



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**



**FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA  
EDUCACIÓN**

**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**MODALIDAD**

**DOCUMENTO PROBATORIO (DIMENSIÓN ESCRITA) DEL  
EXAMEN COMPLEXIVO DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN  
DEL TÍTULO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**PROBLEMA:**

**PENSAMIENTOS DISFUNCIONALES Y SU INCIDENCIA EN EL  
ESTADO EMOCIONAL DE UN ADULTO DE 20 AÑOS DE EDAD DEL  
CANTÓN VALENCIA.**

**AUTOR:**

**RAMOS VARGAS JAIRO MARCELO**

**TUTOR:**

**AB. DANIEL GÓMEZ VILLALBA, MSC.**

**BABAHOYO – OCTUBRE 2021**



## RESUMEN

Los pensamientos disfuncionales son todas aquellas ideas distorsionadas que alteran la conducta y el estado emocional de un individuo. Dentro del modelo de la psicoterapia cognitiva, a dichos pensamientos disfuncionales se los conoce como distorsiones cognitivas. Las alteraciones del estado emocional, también conocidas como trastornos del ánimo, se dividen en dos grandes grupos, trastornos depresivos y bipolares. Los trastornos de bipolaridad se componen de un episodio de manía/hipomanía y de un episodio de depresión, además, se clasifica en tres, ciclotimia, trastorno bipolar tipo I y tipo II. Los principales síntomas dentro de un episodio de manía se conforman por una felicidad excesiva y un sentimiento de grandeza, totalmente opuesto a los principales síntomas de un episodio de depresión, siendo estos una tristeza profunda y sentimientos de inutilidad. Las distorsiones cognitivas aumentan los síntomas del episodio en el que el individuo esté actualmente e incluso dependiendo de dicho episodio las propias distorsiones cognitivas serán distintas.

**Palabras claves:** distorsiones cognitivas, psicoterapia cognitiva, estado de ánimo, trastornos bipolares.

## ABSTRACT

Dysfunctional thoughts are all those distorted ideas that alter the behavior and emotional state of an individual. Within the model of cognitive psychotherapy, these dysfunctional thoughts are known as cognitive distortions. The alterations of the emotional state, also known as, mood disorders, are divided into two large groups, depressive and bipolar disorders. Bipolar disorders are made up of a manic/hypomanic episode and a depressive episode, in addition, it is classified into three, cyclothymia, type I and type II bipolar disorder. The main symptoms within an episode of mania are made up of excessive happiness and a feeling of greatness, opposite to the main symptoms of an episode of depression, these being deep sadness and feelings of worthlessness. The cognitive distortions experienced the symptoms of the episode in which the individual is currently and even according to the episode of said episode the cognitive distortions themselves will be different.

**Key words:** cognitive distortions, cognitive psychotherapy, mood, bipolar disorders.

## INDICE

INTRODUCCIÓN .....	1
JUSTIFICACIÓN .....	2
OBJETIVO GENERAL .....	2
SUSTENTO TEÓRICO .....	3
Pensamientos disfuncionales .....	3
Clasificación de las distorsiones cognitivas.....	3
Estado emocional .....	4
Psicopatologías del ánimo .....	4
Depresión .....	5
Bipolaridad.....	5
Sintomatología de la manía .....	6
Sintomatología de la depresión.....	6
Distorsiones cognitivas y las psicopatologías del ánimo .....	6
Pensamientos suicidas .....	7
Psicoterapia cognitiva .....	7
Tratamiento de la bipolaridad.....	8
TÉCNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN .....	10
Historia clínica .....	10
Observación clínica.....	10
Entrevista semiestructurada.....	10
Escala de ansiedad de Hamilton .....	10
Inventario de depresión de Beck .....	11
Inventario de personalidad de Eysenck .....	11
Reestructuración cognitiva .....	11
RESULTADOS OBTENIDOS .....	12
Presentación del caso .....	12
SITUACIONES DETECTADAS.....	14
Episodio depresivo .....	14
Episodio hipomaniaco .....	15
SOLUCIONES PLANTEADAS .....	15
CONCLUSIONES .....	18
BIBLIOGRAFÍA .....	20

## **INTRODUCCIÓN**

El presente trabajo de investigación corresponde al proceso de titulación de la Universidad Técnica de Babahoyo en la carrera de Psicología Clínica, acoplándose a la línea de investigación de prevención, diagnóstico, evaluación y tratamiento psicoterapéutico en el ámbito clínico y en la sub línea de psicoterapias individuales y/o grupales.

La investigación trata de establecer cómo los pensamientos disfuncionales de un sujeto de 20 años perturban su estado emocional. Como consecuencia, se busca determinar ante qué estímulo se manifiestan estos pensamientos disfuncionales o distorsiones cognitivas y su tipo, además de identificar la psicopatología del ánimo que ha desarrollado el paciente.

El presente tema fue seleccionado por el tipo de trastorno, su desarrollo y la relación entre las variables, presentes en un paciente, lo cual despertó dentro del investigador un gran interés. El paciente de estudio no está relacionado al proceso de prácticas pre profesionales ni al de vinculación con la sociedad, es un caso externo.

La investigación se realiza no solo para dar una posible solución a la problemática manifestada por el paciente durante las sesiones, también para identificar cómo las distorsiones cognitivas son causantes o agravantes de alteraciones del estado de ánimo y así comprender un poco más, el proceso del malestar psicológico.

Para realizar la investigación de la presente problemática, se usó los métodos deductivo e inductivo, los cuales son formas de razonamiento lógico, los cuales van desde la visión general a la específica y de la visión específica a la general respectivamente. Además, para la exploración psicológica fueron utilizadas técnicas y herramientas específicas como la entrevista semiestructurada, test psicométricos y proyectivos, y la observación.

## **JUSTIFICACIÓN**

El presente estudio de caso se realiza sobre un joven de 20 años del cantón Valencia, quien presenta un estado emocional alterado producto de pensamientos disfuncionales. El estudio del tema es relevante, debido a que los trastornos del ánimo se manifiestan con gran frecuencia en los jóvenes adultos en este rango de edad y aún más, las distorsiones cognitivas, las cuales pueden generar o agravar dichos trastornos.

A través de la exploración clínica, se determinan las causas de los pensamientos disfuncionales o distorsiones cognitivas, la influencia de estos en el estado de ánimo y el desarrollo de la psicopatología del paciente. Con esta información se plantea un modelo de intervención centrado en la resolución y disminución de la sintomatología.

La información planteada dentro del trabajo es de gran beneficio para los futuros profesionales de la salud mental, ya que permitirá a quien lo lea, habituarse a casos de este tipo, su resolución, investigación y naturaleza. El paciente objeto del estudio de caso es el principal beneficiario de este proceso, ya que se busca realizar un buen trabajo psicoterapéutico, con un adecuado uso de técnicas de evaluación e intervención, las cuales fueron impartidas por excelentes catedráticos de la Universidad Técnica de Babahoyo.

El tema de estudio es trascendente entre los futuros psicólogos clínicos, por la problemática estudiada y sus variables, las cuales se plantean desde una perspectiva que resulta ser muy interesantes. Además, la realización de este estudio de caso es factible, ya que el paciente está dispuesto a participar de forma activa y dio su debido consentimiento.

## **OBJETIVO GENERAL**

Establecer la relación entre las distorsiones cognitivas y el estado de ánimo perturbado de un paciente de 20 años del cantón Valencia.

## **SUSTENTO TEÓRICO**

### **Pensamientos disfuncionales**

Todas las personas tenemos pensamientos, los cuales siempre están presentes y pueden ser automáticos o creencias arraigadas en el individuo. Un pensamiento no es otra cosa que la interpretación de un suceso, la cual puede catalogarse como funcional o disfuncional, dependiendo del comportamiento resultante.

Los pensamientos funcionales permiten al individuo actuar y sentirse de forma adecuada al suceso en cuestión, es decir, no generan malestar alguno. Por otra parte, los pensamientos disfuncionales son aquellas interpretaciones distorsionadas las cuales generan un gran malestar emocional en el individuo e incluso pueden alterar su comportamiento.

Las distorsiones cognitivas alteran la cognición, influyendo directamente en el comportamiento. Las ideas distorsionadas ocasionan en el individuo pensamientos automáticos irreales, afectándole significativamente (Rivera et al., 2019). Es decir, estas interpretaciones distorsionadas son las causantes de los problemas emocionales y conductuales de un individuo.

