después ir las distanciando (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979). Tiene un enfoque educativo con lo cual se busca modificar cogniciones como pensamientos, creencias falsas, además de modificar conductas (García y Pérez, 2001), es decir, enseñar habilidades de procesamiento de información que sean más adaptativas, esto también ayuda a reducir la angustia o los síntomas del trastorno (Beck, 1976). Es un procedimiento que se centra en el aquí y el ahora, es directivo, es activo y de tiempo limitado (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979). La Terapia Cognitiva busca contrarrestar la depresión cambiando la manera de pensar del paciente; separando los puntos importantes para ir trabajando sobre la motivación y el rendimiento que a su vez mejorarán el autoestima (Beck, 1976). Un terapeuta cognitivo conductual por otro lado debe enfatizar la calidez, la empatía, la autenticidad, la aceptación incondicional, debe ser activo, señalar los problemas y las dificultades cuando los

identifica, darle una dirección a la terapia, proponer, dramatizar papeles y plantear experimentos conductuales (Naranjo, 2004). Ya que en sí la Terapia Cognitiva Conductual es meticulosa en la búsqueda, la identificación, y el examen de las respuestas cognitivas deficientes y el sistema de creencias subyacentes (Beck, 1976).

Modelo Cognitivo.

Los modelos y esquemas cognitivos nos permiten diferenciar y codificar la información (Beck, 1976). Gracias a los modelos cognitivos podemos entender mejor la estructura del pensamiento del paciente, por ejemplo como este se va desarrollando hasta llegar al problema principal, lo que puede ayudar a que se dé una mejor estructura de la terapia. Una de las causas de que se desarrolle un trastorno como la ansiedad y depresión es debido a forma en que se procesa la información (Clark, 1989). Estos como otros trastornos se mantienen por pensamientos automáticos distorsionados. El rol del terapeuta es ayudar al paciente primero a identificar la relación que existe entre pensamiento, sentimientos y conductas, después a reconocer pensamientos disfuncionales, y finalmente a buscar la evidencia a favor y en contra de los pensamientos disfuncionales, para posteriormente poder modificarlos (Beck, et al, 1979). Sin embargo, hay que tener en cuenta que los acontecimientos no determinan los sentimientos, sino la manera en como el paciente interpreta el acontecimiento (Beck, 1964). Lo que puede explicar como una persona se deprime ante un acontecimiento “X” y otra como no se deprime ante un acontecimiento parecido.

El modelo cognitivo de Aaron Beck (1967) que la realizó para explicar como se da el desarrollo de la depresión, plantea una cadena de elementos; en primer lugar se dan las experiencias negativas tempranas, es decir, acontecimientos negativos que se dan en la

niñez, estas generan esquemas o actitudes disfuncionales, que serían activados con un estresor nuevamente y con esto los sesgos cognitivos que crearían pensamientos negativos de uno mismo, del mundo y del futuro conocido como la triada cognitiva, que sería el precursor más inmediato de la depresión.

Esquema.

Los esquemas son representaciones del conocimiento adquirido y experiencias pasadas (Beck, 1976). Son filtros cognitivos que dirigen la percepción, codifican, organizan las experiencias, almacenan y recuperan la información de estímulos internos y externos (Hernangómez, Hervás, Romero y Vázquez, 2010). Los esquemas pueden estar latentes y activarse en ciertas circunstancias (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979).

Creencias Central.

Las creencias centrales son verdades absolutas, pocas en cantidad, globales, rígidas y se generalizan en exceso, se le considera el nivel más esencial de creencia ya que se van estableciendo desde la infancia, es decir, son el pilar de nuestros pensamientos y son más inconscientes por lo que no se tiene mucho acceso a ellas (Beck, 2011). Algunos autores se refieren a ellas como esquemas, pero Aaron Beck establece que los esquemas son estructuras cognitivas proveniente de la mente y las creencias centrales son el contenido de esas estructuras cognitivas (Ferrer, 2010). Las creencias centrales se dividen en la triada cognitiva que son creencias de uno mismo, del mundo y del futuro (Beck, 1976). También estas se dividen en dos categorías que son las creencias centrales que se relacionan con el desamparo que integra falta de autoridad, vulnerabilidad, encierro, falta de control, debilidad, dependencia, dificultad en obtener lo deseado, inferioridad, fracaso y las que se

relacionan con la necesidad de ser amado que integra el no ser deseado e inferior por lo que no puede ser amado ni cuidado por otras personas (Naranjo, 2004). Ejemplos de creencias de desamparo como “Soy vulnerable”, “Soy débil”, “No soy suficientemente buena” y ejemplos de creencias de incapacidad de ser amada como “Van a abandonarme”, “Me quedare sola”, “No agrado a nadie”. Las creencias centrales son el punto más difícil donde se espera llegar y modificar, debido a que son verdades establecidas hace muchos años, que posiblemente se han ido reforzando con el transcurso de los años por distintos acontecimientos.

Creencias intermedias.

Se encuentran entre las creencias centrales y pensamientos automáticos y se dividen en actitudes, reglas y presunciones. Estas creencias afectan la visión o percepción que tienen las personas de las situaciones e influyen en la manera en como las personas piensan, sienten y se comportan. Sin embargo, estas creencias no son des adaptativas en todos los casos sino más bien pueden ser funcionales (Ferrer, 2010). Por lo que es importante determinar cuanto estas están ayudando o generando un comportamiento desfavorable en el paciente. En el caso de las actitudes son más comportamientos que pueden ser medidos según su intensidad y suelen juzgar a su creencia central (Beck, 2011). Como por ejemplo “Ser mediocre es lo más decepcionante.” Por otro lado las reglas como su palabra lo dice son imposiciones que se pone la persona (Beck, 2011). Un ejemplo de ello es “Debo ser siempre la mejor en todo lo que haga.” Y por último, están las asunciones que es cuando el individuo asume con respecto al futuro (Beck, 2011). Un ejemplo de ello es “Si soy la mejor en lo que haga tendré el reconocimiento que me merezco”.

Pensamientos automáticos.

Los pensamientos automáticos son considerados palabras o imágenes automáticas, espontáneas, específicas en cada acontecimiento, que se dan no solo en personas con algún tipo de trastorno, sino que es característico de cualquier persona, son ideas que no reflejan la verdad, son grandes en cantidad (Beck, 2011). Beck (1976) planteó que los pensamientos automáticos surgen automáticamente en la mente y son de fácil acceso ya que la persona solo debe prestar atención a sus pensamientos para hacerlos conscientes. Además nos ayudan a anticiparnos y escoger o elegir. Sin embargo, estos son considerados disfuncionales en el momento que distorsionan la realidad, son repetitivos, son perturbadores e interfieren en las actividades de la vida cotidiana del paciente. El paciente no suele estar tan pendiente del pensamiento en sí sino de la emoción que este ocasiona, por lo que evaluar la validez y utilidad del pensamiento y cambiar la actitud frente a él produce un cambio en las emociones que este producía (Beck, 2011). Debido a su fácil acceso son con los primeros que se empieza trabajando para así poder llegar posteriormente a las creencias intermedias y centrales como por ejemplo “Todos mis compañeros son mediocres”, “Se que ellos no me aceptan”, “He dado mucho a esta relación y me quede vacía”, “Deje todo por él”, “Nunca dejare que la sombra de él me opaque”

Distorsiones Cognitivas.

Establecidas por Aaron Beck (1976) son la forma en como las personas mal interpretan ciertas experiencias y se las describe a continuación:

1. Filtraje o abstracción selectiva: se caracteriza por presentar una "visión de túnel", es decir, la persona no tiende a ver si existe algo positivo en una situación por lo contrario se enfoca en algo específico que tiende a ser negativo por lo que le genera malestar.

2. Pensamiento polarizado: la persona tiende a dirigir su atención hacia un solo polo,

sin percibir aspectos intermedios o matices de una situación.

3. Sobregeneralización: la persona tiende a sacar una conclusión general de una situación, sin tener bases suficientes para llegar a esa conclusión.

4. Interpretación del pensamiento: la persona tiende a pensar que saben cuáles son los sentimientos e intenciones de los demás o se les atribuye a los demás los sentimientos y motivaciones, similares a los de la misma persona.

5. Visión catastrófica: la persona tiende a adelantarse a los acontecimientos pensando en que algo malo va a suceder, sin pensar en otros posibles acontecimientos.

6. Personalización: tendencia a relacionar lo que pasa alrededor con uno mismo, al igual que compararse con otras personas muy seguido.

7. Falacia de control: la persona tiende a creer que tiene un grado de control extremo sobre los acontecimientos de su vida o responsable de lo que ocurre a su alrededor, o sin ningún control sobre lo que pasa en su vida.

8. Falacia de justicia: tendencia a considerar como injusto todo lo que no coincide con lo que la persona desea.

9. Razonamiento emocional: la persona tiende a creer que lo que siente emocionalmente es cierto.

10. Falacia de cambio: tendencia a pensar de que el bienestar y necesidades de uno mismo depende de la manera en como actúen los demás.

11. Etiquetas globales: tendencia a etiquetar a uno mismo y a los demás.

12. Culpabilidad: tendencia a atribuir la responsabilidad total de los acontecimientos a uno mismo o a otros, sin tener en cuenta otros factores.

13. Los deberías: son reglas rígidas y exigentes sobre cómo deben suceder las cosas, no hay posibilidad de alguna desviación de las reglas ya que conllevaría a una reacción

emocional extrema.

14. Tener razón: considerar que lo que uno piensa es lo correcto y cierto, sin importar otros argumentos planteados.

15. Falacia de recompensa divina: tendencia a no buscar algún tipo de solución a un problema debido a que considera que la situación mejorará de manera espontánea en un futuro u obtendrá una recompensa en algún punto de su vida. Sin embargo, esto ocasiona la acumulación de malestar y resentimiento al no buscar algún tipo de solución al problema.

Conductas disfuncionales.

La conducta disfuncional es una conducta circular que vuelve a darse una y otra vez como pueden ser las compulsiones de repetición, tics, consumo y dependencia de alcohol y drogas que se presentan como características de varios trastornos, sin embargo, la evitación es la característica principal de la depresión (Bórquez, 2004). Este círculo es descrito al empezar con un evento de disparo que sigue con una respuesta emocional, generando una respuesta cognitiva, seguido de un comportamiento y finalmente una consecuencia y así sucesivamente (Rich, 2009). Conductas disfuncionales podrían ser el aislamiento social, donde evita el contacto con otras personas para no tener que ser juzgada, se dedica al 100% a su trabajo o sus estudios para no tener que pensar en los problemas, hace todo ella sola para sentir que todo está bien hecho. Estas conductas pueden reforzar las cogniciones o esquemas disfuncionales del paciente y contribuir a la permanencia de su cuadro clínico.

Principios de la TCC.

Existen ciertos principios establecidos para los terapeutas para que puedan realizar una eficaz terapia cognitiva conductual que se mencionan en libro de Judith Beck (2011).

Principio 1. Se identifican los problemas del paciente cognitivamente, se evalúan los pensamientos, los sentimientos que generan estos pensamientos, seguido por los comportamientos problemáticos.

Principio 2. Se requiere que se establezca una fuerte alianza terapéutica, donde el terapeuta debe generar confianza en el paciente, brindándole calidez, empatía, interés al escuchar con atención, genuinidad y competencia.

Principio 3. La terapia cognitiva es colaborativa, donde en todo el proceso tanto el paciente como el terapeuta toman decisiones y acuerdos con respecto al proceso de la terapia. Siendo el terapeuta quien actúe más al comienzo de la terapia y posteriormente el terapeuta va trabajando más activamente en las sesiones.

Principio 4. La terapia está centrada en los problemas del paciente y en establecer objetivos para resolver esos problemas.

Principio 5. La terapia cognitiva se enfoca en el presente, en el aquí y ahora, en las situaciones y problemas actuales que están generando malestar en el paciente. Sin embargo, se puede prestar énfasis en el pasado en caso de que el paciente lo solicite, cuando el trabajar en el aquí y ahora no está generando algún beneficio, cuando el terapeuta considera necesario explorar cuando y como se crearon ciertas creencias que están actualmente afectando al paciente.

Principio 6. La terapia cognitiva conductual se caracteriza por ser educativa, el paciente debe aprender a ser su propio terapeuta y se trabaja sobre todo en técnicas para prevenir futuras recaídas.

Principio 7. La terapia cognitiva tiene un límite de tiempo. Dependiendo del avance del paciente se darán el número de sesiones y se van distanciando las sesiones, ya que el paciente debe aprender a ser su propio terapeuta en algún momento.

Principio 8. Las sesiones se caracterizan por ser estructuradas. El seguir un formato en cada sesión ayuda a una mejor comprensión del paciente, ayuda a centrarse en lo principal y maximiza el tiempo de terapia.

Principio 9. Ayuda a que los pacientes puedan identificar cuales son sus pensamientos negativos y evaluar su validez mediante evidencia y a identificar los comportamientos desadaptativos que generan, para poder realizar un plan de acción para un cambio.

Principio 10. Se enfatiza en realizar un cambio a nivel de pensamientos, sentimientos y comportamientos mediante una serie de técnicas.

Modelo cognitivo de la depresión.

El desarrollo de la depresión puede ser mejor entendida mediante el establecimiento de un modelo cognitivo que explique su desarrollo. En el modelo planteado inicialmente por Aaron Beck (1976) sobre la depresión, la persona tiende a presentar esquemas negativos rígidos sobre sí mismo, sus experiencias y su futuro. La forma en como la información es procesada, en como se dan los sesgos cognitivos o también llamados pensamientos negativos son los que pueden determinar la diferencia en que una persona se deprima o no (Hernangómez, Hervás, Romero, & Vázquez, 2010), ya que los pensamientos negativos y de auto-derrota se refuerzan entre sí, contribuyendo al desarrollo de síntomas de la depresión como tristeza, la auto-culpa, pérdida de respuesta al placer, pasividad y deseos suicidas (Beck, 1976). Las personas con depresión tienen a recordar más sucesos negativos que positivos, es decir, sobre generalizan las experiencias negativas de su vida (Hernangómez & Cols, 2010). Otras personas propensas a la depresión se

establecieron metas perfeccionistas para sí mismos durante la infancia y su universo se derrumba cuando se enfrentan a inevitables decepciones en su adultez (Beck, 1976).

Un modelo cognitivo de la depresión establecido por Gómez & Cols, (2010), en su trabajo “Modelos Cognitivos de la Depresión: Una Síntesis y Nueva Propuesta Basada en 30 Años de Investigación” establece un enfoque más completo del desarrollo de la depresión basado en el modelo original establecido por Aaron Beck (1976) que se lo observa a continuación en la figura 1.

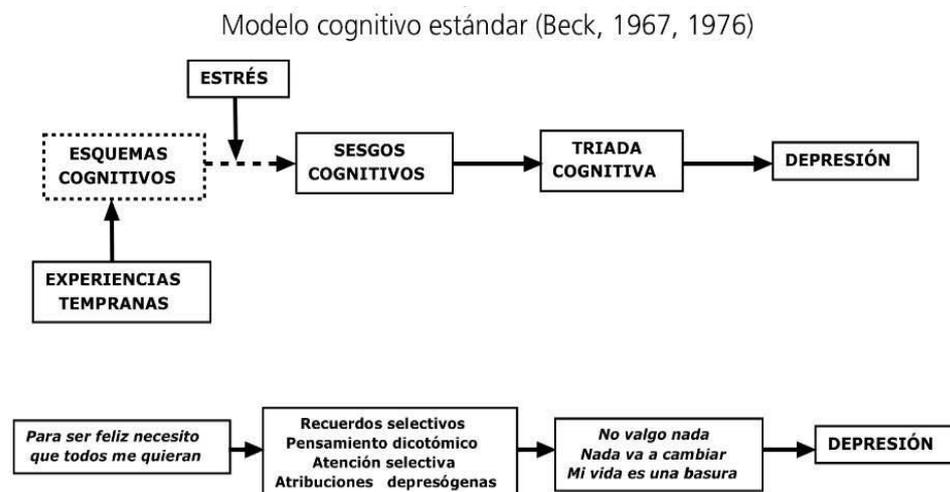


Figura 1. Modelo cognitivo estándar de Beck (1976).

