

Aplicación de técnicas cognitivo conductuales En Caso Único De Adolescente Víctima De  
Abuso Sexual Con Trastorno Depresivo.

MAIRA ALEJANDRA QUIROGA GALEANO

Universidad del Norte  
Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales  
Barranquilla  
2017

Aplicación De Técnicas Cognitivo Conductuales En Caso Único De Adolescente Víctima De  
Abuso Sexual Con Trastorno Depresivo.

MAIRA ALEJANDRA QUIROGA GALEANO

Dirigido por:

AMPARO DURÁN MOSQUERA

Trabajo de Grado presentado como requisito para optar al título de

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

MODALIDAD CLÍNICA

Universidad del Norte

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Barranquilla

2017

## **Resumen**

La exposición del caso permite identificar la estructura cognitiva que subyace al trastorno depresivo de una adolescente víctima de abuso sexual y cómo la paciente logra tener pensamientos más funcionales, regular sus emociones y obtener mayor ajuste en los ámbitos familiar y escolar, a partir de la aplicación de técnicas de terapia cognitivas y conductuales. La estructura cognitiva se comprende bajo el esquema de conceptualización cognitiva multinivel, propuesto por Walter Riso y en la implementación del proceso terapéutico, el referente conceptual más importante, lo constituyó el desarrollo teórico de Beck, Rush y Shaw sin dejar de lado los principios generales del modelo cognitivo conductual, desarrollados por otros autores.

## **Abstract**

The case report allows us to identify the cognitive structure that underlies the depressive disorder of an adolescent victim of sexual abuse and how the patient manages to have more functional thoughts, to regulate her emotions and to obtain greater adjustment in the family and school settings, from the application Of cognitive and behavioral therapy techniques. The cognitive structure is understood under the scheme of multilevel cognitive conceptualization, proposed by Walter Riso and in the implementation of the therapeutic process, the most important conceptual reference, was the theoretical development of Beck, Rush and Shaw without neglecting the general principles of the cognitive behavioral model developed by other authors.

## CONTENIDO

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>JUSTIFICACIÓN</b>	<b>3</b>
<b>ÁREA PROBLEMÁTICA</b>	<b>4</b>
<b>OBJETIVOS</b>	<b>6</b>
<i>OBJETIVO GENERAL</i>	6
<i>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</i>	6
<b>HISTORIA CLÍNICA DE LA PACIENTE</b>	<b>7</b>
<i>IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE</i>	7
<i>MOTIVO DE CONSULTA</i>	7
<i>DESCRIPCIÓN SINTOMÁTICA</i>	8
<i>HISTORIA PERSONAL</i>	8
<i>HISTORIA FAMILIAR</i>	11
<i>GENOGRAMA</i>	13
<b>PROCESO DE EVALUACIÓN</b>	<b>13</b>
<b>DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LAS SESIONES</b>	<b>20</b>
<b>MARCO CONCEPTUAL DE REFERENCIA</b>	<b>24</b>
<i>ORIGEN DE LOS TRASTORNOS PSICOLÓGICOS DESDE EL ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL</i>	24
<i>EL TRASTORNO DEPRESIVO</i>	33
<i>EL TRASTORNO DEPRESIVO DESDE EL MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL</i>	37
<i>LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN</i>	41
<b>ANÁLISIS DEL CASO</b>	<b>47</b>
<i>NIVEL I</i>	48
<i>NIVEL II</i>	55
<b>CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN</b>	<b>64</b>
<b>REFERENCIAS</b>	<b>67</b>

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Puntajes de OSS en el Cuestionario de esquemas de Young	18
Tabla 2 Criterios diagnósticos de OSS para trastorno depresivo mayor	20
Tabla 3. Descripción detallada de las sesiones	21
Tabla 4. Creencias racionales e irracionales de Albert Ellis	31
Tabla 5 Características del Episodio Depresivo Mayor	36
Tabla 6. Respuestas cognitivas, emocionales y motoras de OSS	48
Tabla 7. Técnicas empleadas en el Nivel I	54

### LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Genograma de OSS	13
Figura 2. Representación del ABC	26
Figura 3. Esquema integrado multinivel	44
Figura 4. Análisis interactivo de respuestas en situación específica	51
<b>Figura 5. Conceptualización del Nivel II</b>	<b>59</b>

### LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Resultados OSS En El 16 PF 5	69
Anexo 2. Resultados OSS En El Inventario De Depresión De Beck II	71
Anexo 3. Resultados OSS En El Inventario De Pensamientos Automáticos De Ruiz Y Lujan	73
Anexo 4. Resultados OSS En El Cuestionario De Esquemas Young	75
Anexo 5. Dimensiones y esquemas maladaptativos tempranos de Young	80
Anexo 6 Distorsiones cognitivas	82
Anexo 7 . Técnicas conductuales y cognitivas	83
Anexo 8. Técnicas y estrategias aplicables a los síntomas objetivos	85
Anexo 9. Técnicas para pacientes suicidas	87
Anexo 10. Autorregistro de OSS	88
Anexo 11. Consentimiento informado	89

## **Información General del Proyecto**

### *Título*

Aplicación De Técnicas Cognitivo Conductuales En Caso Único De Adolescente Víctima De Abuso Sexual Con Trastorno Depresivo.

### *Investigador*

Maira Alejandra Quiroga Galeano.

### *Director*

Amparo Durán Mosquera.

## **Introducción**

El abuso sexual infantil es un hecho en el cual

...se involucra a un menor en una actividad sexual que él o ella no comprende completamente, para la que no tiene capacidad de libre consentimiento o su desarrollo evolutivo (biológico, psicológico o social) no está preparado, o también que viola las normas o preceptos sociales. Los menores pueden ser abusados tanto por adultos, como por otros menores que tienen en -virtud de su edad o estado de desarrollo- una posición de responsabilidad, confianza o poder sobre la víctima, con el fin de gratificar o satisfacer a la otra persona o a un tercero. [OMS en (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2010)]

De acuerdo con las cifras del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2015), para 2015 se realizaron en el país 22.155 exámenes medico legales por presunto delito sexual, lo cual indicó una tasa de 46 casos por cada 100 mil habitantes. Santander fue el quinto departamento con mayor número de reportes (1.296) y en su interior, los municipios del Área Metropolitana de Bucaramanga (AMB) superaron más de la mitad de los casos (54,0%).

Según dicho estudio, la prevalencia del abuso sexual en Colombia, es mayor en menores de edad, particularmente en adolescentes (39,7%), encontrando que en Santander estos porcentajes superan dichas proporciones (40,1%).