### **Clasificación de las distorsiones cognitivas**

Existen múltiples formas en las cuales se manifiestan las distorsiones cognitivas, cada una de ellas con distintos criterios, entre ellos tenemos al filtro negativo, el pensamiento dicotómico y el pensamiento catastrófico. Las distorsiones cognitivas son creencias tergiversadas las cuales el sujeto considera verdaderas y afectan a su percepción y a su comportamiento (Beck 2008, citado en Moral Jiménez y González Sáez, 2019). Las distorsiones cognitivas pueden ser complicadas de reconocer a primera vista, pero una vez se tiene claro la estructura de cada una, su distinción resulta sencilla.

El filtro negativista, es todo aquel pensamiento alterado con un enfoque exclusivo en los sucesos negativos de un individuo, siéndole imposible el reconocimiento de aquellos sucesos positivos. Los pensamientos dicotómicos son todo proceso cognitivo en el cual un individuo tiene ideas extremistas y le es imposible encontrar los “matices” o puntos medios. El pensamiento catastrófico es una idea adelantada y exagerada de aquello que aún no sucede, con la creencia de que será terrible.

## **Estado emocional**

Las emociones son parte fundamental del ser humano las cuales nos permiten relacionarnos de manera efectiva con los demás. La emoción es un tipo de energía que fluye dentro del ser humano la cual lo impulsa a actuar (Casassus, 2017). Las emociones que sentimos son el combustible que nos permite seguir adelante con aquello que hacemos, además, puede ser un muro que nos detenga.

El estado emocional o estado de ánimo es un conjunto de emociones las cuales se presentan en momentos que las ameriten, por ejemplo, en una situación alegre, el estado de ánimo es de felicidad o alegría y en una situación molesta la emoción presente es la ira. Las emociones las podemos dividir en positivas y negativas.

Las emociones positivas son todas aquellas que se manifiestan por un corto tiempo y con poca intensidad, además, no generan ningún tipo de molestia ni al individuo ni a los sujetos cercanos. Por otro lado, las emociones negativas son muy intensas y duran más tiempo, causando un gran malestar en el individuo que la siente y aquellos presentes.

Las emociones positivas y negativas están relacionadas e incluso se puede considerar a las negativas como la evolución o la exageración de las positivas. Suele considerarse el sentir tristeza o ira como algo “malo”, pero, este criterio está muy alejado de la realidad, ya que estas dos emociones son consideradas positivas. Entre las emociones positivas con su contraparte negativas a distinguir tenemos a la tristeza y a la depresión, la felicidad y la euforia, la ira y la furia, entre otras.

## **Psicopatologías del ánimo**

Los trastornos del ánimo son alteraciones emocionales las cuales generan un gran malestar y se las puede asociar a las “emociones negativas”. Las principales características de estos trastornos son la intensidad con la cual se manifiestan las emociones y la duración de este estado. Entre las psicopatologías del ánimo tenemos a la depresión y al trastorno bipolar.

Existen múltiples factores que pueden alterar el estado de ánimo de una persona. “Los estresores psicosociales pueden jugar un rol importante para gatillar un episodio anímico, muchos de ellos asociados al estilo de vida contemporáneo” (Rossel et al., 2020). Actualmente uno de los principales factores estresantes son la pandemia y el aislamiento obligatorio, siendo la alteración del ánimo más común los episodios depresivos.

Los trastornos depresivos se caracterizan por un estado recurrente de malestar emocional con diferentes presentaciones como la desesperanza, desolación y desinterés. Por otra parte, tenemos a los trastornos bipolares, los cuales no solo tienen episodios de depresión, sino, también episodios de manía, siendo la euforia la principal característica. Otros trastornos mentales suelen manifestar alteraciones del ánimo como la irritabilidad y preocupación, entre los cuales tenemos a los trastornos de ansiedad y estrés.

### **Depresión**

La depresión suele ser malentendida, considerándola como una mera tristeza, pero no es así, es un estado emocional que va más allá de la tristeza. La característica esencial de la depresión es un estado afectivo de tristeza patológica, donde el individuo está triste sin causa aparente (Álvarez-Mona et al., 2019). La principal diferencia entre tristeza y depresión es la intensidad, siendo la depresión de una intensidad y duración mayor a la tristeza.

Los trastornos depresivos se clasifican según la gravedad del episodio pudiendo ser leve, moderado o grave, además, suelen presentarse con o sin síntomas psicóticos. También, se conocen otras clasificaciones clínicas como el trastorno depresivo frecuente y la distimia. Para su diagnóstico deben usarse manuales certificados de diagnóstico clínico.

### **Bipolaridad**

La bipolaridad es una psicopatología del ánimo con múltiples manifestaciones y suelen ser por tiempos prolongados. La bipolaridad es considerada una enfermedad de origen multifactorial, la cual perturba el ánimo de quienes lo padecen, causándoles un gran sufrimiento (Martínez Hernández et al., 2019). No es lo mismo tener un humor cambiante normal durante el día a pasar de un episodio de euforia a una tristeza profunda sin motivo aparente.

Para diagnosticar un trastorno bipolar se debe tener en cuenta su clasificación, la cual depende de la gravedad de los episodios, siendo estos de manía y depresivos. El trastorno Bipolar tipo I se entiende por episodios de manía, hipomanía y depresión mayor, en cambio el trastorno bipolar tipo II no presenta cuadros de manía, por último, el trastorno ciclotímico, es aquel que no cumple con los criterios necesarios para el diagnóstico de un cuadro de manía, hipomanía o depresión mayor, pero si cumple con los criterios necesarios para considerarlo un trastorno bipolar.

Además de la calificación anterior, tanto la depresión como la bipolaridad pueden manifestarse junto a otras patologías y desarrollarse productos de estas. El ejemplo más común es la depresión por el consumo de sustancias, aunque también puede estar presente junto al trastorno de personalidad esquizoide y obsesivo-compulsivo. Los trastornos bipolares comúnmente suelen manifestarse junto a episodios ansiosos, además de los síntomas psicóticos, los cuales suelen ser de mayor importancia médica.

### **Sintomatología de la manía**

Los episodios de manía en un trastorno bipolar se caracterizan por síntomas como la euforia o felicidad exagerada, considerado como anormal, además de ello, el individuo presenta un exceso de energía, lo cual le genera problemas de sueño, habla rápida, pensamientos fugaces o gran velocidad y estos le dificultan focalizar su atención en una actividad. Otro síntoma muy recurrente es la agresividad. Esta sintomatología no le permite al paciente ejercer sus aptitudes sociales y laborales correctamente.

Por otra parte, los episodios de hipomanía tienen los mismos síntomas que los episodios de manía, siendo la principal diferencia la gravedad de estos. En un cuadro hipomaniaco el individuo no suele perder sus aptitudes ya sean laborales o sociales, pero, el estado de ánimo alterado es muy visible y reconocible por observadores externos.

### **Sintomatología de la depresión**

Tanto en los trastornos depresivos como en los trastornos bipolares, la sintomatología es la misma. Entre los síntomas más comunes tenemos a la tristeza, desesperanza, sensación de soledad, pérdida del interés y del placer por las actividades cotidianas e irritabilidad. En algunos casos, los individuos pueden tener una pérdida o un aumento significativo en el apetito y en el sueño.

### **Distorsiones cognitivas y las psicopatologías del ánimo**

Como se mencionó anteriormente, las distorsiones cognitivas son interpretaciones erróneas o alteradas sobre un suceso, las cuales generan alteraciones en el comportamiento y en el estado de ánimo. Estas alteraciones pueden dar origen a un trastorno del ánimo e incluso agravar los síntomas.

## **Pensamientos suicidas**

El suicidio es una realidad muy fuerte y es considerada como la cuarta causa a nivel mundial de muerte en los jóvenes. Es necesario que la sociedad deje de estigmatizar al suicidio, que no lo considere un tema tabú y así aumente su sensibilidad respecto al tema (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021). Los trastornos mentales como la depresión están relacionados con las ideas y actos suicidas, por lo tanto, es importante su trabajo temprano para evitar el riesgo.

Las personas quienes padecen de un trastorno del ánimo suelen manifestar con mucha frecuencia ideas suicidas, las cuales, en algunos casos, lastimosamente se llevan a cabo. En un trastorno depresivo, dependiendo de la gravedad de los síntomas, el paciente puede o no presentar este tipo de pensamientos.

Los pensamientos suicidas se consideran alteraciones cognitivas, ya que la evaluación del entorno y de uno mismo se ven alteradas. Estos pensamientos alterados aumentan los síntomas depresivos y estos síntomas depresivos aumentan o fortalecen estos pensamientos alterados, es decir, existe una retroalimentación.

En los trastornos bipolares es más común que el individuo cometa actos suicidas dentro de un episodio maníaco con síntomas psicóticos. Los delirios que suelen presentar los pacientes maníacos van desde la creencia de “todo lo puedo hacer”, hasta, la de “soy un ser superior”, los cuales, impulsan al individuo a hacer actos totalmente impulsivos.