Como podemos observar en la figura 2. el modelo más integrativo de la depresión inicia con experiencias tempranas desfavorables que generan esquemas cognitivos negativos como por ejemplo “si no soy amado por todas las personas importantes, entonces no soy valioso” enviando errores cognitivos hacia todos los niveles de procesamiento como atención, memoria, atribución causal. Los esquemas pueden ser percepciones de uno mismo que pueden ser críticos y determinar la autoestima, se ha visto que la baja

autoestima es un predictor a corto plazo de la depresión, pero la inestabilidad del autoestima que se da por un auto esquema negativo, la generalización y más el estrés; es un importante predictor del aumento en los síntomas depresivos. Luego se activaría los sesgos cognitivos de memoria, donde se ha visto que las personas con depresión tienden a recordar más información negativa, como un recuerdo autobiográfico sobregeneralizado “solo me han pasado cosas malas”. Otro tipo de sesgo es el de atribuciones causales y se ha visto síntomas depresivos en personas que presentan una baja flexibilidad atribucional (Hernangómez & Cols, 2010).

En Hernangómez & Cols (2010) observaron que los modos de procesamiento como las rumiaciones o pensamientos recurrentes negativos aumentan la desesperanza hacia el futuro y dan mayor acceso a los pensamientos negativos. Donde juega un papel importante la supresión de los pensamientos que son los intentos voluntarios por controlar pensamientos negativos. Se ha podido observar que estos intentos pueden generar que la persona tienda a prestar más atención a dichos pensamientos. La rumiación en sí también estaría relacionada con la dificultad para recordar acontecimientos específicos que pueden ser dolorosos siendo una estrategia de protección cognitiva (Hernangómez & Cols, 2010).

Una vez que se activan los sesgos cognitivos sobresalen pensamientos negativos como “soy lo peor”, “no valgo nada”, etc., reflejando una perspectiva negativa de uno mismo, del mundo y del futuro (triada cognitiva) que precede a la depresión.

El fenómeno de Kindling habla sobre la exposición continua a pensamientos negativos frecuentes donde las redes asociativas se fortalecen, generando que estímulos de menos intensidad puedan activar pensamientos negativos, por ejemplo antes una persona se deprimía con los peleas con su esposo, con este fenómeno se deprime no solo con la

pelea sino con que no venga a casa a tiempo, que no le preste tanta atención, etc. En síntesis una persona va sintiéndose deprimida con cosas no tan relevantes progresivamente. Teasdale (1988) desarrolló la hipótesis de la activación diferencial, la cual dice que los episodios previos de depresión causan un incremento en la accesibilidad de los esquemas negativos y el procesamiento de información depresiva en medio de un estado de disforia. Existen factores de mantenimiento de un trastorno depresivo y factores de vulnerabilidad, un factor es la diátesis o estrés que es acontecimiento que desestabiliza la estabilidad cognitiva, emocional y física. Existen estresores crónicos que son más prevalentes como la pobreza, la falta de educación que aumentan la posibilidad de desarrollar episodios de depresión. Se ha observado que se necesitan por lo menos tres estresores para desencadenar un episodio de depresión mayor y se necesita solo uno para desencadenar un nuevo episodio en la depresión recurrente. Lo que corrobora el incremento en la accesibilidad a los esquemas negativos.

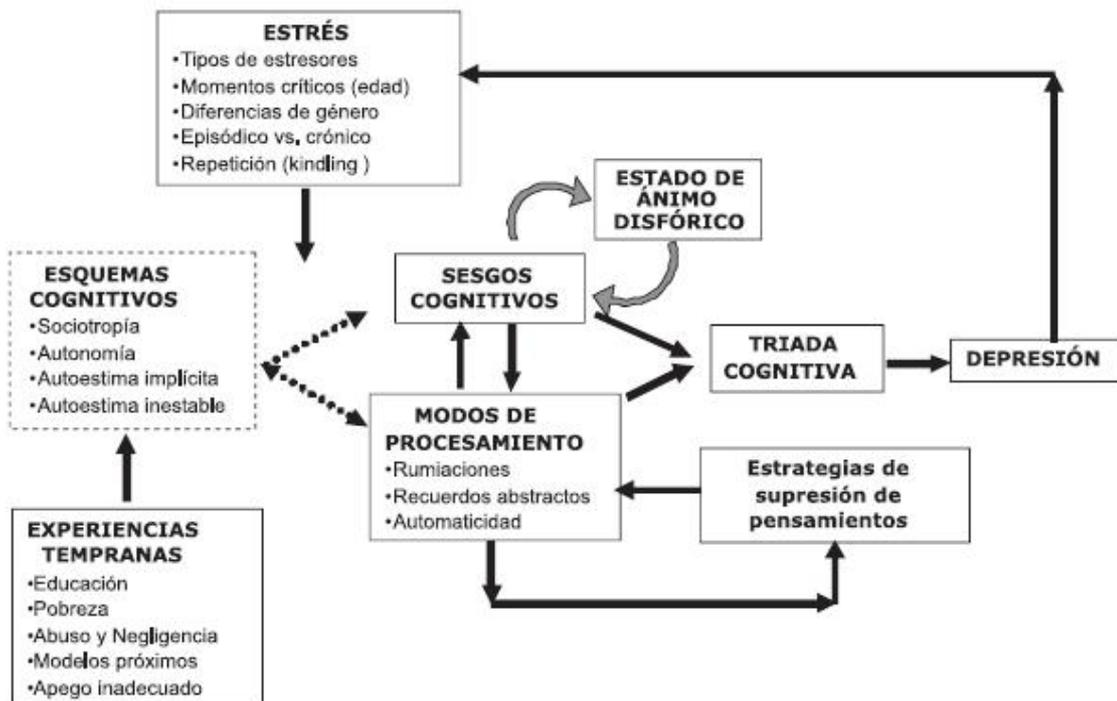


Figura 2. Modelo Cognitivo Basado en Estudios Científicos. Hernangómez y col, 2010.

Técnicas de la terapia cognitiva conductual.

Estas técnicas mencionadas a continuación son descritas por Judith Beck (2011).

Técnicas Cognitivas.

Las técnicas cognitivas permiten identificar los pensamientos automáticos y determinar la validez de los pensamientos automáticos que general disfunción (Beck, Rush, Shaw, y Emery, 1979).

Conceptualización Cognitiva

Brinda la información necesaria para comprender la problemática del paciente, donde el terapeuta debe determinar un diagnóstico, describir sus problemas actuales y su desarrollo, identificar los pensamientos y creencias disfuncionales, la reacción emocional, fisiológica y conductual del paciente frente a los problemas. Se establece una hipótesis de cómo el paciente desarrolló el trastorno a partir de las experiencias tempranas, como se da

la triada cognitiva en el paciente y cuales son los estresores que desencadenan los síntomas (Beck, 2011). El tener una perspectiva más clara de lo que esta pasando en la vida del paciente puede ayudar a desarrollar una terapia más eficaz para llegar a cumplir con las expectativas del paciente.

Diagrama de conceptualización

Es un mapa cognitivo del paciente que ayuda a organizar y esclarecer la información del paciente para tener una mejor perspectiva de lo que está sucediendo en todos los niveles, es decir, cognitiva, emocional, física y conductual (Beck, 2011).

Cuestionamiento Socrático

Se cuestiona mediante la realización de preguntas la precisión y la utilidad de sus pensamientos, revisando paso a paso el contenido de estos pensamientos. Esto permite que el paciente pueda determinar su validez y así buscar una respuesta que sea más adaptativa hacia los pensamientos disfuncionales. Este es un método antiguo originario del filosofo Sócrates el cual consideraba que era un método que permitía la auto evaluación lógica de los pensamientos y podía determinar su validez. En terapia este método brinda de cierta forma más atribución del cambio al paciente y le atribuye más responsabilidad en la terapia, este consta de seis categorías que es el clarificar, investigar las suposiciones, investigar las causas y evidencia, cuestionar las perspectivas, investigar las consecuencias y cuestionar las preguntas (Resick, Monson, & Chard, 2008).

Continuum Cognitivo

Se utiliza para modificar pensamientos automáticos o creencias, en casos de pensamiento dicotómico principalmente (Naranjo, 2004).

Otras personas como referencia

Se usa para modificar creencias, donde se le hace al paciente analizar las creencias de otras personas. Esto crea una distancia para que pueda relacionar sus creencias de mejor manera, ya que ve las distorsiones que conllevan la creencia de otras personas, se puede hacer una dramatización donde la persona intenta convencer a otra sobre la validez de una creencia (Naranjo, 2004).

Registro de pensamientos disfuncionales

Este es un formulario que ayuda al paciente a enfrentar sus pensamientos disfuncionales. El registro de pensamientos se divide en dos etapas donde en primer lugar el paciente debe dominar la identificación de los pensamientos automáticos y emociones. Después el paciente trata de refutar este pensamiento automático. Es también importante que identifique las distorsiones cognitivas que existen en cada uno de los pensamiento (Beck, 2011).

Toma de decisiones

Se aplica cuando el paciente presenta cierta dificultad para tomar decisiones por lo que el terapeuta trabaja pidiéndole al paciente describir las ventajas y desventajas de las soluciones posibles (Beck, 2011).

Formulario de creencias centrales

Este formulario se utiliza para identificar una creencia central. Esto se introduce al proceso terapéutico cuando ya se ha trabajado con la modificación de pensamientos negativos y existe una fuerte alianza terapéutica. Tiene el objetivo de desarrollar una creencia alternativa más adaptativa, haciendo una valoración de los pensamientos negativos. El formulario consta de dos partes, la superior permite que la persona pueda identificar el grado de confiabilidad que le brinda a su creencias mal adaptativas y a la

nueva creencia alternativa y en la segunda parte revisa las evidencias que avala la creencia disfuncional (Naranjo, 2004).

Imaginería

Es un proceso interno de crear un acontecimiento en la mente que puede abarcar todos los sentidos donde el paciente debe tener la capacidad de generar imágenes lo más reales posibles (Rodríguez, y Galán, 2007).

Técnicas Conductuales.

El aumentar el nivel de actividad en el paciente ayuda a la autovaloración del paciente a aumentar el placer en las actividades, ayuda a la evaluación de sus pensamientos automáticos (Beck, Rush, Shaw, y Emery, 1979). Estas intervenciones conductuales han demostrado ser suficientemente eficaces para la disminución de síntomas en casos de depresión, ya que los pacientes aprenden a organizar sus vidas y cambiar su entorno (Barraca, 2010).

Activación Conductual

Fue creada por Lewinsohn y es una de las técnicas más importantes para el tratamiento de la depresión, se la puede describir mejor mediante los acrónimos TRAP que vienen de las palabras en inglés Trigger o desencadenante, que son los eventos negativos; Response o respuesta, que es el sentimiento; Avoidance-Pattern o patrón de evitación, que mantiene la respuesta depresiva (Pérez, 2007). La activación conductual busca la exposición a experiencias positivas de un comportamiento saludable induciendo a que esta se de con más frecuencia (Lejuez, Hopko, y Hopko, 2001). Enfatiza también el desarrollo de habilidades sociales y se busca que la paciente se mantenga activa buscando las cosas que le interesan, estableciendo metas y que no actúe de acuerdo a como se siente (Perez, 2007). El hacer un cambio en el comportamiento puede generar un cambio en las

cogniciones. Se utilizan las mismas técnicas de la TC como programación de actividades, asignación de tareas graduales, discusión de problemas específicos (Pérez, 2007). Lo que busca es crear rutinas y horarios para el desarrollo de actividades saludables para el paciente que generen placer, estimulando o activando de esta manera un cambio de las conductas disfuncionales a funcionales como el comer a horas regulares, salir hacer ejercicio por las mañanas, establecer horarios para estudiar, compartir con la familia, etc. Para enfocar al paciente a realizar nuevas acciones se puede utilizar el acrónimo ACTION que se deriva de evaluar sus comportamientos; decidir; probar las acciones decididas; integrar nuevas actividades; observar el resultado y nunca dejar de intentarlo (Pérez, 2007)

Técnica del pastel

Se utiliza cuando el paciente presenta dificultad para determinar los cambios que desea realizar. Es una representación gráfica que sirve para establecer objetivos y establecer responsabilidades en una situación específica. En donde se establece primordialmente objetivos y posteriormente se divide a este pastel en un pastel real y otro pastel ideal (Beck, 2011).

Experimentos Conductuales

Ayudan a evaluar la validez de las creencias o pensamientos automáticos negativos realizando cierta actividad que permita corroborar la validez de su creencia para luego llegar a una conclusión con lo sucedido después de realizar la actividad (Beck, 2011).

Asignación gradual de tareas

Es la designación gradual de acuerdo al funcionamiento del paciente para reforzar la autoeficacia y contra restar las creencias de incapacidad que ha generado el paciente (Bandura, 1976).

Juego de roles

Consiste en establecer un dialogo entre terapeuta, paciente donde el terapeuta cambia de roles con el paciente y defiende una postura o creencia, el paciente en cambio toma el rol de una persona externa lo que permite al paciente observar el problema desde otra perspectiva y pueda evaluar la evidencia de su creencia (Beck, 2011).

Tema 3. Efectividad de la Terapia Cognitiva Conductual en el trastorno de Depresión.

La eficacia de la terapia cognitiva conductual ha sido muy estudiada, comparada con otro tipo de terapias y variables como la gravedad del trastorno, número de recaídas, tipo de población, etc. A continuación se va a presentar algunos de estos estudios.

Vittengl y sus colaboradores (2009) realizaron un estudio con una muestra de 1880 pacientes que cumplen con los criterios de trastorno de depresión mayor, provenientes de 28 estudios, con una edad media de 42 años. Los resultados obtenidos en este meta-análisis indican que después de haber culminado con las terapias, los pacientes tratados con terapia cognitiva volvieron a recaer en un plazo de 1 año 29% y en 2 años 54%. Los pacientes que recibieron TCC mostraron un 25% de probabilidad de recaer. Por otro lado los pacientes que recibieron farmacoterapia junto con TCC, mostraron una probabilidad de recaer un 38%. Y finalmente los pacientes que usan fármacos muestran una probabilidad de recaída del 61%. En síntesis la recaída y recurrencia son significativamente menor entre los pacientes tratados con TCC que los tratados con la farmacoterapia y otros tratamientos. Sin embargo, se debe tener precaución con las conclusiones debido a las limitaciones metodológicas del estudio.