Aproximadamente un 80% de las víctimas de abuso sexual en la infancia y adolescencia, sufren consecuencias psicológicas negativas. Estas consecuencias dependerán de la culpabilización del niño por parte de los padres y las estrategias de afrontamiento de que disponga el menor. Dentro de las secuelas a corto plazo, se pueden encontrar problemas de sueño, consumo de alcohol y drogas, conductas autolesivas o suicidas, bajo rendimiento académico, culpa, vergüenza, depresión, baja autoestima, conductas sexuales inapropiadas para la edad, déficit en habilidades sociales, entre otros. Por su parte, el desarrollo de las consecuencias a largo plazo, es más difuso y en ellas influyen cuatro aspectos fundamentales: el perfil individual de la víctima, las características del acto abusivo, la relación existente con el abusador y las consecuencias asociadas al descubrimiento del abuso (Corral, 2006).

En el caso clínico que se presenta en el presente documento, se refleja cómo la vivencia del abuso sexual, por parte de una adolescente, interactúa con su estructura cognitiva, configurando un trastorno depresivo y posteriormente la manera en que las técnicas de terapia cognitivo conductual, le permiten en el mediano plazo obtener mayor regulación emocional y ajuste social, ello con el propósito de prevenir secuelas en el largo plazo.

### **Justificación**

Koleman y Hendry (2003) advierten que las vivencias de tipo sexual durante la adolescencia, son determinantes en las percepciones de autovaloración de la persona joven, y que de la forma como estas experiencias se integren al proceso de crecimiento, dependerá su aporte o detrimento a la construcción de la identidad.

Para el caso particular que aquí nos ocupa, el inicio de la vida sexual en medio de una situación de abuso en la etapa de la adolescencia, en donde no hubo utilización de la fuerza, sino estrategias de manipulación, trajo para la paciente una gran carga de culpabilización, que en efecto, deterioró su autoconcepto. La identidad o ideas sobre sí mismo son un factor preponderante en el desarrollo del trastorno depresivo, pues en este, la persona presenta distorsiones respecto de lo que piensa de sí, del mundo y del futuro, el individuo tiende a autoculparse por la pérdida y se siente ineficaz o deficiente para enfrentar las exigencias del entorno (Beck, 1973).

Estas ideas de incompetencia, al hacerse predominantes, logran modificar la estructura cognitiva, la forma como el individuo conceptualiza las situaciones en general, abstrayendo

cierta información o estímulos, que corroboran sus ideas de ineficacia y la existencia de un entorno hostil que no será capaz de enfrentar, perpetuando de esta manera el trastorno depresivo (Beck, 2012). De allí la importancia de actuar sobre la estructura cognitiva que sostiene al trastorno depresivo, para acompañar a la paciente a atribuir nuevos significados a la experiencia de abuso sexual, haciendo una valoración más objetiva del hecho victimizante, que le permita restringir los sentimientos de culpa y reconstruir un autoconcepto más funcional para enfrentar de manera eficaz sus metas personales.

### **Área problemática**

La situación, de la cual presuntamente fue víctima OSS, a la edad de trece años, es el delito denominado en el código penal Colombiano (2000), como acceso carnal abusivo con menor de catorce años. No se encuentra clasificado dentro de la categoría de acceso carnal violento, pues no hay allí uso de la fuerza; se castiga por la edad de la víctima, “pues no está en condiciones de conocer de manera adecuada la naturaleza de la relación” (Díaz Pérez, 2000, pág. 119). Esta claridad es importante al momento de comprender el desenlace de los síntomas desarrollados por la paciente, pues existen en ella fuertes sentimientos de culpa, al interpretar que el no uso de fuerza física por parte de su agresor, implica su aceptación y consentimiento del hecho.

En este caso particular, el presunto delito fue cometido por un docente, que al parecer utilizó el engaño y la manipulación a través de las calificaciones, para acceder a su estudiante. El supuesto abuso inicia con una etapa de enamoramiento por parte del docente y posterior manipulación de la niña a través de amenazas sobre la pérdida de las asignaturas y del año

escolar. Una vez OSS accede a los actos sexuales, infiere que sus buenas calificaciones sólo se deben al vínculo sexual con su profesor y es aquí donde devienen ideas de minusvalía, tornándose insegura, y limitando así sus interacciones con pares y la exposición a situaciones potencialmente exigentes en el ámbito académico.

Pasados aproximadamente seis meses de haber iniciado los acercamientos sexuales y tras culminar el año escolar, por dificultades económicas de la familia, la joven hace traslado a otra institución educativa. Este cambio significó para OSS poner a prueba su competencia académica; sin embargo, cada vez que enfrentaba retos escolares, se activaban una serie de pensamientos como “no sirvo para nada”, “siempre es lo mismo”, “no sirvo para estudiar” “debería no hacer gastar dinero”. Estos pensamientos inhibían su eficacia, empezó a tener dificultades para concentrarse y memorizar, y a manera de profecía autorealizada (Riso, 2006), el rendimiento académico de OSS, desmejoró rotundamente, reprobó el 9° y esto generó gran malestar que profundizó las creencias de minusvalía.

Algunas discusiones en clases de ética, acerca de la virginidad y la dignidad, produjeron en OSS sentimientos de culpa y vergüenza al evaluar las pasadas relaciones sexuales con su docente, como un trueque por las calificaciones, lo cual confronta su sistema de creencias y valores, y tras esto sobrevino la ideación suicida y las autolesiones que se generaba haciendo cortes superficiales en sus brazos.

Al intensificarse los sentimientos de culpa y vergüenza, aparece como mecanismo para evitar el malestar emocional (Cia, 2001), la pasividad e inercia, largos periodos de sueño

durante el día, lo cual acrecentó el incumplimiento en deberes académicos y domésticos; que a su vez produjo conflictos en el ámbito familiar. Así mismo su afecto se tornó plano, aparentemente inmutable.

Durante las noches OSS tenía dificultades para conciliar el sueño y recurrentes pesadillas, que generaban una activación mayor, con síntomas de ansiedad y posterior irritabilidad. La conjugación de síntomas experimentados por la paciente, desencadenó otras conductas de evitación como el consumo de cigarrillo, alcohol y excesivo fantaseo. En síntesis, estar expuesta a una situación de abuso sexual, desató una serie de pensamientos, emociones y conductas, que se fueron organizando en una cadena sucesiva, en donde los sistemas personal, familiar y escolar, se vieron fuertemente afectados, dejando a OSS en una situación de alta vulnerabilidad psicológica.

## **Objetivos**

### *Objetivo General*

Implementar técnicas cognitivo conductuales, para aumentar el bienestar y la funcionalidad, de una adolescente víctima de abuso sexual, con trastorno depresivo.

### *Objetivos Específicos*

Identificar la estructura cognitivo conductual que subyace al trastorno depresivo

Implementar técnicas cognitivo conductuales que permitan a la paciente, tener pensamientos más funcionales, regular sus emociones y lograr mayor ajuste en los ámbitos familiar y escolar.