## **Psicoterapia cognitiva**

La psicoterapia cognitiva fue diseñada por el psiquiatra estadounidense Aaron T. Beck en la década de los 60. Desarrollada como psicoterapia breve y estructurada, centrada en los problemas actuales y buscaba modificar las creencias centrales e intermedias (Lopes das Mercês et al., 2018). Esta terapia cognitivo conductual, se centra en los procesos cognitivos que afectan al paciente en el presente, los cuales se manifiestan como comportamientos disfuncionales.

La psicoterapia cognitiva de Beck estructura tres conceptos para comprender al malestar psicológico (depresión); esquemas negativos, triada cognitiva y errores o distorsiones cognitivas. Este modelo no asegura que el origen del malestar psicológico sea producto exclusivo de las cogniciones, también plantea otros factores como, los factores genéticos/estructurales, ambientales/evolutivos y su interacción.

Los esquemas cognitivos son construcciones mentales sobre uno mismo o el ambiente, las cuales se desarrollan junto al crecimiento del individuo. Así mismo, para que un sujeto desarrolle esquemas negativos, tuvo que haber pasado por experiencias de similar naturaleza, es decir, la construcción de estas creencias negativas fue influenciadas por vivencias negativas durante su proceso evolutivo.

La triada cognitiva explica que, como un individuo con una psicopatología, en este caso la depresión, observa al mundo, al futuro y a sí mismo de forma negativa. Los síntomas depresivos, son consecuencia de las creencias sobre el fracaso del paciente, por ello, para él, no sirve de nada esforzarse, si de igual manera no lo lograra (Diz Ramírez, 2016). El nivel del malestar del paciente depende del tipo de esquemas que esté presente.

### **Tratamiento de la bipolaridad**

Los trastornos bipolares son afecciones del ánimo caracterizados por episodios de manía/hipomanía y depresión, los cuales pueden manifestarse con síntomas psicóticos o no. Las terapias cognitivas conductuales han demostrado ser eficaces para alteraciones psiquiátricas como la depresión, ansiedad o fobias (Godínez Burgos, 2017). Las TCC tienen mucha evidencia empírica que demuestra su valía al momento de tratar con trastornos mentales.

Al trabajar con la bipolaridad se debe establecer el episodio actual, su gravedad y la existencia de síntomas psicóticos, ya que, mediante ello se puede crear un buen plan de trabajo. No es lo mismo trabajar con un episodio depresivo que con uno de manía por la naturaleza de los mismo y sus propias implicaciones, además, no es lo mismo tratar un episodio con síntomas psicóticos que sin síntomas psicóticos.

El proceso de psicoeducación le permite al paciente entender su malestar, lo cual mejorará significativamente el proceso psicoterapéutico. El objetivo esencial de la psicoeducación en un paciente bipolar es mejorar la adherencia al tratamiento y reducir las recaídas y hospitalizaciones (Rossel et al., 2020). Los psicoterapeutas deben realizar este proceso independientemente del trastorno del paciente, ya que genera muchos beneficios.

El uso de fármacos es recurrente en pacientes con un trastorno bipolar, ya que ayuda a suprimir los síntomas más graves. Durante un episodio maníaco o mixto suelen usarse antipsicóticos junto al carbonato de litio; durante un episodio depresivo suelen emplearse antipsicóticos y antidepresivos; un 50% de los pacientes maníacos presentan síntomas

psicóticos (Rossel et al., 2020). El uso de fármacos es exclusivo del profesional en psiquiatría, un psicólogo no tiene la libertad para su empleo ni recomendación, por lo tanto, para al momento de trabajar con un paciente bipolar se recomienda un trabajo multidisciplinario.

Existen otros procedimientos médicos no farmacológicos como la estimulación magnética transcraneal (TMS) y la estimulación cerebral profunda (DBS). Estos procedimientos han sido aprobados por la FDA, pero, se recomienda usarlo en última instancia para aquellos episodios depresivos persistentes.

# **TÉCNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

El uso de determinadas técnicas permite recolectar información desde diferentes puntos de vista. Las técnicas aplicadas son de carácter clínico y algunas son utilizadas para constatar la información (test proyectivos y psicométricos) obtenida mediante otras técnicas (entrevista y observación), también se usan técnicas de tipificación de información (historia clínica).

## **Historia clínica**

Herramienta de carácter clínica la cual es utilizada para la recolección de información necesaria y pertinente con la cual se trabajará durante todo el proceso psicoterapéutico independiente del enfoque terapéutico (ver anexo A). Se usó el modelo adaptado por docentes de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Técnica de Babahoyo.

## **Observación clínica**

La observación es una habilidad la cual todo ser humano tiene, en algunos casos más desarrollada que en otros. La observación en psicología se enfoca en los aspectos fenomenológicos como la postura, contextura, cabello, vestimenta, tez, además podemos notar la sintomatología observable y el lenguaje no verbal.

## **Entrevista semiestructurada**

Esta técnica está conformada de preguntas preestablecidas las cuales tienen el objetivo de sondear el problema, la historia de vida del paciente y aspectos sobre sus facultades cognitivas. Al ser semiestructurada está dispuesta al cambio o modificación de las preguntas durante el proceso las cuales se realizarán dependiendo de las necesidades del paciente.

## **Escala de ansiedad de Hamilton**

La escala de ansiedad de Hamilton tiene como objetivo medir el nivel de ansiedad de los individuos presentes en las últimas tres semanas, tal como su nombre lo indica fue diseñada por el psiquiatra alemán Max R. Hamilton. Este instrumento permite establecer el nivel de ansiedad que presenta el paciente con lo cual se puede constatar la existencia de una perturbación de este tipo (ver anexo B). Este test es heteroaplicado, es decir, lo administra

el terapeuta mediante la entrevista, evalúa 14 áreas y consta de 5 grados de afección siendo 0 ninguna, 1 leve, 2 moderado, 3 grave y 4 muy incapacitante. Los puntajes de valoración de corte utilizados son los siguiente; 0-4 puntos se considera ausencia, 5-14 puntos ansiedad leve, 15-20 ansiedad moderada y mayor a 21 ansiedad grave.

### **Inventario de depresión de Beck**

Diseñado por el psiquiatra estadounidense y fundador de la Terapia Cognitiva, Aaron T. Beck. El implemento de esta técnica es establecer el nivel de depresión del paciente y determinar cierta sintomatología (ver anexo C). Esta prueba psicométrica es autoaplicada, es decir, el paciente lee los ítems y los responde acorde a su interpretación, se toma en cuenta un tiempo de máximo dos semanas y no se puede selección más de una respuesta. Los puntajes de valoración son; 1-10 ausencia, 11-16 leve, 17-20 intermitente, 21-30 moderada, 31-40 grave, 41 o más depresión extrema. Como todo test psicométrico, la información recaba mediante este servirá para constatar la información obtenida previamente.

### **Inventario de personalidad de Eysenck**

Test psicométrico el cual mide la personalidad desde dos enfoques, extroversión-introversión y el neuroticismo (estable-inestable) diseñado por el psicólogo alemán Hans Eysenck. Prueba psicométrica autoaplicada la cual consta de 57 ítems con respuestas de SI o NO. El uso de esta técnica fue para establecer el tipo de personalidad y la estabilidad/inestabilidad emocional, lo cual da un punto de vista más amplio sobre el trabajo psicoterapéutico, además, ayuda a establecer qué técnicas usar (ver anexo D).

### **Reestructuración cognitiva**

Técnicas propias del modelo psicoterapéutico de Aaron Beck (psicoterapia cognitiva) las cuales fueron utilizadas para enseñar el proceso del malestar psicológico, evaluar los pensamientos, reducción de síntomas y modificación tanto del pensamiento como de la conducta. Estas técnicas llevan el nombre de; licitación de pensamiento, evaluación de pensamiento y comprobación de su validez, técnicas de relajación y conductuales.

## RESULTADOS OBTENIDOS

### Presentación del caso

El presente estudio de caso trata de un joven varón de 20 años del cantón Valencia, hijo único con un tipo de familia extensa y disfuncional la cual está conformada por los abuelos maternos y una tía, actualmente cursa una carrera universitaria. REN (seudónimo) asiste a consulta porque desea aprender a afrontar su situación actual, la cual ha estado presente durante varios años. Dicha situación ha estado generando malestar en su vida cotidiana debido a los síntomas de hipomanía y depresión, los cuales, en los últimos años. La sintomatología que manifiesta el paciente concuerda con el diagnóstico presuntivo de trastorno bipolar tipo II (F31.81).