Ha sido comprobada su eficacia en pacientes con depresión moderada y grave como en el estudio realizado por Hollon y colaboradores (2005) donde se buscó determinar si la terapia cognitiva (CT) tiene un efecto duradero y compararlo con el efecto producido por el uso de medicación antidepresiva. La muestra fue de 104 pacientes con diagnóstico de depresión moderada a severa que respondieron al tratamiento asignado donde 69 conforman el grupo tratado con antidepresivos Paroxetina más Litio o Clorhidrato de Desipramina y 35 con Terapia Cognitiva continuando con los 12 meses de estudio y 60 pacientes adicionales que tuvieron 8 semanas de píldoras placebo y se los evaluó los síntomas de recaída con la versión de 17 ítems de la HDRS. Se observó que más del 80% de la muestra cumplía los criterios para al menos 1 otro trastorno (69,2% del Eje I y 49,0% del Eje II), y el 33,6% cumplía los criterios para depresión doble. Las tasas de recaída ajustadas para cada condición fueron 30,8% para grupo con TC, el 47,2% para grupo con medicamentos antidepresivos, y 76,2% para grupo placebo. La exposición previa a la TC redujo el riesgo en un 70% de recaídas y de exposición a los medicamentos redujo el riesgo un 63%. En este estudio también se demostró que la terapia cognitiva conductual tiene un efecto positivo que sobrepasa más allá del final del tratamiento, siendo tan eficaz como al mantener a los pacientes con la aplicación de la medicación.

En el estudio realizado por Conti, et al. (2004) llamado “Resultados de 6 años de terapia cognitiva conductual para la prevención de la depresión”, buscaron participantes diagnosticados con trastorno depresivo mayor por dos psiquiatras y un psicólogo clínico. Se les administró una terapia farmacológica no mayor a un periodo de cinco meses con dosis máximas y un mínimo de tres meses donde posteriormente fueron evaluados mediante una versión modificada de la Entrevista Clínica de Depresión de Paykel. Posteriormente se trabajó con 45 participantes donde 5 se excluyeron del estudio y se les asignó

aleatoriamente a uno de los dos grupos que recibían farmacoterapia y tratamiento cognitivo conductual y farmacoterapia y atención clínica, en sesiones de 10 a 30 minutos cada dos semanas. Fueron evaluados en un intervalo de tiempo de 3 y 6 meses por 72 meses de tratamiento. Los resultados reflejan un índice de recaídas del 40% en los 6 años con Terapia Cognitiva Conductual en comparación con la atención clínica que presenta un índice de 90%. El tiempo de supervivencia media fue 235,0 semanas (DE = 111,7) para el grupo de terapia cognitivo-conductual y 95,5 semanas (DE = 93,3) para el grupo de atención clínica ($t = 4,29$, $gl = 38$, $p < 0,001$). El grupo de terapia cognitivo-conductual obtuvo un total de 12 episodios depresivos y el grupo de atención clínica obtuvo 34 episodios ($t = 3,73$, $gl = 38$, $p < 0,001$). Lo que indica claramente que la terapia cognitiva conductual reduce el índice de recaídas en los paciente. Las limitaciones de este estudio son el número reducido de pacientes participantes y su diseño seminaturalista ya que los pacientes fueron tratados con la administración de distintos antidepresivos.

Un estudio reciente realizado por Thimm y Antosen (2014) se enfocaron en evaluar la eficacia de la terapia cognitiva conductual para la depresión en un centro psiquiátrico de una zona rural. Se escogieron las personas que habían recibido terapia de grupo cognitivo-conductual para la depresión entre los años 2002 y 2013, con un total de 88 pacientes 73% mujeres, de 41,8 años. Se las evaluó mediante el Inventario de Depresión de Beck y el Inventario de Ansiedad de Beck, antes, entre el tratamiento y después del tratamiento. Las diferencias entre los subgrupos se evaluó mediante χ^2 pruebas para datos categóricos y ANOVA para variables cuantitativas, en cuanto al efecto global se determino mediante multiniveles. Los resultados mostraron una reducción significativa en la depresión y la ansiedad en los pacientes que recibieron TCC grupal que se mantuvieron en los 3 meses de seguimiento. el efecto de grupo de TCC de la severidad de los síntomas de ansiedad fue

sólo moderada, lo que sugiere que el efecto del tratamiento puede ser específico a los síntomas depresivos. Los resultados mostraron que el 44% de los pacientes vio una mejora significativa en la severidad de la depresión después del tratamiento, incluyendo aproximadamente 30% que se recuperó. En el seguimiento, la proporción de pacientes que mejoraron y se recuperó aumentó a 57% y 40%, respectivamente. Muchos pacientes abandonan el tratamiento o no se benefician del tratamiento y en este estudio se refieren a que posiblemente muchos médicos sobreestiman el impacto de sus intervenciones. Sin embargo, las limitaciones de estudio fueron a que no hubo un grupo de control por lo que los efectos observados no se pueden atribuir al tratamiento con certeza y pueden en cambio ser atribuidos al paso del tiempo o regresión a la media. No se pudo recolectar datos después de que pacientes abandonaron el tratamiento, no hubo información adicional sino sólo la información que se encontraba en los registros de pacientes, hubo datos faltantes que no se sabe con certeza que paso.

En síntesis se ha determinado en distintos estudios realizados que tanto la psicoterapia como la psicofarmacología son efectivas. Sin embargo, cada uno puede ser más efectivo en ciertos aspectos como por ejemplo la psicopatología se ha visto que es más efectiva en cuadros melancólicos y la TC es más efectivo mejorando el funcionamiento social, en disminuir sintomatología y prevenir recaídas (Figuroa, 2002).

Tema 4. Conceptualización del caso.

Alejandra presenta síntomas del Trastorno Depresivo Mayor, Recidivante Moderada (296.32) de acuerdo a los siguientes criterios establecidos textualmente por el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000, pp 398).

Cumple con el criterio “A. Presencia de cinco o más de los siguientes síntomas durante un periodo de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa;

uno de los síntomas deber ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: No incluir síntomas que son claramente atribuibles a otras condiciones médicas.

Cumple con los criterios:

- (1) estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. Ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p.ej., llanto). (Nota: En los niños y adolescente el estado de ánimo puede ser irritable).
- (2) disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según lo refiere el propio sujeto u observan los demás).
- (3) pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. Ej., un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes) o pérdida o aumento del apetito casi cada día
- (4) insomnio casi cada día
- (5) fatiga o pérdida de energía casi cada día.
- (6) sentimientos de culpa excesivos o inapropiados casi cada día

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica (hipotiroidismo).

Presenta un problema médico que podría ser causa de su depresión, se opero por hipotiroidismo que generaría un desbalance hormonal por lo que toma medicamento para controlar ese desbalance, este cuadro se dio hace 5 años y los síntomas presenta a un año por lo que se sospecha que se debe más por razones ambientales.

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo, los síntomas persisten durante mas de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Se lo considera como recidivante debido a:

- A. Presencia de dos o más episodios depresivos mayores.
- B. Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaniaco.

Se lo caracteriza por ser recidivante, ya que había presentado los síntomas hace más de cuatro años por lo que pidió asistencia sicológica pero no la culminó, de cronicidad moderada, se la considera con recuperación interepisódico total, sin trastorno distímico.

Sus problemas actuales son:

El distanciamiento social que presenta frente a la familia debido a la relación que establecía con su ex pareja, ya que su familia no estaba de acuerdo con esa relación.

El distanciamiento con los compañeros de trabajo debido a los pensamientos de competitividad y la percepción que tiene frente a la mediocridad de sus compañeros que le genera malestar, a su vez el sentimiento de injusticia por no percibir que sus compañeros

son evaluados como decretan los parámetros y obtienen remuneraciones debido a las amistades que presentan más no por su propio merito, también influye el rechazo de sus compañeros frente a las demandas académicas de la paciente dice sentir que ellos la juzgan y se molestan debido a que ella es una de las mejores en su clase, que cumple con los trabajos y demandas a pesar de su trabajo y de sus deberes como madre no descuida sus estudios, lo que al parecer suele ser la excusa de sus compañeros su vida laboral y familiar para no hacer deberes, por lo que ella siente que le reprochan y no se disgustan por ello.

Falta de amistades debido al poco tiempo que dedica para distraerse o salir con otras personas, se enfatiza la mayor parte del tiempo en estudiar y trabajar, menciona inclusive no pasar mucho tiempo con su hijo debido al trabajo, al igual que influye que no puede comentar acerca de su vida personal, sobre todo amorosa a sus compañeros debido a la preocupación de ser juzgada por sus compañeros por mantener una relación amorosa con una persona que tiene un cargo importante en la institución en la cual estudia y trabaja, no quiere que piensen que sus méritos son gracias a la influencia de su pareja, además, siente vergüenza por los comentarios que ha escuchado respecto al comportamiento de él. Este aislamiento social en general ha generado sentimientos de soledad, vacío, desconfianza hacia los demás, pensamientos de auto-crítica.

La culpa que siente frente a comportamientos inducidos por su pareja como el inducirse un aborto y el intercambio de parejas debido al miedo intenso que tiene hacia la soledad y la percepción persistente de vulnerabilidad, factores que la paciente menciona que influyeron a que acceda a estos comportamientos en contra de sus principios. Se siente indecisa al no saber que hacer con su vida, si separarse de esta persona que le genera malestar o persistir con la esperanza de que las cosas con él se den como ella desea y poder establecer una pareja estable.

Como hemos visto anteriormente las creencias centrales se establecen desde la infancia, Alejandra viene de una familia dividida donde su padre no convivía con ellos debido a que tuvo que ir a trabajar al exterior, por lo que menciona sentirse sola por la ausencia de su padre y debido a que la madre trabajaba todo el día para poder sacar a su familia adelante, este aspecto parece marcar considerablemente su vida.

Pensamientos automáticos.

La paciente presenta una serie de pensamientos automáticos, “Todos mis compañeros son mediocres”, “Se que ellos no me aceptan”, “He dado mucho a esta relación y me quede vacía”, “Deje todo por él”, “Nunca dejare que la sombra de él me opaque”, “No quiero que le atribuyan a él mis logros”. Estos son algunos de los pensamientos reportados por la paciente donde podemos observar la soledad que siente la paciente, se percibe su aislamiento ante la gente y el dolor que siente al no poder cumplir sus expectativas en cuanto a la relación que ella esperaba tener con su pareja.

Creencias Intermedias.

Las reglas que ella mismo se ha establecido a lo largo de los años han sido con respecto a su desempeño, en su caso sus reglas son muy rígidas lo que le ha generado gran parte de su disfunción. Ejemplo de estas reglas son: “Debo ser siempre la mejor en todo lo que haga”, “Tengo que hacer todo a la perfección” por lo que estas creencias en particular ha generado distanciamiento con su hijo ya que él le solicita pasar más tiempo con él compartiendo las cosas que le gusta pero ella se niega involucrándose más en su estudio ya que lo ve como la única manera que tiene de distanciarse de sus problemas, esto también ocasionado que no tenga tiempo para realizar actividades de relajamiento o distracción con amigas o incluso sola “Debo reprimir mis sentimientos”.

Asunciones “Si yo estoy sola no hago nada” por lo que ha bajado considerablemente de peso desde el distanciamiento con su pareja y las salidas de su hijo. “Si no eres el mejor, no eres nadie” o “Si no estudio lo suficiente, soy mediocre”, lo que le ha generado mucho estrés por la competitividad que genera el buscar ser la mejor académicamente, esta creencia viene instaurada desde la infancia debido a la alta exigencia de su madre al no aceptar una nota menor de 20. “Si me dedico 100% al estudio, no voy a pensar en lo triste y decepcionada que me siento” lo que ha hecho que se refugie en sus estudios.

Las actitudes “Ser engañada es lo más decepcionante”

Creencias Centrales .

En terapia se pudo investigar que estas creencias fueron establecidas desde la niñez y se han venido reforzando durante todos estos años por los acontecimientos que ha vivido la paciente.

“Soy vulnerable”, “Soy ingenua” , “Soy reservada”, “Estoy sola”, “Ser mediocre es terrible”, “Soy utilizada”, “Soy incapaz de dejar de quererle”, “Me siento sucia”.

Conductas Disfuncionales.

Las conductas disfuncionales que presenta la paciente son de evitación, evita salir con sus compañeros de trabajo para que no se enteren de la relación que mantenía con su pareja, este aislamiento social incremento su miedo a estar sola. Deja de comer cuando esta sola o se siente deprimida. Evitó salir con su familia debido a que no aceptaban su relación, lo que la alejo de su red apoyo. Dejo de realizar las actividades que solía hacer y le generaban placer como cantar, cocinar, nadar, etc. La paciente refiere concentrarse plenamente en sus estudios y su trabajo para no tener que sufrir por sus problemas sentimentales. Es perfeccionista en todo lo que hace, prefiere hacerlo sola para que todo

salga bien, lo que le genera ansiedad, estrés y cansancio. Tiene miedo a estar sola por lo que hace lo que su pareja le pide para que no se aleje, ocasionando que posteriormente tenga sentimientos de culpa por ir en contra de sus reglas. Presenta en general pensamientos rígidos que le están generando malestar en casi todas las áreas; laboral, familiar, académico y social.

METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Se realizó un estudio de caso longitudinal, donde se va describiendo detenidamente como se aplica la terapia cognitiva conductual, cuales son las técnicas o herramientas utilizadas para mejorar la condición de la paciente y como se va midiendo la variación de los síntomas. En este estudio se trabajó con una mujer adulta de 39 años, que presenta síntomas depresivos, fue diagnosticada por un neurólogo con depresión por lo cual le recetó un antidepresivo Effexor y solicitó que continúe con terapias psicológicas por lo que acudió a las terapias gratuitas de la Universidad San Francisco de Quito. Este estudio se evaluó mediante cuestionarios en tres tiempos distintos antes de iniciar, al inicio de la terapia, próximos a culminar y después de cuatro meses de haber finalizado las sesiones.

Se brindo Terapia Cognitiva Conductual para la depresión por un total de más de 12 sesiones semanales, de aproximadamente una hora. Las terapias se estructuraron de la siguiente manera:

En la sesión 1 se explicó el modelo cognitivo y se establecieron las metas. En la sesión 2 se estableció un diagnóstico. De la tercera sesión a cuarta sesión se realizaron técnicas cognitivas y se enfatizó en la necesidad de hacer cambios conductuales. En la sesión cinco se trabajó sobre la importancia de los cambios conductuales y resolución de problemas. En la sesión seis se revisaron como se están desarrollando los cambios conductuales, se propusieron rutinas y que efecto tienen en la paciente. En la sexta sesión se trabajó con registros de pensamientos y con la técnica de pastel. En la sesión 7 se trabajó con cambio de roles, para mejorar la relación y comunicación con el hijo de la paciente, de esta manera satisfacer. En la octava sesión se trabajó sobre las creencias centrales. De la sesión 9 a la 10 se trabajó sobre el cambio de estas creencias centrales. En

la sesión 11 se enfatizó sobre la posibilidad de una recaída y en la identificación de los síntomas para ejecutar un plan de defensa. En la sesión 12 se trabajó sobre la ansiedad que genera el distanciamiento. En la sesión 13 se trabajó con el formulario de creencias centrales. En la sesión catorce se realizó un cierre de sesión.

Justificación de la metodología seleccionada

Se plantea determinar la efectividad de la Terapia Cognitiva Conductual para disminuir síntomas depresivos y la reincidencia de los mismos síntomas depresivos después de haber culminado la terapia, en un periodo corto de aproximadamente 12 sesiones mínimas. Para determinar el cambio en cuanto a presencia de síntomas, y la intensidad de los mismos se toma las encuestas pre y post terapia. Adicional mediante las herramientas utilizadas propias de la terapia se va a poder determinar si hay un cambio en cuanto a cogniciones y se puede observar si las cogniciones presentan alguna relación en cuanto al estado depresivo.

Herramienta de investigación utilizada

A continuación se presentan las herramientas utilizadas en este estudio de caso, las cuales son herramientas que no diagnostican pero que dan una pauta de los síntomas que presenta el paciente como son: el Inventario de Depresión de Beck (BDI), el Symptom Checklist- 90-R (SCL-90-R), el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y por último el Personality Diagnostic Questionnaire -4 +(PDQ-4+).