## **Historia Clínica De la Paciente**

### *Identificación del Paciente*

OSS

Edad: 15 años

Fecha de nacimiento: 19 de Septiembre de 1999

Profesión u oficio: Estudiante

Fecha de ingreso: Mayo 9 de 2015

### *Motivo de Consulta*

El motivo de consulta referido por la madre de familia, es la conducta de cortarse los brazos con cuchillas y el reiterativo incumplimiento de los deberes académicos y domésticos. Por su parte la paciente expresa como motivo de consulta, la necesidad de pasar el año escolar.

Aproximadamente tres meses después de iniciar el proceso terapéutico, la joven en estado de embriaguez le confiesa a su mamá, que los cambios en su comportamiento y estado de ánimo, se debían a que había sido abusada sexualmente dos años atrás, por uno de sus docentes.

### *Descripción Sintomática*

<i>Síntomas afectivos:</i>	Sentimientos de culpa y vergüenza Sentimientos de ira  Disminución de respuestas emocionales
<i>Síntomas cognitivos:</i>	Ideación suicida Dificultad para concentrarse y para memorizar información.  Indecisión  Autocrítica
<i>Síntomas conductuales:</i>	Autolesiones (cortes superficiales en sus antebrazos) Baja eficacia (Incumplimiento de deberes domésticos y bajo rendimiento académico)  Pasividad, evitación e inercia.  Problemas de habilidades sociales
<i>Síntomas Motivacionales:</i>	Pérdida de la motivación positiva y tendencia a la evitación
<i>Síntomas fisiológicos:</i>	Dificultad para conciliar el sueño y pesadillas.

### *Historia Personal*

OSS es una adolescente de 15 años, es la menor de tres hermanas, vive con sus padres de 47 y 52 años de edad y su hermana de 24. La mayor de las hijas, vive en otra ciudad por asuntos laborales.

La madre refiere que transcurrió el embarazo en estado melancólico por dificultades

familiares y de pareja. Describe a OSS en su primera infancia, como una niña pasiva y tranquila, con adquisición acelerada en los procesos de locomoción y los de lenguaje, un poco lentos con respecto a sus hermanas.

Inició la escolarización a los 4 años de edad, con poca motivación. Transcurrió su infancia en su ciudad de origen y a la edad de 11 años, cuando cursaba 6°, llegaron a la ciudad de residencia actual; reprobó 7°. En 8° fue matriculada en un nuevo Colegio, donde ocurrió el presunto abuso sexual a la edad de 13 años, por parte de un docente, quien no usó la fuerza pero la cortejaba y también la presionaba con las notas, pues él era su profesor en las asignaturas que tenían matemáticas; entonces acceder a las relaciones íntimas propuestas por el profesor aseguraría aprobar todas las materias difíciles, pero negarse significaría perder el año escolar. Finalmente la niña accedió a las pretensiones sexuales del docente y en efecto tuvo buenas calificaciones. Finalizado ese año, por dificultades económicas de la familia, fue trasladada a un colegio público.

De acuerdo con el relato de la madre de OSS, en 9° cuando tenía 14 años, notó cambios significativos en el comportamiento de su hija, identificando aumento en la inseguridad, aislamiento de su grupo de pares, apatía, incumplimiento de sus deberes, irritabilidad y empezó a autoagredirse haciéndose cortes superficiales en los antebrazos. En ese momento la familia le adjudicó las nuevas conductas al cambio de colegio, presumiendo que estas surgían por imitación de sus compañeros. En el nuevo colegio OSS no obtuvo buenos resultados académicos y reprobó el año escolar.

Una vez culminó el primer periodo académico del año que se encontraba repitiendo, las calificaciones no mejoraron y es cuando la joven inicia el proceso terapéutico. Poco tiempo después, la familia evaluando que habían superado la crisis económica y OSS obtuvo un mejor desempeño en su anterior colegio, decide nuevamente hacer el cambio de institución, a lo cual ella accedió sintiendo que no podía hacer exigencias, debido sus bajos resultados y con el fuerte anhelo de obtener los logros académicos que su familia esperaba.

Llevaba poco tiempo de haber llegado al colegio en donde había ocurrido el abuso sexual, cuando llamaron a la madre de OSS para que fuera a recogerla, pues se había embriagado con bebidas alcohólicas dentro del Colegio y dice la mamá que estando allí, la niña le insistía que le preguntara porqué se había emborrachado, pero la directora de la institución recomendó que hablaran en la casa cuando la estudiante se encontrara lúcida. Ya en el hogar, OSS le contó a su mamá que cuando había cursado 8° en ese Colegio, un docente había abusado sexualmente de ella.

Posterior a esta confesión, se inicia el proceso legal de denuncia e información en el Colegio, pero argumentando el derecho del docente al debido proceso, no fue retirado de la institución y la joven culminó allí el año escolar asistiendo a clases con el profesor, experimentando intensificación de algunos síntomas como las pesadillas y el deseo de incurrir en las autolesiones; sin embargo, poder hablar del hecho traumático permitió avanzar más eficazmente en el proceso terapéutico.

### *Historia familiar*

OSS pertenece a una familia nuclear, que se conformó en Bogotá y nace cuando sus padres tenían 32 y 37 años y sus hermanas 12 y 9 años. Fue el producto de un embarazo deseado y planificado por los padres, que tenían gran expectativa de tener un hijo varón y habían tenido 2 abortos en ese intento. Durante el embarazo la madre experimentó dificultades emocionales por la salud de sus dos hijas, problemas de pareja y otras situaciones con la familia extensa; entretanto OSS en el vientre tenía pocos movimientos fetales y tardó en nacer.

El estilo de crianza de las hermanas mayores fue estricto y exigente y ellas han tenido una historia académica y laboral admirada por los padres y la familia extensa. A la llegada de OSS sus hermanas colaboraban con los cuidados y el padre se desempeñaba con transportador de carga pesada, por lo cual permanecía mucho tiempo fuera del hogar; de este modo las hermanas fueron asumiendo un rol importante en las funciones de cuidado y establecimiento de pautas de crianza de OSS, fundamentalmente la mayor de ellas, quien actualmente es la figura con quien OSS ha establecido un vínculo afectivo más fuerte.

Cuando la niña tenía 11 años de edad, la familia se radica en el área metropolitana de Bucaramanga, por ser un punto más estratégico en las rutas habituales de trayecto del padre, para su llegada a la casa; quedando la hija mayor en la ciudad de Bogotá.