**Sesión N°1:** el sábado 17/07/21 dio inicio la primera consulta vía online en la cual REN se conecta a la sesión establecida en la plataforma Google Meet. Sobre el motivo de consulta el paciente manifiesta “quiero saber porque me siento así y me gustaría aprender a afrontarlo”, al preguntar sobre que es sentirse “así” menciona “cada tres semanas más o menos me siento diferente, por ejemplo, ahora me siento desanimado, vacío, aburrido, sin ganas de hacer nada e incluso siento odio por mí, antes de esto me sentía como en euforia y muy irritable, eso sí, muy feliz y lleno de confianza, también se me hacía difícil concentrarme”. Al preguntar el posible inicio de los síntomas exclama “todo empezó un día de repente cuando tenía 16 años, estaba sentado en el suelo y empecé a sentir como si un agujero creciera dentro de mi pecho, como si no hubiese nada”. El paciente menciona haber asistido con ocho psicólogos anteriormente con los cuales solo uno de ellos le hizo un diagnóstico “trastorno por separación” mientras que los otros determinaban que “estaba bien”. También, se utilizó las técnicas de licitación del pensamiento llamadas, “diferenciando hechos, pensamientos y sentimientos” y “cómo los pensamientos generan emociones”, psicoeducación y se explicó el modelo psicoterapéutico.

**Sesión N°2:** el sábado 24/07/21 se tomaron diferentes test psicométricos como la escala de ansiedad de Hamilton, el inventario de depresión de Beck y el inventario de personalidad de Eysenck tipo B. El objetivo del EAH y del IDA es evaluar el estado de ánimo y corroborar la sintomatología manifestada por el paciente y el IPE tipo II se utilizó para determinar el tipo de personalidad y la posible estabilidad/inestabilidad emocional del paciente. Además de ello se valoró los pensamientos suicidas, frecuencia, nivel de amenaza y planeación. Se emplearon técnicas conductuales como ejercicios de respiración y la

programación de actividades, también se le enseñó la distracción cognitiva. Durante la sesión se manifestaron indicios de hipomanía.

**Sesión N°3:** el sábado 31/07/21 se evaluaron la conceptualización del paciente como la “euforia” y el paciente mencionó “hace casi dos semanas, después de la primera sesión, me he sentido como eufórico” al preguntarle que es sentirse “eufórico” manifiesta “es como una felicidad muy fuerte, hablo más rápido, me siento muy confiado y es como si mis pensamientos fueran más rápidos, me distraigo fácilmente y me cuesta concentrarme, pero no me va a durar mucho, de aquí viene la irritabilidad”. Estos síntomas corresponden a un episodio hipomaniaco. Además, se utilizó la técnica “aclarando definiciones” y se revisaron las actividades de la sesión anterior junto con la técnica de “dominio y agrado”.

**Sesión N°4:** el sábado 07/08/21 se evaluó el estado emocional del paciente durante la semana, donde menciona que el martes empezó a sentirse vacío, al siguiente día fatigado para después manifestar síntomas depresivos como la tristeza, llanto y el desinterés. A raíz de este cambio se confirmó el diagnóstico presuntivo de trastorno bipolar tipo II (F31.81) y se realizó la socialización de dicho diagnóstico, manifestándole el curso el tratamiento y la naturaleza del trastorno, además se hizo la devolución de los resultados de los test. Se continuó con las técnicas conductuales de la “programación de actividades” y “dominio y agrado”. Se hablo por primera vez sobre los hechos psicotraumáticos los cuales son; abuso sexual por el exnovio de la madre a los 9 años, abandono de la madre a los 9 años, rechazo del padre a los 14 años, rechazo y violencia intrafamiliar hasta los 14 años, abuso sexual a los 17 años por el amigo de un amigo en una fiesta tras pasarse de copas.

**Sesión N°5:** el sábado 14/08/21 se trabajó con las técnicas conductuales “programación de actividades” y “dominio y agrado” y “asignación de tareas graduales”, además de la técnica cognitiva de “categorizando los pensamientos distorsionados”, también se evaluó el estado emocional del paciente durante la semana, confirmando el episodio actual: depresión. Se empezó una nueva técnica, la de “asignación de tareas graduales”.

**Sesión N°6:** el sábado 21/08/21 se continuó con las técnicas conductuales y se revisó el cumplimiento de estas, además, se emplearon las técnicas cognitivas de “análisis costo beneficio” junto a la “descatastrofización”.

**Sesión N°7:** el sábado 28/08/21 se revaluaron las técnicas de relajación aprendidas con anterioridad y se enseñó una nueva técnica conocida como “relajación progresiva de Jacobson”. Se continuó con las técnicas conductuales.

**Sesión N°8:** el sábado 04/09/21 se evaluó el estado emocional del paciente durante la semana y el cumplimiento de las actividades. Durante la socialización REN manifestó la utilidad de las técnicas enseñadas, tanto las de relajación, como las cognitivas y conductuales, las cuales le han permitido reducir los síntomas somáticos (relajación); con las conductuales ha podido evaluar aquellas actividades que goza y aquellas que no, además, gracias a las cognitivas ha adquirido estrategias cognitivas para evaluar de mejor manera las situaciones. Del mismo modo, se ha comprometido a buscar y asistir donde un profesional en psiquiatría y psicología para reevaluar el diagnóstico y continuar con el tratamiento necesario.

## **SITUACIONES DETECTADAS**

Durante las sesiones se han distinguido una serie de signos y síntomas las cuales corresponden tanto a episodios depresivos como episodios maníacos, los cuales entran dentro del diagnóstico presuntivo de trastorno bipolar tipo II. Los episodios hipomaniacos y depresivos desde hace seis meses tienen un tiempo de desarrollo de tres semanas, anterior a ello había presentado cuadros de alrededor de seis meses cada uno. Se hipnotiza que el motivo por el cual los episodios son de menos duración en comparación un año es el conocimiento del retorno de la madre hacia Ecuador, con quien no mantiene una buena relación. Dentro de los factores predisponentes detectados tenemos abandono de ambos padres, abusos sexuales y violencia intrafamiliar, el evento considerado como precipitante fue una discusión del paciente con su familia, en la cual estos últimos realizaron comentarios ofensivos hacia su persona.

### **Episodio depresivo**

**Área cognitiva:** durante el episodio depresivo las distorsiones cognitivas predominantes son las de “descarte de lo positivo: aunque haga algo bien no puedo sentirme feliz porque siempre noto los errores” y “filtro negativo: no tengo nada bueno en mí”.

**Área afectiva:** tristeza, sensación de vacío, desesperación, desesperanza, llanto, aburrimiento, baja autoestima, desolación, culpable.

**Área conductual:** pérdida del interés, anhedonia.

**Área somática:** insomnio (conciliación), pérdida del apetito, fatiga.

### **Episodio hipomaniaco**

**Área cognitiva:** durante el episodio maniaco las distorsiones cognitivas predominantes son las de “sobregeneralización: haga lo que haga, lo hago mal” y “¿Y que sí?: ¿Y que si me comporto mal con ud?”. También presenta fuga de ideas, dificultad para mantener la atención y en la concentración.

Las ideas suicidas están presentes durante ambos episodios y se realizó la debida evaluación de riesgo, donde se descubrió que no existe planificación y hay un bajo riesgo de cumplimiento. Distorsiones cognitivas como “pensamiento dicotómico”, los “deberías”, “personalización” y “razonamiento emocional” están presentes durante ambos episodios.

**Área afectiva:** irritabilidad, felicidad y/o alegría en exceso, odio por todo.

**Área conductual:** más hablador de lo habitual, imprudente, múltiples actividades sin culminación, agitación psicomotora.

**Área somática:** pérdida de la necesidad del sueño.

## **SOLUCIONES PLANTEADAS**

Se utilizaron técnicas cognitivas, conductuales y de relajación de la psicoterapia cognitiva. La sintomatología que presenta el paciente concuerda con los criterios del trastorno bipolar tipo II (F31.81). El enfoque del proceso psicoterapéutico fue; reducción y contención de los síntomas que más afectan al paciente; evaluación de las distorsiones cognitivas las cuales agravan los síntomas y modificación de los esquemas cognitivos.

**Tabla 1**

Esquema terapéutico.