El Inventario de Depresión de Beck (BDI).

El Inventario de Depresión de Beck o sus siglas BDI, realizado por Beck, Rush y Emery en 1983, donde su versión española adaptada por Vázquez Carmelo y Sanz Jesús (García y Pérez, 2001). Es uno de los instrumentos más utilizados a nivel mundial para cuantificar los síntomas de depresión en todo tipo de población y puede darnos un énfasis de los síntomas a los cuales se debe prestar atención para un tratamiento como por ejemplo las respuestas que brinda un paciente con respecto a la ideación suicida y desesperación puede sugerir un tratamiento para ideación suicida y una investigación más profunda (Maruish, 2004). Este es un inventario que consta de 21 ítems, que corresponden a los síntomas de diagnóstico para trastornos de depresión en el DSM-IV donde se evalúan mediante la escala de Likert de 0 a 3 para medir intensidad de los mismos, el cual toma aproximadamente de 5 a 10 minutos su administración (García y Pérez, 2001). En los 21 ítems describen síntomas como “humor, pesimismo, sensación de fracaso, autodiscriminación, culpa, el castigo, la auto aversión, auto acusación, las ideas suicidas, llanto, irritabilidad, aislamiento social, la indecisión, el cuerpo de cambio de imagen, dificultad en el trabajo, insomnio, fatiga, pérdida de apetito, pérdida de peso, preocupación somática y pérdida del libido” (Maruish, 2004, p.313). La segunda edición del BDI fue creada para corresponder de mejor manera a la nueva edición del DSM-IV como por ejemplo aislamiento social fue cambiado por pérdida de interés, e incluso para se cambio a calificar cada síntoma si ha aparecido durante las dos últimas semanas en vez de la semana pasada (Sanz y Vazquez, 1998). Su interpretación es sencilla al tener escalas de intensidad se puede determinar que en el rango de 0 a 13 indican depresión mínima, de 14 a 19 depresión leve, de 20 a 28 depresión moderada y de 29 en adelante depresión severa (Maruish, 2004)

Según los datos mencionados por Maruish (2004) menciona que en muestras de estudiantes universitarios se ha demostrado un coeficiente de consistencia interna estadísticamente significativo de 0,89 en un estudio realizado por Whisman, Perez y Ramel (2000), un coeficiente de 0,91 en un estudio realizado por Dozois, Dobson y Ahnberg en 1998, incluso en estudios realizados con una muestra de pacientes con desordenes psiquiátricos el coeficiente ha sido aun mayor como lo menciona en el estudio de Steer, Ball, Ranieri y Beck (1996) con 0,91 o de 0,94 con pacientes adolescentes con desordenes psiquiátricos como en el estudio de Kumar, Steer, Teitelman y Villacis (2002). Por otro lado en los resultados del test-retest Beck, Steer y Brown (1996) obtuvieron en una muestra de 26 pacientes entre su primera y segunda visita con un intervalo de tiempo de una semana una correlación de 0,93 (Maruish, 2004). Lo cual brinda una idea de su fiabilidad y de su gran utilidad para evaluar la gravedad de los pacientes o su progreso. Otra referencias bibliográficas corroboran su fiabilidad al reflejar un coeficiente alto de consistencia interna mayor a 0,85 y su correlación test-retest es de 0,93 en una muestra formada por 26 personas aplicada en un intervalo de una semana (Muñiz y Fernández, 2010), o en 1393 estudiantes universitarios su fiabilidad tanto en consistencia interna fue de 0,83 coeficiente alfa de Cronbach y en la estabilidad test retest que iba de entre los 0,60 a 0,71 (Sanz y Vazquez, 1998). En el caso de la versión en español su fiabilidad es igualmente significativa según un estudio reciente realizado por Sanz, et. al. (2005) o como se determina en el estudio realizado por Sanz y Vazquez (1998) donde participaron 1393 mujeres arrojaron un coeficiente de 0,83 y la fiabilidad test-retest con un intervalo de un mes su coeficiente fue de 0,72 lo cual indica que es estadísticamente significativo.

El Inventario de Ansiedad de Beck.

El Inventario de Ansiedad de Beck o con sus siglas BAI fue realizado por Aaron T. Beck y Robert Steer en 1988, como una escala de auto-informe para medir los síntomas de ansiedad que no tienen mucha relación con los síntomas de la depresión basados en el DSM-IV y que puede ser aplicada tanto a la población clínica como a la población en general, desde los 13 años de edad en adelante (Peñalver, 2006). Este permite evaluar los síntomas somáticos de ansiedad que presentan en cuadros depresivos y en cuadros de ansiedad, por lo que esta evaluación no suele identificar bien entre trastornos de ansiedad y depresiones ansiosas (Sanz, 2013). Es una escala de tipo Likert conformado de 21 ítems con un rango de intensidad de cada ítem de 0 a 3 donde 0 es “en absoluto”, 1 es “levemente, no me molesta mucho”, 2 es “moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo” y 3 es “severamente, casi no podía soportarlo”, esta rango permite medir la intensidad de los síntomas que van de 0 a 21 la ansiedad es baja, de 22 a 35 la ansiedad es moderada y de 36 en adelante la ansiedad es severa (Peñalver, 2006). Su fiabilidad es alta, ya que los coeficientes de Cronbach de fiabilidad muestran una consistencia interna alta de 0,90 y de 0,88 obtenido en estudios realizados en diferentes países (Sanz, 2013). Su correlación test-retest fue de 0,75 realizado con 83 pacientes con un intervalo de una semana; tiene una correlación 0,53 con el Inventario de Depresión de Beck y de 0,81 con el Symptom Checklist a pesar de que se busca reducir la similitud con las escalas de depresión (Peñalver, 2006). Es sensible ante el cambio después del tratamiento

Symptom Checklist -90-R (SCL-90-R).

El Symptom Checklist -90-Revision o sus siglas SCL-90-R es una prueba psicológica breve, multidimensional para evaluar síntomas psicológicos y trastornos psicológicos (Derogatis, y Savitz,1999). Este cuestionario se comenzó a desarrollar hace medio siglo basándose en el índice Médico Cornell, fue revisado en 1965 donde los

elementos aumentaron de 41 a 58, sin embargo la versión mas utilizada es la de 90 elementos llamada SCL-90 y la SCL-90-R (Revisada) (Olsen, Mortesen y Bech, 2004). El Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R) ha sido diseñado en la Universidad Johns Hopkins por Leonard Derogatis, en 1970, para personas mayores de 13 años, su administración toma aproximadamente de 12 a 15 minutos y se lo utiliza para evaluar población normal y clínica, con el objetivo de realizar una evaluación inicial para medir la gravedad de los síntomas y evaluar el progreso del paciente a medida que avanza una terapia (Derogatis, y Savitz,1999). El SCL-90-R es un auto informe de uso clínico, conformado por 90 ítems, cada ítem describe algún síntoma físico o psicológico (Torres, et al, 2010). Se califica en una escala de Likert, que van desde 'nada' (0) a 'extremadamente' (4) que es la máxima perturbación (Hartkamp, Kiuse, Franke, Reister, & Tress, 2000). Es una prueba de respaldo eficaz para otras pruebas de evaluación clínica y está traducida en más de 24 idiomas por lo que ha sido utilizada por todo el mundo (Derogatis, y Savitz,1999), esta disponibilidad de idiomas ha facilitado su comparación entre estudios realizados bajo cierta diversidad de culturas (Caparros, Villar, Ferrer, y Viñas, 2007). El SCL-90-R esta dividido por 9 escalas y cada una de estas escalas describe síntomas clínicos basados en evidencia empírica; estos son somáticos (SOM), obsesivos compulsivos (OBS), sensibilidad interpersonal (SI), depresivos (DEP), ansiedad (ANS), hostilidad (HOS), fobia (FOB), ideación paranoide (PAR) y psicoticismo (PSIC). (Torres, et al, 2010). En los síntomas somáticos se evalúa la presencia de síntomas que tienen relación con malestares corporales. Como lo explica Casullo (2004) en su artículo, en los obsesivos compulsivos, se evalúa síntomas como pensamientos, acciones e impulsos que no pueden ser evitados. En la sensibilidad interpersonal se detectan sentimientos de inferioridad e inadecuación. Los síntomas depresivos por otra parte son detectados como síntomas

clínicos como estados de ánimo disfórico, sin motivación, desesperanza, ideación suicida. La sub-escala de ansiedad determina nerviosismo, miedo, ataques de pánico. La sub-escala de hostilidad detecta pensamientos, sentimientos y comportamientos de enojo. La sub-escala de ansiedad fóbica detecta la presencia de un miedo irracional. La sub-escala paranoide determinan pensamientos proyectivos y miedo a la pérdida de autonomía. Por ultimo, en la sub-escala de psicoticismo se identifica síntomas relacionados con la soledad, síntomas esquizoides, alucinaciones y control de pensamiento (Casullo, 2004).

La prueba también esta dividida en índices globales que revelan información sobre el malestar psicológico general, estas medidas son el Índice de Severidad Global (ISG), el Total de Síntomas Positivos (TSP) y el Índice de Malestar Sintomático Positivos (IMSP) (Hartkamp, Kiuse, Franke, Reister, & Tress, 2000). En los índices globales se encuentran el Índice de Severidad Global (ISG), este une los síntomas identificados con la intensidad del malestar percibido (Casullo, 2004). El índice Total de Síntomas Positivos (TSP) según los puntajes inferiores a 3 en varones e iguales o inferiores a 4 en mujeres indican una tendencia a mostrarse con una imagen positiva, por el contrario cuando las puntuaciones son mayores a 50 en varones y a 60 en mujeres indican una tendencia a exagerar sus patologías (Casullo, 2004). Y en el Índice de Malestar Positivo (PSDI) se indica si la persona se encuentra exagerando o minimizando los síntomas, puntuaciones extremadamente altas en este ítem deben ser evaluadas para determinar si se esta fingiendo (Casullo, 2004).

A pesar de que es un instrumento muy usado en los ámbitos clínicos, su validez ha sido muy debatida. La investigación demuestra que el SCL-90-R puede discriminar entre los pacientes y la comunidad que se encuentran bien, otros demuestran que las escalas de depresión y de ansiedad muestran buena validez convergente y divergente (Hartkamp,

Kiuse, Franke, Reister, & Tress, 2000). Cruz, López, Blas, González y Chávez (2007) realizaron un estudio con una muestra de 218 individuos donde se obtuvo mediante alfa Cronbach una consistencia interna mayor a 0,7. De igual manera Caparros, Villar, Ferrer y Viñas (2007) con una muestra de 1277 estudiantes universitarios de Girona obtuvieron una consistencia interna de las nueve dimensiones y el GSI de 0,69 y 0.97, al igual que el estudio realizado por Derogatis, Rickel y Rock (1976) con una muestra de 209 personas. Sin embargo, tanto en estudios realizados por Horowitz, Rosenberg, Baer, Ureno y Villaseñor (1988) con una muestra de 103, Robles, Andreu y Peña (2002), como en el de Schmitz *et al.*, (2000) la consistencia interna fue mayor en muestras clínicas que en población general. En otro estudio con una muestra de 289 mujeres la consistencia interna fue mayor a 0.8 en todas las escalas, sin embargo, en este estudio se observó que el SCL-90 tiene una alta correlación especialmente en la sub escala de depresión con el Inventario de Depresión de Beck (Muñoz, Espinosa, Cárdenas, Fócil, Cavazos, 2005).

Personality Diagnostic Questionnaire -4 +(PDQ-4+).

El Personality Diagnostic Questionnaire -4 + es la última versión del PDQ (Hersen, 2004). Es un instrumento de diagnóstico de trastorno de personalidad, es decir, percibe un patrón permanente de comportamiento que inicia en la adolescencia y es estable a lo largo del tiempo según la definición empleada en el DSM-IV (APA, 1994). Es un auto-informe desarrollado por Hyler, S. en 1994 basándose en los criterios que describe el DSM con respecto a los trastornos de la personalidad, es una herramienta de detección (Calvo, et, al. 2012). Este esta formado de 12 escalas donde 10 definen los trastornos específicos de la personalidad y 2 son diagnósticos en estudio, el cuestionario esta compuesto por 99 ítems que se responden con Verdadero y Falso con excepción de los dos últimos ítems (Calvo, Caseras, Gutiérrez, y Torrubia, 2002). Mide trastornos paranoide, esquizoide,

esquizotípico, antisocial, límite, histriónico, narcisista, por evitación, dependientes y obsesivo-compulsivo (Calvo, et, al. 2012).

La fiabilidad y validez del cuestionario es aceptable, su fiabilidad es considerada moderada se debe a que esta basado en DSM lo que se podría decir que es un modelo defectuoso en vez de un instrumento con defectos (Calvo, et, al. 2012). Una muestra de su fiabilidad se lo determina en el estudio realizado por Calvo, Caseras, Gutiérrez, y Torrubia (2002) con una muestra de 159 pacientes donde se obtuvo un coeficiente de consistencia interna de 0,7 en la mayoría de las escalas siendo la escala de obsesivo-compulsivo la escala con el coeficiente más bajo.

Se lo considera con una alta sensibilidad (0,92) y baja especificidad (0,48), lo que refleja que es un instrumento de detección de presencia o ausencia de síntomas de algún tipo de trastorno de la personalidad (Calvo, et, al. 2012).

Descripción de participantes

Número.

Este estudio es un estudio de caso un solo individuo.

Género.

La persona participante es de sexo femenino

Edad.

De un rango de edad de 30 a 40 años.

Nivel socioeconómico.

Medio

Características especiales relacionadas con el estudio.

Ninguna

Fuentes y recolección de datos

Las encuestas de auto-reporte se realizaron durante las sesiones en las oficinas establecidas para el departamento de terapia gratuitas de la Universidad San Francisco de Quito, sin contar con las encuestas para determinar si hubo algún tipo de recaídas que son las últimas tomadas después de cuatro meses de haber terminado terapia que se las realiza vía internet.

Prueba piloto.

En este caso no se requiere ninguna prueba piloto ya que puede interferir en los datos necesarios para la evaluación de los síntomas.

Diagnostico.***Mini-mental.***

Una vez en terapia que inicia el 15 de febrero del 2014, la paciente asiste orientada en tiempo y espacio, con un semblante deprimido, presenta lagrimas al comunicar su historia, verborrea, habla con una voz suave por lo que se sospecha que se encuentra ansiosa o nerviosa, comunicación no verbal muy leve. Al momento de expresar sobre sus sentimientos menciona sentirse “mal” por lo que se sospecha que la paciente puede no describir o identificar distintos sentimientos. Su vestimenta es formal con colores oscuros.

Formato según el DSM-IV.

Eje I: 296.32 Trastorno de Depresión Mayor, Moderado

Eje II: V 71.09 (No hay diagnostico)

Eje III: E03.9 Hipotiroidismo 244.9 (Se encuentra actualmente estable)

Eje IV: A (problemas con grupo de apoyo primario) –perturbación familiar por separación, problemas de salud en la familia, B (problemas relativos al ambiente social) – discriminación, D (problemas laborales) – insatisfacción laboral, conflictos con los compañeros de trabajo y E (problemas de vivienda) –conflictos con propietario.

Eje V: GAF = 60 (en el ingreso)

GAF= 92 (en el alta)

Metas del tratamiento.