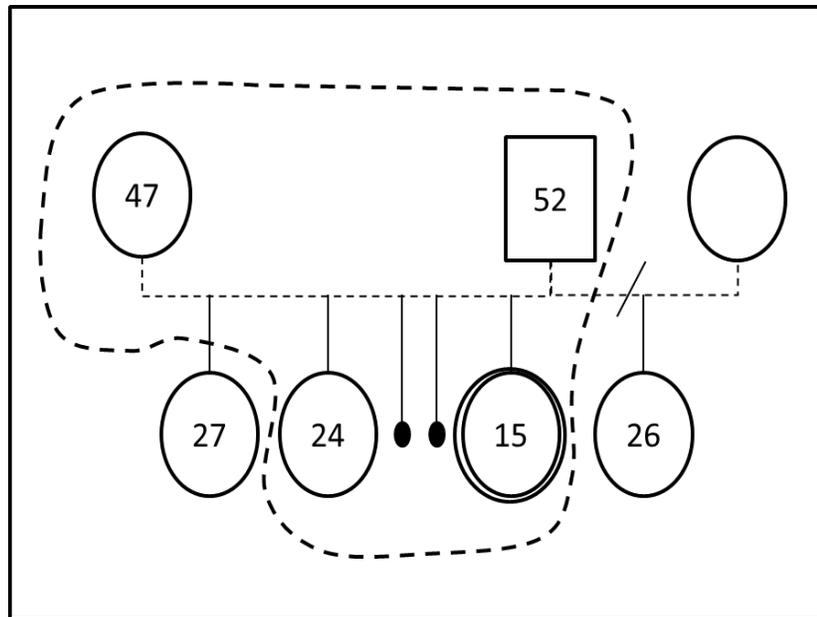
Para OSS la adaptación a la ciudad y la cultura no ha sido fácil, reprobó 7° y cuando

atravesaba los 13 años de edad, dos hechos marcaron su vida; en primer lugar una crisis familiar a causa de dificultades económicas y un accidente de tránsito en el que su mamá estuvo fuertemente afectada, quedando con movilidad reducida durante dos años. De manera paralela a la crisis familiar, ocurrió el abuso sexual por parte del docente y en adelante una cadena de síntomas y situaciones como el bajo rendimiento académico y la consecuente reprobación del 9º, los cambios en su estado de ánimo y actitudes, lo cual llevó a toda su familia a volcar su atención en ella, solicitando a la madre mayor exigencia. A su vez OSS sentía que estaba defraudando a su familia, alejándose del modelo enseñado por sus hermanas, generando conflictos, gastos económicos y poco apoyo logístico para su madre que la necesitaba por sus dificultades de salud; sin embargo, no lograba sus objetivos de mejorar.

Una vez OSS dio a conocer a su familia el evento de abuso sexual, la madre y hermanas adoptaron una posición de comprensión y búsqueda de estrategias para mitigar el daño sufrido por la joven. El conocimiento de la noticia produjo en el padre afectación a su salud y asumió una posición más crítica hacia OSS, mostrándose defraudado y con consideración hacia el docente, sugiriendo no dañarle la vida con una denuncia penal, lo cual acrecentó en OSS los sentimientos de culpa, vergüenza e ira. De esta manera, la madre y hermanas de la joven, percibiendo las dificultades de salud del padre y notando su participación poco favorable para el estado de ánimo de OSS, decidieron dejarlo al margen del proceso penal y terapéutico.

## Genograma

**Figura 1.** Genograma de OSS



Fuente: Elaboración propia

## Proceso De Evaluación

Una vez realizado el proceso de entrevista semi estructurada (Elogios, 2015) que permitió conocer la historia clínica e identificar los síntomas descritos por la paciente y por su mamá, se aplicaron varios instrumentos de valoración, a fin de elaborar el diagnóstico, hacer la formulación del caso y conocer la estructura cognitivo conductual que subyace al trastorno. A continuación se describen los instrumentos utilizados y los hallazgos.

16PF – 5 (mujeres). La edición 16PF-5 es una revisión y actualización de las formas anteriores. El test fue creado por RB Cattell, AK S Cattell y HEP Cattell en los años 40 y adaptada en una versión española por Nicolás Seisdedos Cubero en 1993, la cual fue revisada

por última vez en 2011. Tiene 185 ítems y mide 16 rasgos y 5 dimensiones de la personalidad. Los puntajes en cada una de las escalas primarias oscilan entre 1 y 10, marcando una media de puntajes 4- 6. Adicionalmente, a través de la Combinación de las escalas primarias se identifican 5 factores Globales. Estas Dimensiones globales son un resumen de las escalas primarias que permiten describir la personalidad de una manera más amplia. Por último, la prueba contiene 3 escalas de validez o estilos de respuesta, que evalúan las influencias distorsionadoras que se generan por la actitud del examinado ante la prueba. (Roncallo, Sf).

De acuerdo a las puntuaciones obtenidas en la prueba de OSS, se describen aquí las puntuaciones de las escalas que se encuentran por fuera de la media:

Dentro de las escalas primarias, En primer lugar el puntaje de Afabilidad (2) sugiere mantener constante rechazo al contacto con otras personas; esto va más allá de la preferencia por estar sola. Existen dificultades para establecer y mantener relaciones interpersonales. Es muy probable que una experiencia insatisfactoria en el trato con otras personas en el pasado perpetúe tal actitud. Por otra parte, se encuentra la puntuación de Dominancia (8) indica que protege el dominio de su espacio personal, su trabajo y sus planes. Aunque la prueba sugiere que se muestra segura al expresar sus ideas y en defender puntos de vista, al contrastar con los puntajes de afabilidad y autosuficiencia, podría interpretarse que la dominancia quizá actúa como una estrategia compensatoria de la timidez y la dificultad para interactuar con los demás. En cuanto al puntaje en Atención – Normas (3) indica una ruptura con las expectativas sociales; es decir, persiste dificultad para acoplarse al entorno y mantenerse dentro de las normas sociales dispuestas en el mismo. Por lo que se refiere al puntaje de Autosuficiencia (8) sugiere dificultad

empática en entender las necesidades de los otros, tiende a ubicar sus propias necesidades por encima de los demás, esto dificulta mantener relaciones mutuamente gratificantes.

En los factores globales, la extraversión (2) indica que existe un alto índice de retraimiento llegando a ser patológico. En la escala de independencia (8), puntuaciones altas indican independencia, habilidades de persuasión, competitividad y conducta voluntariosa; también las puntuaciones altas pueden indicar agresividad. Por su parte el factor autocontrol (3), señala la existencia de impulsividad y de dificultad para aplazar la satisfacción de necesidades.

Dentro de las escalas de validez o estilos de respuesta, llama la atención el puntaje de Aquiescencia (97) lo cual señalaría que tiende a ser una persona confiable, sumisa y con rasgos marcados de timidez. En el anexo 1 se encuentran los resultados obtenidos en el 16 PF 5.

*Inventario de depresión de Beck II (BDI-II)*. El BDI fue creado por Aaron Beck en 1961 y se publicó una segunda versión en 1996 por Beck, Steer y Brown, la cual involucra todos los criterios diagnósticos sintomáticos de los trastornos depresivos propuestos por el DSM-IV [(APA, 1994) citado en (Sanz Jesús, 2003)].