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	N.º sesiones	Fecha	Resultados Obtenidos
<b>Área conductual:</b> Perdida del interés y placer. Hábitos del sueño y alimenticios. Imprudencia.	Reducir los síntomas y mejorar los hábitos.	Programación de actividades.	6	24/07/21 31/07/21 07/08/21 14/08/21 21/08/21 28/08/21	Nuevos hábitos y reducción de los síntomas episódicos.
	Determinar cuáles son las actividades que le generen mayor malestar o dificultades.	Dominio y agrado.	6	31/07/21 07/08/21 14/08/21 21/08/21 28/08/21 04/09/21	Establecer las dificultades y motivos por el cual ciertas actividades le generan malestar junto con estrategias para afrontarlo.
	Crear un proyecto de reactivación con actividades necesarias para el paciente.	Asignación de tareas graduales.	4	14/08/21 21/08/21 28/08/21 04/09/21	Reducción del malestar episódico y reactivación.
<b>Área cognitiva:</b> Pensamientos suicidas. Filtro negativo “no tengo nada bueno en mí” Sobregeneralización “haga	Enseñar cómo funciona el malestar y el proceso psicoterapéutico.	Psicoeducación	2	17/07/21 07/08/21	Claro entendimiento tanto del maltear como de la terminología de la terapia.
	Enseñar a diferenciar los tres puntos.	Diferencia entre hechos, pensamientos y emociones.	1	17/07/21	Diferenciación clara de los términos.
	Explicar el proceso del	Como los pensamientos	1	17/07/21	Compresión del proceso

lo que haga, lo hago mal”	malestar emocional.	generan emociones.			del malestar emocional.
	Determinar términos y frases junto a la definición propia.	Aclarando definiciones	1	31/07/21	Entendimiento del paciente y su léxico.
	Establecer cuáles son las DC más comunes y como afectan al paciente.	Categorizando pensamientos distorsionados	2	14/08/21 21/08/21	Determinar las distorsiones cognitivas que generen más malestar por cada episodio.
	Instruir al paciente sobre los pensamientos / conducta que tiene, lo positivo y lo negativo.	Costo-beneficio	1	21/08/21	Que el paciente comprenda por qué el pensamiento que tiene le genera malestar.
	Establecer nuevas herramientas cognitivas para afrontar el malestar.	Decastratofización	1	21/08/21	Generar nuevos pensamientos y formas de pensar para descartar a las DC que generen malestar.
<b>Área afectiva:</b> Irritabilidad, tristeza	Reducción de síntomas.	Ejercicios de respiración	1	24/07/21	Uso de las técnicas en momentos adecuados.
	Reducción de síntomas.	Distracción cognitiva	1	24/07/21	Uso de las técnicas en momentos adecuados.
	Reducción de síntomas.	Relajación progresiva de Jacobson	1	28/08/21	Uso de las técnicas en momentos adecuados.

## CONCLUSIONES

Durante las sesiones se vivencio la dificultad para diagnosticar los trastornos bipolares, ya que dicho trastorno cuenta de dos estados de ánimo perturbados opuestos. Al inicio del proceso hubo una confusión en el diagnóstico, puesto que la sintomatología que el paciente manifestaba entraba dentro de los trastornos depresivos, por lo cual, el plan terapéutico se orientó al supuesto trastorno, pero, el estado de ánimo del paciente, en sesiones posteriores fue distinto, lo cual hizo que el plan inicial quede completamente obsoleto. El segundo estado de ánimo del paciente concuerda con los criterios de un episodio hipomaniaco, a raíz de este supuesto, se determinó el diagnóstico, el cual es el trastorno bipolar tipo II.

Las distorsiones cognitivas alteran por completo la conducta y el estado de ánimo de una persona, claro está, que esto depende de qué tan arraigada es la creencia sobre esta distorsión cognitiva. La cognición de las personas se ven sujetas a tres niveles, pensamientos automáticos, creencias intermedias y creencias centrales, mientras más profundo se encuentre la distorsión cognitiva, más afecta al individuo. No es lo mismo manifestar una DC como pensamiento meramente automático a que dicha DC sea una creencia central.

Dependiendo del grado de dificultad del trastorno bipolar, la psicoterapia cognitiva le es de gran ayuda al paciente. Ciertos sujetos quienes también presentan trastornos bipolares suelen estar sujetos a fármacos los cuales les permiten reducir el nivel de afección de los síntomas, pero, es mucho más común que los fármacos sean utilizados en pacientes con sintomatología psicótica. En el caso presentado, el paciente no manifestó síntomas psicóticos y la psicoterapia cognitiva fue de gran ayuda para dicho paciente, ya que mediante las técnicas se pudo evaluar y reconstruir los pensamientos detrás del ánimo y la conducta disfuncional, además, las técnicas de relajación fueron un punto favorable para la reducción de los síntomas.

El trabajo interdisciplinario es necesario con muchas psicopatologías debido a la naturaleza de estas y al nivel de afección. Trastornos como la bipolaridad y la depresión mayor requieren de asistencia psicología y psiquiátrica por que los pacientes con estos trastornos tienen necesidades las cuales no pueden ser satisfechas por un enfoque unidisciplinario. El trabajo multidisciplinario en la salud mental no es solamente con profesionales psicología clínica y psiquiatría, en algunos casos se requiere de profesionales en neurología y/o sus subramas y derecho.

Las personas con alguna psicopatología, ya sea del ánimo o no, presentan emociones perturbadas o alteradas, las cuales, si bien, son una consecuencia de las cogniciones distorsionadas, pueden alterar por completo la vida de dicho individuo. Este ánimo perturbado es el foco del malestar psicológico en este trastorno bipolar, ya que es aquello que genera mayor malestar, por tal motivo, se decidió iniciar el proceso psicoterapéutico con técnicas de relajación y técnicas conductuales, ya que a medida que la conducta se va modificando, el estado de ánimo como consecuencia también lo hará. El inicio del uso de técnicas cognitivas no fue muy alejado de las conductuales, después de todo, desde el supuesto teórico, el pensamiento es el origen del malestar. Para pacientes con estado de ánimo cambiante es completamente necesario utilizar técnicas de relajación y entrenarlos en asertividad.

Para mejorar la investigación y trabajo durante las sesiones con casos similares es muy recomendable iniciar con una exploración global sobre el estado de ánimo perturbado del paciente, de esta manera, se puede determinar el diagnóstico mucho más rápido y la elaboración del plan de trabajo será más sencilla. También, valorar adecuadamente la situación del paciente e iniciar con el área afectada que le cause mayor malestar para evitar retrasos en el proceso psicoterapéutico. En caso de que el paciente presente ideas suicidas, evaluar su gravedad, frecuencia y tipo, las cuales pueden ser, de llamada de atención o de desesperación. Asimismo, es recomendable preguntar sobre los eventos psicotraumáticos en las primeras tres sesiones.

## BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez-Mona, M., Vidar, C., Llaveró Valero, M., y Ortuño, F. (2019). Actualización clínica de los trastornos depresivos. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(86), 5041-5051. doi:<https://doi.org/10.1016/j.med.2019.09.012>
- Casassus, J. (2017). Una introducción a la Educación Emocional. *Revista Latinoamericana de Políticas y Administración de la Educación*(7), 121-130. Obtenido de <http://revistas.untref.edu.ar/index.php/relapae/article/view/84/71>
- Diz Ramírez, R. F. (2016). *El abordaje de la depresión desde la terapia cognitiva*.
- Godínez Burgos, A. O. (2017). INTEGRACIÓN DEL ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL Y CENTRADO EN SOLUCIONES PARA EL TRATAMIENTO DE UN PACIENTE CON SÍNTOMAS DEPRESIVOS. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(4), 1426-1450. Obtenido de <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/>
- Lopes das Mercês, E., Fleury de Mourados, L., y Silva Oliveira, I. J. (28 de Abril de 2018). TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL APLICADA À DEPRESSÃO: UMA BREVE REVISÃO BIBLIOGRÁFICA. *Revista Amazônia: Science & Health*, 6(1), 2-11. doi:10.18606 / 2318-1419
- Martínez Hernández, O., Montalván Martínez, O., y Betancourt Izquierdo, Y. (2019). Trastorno Bipolar. Consideraciones clínicas y epidemiológicas. *Revista Médica Electrónica*, 41(2), 467-482. Obtenido de <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/3157/4255>
- Moral Jiménez, M. d., y González Sáez, M. E. (2019). Distorsiones Cognitivas y Estrategias de Afrontamiento en Jóvenes con Dependencia Emocional. *REVISTA IBEROAMERICANA DE PSICOLOGÍA Y SALUD*, 11(1), 15-30. doi:<https://doi.org/10.23923/j.rips.2020.01.032>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2021). *Suicidio*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Rivera, O., Quiroz, F. J., Benites, S. M., y Vásquez, E. R. (2019). Conductas antisociales y pensamientos automáticos en escolares del Perú. *Fides et Ratio - Revista de Difusión*

*cultural y científica de la Universidad La Salle en Bolivia*, 18(18), 111-132.  
Obtenido de [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2071-081X2019000200007&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2071-081X2019000200007&lng=es&tlng=es).