1. Introducir al paciente sobre las características de las terapia cognitiva conductual.
2. Educar a la paciente acerca del modelo cognitivo y sobre las características del trastorno de depresión mayor.
3. Enseñar a la paciente a reconocer los síntomas del trastorno y brindarle las herramientas necesarias para no presentar recaídas.
4. Educar sobre técnicas de la terapia cognitiva conductual que pueden aportar a la paciente para que en un futuro sea su propia terapeuta.
5. Disminuir los síntomas como aislamiento social, miedo intenso a la soledad y constante sentimiento de culpa.
6. Cambiar creencias centrales irracionales que generan disfuncionalidad como por ejemplo “Estoy sola”, “Soy vulnerable”.
7. Trabajar sobre la auto percepción o auto estima de la paciente.

Síntesis de terapias realizadas en las sesiones.

Psicoeducación.

Es importante explicar a la paciente sobre la terapia que se va a aplicar, determinar cuales son las condiciones o reglas del tratamiento como el consentimiento informado establecido en el *Código de ética 3.10* (Fisher, 2009) donde se establece la confidencialidad mencionado en el Código de Ética 4.01 (Fisher, 2009) como obligación del terapeuta. De igual manera se enseña como es la estructura del modelo cognitivo, se determina los objetivos y expectativas de la sesión para estructurar un trabajo colaborativo entre paciente y terapeuta.

Formulario de creencias centrales (FCC).

Una vez ya se haya trabajado pensamiento automáticos, creencias intermedias y cuando el paciente ya es capaz de reconocer sus creencias centrales se trabajó con este formulario para realizar cambios en estas creencias disfuncionales como “soy vulnerable” donde en algún momento de su vida fue 95% su grado de credibilidad y el menor grado 50% donde se busco cambiar mediante evidencia y se cambió esta creencia a una más adaptativa como se lo hizo y su resultado fue “Soy humana, es normal cometer errores y sentirse mal al terminar una relación” que obtuvo un grado de credibilidad de 80%.

Rueda de emociones.

Uno de los aspectos que se trabajo en terapia fue la rueda de emociones, esta rueda fue brindada como herramienta para observar la diversidad de sentimientos que podemos expresar ante un acontecimientos, de esta manera se brindaba a la paciente más opciones ya que estas no eran muy amplias al inicio de las sesiones, fue de gran ayuda ya que pudo expresar de mejor manera lo que sentía y cambio la palabra “mal” por una serie de emociones ante un acontecimiento.

Juego de roles.

Se aplicó esta técnica varias veces en terapia para poner a prueba las creencias centrales sobre “la mediocridad es lo peor”, pasando el terapeuta a tomar el rol de la paciente y ella su propio rol pero en la infancia.. En este caso ella llegó a la conclusión de que su madre era dura con ella, muy exigente y que ella era tan solo una niña que buscaba el consuelo y la aprobación de su madre. Otro ejemplo de este trabajo fue cuando el terapeuta tomó el rol de hijo para trabajar sobre la relación madre-hijo generando empatía y concientizando sobre los sentimientos que puede estar ocasionando la conducta de la paciente en el hijo. Donde se da cuenta que ahora ella sigue el mismo patrón de comportamiento que su madre.

Imaginería.

Se utilizó esta técnica con el objetivo de trabajar los malestares somáticos, hacer que la paciente sienta su cuerpo, se relaje y en esta intervención se aplicó la terapia Imaginería la terapia cognitiva conductual con el objetivo de que la paciente se enfoque en sus emociones por un momento y deje de racionalizar ya que es algo que hace todo el tiempo y se esperaba que experimentara algo nuevo.

Registro de pensamientos disfuncionales.

Este ayudó a que la paciente practique e identifique de mejor manera los pensamientos automáticos, y que pueda modificarlos. Este trabajo fue asignado como tarea ya que se intentó aplicarlo solo dialogando y después con el registro en un papel pero la paciente no podía culminar ya que le generaba ansiedad la realización de este en sesión. Se verificaba si lo había realizado en la casa y su respuesta era que no lo había hecho por falta de tiempo, por lo que se le planteó hacerlo mentalmente en los momentos disponibles como al ducharse, manejando al trabajo y cuando se sienta lista, realizarlo en un papel y presentarlo en terapia para poder revisarlo conjuntamente con el terapeuta.

Toma de decisiones.

Se aplicó cuando el paciente presentó cierta dificultad para tomar decisiones acerca de su trabajo por lo que se le solicitó describir las ventajas y desventajas que tenía al quedarse en su trabajo o buscar un nuevo trabajo. Este ayudó a aliviar la ansiedad al entender lo que mejor le convendría y también descubrió lo que le hace falta realizar para sentirse mejor y más tranquila.

Activación Conductual.

La paciente cuando se encuentra en la casa totalmente sola lo, siente miedo ante la soledad y deja de comer, por lo que evita estar sola en la casa, cuando su hijo sale ella le reprocha y discuten. Se evaluaron este tipo de conductas y se le pidió intentar hacer cosas más seguido sola que a ella le gusta hacer, se le pidió tomar un tiempo para ella, por lo que empezó a realizar actividades como cocinar, cantar, etc. Encontró que no siempre el estar sola es malo y que en el tiempo que permanecía sola, comúnmente los domingos puede encontrar un “espacio para mimarse”.

ANÁLISIS DE DATOS

Detalles del análisis

Análisis de resultados del SCL-90-R.

Para poder alcanzar uno de los objetivos de la investigación que es determinar si existe algún cambio en la sintomatología de la paciente antes de la intervención, al inicio de la misma, al culminar la intervención y después de tres meses de haber culminado el tratamiento por lo que se consideró importante reportar las cuatro evaluaciones realizadas con la herramienta psicométrica de auto-reporte del SCL-90-R exponiendo los valores T de cada evaluación y resaltando los datos estadísticamente significativos, es decir, con un valor de T mayor o igual a 63 que será una base para la estructuración de las terapias, los mismos que podrán ser observados en la siguiente Tabla 1.

Tabla 1. Puntajes T del SCL-90-R.

Orden de los Cuestionarios	SOM	OBS	SI	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC	IGS	TSP ²	IMSP
Pre intervención	♦65	55	35	♦63	60	55	60	60	60	♦63	♦63	55
Inicio de la Intervención	55	60	55	♦63	50	30	55	50	55	55	55	60
Post Intervención	40	40	40	40	35	30	45	45	30	35	40	35
Con Intervalo de 4 meses	30	30	30	35	30	40	40	30	30	30	30	30

Nota: Los números junto a un rombo son los valores estadísticamente significativos.

La evaluación Pre Intervención fue realizada el 10 de febrero del 2014, la evaluación refleja valores significativos (T=65) con respecto a Somatizaciones (SOM), ya que la paciente reportó presentar malestares corporales como dolores de cabeza, sensación de mareo o desmayo, temblores en el cuerpo, dolores de espalda, calambres en las manos brazos y piernas, sensación de hormigueo.

La escala de Depresión (DEP) también está elevada con un valor de T=63 debido a reportar problemas relacionados a la desesperanza, desmotivación, poca energía, desesperanza, llora constantemente, falta de apetito, sentimientos de soledad, incapacidad para concentrarse.

La escala de Índice Global de Severidad (IGS) con un valor T=63 que sugiere un malestar psicológico en general.

La escala de Total de Síntomas Positivos (TSP) con un valor de T=63 significativo por lo que según la literatura sugiere una tendencia a exagerar patologías (Casullo, 2004) por lo que esto deberá ser investigado en la entrevista clínica.

El Índice de Malestar Sintomático Positivo (IMSP) puede ser una buena referencia si la paciente está exagerando, ya que un puntaje alto puede sugerir que el o la paciente está fingiendo y en este caso el valor de T es de 55 por lo que se encuentra en un rango aceptable. El resultado de el índice IMSP bajo o no significativo puede sugerir que la paciente se encuentra pidiendo ayuda al tener un TSP significativo.

El SCL-90-R al inicio de la intervención fue realizada al comienzo de las sesiones terapéuticas el 22 de febrero del 2014. Esta evaluación refleja a la escala de depresión (DEP) como la escala más alta con un valor de T=63. Es importante recalcar que anteriormente las escalas como SOM, IGS, TSP se encontraban estadísticamente significativas y las escalas Ansiedad (ANS), Fobia (FOB), Ideación Paranoide (PAR), Psicosis (PSIC) no son significativas pero están próximas con un valor T = 60 y en esta evaluación observamos en la Tabla 1. que presentan un valor menor con un rango de

entre 50 a 55 por lo que puede sugerir que la paciente siente alivio en los síntomas al recibir la ayuda que buscaba desde un principio.

Posteriormente se realizó una evaluación más el 27 de junio del 2014 post intervención al encontrarse próximos a la culminación de las sesiones. En esta evaluación se puede observar una disminución importante de los síntomas después de haber recibido 4 meses de terapia psicológica cognitiva conductual. Finalmente, la última evaluación que se realizó vía electrónica realizada el 18 de diciembre del 2014 después de 4 meses de haber culminado con las intervenciones terapéuticas se puede observar en la Figura 3. en la cual la mayoría de las escalas presentan un valor $T=30$, es decir, no solo presenta una disminución importante de los síntomas sino que no se observa una reincidencia de los mismos.

Se observa en la Figura 3. una fluctuación importante entre las escalas de las primeras dos evaluaciones acorde al estado emocional que reporta la paciente y a los síntomas que presenta como una preocupación constante de quedarse y estar sola, presenta ciertos miedos que generan malestar como miedo a estar sola, miedo a no poder ser madre por segunda vez, siente presión ya que tiene que hacer las cosas lo más perfecto posible, se siente decepcionada con su lugar de trabajo lo que genera malestar y malhumor. En conjunto se puede determinar que la situación por la que esta pasando esta aportando a este cuadro emocional. Es importante recalcar que la escala de depresión sigue siendo significativa en las dos primeras evaluaciones antes de recibir algún tipo de terapia a pesar de que las otras escalas hayan disminuido su sintomatología en la segunda evaluación la segunda permanece con el mismo puntaje, donde la escala concuerda con el diagnóstico dado en terapia de Trastorno de Depresión Mayor Recidivante.

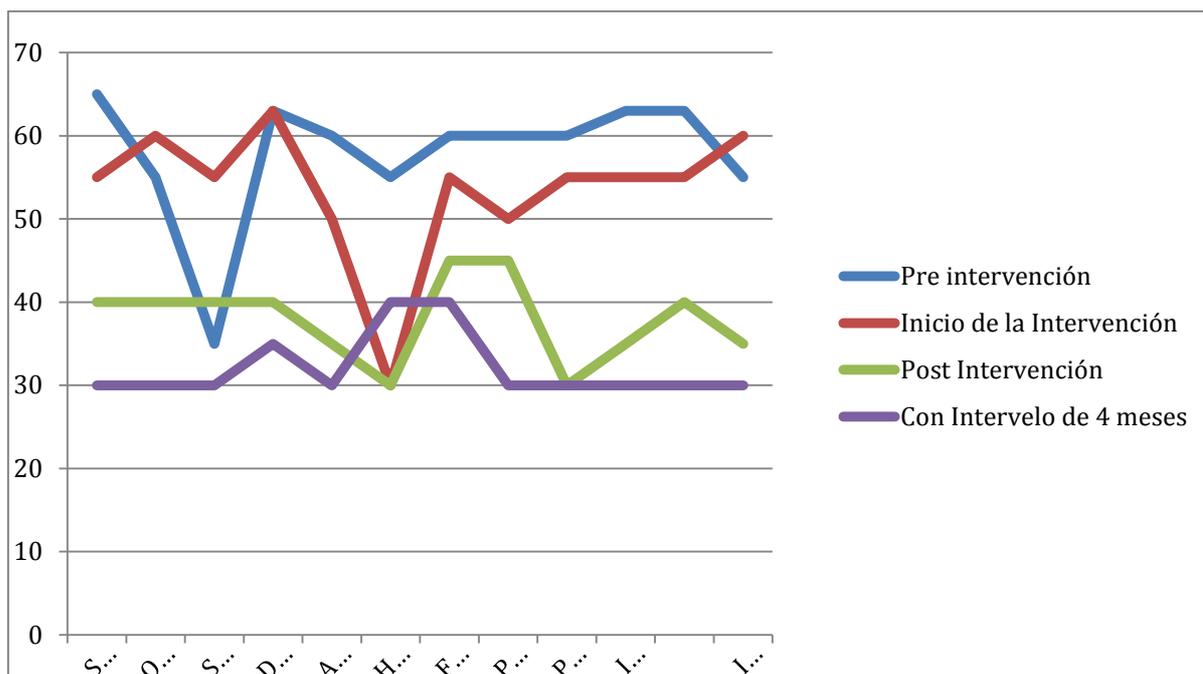


Figura 3. Fluctuación de las escalas.

Análisis de resultados de los Inventarios de Depresión de Beck.

Esta evaluación de auto-reporte se utilizó como una medida de apoyo para determinar el estado de los síntomas depresivos ya que fue la escala que había sido significativamente importante en las primeras dos evaluaciones del SCL—90-R y se lo escogió debido a la correlación alta de 0,81 que tiene la escala de depresión del SCL-90-R con la escala de depresión del Inventario de Depresión de Beck. Se realizó la primera evaluación con el Inventario de Depresión de Beck el 18 de julio del 2014 próximos a la culminaciones de las intervenciones donde el puntaje fue de 5 puntos donde menciono tener una leve molestia en cinco aspectos sentirse desanimado con respecto al futuro, se cansa con mayor facilidad que antes, su apetito no es tan bueno como antes, menor interés en otras personas de lo que solía estar, no disfruta de las cosas como solía hacerlo; de

acuerdo al rango establecido se puede interpretar que la depresión que esta experimentando la paciente se encuentra en un rango bajo y es considerada normal estos altos y bajos.

Por otro lado después de haber culminado la terapia con un intervalo de 4 meses se aplicó la segunda evaluación, realizada el 17 de diciembre del 2014 vía electrónica; con el fin de corroborar que los síntomas depresivos han disminuido su intensidad y no haya una remisión de los síntomas que vuelva a generar un cuadro de depresión. Los resultados de esta evaluación reportaron un puntaje de 2 por lo que se mantiene en el rango de depresión mínima. En este intervalo de 4 meses los síntomas han disminuido su intensidad y solo dos de los síntomas se mantienen constantes: no disfruta de las cosas como antes al igual que su apetito. Se puede observar los resultados en la Tabla 2.

Tabla 2. Puntajes del Inventario de Depresión de Beck.

Aplicación de evaluación	Puntajes obtenidos	Resultado
Post intervención	5	Mínima
Cuatro meses post intervención	2	Mínima

Análisis de resultados del Inventario de Ansiedad de Beck

Se la utilizó como herramienta de apoyo esta evaluación de auto-reporte fue utilizado por la sospecha de que además de un cuadro de depresión existía un cuadro de ansiedad por los síntomas somáticos que reportaba la paciente y se necesitaba corroborar que síntomas de ansiedad no estén interviniendo con las terapias psicológicas realizadas. Se aplicó dos evaluaciones para determinar la situación de los síntomas y debido a la capacidad de este inventario para determinar cambios tras el tratamiento psicológico. La primera evaluación se la aplicó el 18 de julio del 2014 próximos a la culminación de las intervenciones donde el conteo de los puntos fue igual a 2 lo que se encuentra en el rango

de ansiedad leve donde la paciente refiere una leve sensación de calor y miedo a perder el control.

La segunda evaluación fue tomada el 17 de diciembre del 2014 vía electrónica donde el puntaje fue 0 encontrándose en el rango de ansiedad baja. Se puede observar en la Tabla 3. que hubo un leve decrecimiento de los síntomas y no existe reincidencia de los mismos.