Para el caso se utilizó la versión española adaptada por Jesús Sanz y Carmelo Vázquez, la cual fue revisada por última vez en 2011. Es un cuestionario auto administrado que consta de 21 preguntas con cuatro opciones de respuesta, las cuales se puntúan de 0 a 3. De acuerdo con los rangos de puntuación, los resultados obtenidos por OSS (29), se trata de una depresión moderada. En el anexo 2 se aprecian las respuestas en cada ítem del inventario.

*Inventario de pensamientos automáticos de Ruiz y Lujan.* En Moyano (2011) (citando a Ruiz & Imbernon, 1996), se explicita que el Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA), fue creado por Ruiz y Luján en 1991:

Consiste en una escala autoaplicada que contiene 45 ítems que apuntan a medir la frecuencia de pensamientos automáticos negativos (Ruiz, 2009) y 15 tipos de distorsiones cognitivas. El primero a través del puntaje total del inventario y, el segundo a través de la suma de distintos PAN (pensamientos automáticos negativos) agrupados por el tipo de distorsión implicada en su producción. Este instrumento solicita a los sujetos que valoren la frecuencia con que poseen pensamientos tales como “solamente me pasan cosas malas” o “no debería de cometer estos errores”. (Moyano, 2011)

De acuerdo con las puntuaciones obtenidas, las distorsiones cognitivas más llamativas en los resultados de OSS son: Visión catastrófica (8), que consiste en adelantar acontecimientos catastrofistas para los intereses personales; Etiquetas globales (6), en la cual, la persona tiende a poner un nombre general o etiqueta globalizadora para sí mismo o los demás, generando una visión del mundo y de las personas, de manera estereotipada e inflexible; y falacia de recompensa divina (8), que trata de la “tendencia a no buscar solución a problemas y dificultades actuales suponiendo que la situación mejorará mágicamente en el futuro... El efecto suele ser un malestar innecesario, el resentimiento y el no buscar soluciones que podrían ser factibles en la actualidad” (Ruiz & Imbernon, 1996). En el anexo 3 se observa el desarrollo de la prueba.

*Cuestionario de esquemas de Young – YSQ-SF.* Se empleó una versión reducida del YSQ, es decir el YSQ-SF, desarrollada por Jeffrey Young en 1994, que a través de 75 ítems, permite identificar 15 esquemas, seleccionando los 5 ítems con mayor peso de cada uno de los componentes del cuestionario original (Hilario, 2016).

Para la corrección de los puntajes, se tomaron aquellos esquemas mal adaptativos tempranos, que puntuaron 20 puntos o más, teniendo en cuenta la media en la sumatoria de los 15 esquemas estudiados es de 16,5. En la tabla 1 se muestran los resultados obtenidos en cada EMT y los promedios de cada dimensión.

De acuerdo con la descripción de los esquemas Mal adaptativos tempranos (EMT) realizada por Young, citado por Rodríguez (2009), OSS refleja la existencia del esquema Aislamiento social / alienación (21), que “describe la creencia en que uno no es parte del grupo o la comunidad, que uno está solo y que es diferente de los demás” (p 63) también llaman la atención los puntajes obtenidos en el EMT Inadecuación / Vergüenza (20), el cual “recoge la visión de sí mismo como antipático e indeseable socialmente.” (pág 63). De otro lado, el esquema de fracaso es el que tiene mayor puntaje (25), este “refleja la visión de que el individuo ha fracasado en el pasado y continuará haciéndolo, debido a una ausencia inherente de inteligencia, talento u otras habilidades” (pág 63). Dependencia / incompetencia es otro de los EMT con alta puntuación (23), este esquema “supone la creencia en que el individuo es incompetente y está desamparado y por tanto, necesita la asistencia de los demás para funcionar” (pág 63). Por último OSS presenta el EMT de autocontrol insuficiente /

autodisciplina (20) que “se encuentra en individuos que no demuestran un autocontrol adecuado. Pueden ser impulsivos, tener dificultad con la autodisciplina y tener problemas para controlar sus emociones” (pág 63). En la tabla 1 se muestra un resumen de las puntuaciones obtenidas en el *YSQ-SF* y en el anexo 4 se puede ver el desarrollo de la prueba.

**Tabla 1. Puntajes de OSS en el Cuestionario de esquemas de Young**

Dimensión	Esquemas Maladaptativos Tempranos	Puntuación EMT	Media de la dimensión
Desconexión / Rechazo	Privación emocional	13	16,2
	Abandono / inestabilidad	8	
	Desconfianza / Abuso	19	
	Aislamiento social / Alienación	21	
	Inadecuación / Vergüenza	20	
Deterioro de la Autonomía y la actuación	Fracaso	25	19
	Dependencia incompetencia	23	
	Vulnerabilidad al daño o la enfermedad	10	
	Yo dependiente	18	
Inclinación hacia otros	Subyugación	16	13,5
	Autosacrificio	11	
Sobrevigilancia e inhibición	Inhibición emocional	18	16
	Estándares inflexibles / Hipercriticismo	14	
Límites deteriorados	Intitulación / Grandiosidad	12	16
	Autocontrol insuficiente / Autodisciplina	20	
<b>Media</b>		16,5	16,14

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados del *YSQ-SF*

Para el análisis del caso se tienen en cuenta las dimensiones con promedios superiores a 16,1, teniendo en cuenta que esta es la media obtenida al sumar los promedios de las dimensiones. Así, en los resultados, las dimensiones con promedios sobresalientes son desconexión / rechazo y deterioro de la autonomía y la actuación. La primera, “incluye individuos criados en ambientes que carecen de alimentación, afecto, aceptación y estabilidad. Los adultos criados en este tipo de ambiente asumen que no van a encontrar en la vida su deseo

de amor, aceptación, seguridad y empatía” (Rodríguez Vilchez, 2009, pág. 64). La dimensión deterioro de la autonomía y la actuación, “refleja un ambiente infantil muy complicado y sobreprotector. En sus relaciones en la vida adulta, estos individuos son demasiado dependientes de los demás y creen que carecen de las habilidades adecuadas para afrontar situaciones por ellos mismos” (pág 64).

### *Conceptualización diagnóstica*

Teniendo en cuenta la sintomatología y valoración diagnóstica de OSS y siguiendo los criterios del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-R, la evaluación multiaxial permite determinar:

Eje I: Trastorno depresivo mayor, crónico, episodio único, moderado

Eje II: No aplica

Eje III: Asma e hipoglicemia

Eje IV: Presunta víctima de acceso carnal con menor de catorce años. Dificultades en el relacionamiento familiar por el incumplimiento de deberes académicos y domésticos. Dificultades para relacionarse con el grupo de pares y adultos significativos. Bajo rendimiento escolar.