Rossel, L., Erazo, R., Nieto, R., Fuentes, C., y Curivil, P. (2020). Uso de criterios y guías clínicas en la creación de una unidad de trastornos del ánimo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 114-121. doi:<https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.02.003>

## **ANEXOS**

### **Anexo A: historia clínica del paciente objeto del estudio de caso**

#### **HISTORIA CLÍNICA**

**HC. # 3**

**Fecha: 00/00/ 2021.**

#### **1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

Nombres: REN

Edad: 20 años

Lugar y fecha de nacimiento: Quevedo – 16 de enero del 2001

Género: Masculino

Estado civil: Soltero

Religión: NN

Instrucción: Bachillerato

Ocupación: Estudiante

Dirección: Valencia

Teléfono: NN

Remitente: Ninguno

#### **2. MOTIVO DE CONSULTA**

Paciente de 20 masculino, manifiesta “quiero saber porque me siento así y me gustaría aprender a afrontarlo”, al preguntar sobre que es sentirse “así” menciona “cada tres semanas más o menos me siento diferente, por ejemplo, ahora me siento desanimado, vacío, aburrido, sin ganas de hacer nada e incluso siento odio por mí, antes de esto me sentía como en euforia y muy irritable, eso sí, muy feliz y lleno de confianza, también se me hacía difícil concentrarme”. Al preguntar el posible inicio de los síntomas exclama “todo empezó un día de repente cuando tenía 16 años, estaba sentado en el suelo y empecé a sentir como si un agujero creciera dentro de mi pecho, como si no hubiese nada”.

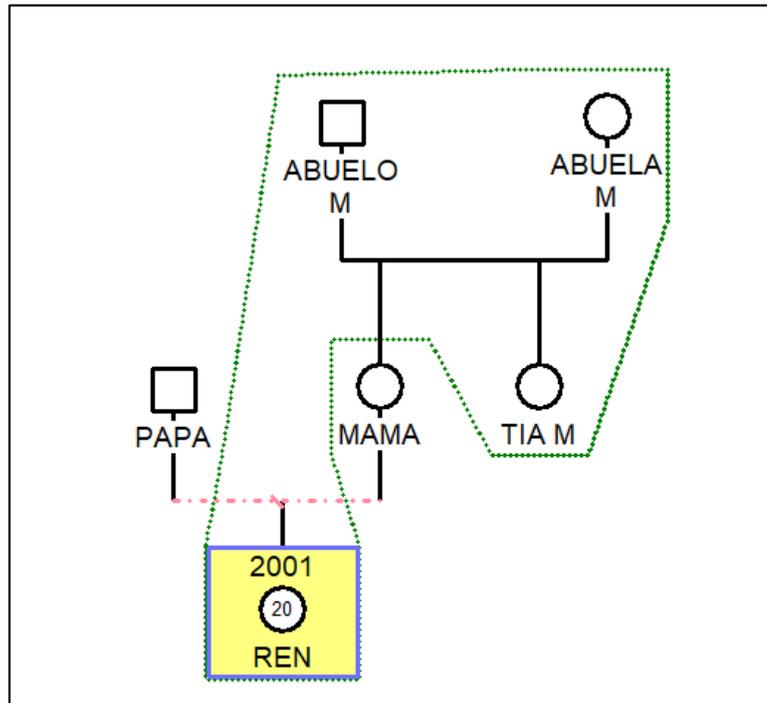
#### **3. HISTORIA DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO ACTUAL**

Desde la edad de 16 años el paciente ha presentado múltiples episodios de ánimo cambiante, yendo de la hipomanía a la depresión. El episodio en el cual se encontraba el paciente durante la primera sesión y semanas posteriores (alrededor de una semana) se lo puede denominar episodio depresivo y manifestaba los siguientes síntomas; sensación de vacío, tristeza, desesperación, desesperanza, llanto, baja autoestima, culpa, desolación, pérdida del interés y del placer, pérdida del apetito, insomnio y fatiga, además de distorsiones cognitivas del tipo “descarte a lo positivo” y filtro negativista”. El estado de ánimo para la tercera sesión y dos semanas antes de la primera manifiesta síntomas concernientes a un episodio hipomaniaco; irritabilidad, felicidad y/o alegría en exceso, odio por todo, es más hablador

de lo habitual e imprudente, realiza múltiples actividades sin culminarlas, agitación psicomotora y pérdida de la necesidad del sueño, también están presentes distorsiones cognitivas del tipo “sobregeneralización” e “¿Y que sí?”.

#### 4. ANTECEDENTES FAMILIARES

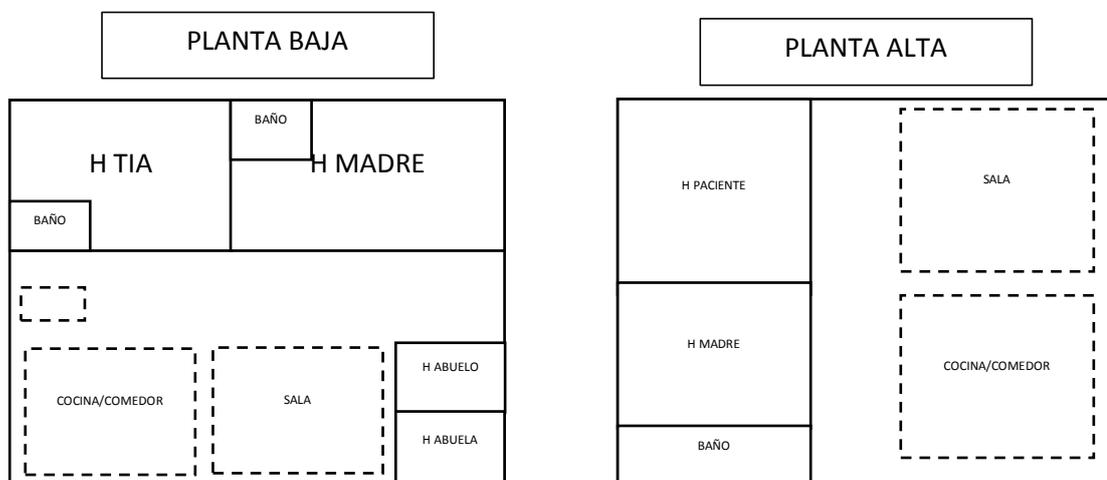
a. Genograma (composición y dinámica familiar)



b. Tipo de familia: Familia extensa

c. Antecedentes psicopatológicos familiares: Ninguno

#### 5. TOPOLOGIA HABITACIONAL



#### 6. HISTORIA PERSONAL

6.1. ANAMNESIS (Embarazo, parto, lactancia, marcha, lenguaje, control de

**esfínteres, funciones de autonomía, enfermedades).**

Embarazo no planificado ni deseado. La madre tuvo principios de aborto por consumo de medicamentos ya que desconocía del embarazo, además se enfermó de paludismo. El parto fue natural sin complicaciones. El paciente no recuerda la información sobre su infancia.

**6.2. ESCOLARIDAD (Adaptabilidad, rendimiento, relación con pares y maestros, aprendizaje, cambios de escuela).**

Tanto en la infancia como en los primeros años de adolescencia tuvo dificultades para adaptarse al área escolar e incluso presentaba conductas desafiantes hacia sus maestros y se aislaba.

**6.3. HISTORIA LABORAL**

No ha trabajado.

**6.4. ADAPTACIÓN SOCIAL**

Presenta dificultades para entablar nuevas relaciones y miedo al estar en lugares con mucha gente sin tener a un conocido/amigo cerca.

**6.5. USO DEL TIEMPO LIBRE (ocio, diversión, deportes, intereses)**

No suele realizar actividades al aire libre. La mayor parte del tiempo revisa redes sociales o juega algún videojuego.

**6.6. AFECTIVIDAD Y PSICOSEXUALIDAD**

Presenta dificultades para mostrar afecto o recibirlo principalmente a los familiares.

**6.7. HÁBITOS (café, alcohol, drogas, entre otros)**

Sin hábitos de importancia.

**6.8. ALIMENTACIÓN Y SUEÑO**

Consumo de alimentos inferior a lo esperable y pérdida del apetito.

Dificultades para conciliar el sueño; pérdida de la necesidad del sueño.

**6.9. HISTORIA MÉDICA**

No ha tenido enfermedades de importancia.

**6.10. HISTORIA LEGAL**

No tiene ninguna.

**6.11. PROYECTO DE VIDA**

No tiene.

## **7. EXPLORACION DEL ESTADO MENTAL**

### **7.1. FENOMENOLOGÍA (Aspecto personal, lenguaje no verbal, biotipo, actitud, etnia, lenguaje)**

Tez blanca, cabello desordenado y ropa holgada, contextura delgada. Lenguaje no verbal adecuado durante la sesión y lenguaje verbal fluido.