Tabla 3. Puntajes del Inventario de Ansiedad de Beck.

Aplicación de evaluación	Puntajes obtenidos	Resultado
Post intervención	2	Baja
Cuatro meses post intervención	0	Baja

Comparación entre el SCL-90-R y los Inventarios de Beck

El resultado de un rango de depresión y de ansiedad baja, al momento de culminar con las intervenciones terapéuticas, concuerda con el rangos obtenidos en los rangos de ansiedad y de depresión del SCL-90-R, lo que muestra la similitud o correlación entre los inventarios de Beck y las escalas del SCL-90-R al igual que se observa la estabilidad de los síntomas manteniéndose en un rango normal después de haber cumplido con cuatro meses sin recibir ningún tipo de tratamiento tanto psicológico como farmacéutico.

Análisis del Personality Diagnostic Questionnaire -4 +(PDQ-4+)

Debido a los comportamientos mencionados por la paciente tanto en el ámbito personal como en el ámbito laboral y familiar se realizó un test de detección de trastornos de la personalidad para determinar y tener una perspectiva más clara de cual es el perfil de la paciente. Se sospecha de una personalidad obsesiva compulsiva debido a la rigidez de pensamiento que presenta en cuanto a ser la mejor en todo y hacer las cosas perfectas o

hacerlas sola o una personalidad dependiente debido a que la persona se pone en riesgo constantemente para satisfacer a su pareja. No se reportó ningún trastorno con un rango significativo, sin embargo, es importante mencionar que uno de ellos estuvo muy cerca del rango necesario para ser considerado significativo, obtuvo tres de cuatro puntos el Trastorno Obsesivo Compulsivo. En este cuestionario se necesitan más de cuatro ítems para ser considerado significativo, en este caso el trastorno obsesivo compulsivo fue el más cercano a ser significativo con 3 ítems de los criterios de DSM-IV. Estos son los que más le generan malestar a la paciente: como es el perder el tiempo tratando de hacer las cosas demasiado perfectas, pone al trabajo por delante de estar con su familia, amigos o divertirse, si otros no pueden hacer las cosas correctamente las prefiere hacer ella mismo. En esta evaluación de igual manera se pudo observar que no presenta rasgos de una persona con trastorno dependiente por lo que se descarta esta hipótesis. La escala de significancia clínica no tuvo relevancia debido a que ninguno de los trastornos llegó a tener el número de ítems necesarios para ser considerado significativo.

Importancia del estudio

Este estudio desea enfatizar los resultados obtenidos en el mismo, ya que pueden servir para los profesionales especializados en la salud mental como referencia de la efectividad de la TCC tanto disminuyendo la intensidad de los síntomas como reduciendo la probabilidad de reincidencia. De esta manera motivar a los profesionales a que apliquen esta terapia y a la población en generar a concientizar de los beneficios de la misma. Se debe tener en cuenta que la depresión es una de las 10 principales causas de discapacidad en el mundo, en donde se ha determinado que es el trastorno mental que más perjudica a la población, con 350 millones de personas afectadas (OMS, 2012). Al recibir terapia se

podría evitar que el cuadro clínico se vuelva más crónico e incluso que el índice de un millón de suicidios por año en el mundo (OSM, 2012) disminuya.

En América y el Caribe un 65% de personas con trastorno de depresión no reciben ningún tratamiento (OMS, 2000) y la duración de un episodio de depresión puede durar 4 meses o más de dos años sin recibir tratamiento (American Psychiatric Association, 2000). Sin embargo, al recibir tratamiento con terapia cognitiva conductual se ha visto efectividad en disminuir los síntomas y la reincidencia de los mismos (Vittengl, et, al., 2007). Por lo que al aplicar esta terapia se podría disminuir con el índice de personas que padecen el trastorno, mejorando el nivel de vida de la población mundial.

Potencialmente este estudio podría contribuir de igual manera como punto de referencia para futuros estudios realizados en el país, donde no existe un número favorable de estudios relacionados sobre la efectividad de terapias. Inclusive en futuras investigaciones se pueden superar las limitaciones de esta investigación.

En este trabajo también se enfatiza el uso de herramientas de evaluación que pueden ser muy útiles al aportar con mayor información sobre el paciente y ayudar a estructurar una intervención más adecuada.

Resumen de sesgos del autor

La investigación pudo estar expuesta a una serie de condiciones que pudieron alterar los resultados. Un factor que pudo influenciar en los resultados finales es la expectativa del de la paciente de una próxima mejoría de los síntomas. Otro factor que ha sido determinando en investigaciones es la orientación del investigador y su metodología (Figuroa, 2002). Los resultados pudieron ser convenientes por la dedicación y disposición de la paciente a realizar las terapias. De igual manera no se puede saber específicamente a

que nivel el fármaco antidepresivo influyo en mejoría de los síntomas de la pacientes, ya que se ha visto que si existe un efecto de este combinado con la psicoterapia como facilitar la accesibilidad a la psicoterapia, generar efectos positivos en expectativitas y actitudes (Figueroa, 2002).

Otro factor son las evaluaciones aplicadas en esta investigación, ya que son de auto-reporte, donde se plasma lo que la persona esta dispuesta a reportar. De igual manera pudo influir las condiciones ambientales a las que este expuesta la persona, en este caso la paciente se encontraba en un momento crítico de su vida, donde afrontaba varios cambios tanto en el ámbito personal como en el ámbito laboral. Por otro lado, los dos auto-reportes de Beck pudieron ser de gran ayuda para determinar el nivel de ansiedad y de depresión que presentaba la paciente y pudo ayudar a determinar de mejor manera la correlación que existe con el scl-90-r sí hubieran sido tomados al inicio de las sesiones terapéuticas.

CONCLUSIONES

Respuesta a la pregunta de investigación

Efectivamente se comprobó la efectividad de la terapia cognitiva conductual (Vittengl, et. al, 2009). La cual fue aplicada en más de 12 sesiones, durante un tiempo de cinco meses donde pudo general un cambio en cuanto a la disminución de la intensidad de la sintomatología, es decir, esta mejoró las cogniciones del paciente, creencias centrales que estaban siendo reforzadas desde su niñez y que le generaban malestar, buscando encontrar un abanico de pensamientos para cambiar estas creencias rígidas consideradas verdades absolutas características de los cuadros de depresión y con ello se pudo mejorar las conductas mal adaptativas.

Las herramientas de auto-reporte el SCL-90-R dieron una perspectiva muy clara de cómo la paciente se encontraba en ese momento de su vida donde estaba pasando por una serie de situaciones y de cambios que le generaban una serie de síntomas que aunque algunos no se encontraban en un rango significativo estaban próximos al mismo. Uno de ellos fue el trastorno de personalidad obsesivo compulsivo, debido a sus ideas de perfeccionismo, esto tiene relación con lo encontrado en el estudio de Londoño y Ramírez (2005), donde menciona que pacientes con depresión presentan pensamientos típicos a algunos trastornos de personalidad. Sin embargo, es importante observar la fluctuación de los síntomas una vez culminadas las sesiones, donde la paciente no cumplía con los criterios establecidos para el diagnóstico del trastorno de depresión mayor. Tanto con el SCL-90-R como con el BAI y el BDI se determina la efectividad del tratamiento tanto en la disminución de los síntomas como en la prevención de recaídas.

Las terapias fue un proceso de aprendizaje para la paciente donde se enseñó el funcionamiento cognitivo que estaba generando su cuadro clínico, se trabajó a nivel conductual progresivamente. Con pensamientos automáticos, se utilizó el registro de pensamientos para ver distorsiones del pensamiento. El formulario de creencias centrales ayudo a cambiar la creencia de “soy vulnerable” por “soy humana, tengo derecho a equivocarme y e sabido salir adelante” . Se aplicó imaginiería, que generó empatía en terapia hacia sus familiares, ayudando a cambiar creencias relacionadas con el perfeccionismo. En cuanto a las técnicas conductuales el trabajo de respiración ayudo a aliviar momentos de estrés. Se trabajó con diagramas como la técnica del pastel para organizar su tiempo y generar rutinas. La exposición gradual, ayudó a generar evidencia de cuan verdad era su creencia central relacionada con la soledad, la paciente determino que el estar sola no es tan malo, cambio la idea de que el tiempo de estar sola puede ser un tiempo para realizar las actividades que solía generarle placer. En general, se observó que empezó a generarse un cambio en el momento de que hubo un cambio conductual, donde se reforzaron las conductas adaptativas mediante el placer que generaban rutinas distintas a las que se realizaban antes a pesar del estado de ánimo en el que se encontraba la paciente. Se podría decir que las conductas disfuncionales ayudaban a que la paciente refuerce sus pensamientos disfuncionales. El brindar herramientas que le enseñen a buscar alternativas y sobre todo el poder identificar los síntomas de depresión y a buscar mecanismos de defensa como buscar apoyo, no hacer lo que solía hacer antes como el aislarse, es decir, cambiar su conducta mal adaptativa puede ayudar a que no vuelva a recaer. El resultado de todos los ejercicios aplicados en terapia generó en la paciente, mayor tolerancia ante el estrés, mejoro el autoestima, mejoro el ambiente laboral y familiar, incremento su apetito y

disminuyó su malestar en los síntomas somáticos como mareos, náuseas, calambres, temblores en el cuerpo, dolores de estómago, etc.

En este estudio es importante destacar que los resultados también pudieron ser favorables debido a la dedicación de la paciente por asistir a terapia y aplicar las herramientas que se aprendían en las sesiones. Al igual que pudo haber intervenido el fármaco antidepresivo en la mejoría de los síntomas de la pacientes, sin embargo es importante recalcar que la paciente dejó de tomar los fármacos en un periodo de cuatro meses y al momento de culminar las sesiones terapéuticas ya no estaba bajo tratamiento farmacológico. De igual manera como se mencionó antes los factores externos a la terapia como su red de apoyo pudo aportar en su mejoría o en este caso su situación laboral se estabilizó y sus metas tanto académicas como laborales fueron alcanzadas por lo que el factor inestabilidad laboral ya no estaba aportando a su condición. Se debe destacar que la paciente tiene un factor de vulnerabilidad que es su estado de salud, si ella dejase de tomar los medicamentos que estabilizan la función que cumplía su tiroides podría haber un desbalance en su estado de ánimo y generar un estado depresivo. Sin embargo, se puede considerar que un episodio de depresión mayor puede no volver a desarrollarse si la paciente practica los mecanismos aprendidos en sesión, como el identificar los síntomas depresivos, buscar ayuda, cambiar conductas desadaptativas y evaluar sus cogniciones. Este tipo de recursos puede ayudar a que la paciente se convierta en su propio terapeuta.

En general, la paciente alcanzó sus expectativas ya que generó un vínculo más cercano con su hijo y con su familia, su red de apoyo es más amplia, su nivel de tolerancia es más alto, creencias rígidas que le generaban malestar ahora son más adaptativas, conoce como funciona el modelo cognitivo y como lo puede manejar de mejor manera.

Limitaciones del estudio

Este estudio conlleva algunas limitaciones importantes como son el número de la muestra, es de un individuo por lo que no se puede generalizar a otras poblaciones. Sería interesante poder realizar más investigaciones longitudinales que determinen los cambios a largo plazo que se dan durante y después de cumplir con un tratamiento de TCC en un trastorno de depresión en la población ecuatoriana con un rango de edad amplio para poder tener resultados que ayuden a corroborar los datos obtenidos en otros países. Una de las limitaciones fueron las evaluaciones, las cuales no fueron aplicadas en un tiempo específico como se había dicho anteriormente, el aplicar los inventarios al comienzo hubieran brindado más información sobre los cambios y la intensidad de los síntomas dándonos un enfoque más claro sobre la efectividad del tratamiento. Otro de los aspectos importantes de considerar son los factores externos que pueden influir en los resultados. De igual manera no se puede determinar a ciencia cierta cual de los dos tratamientos tanto el cognitivo conductual como el farmacéutico tuvo más efectividad o si las actividades conductuales tuvieron más efecto terapéutico que los ejercicios cognitivos, ya que no se realizó un estudio comparativo.

Es importante destacar los casos de remisión de síntomas sin recibir tratamientos. Según los datos del DSM-IV el trastorno de depresión mayor puede disminuir sus síntomas sin recibir tratamiento. De acuerdo a la literatura en un meta-análisis realizado por Whiteford, et, al., (2013) basado en 19 estudios, se observó datos importantes, los niños y adolescentes presentaban reincidencia más rápida que los adultos; en donde el 53% de los casos de adultos con depresión mayor no tratada remitía los síntomas en un año, 32% en 6 meses y 23% en tres meses. En el mismo estudio se observó que la tasa de remisión dependía de la gravedad del trastorno siendo el severo un 20 a 30% más bajo.

Recomendaciones para futuros estudios

Para futuros estudios se recomienda que se realicen más evaluaciones antes de comenzar con las intervenciones, que se utilicen herramientas con una alta fiabilidad y que sean sensibles a determinar el cambio de los síntomas tras las intervenciones y que den un perfil de existencia de un trastorno de personalidad más claro en caso de ser necesario como el MMPI. Se podría realizar un seguimiento de un intervalo de tiempo más largo, lo cual sería importante para determinar si la no reincidencia de los síntomas se mantiene a través del tiempo. Sería interesante de igual manera que se hiciera más estudios con un número más alto de personas para obtener más datos comparativos que den una perspectiva más clara de los beneficios de la terapia.

Resumen general

El estudio de caso de esta investigación está basado en una mujer ecuatoriana de 39 años de edad de origen mestizo proveniente de un área rural que ha sido diagnosticada con trastorno de depresión mayor recurrente ya que cumple con los criterios necesarios para ser diagnosticada según el DSM-IV. Se realizó evaluaciones de auto-reporte como el SCL-90-R antes de recibir terapia al momento que la solicita al departamento de terapias gratuitas de la Universidad San Francisco de Quito y al momento de iniciar con las terapias por lo que estas aportan como una medida de revisión de los síntomas y brinda una pauta de por donde guiar la entrevista clínica para determinar si existe un diagnóstico. Se trabajó por un período de cinco meses con terapia cognitiva conductual donde de acuerdo a las observaciones y organizando conjuntamente con el paciente como un proceso colaborativo se fueron estructurando las actividades terapéuticas, al igual que el distanciamiento entre sesiones, al pasar de ser semanales a sesiones pasando dos semanas y así progresivamente antes de realizar el cierre de las

sesiones para brindarle a la paciente la oportunidad de prepararse para afrontar las situaciones por si sola y trabajar la ansiedad generada por el distanciamiento en terapia. Durante este periodo se le brindó al paciente herramientas para poder ser su propio terapeuta, para afrontar dificultades e identificar el inicio de los síntomas, para así buscar herramientas de apoyo tanto cognitivas como conductuales y que estas no generen una recaída de los síntomas. Para determinar la efectividad se hizo comparaciones entre los SCL-90-R iniciales y dos aplicados al culminar las terapias y después de un intervalo de cuatro meses sin recibir ningún tipo de terapia, al igual que se comparo el BAI y el BDI aplicados al final de las sesiones y después de cuatro meses respectivamente para determinar la intensidad de los síntomas y si existe alguna remisión de los mismos, con estas evaluaciones se pudo comprobar que efectivamente existe una disminución de los síntomas y no se reporta reincidencia de los mismos mejorando así el nivel de vida de la paciente.