Eje V: EEAG= 55%

En la tabla 2 se especifican los Criterios diagnósticos según el DSM-IV-TR, que cumple OSS para el diagnóstico de trastorno depresivo mayor.

**Tabla 2 Criterios diagnósticos de OSS para trastorno depresivo mayor**

	1-Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días
	2-Marcada disminución del interés o del placer en todas, o casi todas, las actividades durante la mayor parte del día, casi todos los días.
<b>Criterio A</b>	4-Insomnio casi todos los días.
	6-Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
	7-Sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva o inapropiada casi todos los días
	8-Menor capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días
	9-Pensamientos recurrentes de muerte (Un plan de suicidio).
<b>Criterio B</b>	Los síntomas no cumplen los criterios de un episodio mixto
<b>Criterio C</b>	Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o en otras esferas importantes.
<b>Criterio D</b>	Los síntomas no obedecen a los efectos fisiológicos directos de una sustancia, ni a una enfermedad médica general.
<b>Criterio E</b>	Los síntomas no son mejor explicados por duelo, es decir que tras la pérdida de un ser querido, los síntomas persisten por más de 2 meses o se caracterizan por visible deterioro funcional, preocupación mórbida con desvalorización, ideación suicida, síntomas psicóticos o retraso psicomotor

Fuente: (American Psychiatric Association, 1995)

### Descripción detallada de las sesiones

La descripción de las sesiones se encuentra en la tabla 3, en donde se precisan los objetivos planteados inicialmente, las técnicas empleadas y los resultados obtenidos en cada una de ellas.

**Tabla 3. Descripción detallada de las sesiones**

<b>Sesión</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Técnica</b>	<b>Actitud de la paciente</b>	<b>Resultados</b>	<b>Tarea</b>
1	Recopilar información de la historia clínica	Entrevista semiestructurada	Receptiva y colaboradora	Se obtuvo información importante sobre la historia de vida y sintomatología	Escribir una autodescripción
2 y 3	Aplicación de pruebas psicológicas: BDI II, 16PF-5, YSQ-SF, Inventario de pensamientos automáticos	Autoaplicación	Apática, con poca energía. Manifestó aburrimiento	Se consiguió la información requerida	Elaborar una lista de actividades que considere agradables
4	Reconocer el papel fundamental de los pensamientos sobre las emociones y conductas. Disminuir la pasividad e inercia.	Explicación del ABC. Reconocimiento de pensamientos automáticos (ilustración con ejemplos). Programación de actividades graduales para 2 semanas (2 actividades de agrado por semana)	No realizó la tarea. Después de reflexionar sobre su importancia continúa colaboradora y receptiva	OSS comprendió claramente el fundamento de la terapia cognitiva y mediante varios ejercicios demostró que logra hacer la identificación de sus pensamientos automáticos.	Llevar a cabo la programación de actividades y realizar autorregistro de pensamientos automáticos con eventos desencadenantes y respuesta emocional y motora.
5	Disminuir la activación fisiológica producida por los PA	Técnicas de respiración Detención de pensamientos, usando bandas elásticas en las muñecas	Estuvo ansiosa e intranquila durante la sesión. No realizó la tarea	La paciente salió más tranquila de la terapia y aprendió la técnica para manejar la ansiedad producida en situaciones que considera retos sociales y académicos	Practicar las técnicas de autorregulación y detención de pensamientos, y continuar con los autoregistros incluyendo una columna de señales corporales (activación fisiológica)
6	Realizar la socialización terapéutica e identificar los síntomas objetivo	Contrato terapéutico Explicación de la conceptualización	La ansiedad ha disminuido pero aún se presenta. Se motiva al revisar los síntomas objetivo con la esperanza de poderlos curar	La paciente se muestra motivada con el proceso y se compromete a asistir a las sesiones y realizar las tareas	Continuar con los autorregistros y realizar la programación de actividades para dos semanas más.

Sesión	Objetivo	Técnica	Actitud de la paciente	Resultados	Tarea
7	Encontrar las relaciones existentes entre las creencias, los mecanismos evitativos y la baja eficacia académica.	Análisis en cadena Técnicas de estudio	Se percibe distraída y con nivel bajo de energía. Se realizan ejercicios de agilidad mental para producir activación.	OSS encuentra que sus incumplimientos con deberes tienen que ver con mecanismos de afrontamiento evitativos como los largos periodos de sueño en las tardes, la desatención y el fantaseo.	Continuar con los autorregistros y practicar las técnicas de estudio
Sesión 8	Orientar a la madre en el manejo familiar y penal de situación de abuso sexual contado por OSS el día anterior	Psicoeducación	OSS no asiste. La madre se percibe preocupada pero proactiva frente a la contingencia	La madre de familia sale con un plan de acción claro acerca del manejo de la situación en el entorno familiar, en el colegio de OSS y a nivel penal.	No aplica
Sesión 9 (2 horas)	Identificar creencias asociadas al evento de abuso sexual (AS)	Inoculación del estrés Pautas de higiene de sueño	La paciente llega muy triste, se percibe agotada, pero con deseo de hablar del tema.	Se identifican varias creencias irracionales asociadas al AS, como "él pudo chantajearme porque soy una bruta", "cambie mi virginidad por unas calificaciones"	Practicar técnicas de higiene del sueño, autorregulación y detención del pensamiento
Sesión 10	Analizar junto con la paciente, la relación existente entre el AS y el trastorno depresivo	Uso de la metáfora "botón de encendido" para explicar los eventos desencadenantes. Retribución	Receptiva, más tranquila	OSS concluye que el AS fue un desencadenante del trastorno, pero que tenía unas tendencias a la inseguridad por su bajo autoconcepto. También empieza a asignar al docente mayor nivel de responsabilidad.	Revisar en los autorregistros, cómo podría agrupar los PA, según el contenido
Sesión 11 a 13	Someter a prueba de realidad las creencias: "no sirvo para nada" "debo ser exitosa académicamente para ser valorada por los	Diálogo socrático Experimentos personales Identificación de aptitudes	La paciente estuvo colaboradora, proactiva y con posición crítica pero flexible	OSS llegó a conclusiones más flexibles acerca de sus competencias para enfrentar su cotidianidad, empezó a reconocer aptitudes para escribir	Ver la película <i>mejor imposible</i> e identificar los problemas de socialización del personaje principal