### **7.2. ORIENTACIÓN**

Orientación adecuada

### **7.3. ATENCIÓN**

Hipoprosxia

### **7.4. MEMORIA**

Memoria adecuada

### **7.5. INTELIGENCIA**

Inteligencia promedio

### **7.6. PENSAMIENTO**

Episodio depresivo

Ideas fijas del tipo filtro negativo “no tengo nada bueno en mi “

Episodio hipomaniaco

Ideas fijas del tipo sobregeneralización “haga lo que haga, lo hago mal”

### **7.7. LENGUAJE**

Adecuado.

### **7.8. PSICOMOTRICIDAD**

Agitación psicomotriz

### **7.9. SENSOPERCEPCION**

Sin alteraciones.

### **7.10. AFECTIVIDAD**

Episodio depresivo

Tristeza, sensación de vacío, desesperación, desesperanza, llanto, aburrimiento, baja autoestima, desolación, culpable.

Episodio hipomaniaco

Irritabilidad, felicidad y/o alegría en exceso, odio por todo.

### **7.11. JUICIO DE REALIDAD**

Adecuado

## 7.12. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

Es consciente de su enfermedad.

## 7.13. HECHOS PSICOTRAUMATICOS E IDEAS SUICIDAS

Abuso sexual por el exnovio de la madre a los 9 años.

Abandono de la madre a los 9 años.

Rechazo del padre a los 14 años.

Rechazo y violencia intrafamiliar hasta los 14 años.

Abuso sexual a los 17 años por el amigo de un amigo en una fiesta tras pasarse de copas.

## 8. PRUEBAS PSICOLOGICAS APLICADAS

Inventario de depresión de Beck (33 – grave)

Escala de ansiedad de Hamilton (36 – grave)

Inventario de personalidad de Eysenck tipo B (N: 20; E: 8 – Inestable, melancólico e introvertido)

## 9. MATRIZ DEL CUADRO PSICOPATOLOGICO

Función	Signos y síntomas	Síndrome
Cognitivo	Ideas fijas, pensamientos suicidas.	Depresión
Afectivo	tristeza, sensación de vacío, desesperación, desesperanza, llanto, aburrimiento, baja autoestima, desolación, culpable.	
Conducta social - escolar	pérdida del interés, anhedonia.	
Somática	insomnio (conciliación), pérdida del apetito, fatiga.	

Función	Signos y síntomas	Síndrome
Cognitivo	Ideas fijas, Hipoprosexia, pensamientos suicidas.	Hipomanía
Afectivo	Irritabilidad, felicidad y/o alegría en exceso, odio por todo.	
Conducta social - escolar	más hablador de lo habitual, imprudente, múltiples actividades sin culminación, agitación psicomotora.	
Somática	pérdida de la necesidad del sueño, perdida del apetito.	

9.1. Factores predisponentes: abandono de ambos padres, abusos sexuales, violencia intrafamiliar.

9.2. Evento precipitante: críticas de la familia hacia el paciente.

9.3. Tiempo de evolución: 5 años

## **10. DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL**

Trastornos bipolar tipo II (F31.81)

## **11. PRONÓSTICO**

Reservado

## **12. RECOMENDACIONES**

Valoración con un psiquiatra.

Psicoeducación.

Psicoterapia cognitiva:

- Programación de actividades.
- Dominio y agrado.
- Asignación de tareas graduales.
- Psicoeducación
- Diferencia entre hechos, pensamientos y emociones.
- Como los pensamientos generan emociones.
- Aclarando definiciones
- Categorizando pensamientos distorsionados
- Costo-beneficio
- Decastratofización
- Ejercicios de respiración
- Distracción cognitiva
- Relajación progresiva de Jacobson

### 13. ESQUEMA TERAPÉUTICO

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	N.º sesiones	Fecha	Resultados Obtenidos
<b>Área conductual:</b> Perdida del interés y placer. Hábitos del sueño y alimenticios. Imprudencia.	Reducir los síntomas y mejorar los hábitos.	Programación de actividades.	6	24/07/21 31/07/21 07/08/21 14/08/21 21/08/21 28/08/21	Nuevos hábitos y reducción de los síntomas episódicos.
	Determinar cuáles son las actividades que le generen mayor malestar o dificultades.	Dominio y agrado.	6	31/07/21 07/08/21 14/08/21 21/08/21 28/08/21 04/09/21	Establecer las dificultades y motivos por el cual ciertas actividades le generan malestar junto con estrategias para afrontarlo.
	Crear un proyecto de reactivación con actividades necesarias para el paciente.	Asignación de tareas graduales.	4	14/08/21 21/08/21 28/08/21 04/09/21	Reducción del malestar episódico y reactivación.
<b>Área cognitiva:</b> Pensamientos suicidas. Filtro negativo “no tengo nada bueno en mí” Sobregeneralización “haga lo que haga, lo hago mal”	Enseñar cómo funciona el malestar y el proceso psicoterapéutico.	Psicoeducación	2	17/07/21 07/08/21	Claro entendimiento tanto del maltear como de la terminología de la terapia.
	Enseñar a diferenciar los tres puntos.	Diferencia entre hechos, pensamientos y emociones.	1	17/07/21	Diferenciación clara de los términos.
	Explicar el proceso del malestar emocional.	Como los pensamientos generan emociones.	1	17/07/21	Compresión del proceso del malestar emocional.
	Determinar términos y frases junto a la	Aclarando definiciones	1	31/07/21	Entendimiento del paciente y su léxico.

	definición propia.				
	Establecer cuáles son las DC más comunes y como afectan al paciente.	Categorizando pensamientos distorsionados	2	14/08/21 21/08/21	Determinar las distorsiones cognitivas que generen más malestar por cada episodio.
	Instruir al paciente sobre los pensamientos / conductas que tiene, lo positivo y lo negativo.	Costo-beneficio	1	21/08/21	Que el paciente comprenda por qué el pensamiento que tiene le genera malestar.
	Establecer nuevas herramientas cognitivas para afrontar el malestar.	Decostratofización	1	21/08/21	Generar nuevos pensamientos y formas de pensar para descartar a las DC que generen malestar.
<b>Área afectiva:</b> Irritabilidad, tristeza	Reducción de síntomas.	Ejercicios de respiración	1	24/07/21	Uso de las técnicas en momentos adecuados.
	Reducción de síntomas.	Distracción cognitiva	1	24/07/21	Uso de las técnicas en momentos adecuados.
	Reducción de síntomas.	Relajación progresiva de Jacobson	1	28/08/21	Uso de las técnicas en momentos adecuados.

## Anexo B: escala de ansiedad de Hamilton

### ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Nombre del paciente: REN

Edad: 20

Fecha: 24/07/2021

Instrucciones: La lista de síntomas es para ayudar al médico o psiquiatra en la evaluación del grado de ansiedad del paciente y sin alteración patológica. Por favor anote la puntuación adecuada.

**0 = Ninguno 1= Leve 2 = Moderada 3 = Grave 4 = Muy incapacitante**

Elemento	Síntomas	Punt.	Elemento	Síntomas	Punt.
1. Ansioso	Preocupaciones, anticipación de lo peor, anticipación temerosa, irritabilidad	4	9. Síntomas cardiovasculares	Taquicardia, palpitaciones, pulso fuerte, sensación de desvanecimiento, ausencia de latido	1
2. Tensión	Sensación de tensión, fatiga, respuesta de alarma, llanto fácil, temblor, sentimiento de inquietud, incapacidad para relajarse	4	10. Síntomas respiratorios	Presión o constricción torácica, sensación de ahogo, suspiros, disnea	2
3. Miedos	A la oscuridad, a los extraños, a quedarse solos, a los animales, al tráfico, a las multitudes	3	11. Síntomas gastrointestinales	Dificultad para tragar, gases, dolor abdominal, ardor, plenitud abdominal, náuseas, vómito, borborigmos, atonía intestinal, pérdida de peso, estreñimiento	1
4. Insomnio	Dificultad para quedarse dormido, sueño fragmentado, sueño insatisfactorio o fatiga al despertar, sueños, pesadillas o terrores nocturnos	3	12. Síntomas genitourinarios	Frecuencia de micción, urgencia miccional, amenorrea, menorragia, desarrollo de friidez, eyaculación precoz, pérdida de la libido, impotencia	1
5. Intelectual	Dificultades de concentración, memoria reducida	4	13. Síntomas autónomos	Boca seca, sofocos, palidez, tendencia a sudar, mareos, cefalea tensional, enizamiento del cabello	1
6. Humor depresivo	Pérdida de interés, ausencia de placer en las aficiones, depresión, despertar anticipado, variación en el día	4	14. Comportamiento durante la entrevista	Nerviosismo, inquieto o tranquilo, temblor de manos, ceño fruncido, tensión facial, suspiros o respiración acelerada, palidez, facial, tragar saliva, eructos, sacudidas tendinosas enérgicas, pupilas dilatadas, exoftalmos	3
7. Somático (muscular)	Dolores, contracciones, rigidez, sacudidas mioclónicas, rechinar de dientes, voz titubeante, aumento de tono muscular	3		Puntuación total	36 GRAVE
8. Somático (sensorial)	Tinnitus, visión borrosa, ráfagas de frío o calor, sensación de debilidad, sensación de incomodidad	2			

## Anexo C: inventario de depresión de Beck

### Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

**Nombre:** REN      **Estado Civil:** SOLTERO      **Edad:** 20

**Sexo:** M      **Ocupación:** Estudiante      **Educación:** Universidad      **Fecha:** 24/07/2021

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

#### Tristeza

0 No me siento triste.

1 Me siento triste gran parte del tiempo

2 Me siento triste todo el tiempo.

3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

#### Pesimismo

0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.