REFERENCIAS

- Abdin, E., Kenneth G., Koh, M., Mythily, M., Meng-En Guo, B., Colin M., Ee, M., and Siow C. (2011). Validity Of The Personality Diagnostic Questionnaire—4 (Pdq-4+) Among Mentally Ill Prison Inmates In Singapore. *Journal of Personality Disorders*, The Guilford Press, 25(6), 834–841.
- Agudelo, D., Casadiegos, C. y Sanchez, D. (2008). Características de Ansiedad y Depresión en Estudiantes Universitarios. *International Journal of Psychological Reseach*, 1(1), pp.34-39. ISSN 2011-7922.
- American Psychiatric Association. (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. MASSON, 4th ed. Barcelona, España.: Versión española. ISBN 84-458-1087-1.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Revised*, 4th ed. Washington, DC, EE.UU.: El Autor.
- Angermeyer, M., Berglund, P., Bromet, E., Brugha, T., Demyttenaere, K., Girolamo, G., Haro, J., Jin, R., Karam, E., Kessler, R., Koveness, V., Levinson, D., Medina, M., Pennell, B., Posada, J., Sampson, N., Seedat, S., Scott, K., Ono, Y., Ormel, J y Williams, D. (2009). Cross-national associations between gender and mental disorders in the WHO World Mental Health Surveys. *Arch Gen Psychiatry*, 66 (7): 785-795.
- Antonsen, L. & Thimm, J. (2014). Effectiveness of cognitive behavioral group therapy for depression in routine practice. *BMC Psychiatry*. doi:10.1186/s12888-014-0292-x. Retrieved Noviembre 20, 2014, from <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/14/292>
- Bandura, A. (1976). Self-Reinforcement: Theoretical and Methodological Considerations. *Behaviorism*. (4), 2, pp. 135-155. Retrieved Noviembre 20, 2014, from <http://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura1976B.pdf>
- Barlow, D & Duran, M. (2007). Trastornos de estado de ánimo y suicidio. *Psicopatología. Un enfoque integral de la psicología anormal*. Cuarta Edición. Editora Thomson. Pp.209-240.
- Barraca, J. (2010). Aplicación de la Activación Conductual en un Paciente con Sintomatología Depresiva. *Clínica y Salud*. 10(2), pp. 183-197. Obtenido el 12 de febrero desde 2015 desde <http://www.redalyc.org/pdf/1806/180615543007.pdf>
- Bebbington, P., Brugha, T., Dunn, G., Farrell, M., Jenkins, R., Lewis, G., Meltzer, H. (2003) The influence of age and sex on the prevalence of depressive conditions: report from the National Survey of Psychiatric Morbidity. *International Review of Psychiatry*, 15(1-2): 74-83.

- Beck, A. (1964). Thinking and depression: II. Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry*, 10, pp. 561-571.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive Therapy and The Emotional Disorders*. Penguin Books USA iNC., 375 Hudson Street, New York.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B., Y Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. Edición española: *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Editorial Desclée de Brouwer, 1992. ISBN: 978-84-330-0626-6
- Beck, J. (2011). *Cognitive Behaviour Therapy: Basics and Beyond*. The Guilford Press, 2nd ed. New York, 10012. ISBN 9781609185046
- Belló, M., Medina, M., Lozano, R y Puentes, E. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública de México*, vol.47 (1). Pp S4-S11. ISSN electrónico: 1606-7916. Obtenido el 27 de noviembre desde <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10609302>
- Benjet, C., Borges, G., Medina, M., Fleiz, C. y Zambrano, J.(2004). La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud pública México*, 46 (5). Cuernavaca. ISSN 0036-3634.
- Bórquez, S. (2004). Burnout, o Estrés Circular en Profesores. *PHAROS*. 11(1). Pp23-34. Obtenido el 20 de abril del 2015 desde. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=20811103>
- Brown, G., Beck, A., Newman, C., Beck, J., y Tran, G. (1997). A comparison of focused and standard cognitive therapy for panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 11: 329-45. DOI: 10.1016/S0887-6185(97)00014-5. Obtenido el 3 de febrero del 2015 desde http://www.researchgate.net/publication/13999871_A_comparison_of_focused_and_standard_cognitive_therapy_for_panic_disorder
- Castelló, J. (2005). Dependencia Emocional: Características y Tratamiento. *Alianza Ensayo Editorial*. España. (1). Pp 272. ISBN: 978-84-206-4725-8 84-206-4725
- Calvo, N., Caseras, X., Gutiérrez, F. y Torrubia, R. (2002). Adaptación española del Personality Diagnostic Questionnaire-4+ (PDQ-4+). *Actas Especiales Psiquiatría*. 30 (1): 7-13. Obtenido el 4 de febrero desde 2015 desde http://scholar.google.com/ec/scholar?q=pdq4+questionnaire&hl=es&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholart
- Calvo, N., Gutiérrez, F., Andión, O., Caseras, X., Torrubia, R. Y Casas, M. (2012). Psychometric properties of the Spanish version of the self-report Personality Diagnostic Questionnaire-4+ (PDQ-4+) in psychiatric outpatients. *Psicothema*, Vol. 24, no 1, pp. 156-160. ISSN 0214 – 9915.
- Casullo, M. (2004). El Inventario De Síntomas SCL-90-R de L. Derogatis. Adaptación

UBA. CONICET. Obtenido el 23 de diciembre del 2014 desde <http://www.fundacionforo.com/pdfs/inventariodesintomas.pdf>

- Caparros, B., Villar, E., Ferrer, J. y Viñas, F. (2007). Symptom Check-List-90-R: fiabilidad, datos normativos y estructura factorial en estudiantes universitarios. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (3), 781-794. ISSN 1697-2600.
- Clark, D. (1989). Anxiety states: Panic and generalized anxiety. *Cognitive – behavior therapy for psychiatric problems: A practical guide*. Nueva York, Oxford University Press, pp. 52-96.
- Conti, S., Fava, G., Finos, L., Grandi, S., Ruini, C. & Rafanelli, C. (2004). Resultados de 6 años de terapia cognitivo-conductual para la prevención de la depresión recurrente. *American Journal of Psychiatry*, 161 (10): 1872-2876.
- Cruz, F., López, B., Blas, G., González, M. y Chávez, B. (2007). Datos sobre la validez y confiabilidad de la Symptom Check List 90 (SCL 90) en una muestra de sujetos mexicanos. 19. 72-81. Obtenido el 2 de marzo de 2015 desde <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumenMain.cgi?IDARTICULO=6689>
- Derogatis, L.R., Rickels, K. y Rock, A.F. (1976). The SCL-90-R and the MMPI: “A step in the validation of new self-report scale”. *British Journal of Psychiatry*, 128, 280-289
- Derogatis, L. y Savitz, K. (1999). The SCL-90-R, Brief Symptom Inventory, and Matching Clinical Rating Scales. *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment*, 2nd ed, (pp. 679-724). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers, xvi.
- Diccionario Manual de la Lengua Española Vox. © 2007 Larousse Editorial, S.L.
- Dobson, K. & Dozois, D. (2010). *Historical and Philosophical Bases of the Cognitive-Behavioral Therapies*. 1st ed. New York, EE.UU.: The Guilford Press.
- Ferrer, A. (2010). Terapias cognitivas: mitos y aspectos controvertidos. *Revista de Psicología*. Universidad de Antioquia, (2)3. ISSN 2256-1102
- Fisher, C. (2009). *Decoding the ethics code: a practical guide for psychologists*. Segunda Edición. SAGE Publications Ltd: London.
- Figuroa, G. (2002). Psicoterapia y farmacoterapia en el tratamiento de la depresión mayor. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*.40(1). Obtenido el 14 de noviembre desde <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000500006> Re
- Forkmann, T., Boecker, M., Druke, B., Gauggel, S., Mainz, V., Pawelzik, M & Scherer, A. (2014). Does cognitive behavior therapy alter emotion regulation in inpatients with a depressive disorder?. *Psychology Research and Behavior Management*. 7

147–153. <http://dx.doi.org/10.2147/PRBM.S5942>

- García, M. & Pérez, M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*, 13(3), pp. 493-510.
- Ellis, A. (1962). Reason and emotion in psychotherapy. Nueva York, Lyle Stuart.
- Hartkamp, N., Kiuse, J., Franke, G., Reister, G., & Tress, W. (2000). The Symptom Check-List-90-R (SCL-90-R): A German validation study. Schmitz, N. *Kluwer Academic Publishers*. Netherlands. 185-193.
- Hernández, C., Rodríguez, A., Leal, E., Peralta, V. & Durán, J. (2014). Factores ambientales relacionados a trastornos depresivos. *Revista Medica Instituto México Seguro Social*.;52(5):574-9
- Hernangómez, L., Hervás, G., Romero, N. Y Vázquez, C. (2010). Modelos Cognitivos de la Depresión: Una Síntesis y Nueva Propuesta Basada en 30 Años de Investigación. *Behavioral Psychology*. Vol. 18, N 1, pp139-165.
- Horowitz, L.M., Rosenberg, S.E., Baer, B.A., Ureno, G. y Villaseñor, V.S. (1988). Inventory of Interpersonal Problems: Psychometric properties and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 885-892.
- Hollon, S., DeRubeis, R., Shelton, R., Amsterdam, J. y Salomon, R. (2005). Prevention of relapse following cognitive therapy versus medications in moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62, 417-422.
- Hollon, S., Markowitz, J. & Thase, M. (2002). Treatment and Prevention of Depression. *Sage Journals. Psychological Science in the Public Interest*. doi: 10.1111/1529-1006.00008. vol. 3 no. 2 39-77
- Hersen, M. (2004). Comprehensive Handbook of Psychological Assessment, Personality Assessment. The Personality Diagnostic Questionnaire-4 (PDQ-4). John Wiley & Sons Inc Hoboken, New Jersey. 122-129. Retrieved Noviembre 20, 2014, from <http://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=&id=mwgdJBOgNJAC&oi=fnd&pg=PA122&dq=pdq4+questionnaire&ots=7ptbCWQWTP&sig=vYaqpzAghITLSijy6xAHkqJB4QY#v=onepage&q=pdq-4%20questionnaire&f=false>
- Latorre, I. y Serrano, M. (2012). Investigación cognitiva conductual en un paciente con un trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad y una depresión mayor recidivante asociados. *Revista psicología.com*. ISSN: 11378492. Obtenido el 4 de febrero del 2015 desde <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psicologiacom/article/viewFile/1466/1296/>
- Lejuez, C., Hopko, D. y Hopko, S. (2001). A Brief Behavioral Activation Treatment for Depression. *Behavior Modification*. Vol.25, No.2. PP255-286. Retrieved Noviembre 20, 2014, from <http://web.utk.edu/~dhopko/BATDmanual.pdf>.

- Londoño, H. y Ramírez, M. (2005). Creencias centrales en pacientes diagnosticados con trastornos del estado de ánimo depresivos en una muestra colombiana. *Pensamiento Psicológico*, Vol1, 5, pp. 95-105. Obtenido el 2 de febrero del 2015 desde <http://revistas.javerianacali.edu.co/javevirtualoj/index.php/pensamientopsicologico/article/view/21/60>
- Mattos, E. y Marinho, M. (1998). Ampliando la Intervención Psicológica a la Familia en la Terapia Conductual Infantil. *Psicología Conductual*, Vo.6, N 3, pp. 617-627. Obtenido el 2 de enero desde <http://www.funveca.org/revista/PDFespanol/1998/art08.3.06.pdf>.
- Maruish, M. (2004). The Beck Depression Inventory-II and the Beck Depression Inventory – Primary Care (BDI-PC). The Use of Psychological Testing for Treatment Planning and Outcomes Assessment. Third Edition. Lawrence Erlbaum Associates, Inc. New Jersey.
- Muñiz, J. y Fernández, J. (2010). La opinión de los psicólogos españoles sobre el uso de los test. *Papeles del Psicólogo* 31, 108-121. Obtenido el 2 de enero del 2015 desde <tps://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf>
- Muñoz, C., Espinosa, I., Cárdenas, M., Fócil, M. y Cavazos, J. (2005). Confiabilidad y validez de la SCL-90 en la evaluación de psicopatología en mujeres. *Salud Mental*, Vol. 28, No. 3. Obtenido el 2 de enero de 2015 desde <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2005/sam053e.pdf>
- Naranjo, M. (2004). Enfoques conductistas, cognitivos y racional emotivos. *Orientación Cognitiva*. 1. Ed. Editorial de la Universidad de Costa Rica. San José: Costa Rica. Pp. 83-96. ISBN 9977-67-884-7
- Olsen, L., Mortensen, E., y Bech, P. (2004). The SCL-90 and SCL-90R versions validated by item response models in a Danish community sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110: 225-229. Obtenido el 2 de febrero del 2015 desde <http://web.b.ebscohost.com.ezbiblio.usfq.edu.ec/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=715d5b4b-df4c-4b13-b535-758176594c76%40sessionmgr114&vid=5&hid=107>
- Organización Mundial de la Salud (2000). Prevención del Suicidio. Un Instrumentos para Médicos Generalistas. *Tratamiento de Salud Mental y Toxicomanías*. Ginebra, Suiza: OMS; p. 4-16. Obtenido el 2 de febrero del 2015 desde http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75428/1/WHO_MNH_MBD_00.1_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2001). Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra, Suiza: OMS; p. 21-90.
- Organización Mundial de la Salud (2012). La depresión es una enfermedad frecuente y las personas que la padecen necesitan apoyo y tratamiento. Obtenido el 2 de febrero

del 2015 desde

http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=587:la-depresion-enfermedad-frecuente-personas-que-padecen-necesitan-apoyo-tratamiento&catid=698:salud-mental-&Itemid=245

- Peñalver, C. (2006). Evaluación del Inventario BAI. Obtenido el 2 de febrero del 2015 desde <https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BAI.pdf>
- Pérez, M. (2007). La Activación Conductual y la Desmedicación de la Depresión. Papeles del Psicólogo. Vol.28(2), pp97-110. Obtenida el 3 de febrero desde http://extension.uned.es/archivos_publicos/webex_actividades/4925/activacionconductualydesmedicalizaciondeladepresion.pdf
- Prieto, M., Vera, M., Pérez, M. y Ramírez, I. (2007). Cronicidad de los trastornos del estado de ánimo: relaciones con actitudes cognitivas disfuncionales y con alteraciones de la personalidad. *Clínica y salud*, 18(2). Obtenida el 3 de febrero desde http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742007000200005
- Renaud, J., Russell, J y Myhr, G. (2014). Predicting Who Benefits Most From Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety and Depression. *Journal of Clinical Psychology*, 70(10), 924-932 DOI: 10.1002/jclp.22099.
- Resick, P., Monson, C. y Chard, K. (2008). *Terapia de Procesamiento Cognitivo Version V/M: Manual del Terapeuta*. Washington, DC: Department of Veterans' Affairs. Obtenido 12 de diciembre del 2014 desde <http://www.istss.org/AM/CM/ContentDisplay.cfm?ContentFileID=488&MicrositeID=0&FusePreview=Yes>
- Rich, P. (2009). Stages of Accomplishment- Stage 3: Understanding Dysfuncional Behavior. Retrieved Noviembre 20, 2014, from <http://bookstore.nearipress.org/book-samples/Phil%20Rich%20Workbook%203-1st%20Chap.pdf>
- Riso, W. (2006). *Terapia Cognitiva. Fundamentos Teóricos y Conceptualización del Caso Clínico*. Grupo Editorial Norma, Bogotá. 432p ISBN 9580492468. http://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=&id=zu2BjSmdtwUC&oi=fnd&pg=PA23&dq=terapia+cognitiva+conductual+&ots=9zxw3QNUwx&sig=uQsrX8o7fqXFSNOvm5IaGJwqc&redir_esc=y#v=onepage&q=terapia%20cognitiva%20conductual&f=false
- Rodríguez, M. y Galán, S. (2007). Programa de entrenamiento en imaginería como función cognoscitiva y motivadora para mejorar el rendimiento deportivo en jóvenes patinadores de carreras. Vol 7. ISSN: 1578-8423. Obtenida el 3 de febrero <http://revistas.um.es/cpd/article/view/54631/52641>