Sesión	Objetivo	Técnica	Actitud de la paciente	Resultados	Tarea
	demás” y “Si permito que se acerque a mí, se van a decepcionar”			historias, humor sarcástico y sensibilidad para compartir con personas necesitadas o vulnerables	
Sesión 14 y 15	Entrenar en la resolución de problemas reales.	Entrenamiento en solución de problemas Entrenamiento en habilidades sociales Rol playing	OSS llega muy motivada porque ha recibido su boletín de calificaciones en el nuevo colegio y no reprobó ninguna asignatura.	Como producto, se logra una lista de tareas y estrategias a realizar, para aumentar la autonomía de la paciente y mejorar su forma de interactuar con los demás.	Salir con algunos amigos a realizar una actividad de ocio y practicar las estrategias incorporadas en la terapia.
Sesión 16	Realizar el cierre del proceso terapéutico.	Psicoeducación: Se instruye sobre la posibilidad de recaídas y el afrontamiento de las mismas Resumen del proceso y los logros obtenidos. Identificación de aspectos que permanecen débiles y hay que trabajarlos (proyecto de vida).	Existe un poco de ansiedad por temor a enfrentar la cotidianidad sin el apoyo de la psicoterapeuta	La paciente se compromete a implementar todas las habilidades aprendidas y estar vigilante sobre sus pensamientos automáticos	No aplica

## Marco conceptual de referencia

### *Origen de los trastornos psicológicos desde el enfoque cognitivo conductual*

Marino Pérez Álvarez (2003), en su ensayo *Las cuatro causas de los trastornos psicológicos*, ofrece una definición que pretende ser general, haciendo un esfuerzo por no comprometerse con ninguna de las corrientes de pensamiento de las escuelas psicológicas. Este, define el trastorno psicológico como “conducta que se vuelve problemática para el propio sujeto en su esfuerzo adaptativo ante situaciones conflictivas o de fracaso” (p. 27).

Sin embargo, así como este mismo autor lo plantea:

Los sistemas de psicología clínica se organizan con arreglo a cuatro grandes tradiciones que van a derivar en seis direcciones significativas (Pérez Álvarez, 1998), a saber (p.19)... en concreto, el Psicoanálisis, la Terapia Existencial, la Terapia Comunicacional, la Terapia Experiencial, la Terapia de Conducta y la Terapia Cognitiva. Todas tienen obviamente un marcado acento terapéutico, pero conllevan el resto de cometidos clínicos, por lo que respecta a diagnóstico o evaluación clínica y a concepción psicopatológica. De hecho, cada enfoque tiene su psicopatología de escuela (p.20).

El caso clínico de este estudio se abordó desde una perspectiva cognitivo conductual, por este motivo, en adelante se esbozan las conceptualizaciones propias de la psicología cognitiva, para comprender la psicopatología desde este enfoque.

Los modelos multifactoriales", "interactivos" o "psicobiosociales" consideran que las causas de los trastornos mentales implican factores biológicos, psicológicos y sociales. La psicoterapia cognitiva resalta una estrecha relación entre el ambiente, la cognición, el afecto, la conducta y los aspectos fisiológicos, pero da mayor relevancia a los componentes cognitivos como aspectos determinantes en los trastornos psicológicos. (Ruiz & Imbernon, 1996)

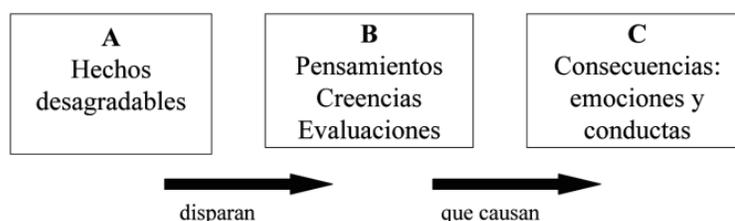
Walter Riso (2006), al plantear la ecuación informacional de los modelos cognitivos, describe que existen unos eventos ambientales, que actúan sobre una estructura cognitiva preexistente (factores psicológicos), que a través de unos procesos mentales (factores biológicos), generan unos productos que pueden ser cognitivos, emocionales y motores y que estas respuestas al interactuar con el ambiente (factores sociales) retroalimentan la estructura psíquica generando cambios o fortificándola. Así, desde este enfoque cognitivo, no son los acontecimientos o eventos ambientales los que determinan la aparición de los trastornos mentales, sino la forma como estos sucesos interactúan con la estructura psíquica del individuo, a través de procesos psicológicos básicos y superiores.

Albert Ellis en 1958, cuando desarrolla la Terapia Racional Emotiva, explica esto con un modelo básico llamado ABC. Asegura Ellis que la mayor parte de las personas atribuye que sus malestares emocionales o trastornos del comportamiento (Lo que sería el punto "C") se deben a ciertos acontecimientos de su vida (punto "A"); sin embargo, lo que en realidad genera tal estado emocional es "lo que esa persona se dice para sus adentros en su pensamiento, en su autodiálogo interno sobre la importancia de ese acontecimiento, en base a sus actitudes o

creencias personales (punto “B”). (Ellis, 1958, citado en (Ruiz & Imbernon, 1996)

Así, para Ellis, A son los hechos activadores, B se refiere a los pensamientos creencias o evaluaciones de los pacientes y C son las consecuencias emocionales y conductuales (Caro, 2009, pág. 96). La figura 2. Muestra la representación del modelo ABC de Ellis.

**Figura 2. Representación del ABC**



Fuente: Woods, 1991, citado por (Caro, 2009)

En el modelo de Ellis, lo racional es aquello que le permite a la gente lograr sus metas y propósitos, porque obedece a algo verdadero, lógico, pragmático y basado en la realidad y por el contrario, lo irracional es aquello que obstaculiza la supervivencia y la felicidad, pues se basa en premisas falsas, ilógicas y que no están basadas en la realidad (Caro, 2009)

De acuerdo con el modelo del ABC, lo importante para aliviar el malestar emocional (Punto C), no es modificar los acontecimientos externos (Punto A), sino que el individuo sea consciente de sus diálogos internos autodestructivos e irracionales (punto B) y que mediante la terapia él mismo aprenda a modificar tales diálogos a fin de lograr formas más racionales de asimilar la experiencia (Ruiz & Imbernon, 1996).

Beck, Rush, Shaw y Emery en el libro *Terapia cognitiva de la depresión* (2012), aseguran que las personas mantienen actitudes que son contraproducentes y les hacen sufrir, pese a que exista evidencia suficiente de su disfuncionalidad, porque prevalecen ciertos patrones cognitivos relativamente estables llamados “esquemas”, que hacen que se atiende selectivamente a estímulos específicos, codificándolos con un significado particular.

Beck (2000) definió el esquema como una estructura para el filtrado, la codificación y la evaluación de los estímulos que inciden en el organismo. Es el modo por el que se interpreta el medio ambiente y se organiza en sus múltiples facetas psicológicamente relevantes... para categorizar e interpretar sus experiencias de una manera significativa. (Hilario, 2016, pág. 27)

En este sentido, el trastorno psicopatológico se caracteriza por una serie de esquemas idiosincráticos y desadaptativos que prevalecen en el sistema del procesamiento de la información y son activados por ciertas circunstancias del ambiente [Clark & Beck, 1997, citado en (Diego A. Castrillón, 2005, pág. 543)]. Para Beck et al. (2012), Un esquema puede permanecer inactivo o latente durante largos periodos de tiempo y se activa sólo ante inputs ambientales específicos.