1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.

2 No espero que las cosas funcionen para mí.

3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

#### Fracaso

0 No me siento como un fracasado.

1 He fracasado más de lo que hubiera debido.

2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.

3 Siento que como persona soy un fracaso total.

#### Pérdida de Placer

0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.

1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.

2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.

3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

#### Sentimientos de Culpa

0 No me siento particularmente culpable.

1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.

3 Me siento culpable todo el tiempo.

#### Sentimientos de Castigo

0 No siento que este siendo castigado

1 Siento que tal vez pueda ser castigado.

2 Espero ser castigado.

3 Siento que estoy siendo castigado.

### **Disconformidad con uno mismo.**

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusto a mí mismo.

### **Autocrítica**

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

### **Pensamientos o Deseos Suicidas**

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

### **Llanto**

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

### **Agitación**

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

### **Pérdida de Interés**

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3 Me es difícil interesarme por algo.

### **Indecisión**

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

### **Desvalorización**

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

### **Pérdida de Energía**

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3 No tengo energía suficiente para hacer nada.

### **Cambios en los Hábitos de Sueño**

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1a Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3a Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

### **Irritabilidad**

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

### **Cambios en el Apetito**

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3a. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

### **Dificultad de Concentración**

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

### **Cansancio o Fatiga**

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

### **Pérdida de Interés en el Sexo**

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

**Puntaje Total:** 33 grave

## Anexo D: Inventario de personalidad de Eysenck tipo B

### INVENTARIO DE PERSONALIDAD DE Eysenck FORMA B

Nombre \_\_\_\_\_ Edad 20 Sexo M  
 Estado civil SOLTERO  
 Escolaridad UNIVERSITARIO Ocupación ESTUDIANTE

#### Instrucciones:

A continuación, encontrará algunas preguntas que hacen referencia a su manera de proceder, de sentir y de actuar. Después de cada pregunta hay un espacio para contestar SI o NO.

Lea cada una de las preguntas y decida si, aplicada a usted mismo, indica su modo habitual de actuar o de sentir. Si usted quiere contestar SI, trace una cruz en la casilla encabezada por el SI. Si desea contestar NO, trace una cruz en la casilla encabezada por NO.

Trabaje rápidamente, y no emplee demasiado tiempo en cada pregunta; es preferible su primera reacción, espontánea, y no una contestación largamente meditada y pensada. Conteste todas las preguntas sin omitir ninguna.

Trabaje rápidamente y recuerde contestar todas las preguntas.

No hay respuestas correctas o incorrectas; esta no es una prueba de inteligencia o habilidad, sino simplemente una apreciación de su modo de actuar.

Ahora, vuelva la página y comience.

PREGUNTAS	SI	NO
1. ¿Le gusta mucho salir?		X
2. ¿Se siente unas veces rebosante de energía y decaído otras?	X	
3. ¿Se queda usted apartado o aislado de los demás en las fiestas o reuniones?	X	
4. ¿Necesita a menudo amistades comprensivas que lo animen?		X
5. ¿Le agradan las tareas en que debe trabajar aislado?	X	
6. ¿Habla algunas veces sobre cosas que desconoce completamente?	X	
7. ¿Se preocupa a menudo por las cosas que no debería haber hecho o dicho?	X	
8. ¿Le agradan a usted las bromas entre amigos?	X	
9. ¿Se preocupa usted durante mucho tiempo después de haber sufrido una experiencia	X	
10. ¿Es usted activo y emprendedor?		X
11. ¿Se despierta varias veces en la noche?		X
12. ¿Ha hecho alguna vez algo de lo que tenga que avergonzarse?	X	
13. ¿Se siente molesto cuando no se viste como los demás?	X	
14. ¿Piensa usted con frecuencia en su pasado?	X	
15. ¿Se detiene muy a menudo a meditar y analizar sus pensamientos y sentimientos?		X
16. Cuando está disgustado ¿necesita algún amigo para contárselo?	X	
17. ¿Generalmente, puede usted "soltarse" y divertirse mucho en una fiesta alegre?		X
18. Si en una compra le despacharan de más por equivocación, ¿lo devolvería, aunque supiera que nadie podría descubrirlo?		X
19. ¿Se siente usted a menudo cansado e indiferente, sin ninguna razón para ello?	X	
20. ¿Acostumbra usted a decir la primera cosa que se le ocurra?	X	
21. ¿Se siente de pronto tímido cuando desea hablar a una persona atractiva que le es desconocida?	X	
22. ¿Prefiere usted planear las cosas mejor que hacerlas?	X	
23. ¿Siente usted palpitaciones o latidos en el corazón?	X	

24. ¿Son todos sus hábitos buenos y deseables?		X
25. ¿Cuándo se ve envuelto en una discusión, ¿prefiere, "llevarla hasta el final" antes permanecer callado, esperando que de alguna forma se calme?		X
26. ¿Se considera usted una persona nerviosa?	X	
27. ¿Le gusta a menudo conversar con personas que no conoce y que encuentra casualmente?		X
28. ¿Ocurre con frecuencia que toma usted sus decisiones demasiado tarde?	X	
29. ¿Se siente seguro de si cuando tiene que hablar en público?		X
30. ¿Chismea algunas veces?	X	
31. ¿Ha perdido usted a menudo horas de sueño, a causa de sus preocupaciones?	X	
32. ¿Es usted vivaracho?		X
33. ¿Está usted con frecuencia en la luna?	X	
34. ¿Cuándo hace nuevas amistades, ¿es normalmente usted quien da el primer paso, o el primero que invita?	X	
35. ¿Se siente molesto o preocupado con frecuencia por sentimientos de culpabilidad?	X	
36. ¿Es usted una persona que nunca está de mal humor?		X
37. ¿Se llamaría a sí mismo una persona afortunada?	X	
38. ¿Se preocupa por cosas terribles que pudieran sucederle?	X	
39. ¿Prefiere quedarse en casa a asistir a una fiesta o reunión aburrida?	X	
40. ¿Se mete usted en líos con frecuencia, por hacer las cosas sin pensar?	X	
41. ¿Su osadía lo llevaría a hacer casi siempre cualquier cosa?		X
42. ¿Ha llegado alguna vez tarde a una cita o al trabajo?		X
43. ¿Es usted una persona irritable?	X	
44. ¿Por lo general hace y dice las cosas rápidamente, sin detenerse a pensar?	X	
45. ¿Se siente usted algunas veces triste y otras alegre, sin motivo aparente?	X	
46. ¿Le gusta a usted hacer bromas a otras personas?	X	
47. ¿Cuándo se despierta por las mañanas se siente agotado?	X	
48. ¿Ha sentido usted en alguna ocasión deseos de no asistir al trabajo?	X	
49. ¿Se sentiría mal si no estuviera rodeado de otras personas la mayor parte del tiempo?		X
50. ¿Le cuesta trabajo conciliar el sueño por las noches?	X	
51. ¿Le gusta trabajar solo?	X	
52. ¿Le dan ataques de temblores o estremecimientos?		X
53. ¿Le agrada mucho bullicio y agitación a su alrededor?		X
54. ¿Se siente usted algunas veces enfadado?	X	
55. ¿Realiza sin deseos la mayor parte de las cosas que hace diariamente?	X	
56. ¿Prefiere tener pocos amigos, pero selectos?	X	
57. ¿Tiene usted vértigos?	X	

**POR FAVOR REVISE SI HA CONTESTADO TODAS LAS PREGUNTA**

N =20 E =8 L = 10 FIABLE

## Anexo E: reuniones con el tutor