- Ruiz, M. (2014). Emociones. *Psicología Algeciras*. Obtenido el 25 de diciembre del 2014 desde <http://www.psicologiaalgeciras.com/psicologia/383/>
- Semarari, A. (2002). Historias teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva. *PAIDOS IBERICA S. A.* ISBN: 8449312337
- Stewart, R.E. & Chambless, D.L. (2009). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of effectiveness studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 77: 595-606.
- Sanz, J. y Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. *Psicothena*. Vol.10 n 2, pp. 303-318. ISSN 0214-9915.
- Sanz, J., García, M., Espinosa, R., Fortún, M. y Vázquez, C. (2005). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clinica y Salud*, Vo. 16. N 2. Pp 121-142. ISSN: 1135-0806. Obtenido 22 de enero de 2015 desde <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180616104001>
- Sanz, J. (2013). Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. *Clinica y Salud*. 25. Pp. 39-48. Obtenido el 2 de enero de 2015 desde http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90274881&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=364&ty=48&accion=L&origen=clysa&web=clysa.elsevier.es&lan=es&fichero=364v25n01a90274881pdf001.pdf
- Schmitz, N., Hartkamp, N., Kiuse, J., Franke, G. H., Reister, G. y Tress, W. (2000). The symptom Check-List-90-R (SCL-90-R): A German validation study. *Quality of Life Research*, 9,185-193. Retrieved Noviembre 20, 2014, from <http://link.springer.com/article/10.1023%2FA%3A1008931926181#page-2>
- Torres, X., Bailles, E., Collado, A., Taberner, A., Gutierrez, F., Peri, J., Arias. A., y Valdes, A. (2010). The Symptom Checklist-Revised (SCL-90-R) is Able to Discriminate Between Simulation and Fibromyalgia. *Journal of Clinical Psychology*, 66(7), 77-790. DOI: 10.1002/jclp.20698
- Vittengl, J., Clark, L., Dunn, T. y Jarret, R. (2007). Reducing Relapse and Recurrence in Unipolar Depression: A comparative Meta-Analysis of cognitive-behavioral therapy's effect. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 75 (3): 475-88. Retrieved Noviembre 20, 2014, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17563164>
- Whiteford, H., Harris, M., McKeon, G., Baxter, A., Pennel, C., Barendregt, J. and Wang, J.(2013). Estimating remission from untreated major depression: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 43, 1569–1585. Retrieved Noviembre 20, 2014, from http://www.researchgate.net/profile/Amanda_Baxter/publication/230652759_Estim

ating_remission_from_untreated_major_depression_a_systematic_review_and_met
a-analysis/links/53e001710cf2a768e49e7c81.pdf

ANEXOS A: INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

- 1)
 - No me siento triste.
 - Me siento triste.
 - Me siento triste todo el tiempo y no puedo librarme de ello.
 - Me siento tan triste o desdichado que no puedo soportarlo.

- 2)
 - No estoy particularmente desanimado con respecto al futuro.
 - Me siento desanimado con respecto al futuro.
 - Siento que no puedo esperar nada del futuro.
 - Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar.

- 3)
 - No me siento fracasado.
 - Siento que he fracasado más que la persona normal.
 - Cuando miro hacia el pasado lo único que puedo ver en mi vida es un montón de fracasos.
 - Siento que como persona soy un fracaso completo.

- 4)
 - Sigo obteniendo tanto placer de las cosas como antes .
 - No disfruto de las cosas como solía hacerlo.
 - Ya nada me satisface realmente.
 - Todo me aburre o me desagrada.

- 5)
 - No siento ninguna culpa particular.
 - Me siento culpable buena parte del tiempo.
 - Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
 - Me siento culpable todo el tiempo.

- 6)
 - No siento que esté siendo castigado.
 - Siento que puedo estar siendo castigado.
 - Espero ser castigado.
 - Siento que estoy siendo castigado.

- 7)
 - No me siento decepcionado en mí mismo.
 - Estoy decepcionado conmigo.
 - Estoy harto de mi mismo.
 - Me odio a mi mismo.

- 8)
 - No me siento peor que otros.

Me critico por mis debilidades o errores.
Me culpo todo el tiempo por mis faltas.
Me culpo por todas las cosas malas que suceden.

9)

No tengo ninguna idea de matarme.
Tengo ideas de matarme, pero no las llevo a cabo.
Me gustaría matarme.
Me mataría si tuviera la oportunidad.

10)

No lloro más de lo habitual.
Lloro más que antes.
Ahora lloro todo el tiempo.
Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo llorar nunca aunque quisiera.

11)

No me irrito más ahora que antes.
Me enojo o irrito más fácilmente ahora que antes.
Me siento irritado todo el tiempo.
No me irrito para nada con las cosas que solían irritarme.

12)

No he perdido interés en otras personas.
Estoy menos interesado en otras personas de lo que solía estar.
He perdido la mayor parte de mi interés en los demás.
He perdido todo interés en los demás.

13)

Tomo decisiones como siempre.
Dejo de tomar decisiones más frecuentemente que antes.
Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones.
Ya no puedo tomar ninguna decisión.

14)

No creo que me vea peor que antes.
Me preocupa que esté pareciendo avejentado (a) o inatractivo (a).
Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer inatractivo (a)..
Creo que me veo horrible.

15)

Puedo trabajar tan bien como antes.
Me cuesta un mayor esfuerzo empezar a hacer algo.
Tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer cualquier cosa.
No puedo hacer ningún tipo de trabajo.

16)

Puedo dormir tan bien como antes.

No duermo tan bien como antes.
Me despierto 1 ó 2 horas más temprano de lo habitual y me cuesta volver a dormir.
Me despierto varias horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a dormirme

17)

No me canso más de lo habitual.
Me canso más fácilmente de lo que solía cansarme.
Me canso al hacer cualquier cosa.
Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa.

18)

Mi apetito no ha variado.
Mi apetito no es tan bueno como antes.
Mi apetito es mucho peor que antes.
Ya no tengo nada de apetito.

19)

Últimamente no he perdido mucho peso, si es que perdí algo.
He perdido más de 2 kilos.
He perdido más de 4 kilos.
He perdido más de 6 kilos.

20)

No estoy más preocupado por mi salud de lo habitual.
Estoy preocupado por problemas físicos tales como malestares y dolores de estomago o constipación.
Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en otra cosa.
Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más.

21)

No he notado cambio reciente de mi interés por el sexo.
Estoy interesado por el sexo de lo solía estar.
Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.
He perdido por completo mi interés por el sexo.

**ANEXOS B: INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BECK ANXIETY
INVENTORY) - BAI BECK, A.T.; BROWN, G.; EPSTEIN, N. Y STEER, R.A.
(1988)**

NOMBRE Y APELLIDOS:

EDAD:

SEXO:

FECHA:

LISTADO DE ÍTEMS

Señale a la izquierda de cada número según estas escala :

(0) En absoluto. (1) Levemente, no me molesta mucho. (2) Moderadamente, fue muy desagradable pero pude soportarlo. (3) Severamente, casi no pude soportarlo. ,

1. Hormigueo o entumecimiento.
2. Sensación de calor.
3. Temblor de piernas.
4. Incapacidad de relajarse.
5. Miedo a que suceda lo peor.
6. Mareo o aturdimiento.
7. Palpitaciones o taquicardia.
8. Sensación de inestabilidad e inseguridad física.
9. Terrores.
10. Nerviosismo.
11. Sensación de ahogo.

12. Temblores de manos.
13. Temblor generalizado o estremecimiento.
14. Miedo a perder el control.
15. Dificultad para respirar.
16. Miedo a morir.
17. Sobresaltos.
18. Molestias digestivas o abdominales.
19. Palidez.
20. Rubor facial.
21. Sudoración (no debida al calor).

ANEXOS C: SCL-90-R

Marcar con una X en el espacio que corresponda

	NADA	MUY POCO	POCO	BASTANTE	MUCHO
SCL-90-R	X 0	X 1	X 2	X 3	X 4
1 DOLORES DE CABEZA	X				
2 NERVIOSISMO	X				
3 PENSAMIENTOS DESAGRADABLES QUE NO SE BANN EN MI CABEZA	X				
4 SENSACIÓN DE MAREO O DÉS MAYO	X				
5 FALTA DE INTERÉS EN LAS RELACIONES SEXUALES		X			
6 CRITICAR A LOS DEMÁS	X				
7 SENTIR QUE DENTRO PUEDO CONTROLAR MIS PENSAMIENTOS	X				
8 SENTIR QUE DENTRO SON INCULPABLES DE LO QUE ME PASA	X				
9 TENER DIFICULTAD PARA MEMORIZAR LAS COSAS		X			
10 ESTAR PREOCUPADO/A POR MI FALTA DE GANAS POR HACER ALGO	X				
11 SENTIRME ENOJADO/A, MAL HUMORADO/A		X			
12 DOLORES DE PECHO	X				
13 MIEDO A LOS ESPACIOS ABIERTOS O A LAS CALLES		X			
14 SENTIRME CON MUY POCAS ENERGÍAS	X				
15 PENSAR EN QUITARME LA VIDA	X				
16 ESCUCHAR VOCES QUE DENTRO PERSONAS NO OYEN	X				
17 TEMBLORES EN MI CUERPO	X				
18 PERDER LA CONFIANZA EN LA MAYORÍA DE LAS PERSONAS	X				
19 NO TENER GANAS DE COMER		X			
20 LLORAR POR CUALQUIER COSA	X				
21 SENTIRME INCOMODO/A CON PERSONAS DENTRO SEXO	X				
22 SENTIRME TRAPADO/A, ENCERRADO/A	X				
23 ASUSTARME DE REPENTE SIN RAZÓN ALGUNA	X				
24 EXPLOTAR O NO PODER CONTROLARME	X				
25 TENER MIEDO A IR SOLO/A DE MI CASA	X				
26 SENTIRME INCULPABLE POR COSAS QUE OCURREN	X				
27 DOLORES DE ESPALDA	X				
28 NO PODER TERMINAR LAS COSAS QUE EMPECE A HACER	X				
29 SENTIRME SOLO/A	X				
30 SENTIRME TRISTE	X				
31 PREOCUPARME DEMASIADO POR TODO LO QUE ME PASA	X				
32 NO TENER INTERÉS POR NADA	X				
33 TENER MIEDOS	X				
34 SENTIRME HERIDO EN MIS SENTIMIENTOS	X				
35 CREER QUE LA GENTE SE ABELA QUE ESTOY PENSANDO	X				
36 SENTIR QUE NO ME COMPRENDEN		X			
37 SENTIR QUE NO CAIGO BIEN A LA GENTE, QUE NO LES GUSTO	X				
38 TENER QUE HACER LAS COSAS MUY DESPACIO PARA ESTAR SEGURO/A DE QUE ESTÁN BIEN HECHAS	X				
39 MI CORAZÓN LATE MUY FUERTE, SE ACELERA	X				
40 NÁUSEAS O DOLOR DE ESTÓMAGO	X				
41 SENTIRME INFERIOR A LOS DEMÁS	X				
42 CALAMBRES EN MANOS, BRAZOS O PIERNAS	X				
43 SENTIR QUE ME VIGILAN O HABLAN DE MI	X				
44 TENER PROBLEMAS PARA DORMIRME	X				
45 TENER QUE CONTROLAR UNA O MÁS VECES LO QUE HAGO	X				
46 TENER DIFICULTADES PARA TOMAR DECISIONES	X				
47 TENER MIEDO DE VIAJAR EN TREN, BUS, O SUBTERRANEOS	X				
48 TENER DIFICULTADES PARA RESPIRAR BIEN	X				
49 ATAQUES DE FRÍO O CALOR	X				
50 TENER QUE EVITAR ACERCARME A ALGUNOS LUGARES O ACTIVIDADES POR QUE ME DAN MIEDO	X				
51 SENTIR QUE ME MIENTE QUE DA EN BLANCO	X				
52 HORMIGUEOS EN ALGUNA PARTE DE MI CUERPO	X				
53 TENER UN UDO EN LA GARGANTA	X				
54 PERDER LAS ESPERANZAS EN EL FUTURO	X				
55 DIFICULTADES PARA CONCENTRARME EN LO QUE ESTOY HACIENDO	X				
56 SENTIR FLOJEDAD, DEBILIDAD, EN PARTES DE MI CUERPO	X				
57 SENTIRME NERVIOSO/A AGITADO/A	X				
58 SENTIR MIS BRAZOS O PIERNAS MUY PESADOS	X				
59 PENSAR QUE ME ESTOY POR MORIR	X				
60 COMER DEMASIADO	X				
61 SENTIRME INCOMODO/A CUANDO ME MIRAN O HABLAN DE MI	X				
62 TENER IDEAS, PENSAMIENTOS QUE NO SON MÍOS	X				
63 NECESITAR GOLPEAR O LASTIMAR ALGUIEN	X				
64 DESPERTARME MUY TEMPRANO POR ALGUNA NECESIDAD	X				
65 REPETIR MUCHAS VECES ALGO QUE HAGO: CONTAR, LAVARME O CARICOSAS	X				
66 DORMIR CON PROBLEMAS, MUY INQUIETO/A	X				
67 NECESITAR OMPERIR O DESTROZAR LAS COSAS	X				
68 TENER IDEAS, PENSAMIENTOS QUE LOS DEMÁS NO ENTIENDEN	X				
69 ESTAR MUY PENDIENTES DE LO QUE LOS DEMÁS PUEDAN PENSAR DE MI	X				
70 SENTIRME INCOMODO EN LUGARES QUE HAY MUCHA GENTE	X				
71 SENTIR QUE TODO ME CUESTA MUCHO ESFUERZO	X				
72 TENER ATAQUES DE MUCHO MIEDO O DE PÁNICO	X				
73 SENTIRME MAL SI ESTOY COMIENDO O BEBIENDO EN PÚBLICO	X				
74 METERME MUY SEGUIDO EN DISCUSIONES	X				
75 PONERME NERVIOSO/A CUANDO ESTOY SOLO/A	X				
76 SENTIR QUE LOS DEMÁS NO ME VALORAN COMO ME REZCO	X				
77 SENTIRME SOLO/A A UN ESTAN DO CON GENTE	X				
78 ESTAR INQUIETO/A, NO PODER ESTAR SENTADO/A SIN MOVERME	X				
79 SENTIRME UN/A INÚTIL	X				
80 SENTIR QUE ALGO MALO VA A PASAR	X				
81 GRITAR O TIRAR COSAS	X				
82 MIEDO A DESMAYARME EN MEDIO DE LA GENTE	X				
83 SENTIR QUE SE APROVECHAN DE MI SUEÑO	X				
84 PENSAR COSAS SOBRE EXO QUE ME MOLESTAN	X				
85 SENTIR QUE DEBO SER CASTIGADO/A POR MIS PECADOS	X				
86 TENER MÁGENES O PENSAMIENTOS QUE DAN MIEDO	X				
87 SENTIR QUE ALGO MALO ME PASARÁ EN MI CUERPO	X				
88 SENTIRME ALEJADO/A DE LAS DEMÁS PERSONAS	X				
89 SENTIRME INCULPABLE	X				
90 PENSAR QUE EN MI CABEZA HAY ALGO QUE NO FUNCIONA BIEN	X				