Beck también establece una diferencia fundamental en el sistema de cogniciones de una persona sana y una persona psicológicamente trastornada, a las cuales les asigna las categorías de sistema cognitivo “maduro” y sistema cognitivo “primitivo” respectivamente. Un sistema

cognitivo maduro “integra las situaciones en diferentes dimensiones, lo hace en términos cuantitativos más que cualitativos y de acuerdo con criterios relativos más que absolutistas”. Por su parte, en un sistema cognitivo primitivo, “los contenidos del pensamiento tienen una gran posibilidad de ser extremos, negativos, categóricos y absolutistas” (Beck, 2012, pág. 23).

Así para Beck et al. (2012), las técnicas terapéuticas buscan “identificar y modificar las conceptualizaciones distorsionadas y las falsas creencias (esquemas) que subyacen a estas cogniciones” y la intención del terapeuta cognitivo debe ser “ayudar al paciente a pensar y actuar de un modo más realista y adaptativo” (Beck, 2012, pág. 13)

Posterior a la conceptualización de esquemas elaborada por Beck, Rush, Shaw y Emery en 1979, Jeffrey Young desarrolla la terapia centrada en los esquemas, como una alternativa para tratar a pacientes con trastornos emocionales crónicos y de difícil tratamiento, incluidos los trastornos de personalidad, dado que la efectividad de las estrategias cognitivo conductuales en este tipo de trastornos no era suficientemente alta y recurrentemente presentaba recaídas (Rodríguez Vilchez, 2009).

En su teoría, Young identifica que a la base de los trastornos crónicos se encuentran “Esquemas Maladaptativos Tempranos” (EMT). Define estos como “temas extremadamente estables y duraderos que se desarrollan durante la infancia, se elaboran a lo largo de la vida de un individuo y son significativamente disfuncionales. Estos esquemas sirven como marcos para el procesamiento de experiencias posteriores” [Young, 1999, citado en (Diego A. Castrillón, 2005, págs. 543-544)].

Este autor estableció que los EMT son verdades a priori, se auto-perpetúan, son resistentes al cambio, altamente disfuncionales, suelen ser generados y activados por experiencias ambientales, están asociados a niveles elevados de afecto y surgen de la interacción entre el temperamento y experiencias evolutivas disfuncionales (Rodríguez Vilchez, 2009). Además se desarrollan como resultado de las experiencias disfuncionales con padres, hermanos, compañeros y otros, durante los primeros años de vida. Los EMT constituyen el núcleo del autoconcepto, por tanto su modificación implica la reorganización cognitiva de la persona (Hilario, 2016).

Young ha propuesto una clasificación de 18 esquemas maladaptativos tempranos, agrupados en 5 dimensiones. Estas dimensiones reflejan las necesidades críticas de los niños relacionadas con el funcionamiento adaptativo y el autor en ellas, describe las relaciones tempranas disfuncionales con padres y amigos, donde se encuentran los orígenes del esquema y la forma cómo estas se reflejan en el funcionamiento interpersonal adulto (Rodríguez Vilchez, 2009). En el anexo 5 se evidencia la clasificación de EMT y dimensiones, elaborada por el autor.

El objetivo último de la terapia de Young basada en esquemas, es que el paciente se dé cuenta de sus esquemas y la influencia de estos en su vida y aprenda alternativas de solución posibles. (Rodríguez Vilchez, 2009)

Como se ha podido ver hasta el momento, los autores la terapia cognitiva, reconocen el

papel del ambiente y de los procesos biológicos en el desarrollo de los trastornos mentales, pero dan más relevancia a las cogniciones y los procesos psicológicos. Ellis le atribuye un papel fundamental a los pensamientos, creencias y evaluaciones, Beck et al. (2012) a los esquemas y Young para el caso de trastornos emocionales crónicos, a los esquemas maladaptativos tempranos. Estos mentores de la psicoterapia cognitivo conductual, coinciden en que es sobre estos procesos cognitivos, que deben generarse modificaciones a través de la psicoterapia, para aliviar buena parte de los trastornos mentales. A continuación se exponen otros conceptos desarrollados desde la corriente cognitivo conductual, importantes para comprender la forma como se estructuran algunos trastornos psicológicos.

Uno de estos conceptos es el de creencias; estas se pueden definir como mapas internos que permiten dar sentido al mundo, se construyen y generalizan a través de la experiencia. Las creencias son el resultado directo de la relación entre la realidad y los esquemas. Y son los contenidos de los esquemas. (Camacho, 2015)

Beck et al (2012) establecen dos tipos de creencias; las nucleares, que constituyen el self de la persona, son difíciles de cambiar, dan el sentido de identidad y son idiosincrásicas (por ejemplo, Yo soy varón); y las creencias periféricas, que se relacionan con aspectos más secundarios, son más fáciles de cambiar y tienen una menor relevancia que las creencias nucleares (por ejemplo La vida siempre te da una segunda oportunidad) (Camacho, 2015).

Para Ellis existen tres tipos de creencias primarias que de ser irracionales, hacen vulnerables a las personas a padecer trastorno emocional y caracterizó también 3 tipos de

creencias secundarias que se derivan de las primeras. En la tabla 4 se muestran las creencias primarias y secundarias señaladas por Albert Ellis y sus características, desde una perspectiva racional e irracional.

**Tabla 4. Creencias racionales e irracionales de Albert Ellis**

Tipo de creencia	Creencia Irracional	Creencia Racional	
Creencias Primarias	Referente a la meta de Aprobación/ Afecto	"Tengo que conseguir el afecto o aprobación de las personas importantes para mí".	"Me gustaría tener el afecto de las personas importantes para mí".
	Referente a la meta de Éxito/Competencia o Habilidad personal	"Tengo que ser competente (o tener mucho éxito), no cometer errores y conseguir mis objetivos".	"Me gustaría hacer las cosas bien y no cometer errores".
	Referente a la meta de Bienestar:	"Tengo que conseguir fácilmente lo que deseo (bienes materiales, emocionales o sociales) y no sufrir por ello".	"Me gustaría conseguir fácilmente lo que deseo".
Creencias Secundarias	Referente al valor aversivo de la situación	<i>Tremendismo:</i> "Esto es horroroso, no puede ser tan malo como parece".	<i>Evaluar lo negativo:</i> "No conseguir lo que quiero es malo, pero no horroroso".
	Referente a la capacidad para afrontar la situación desagradable	<i>Insoportabilidad:</i> "No puedo soportarlo, no puedo experimentar ningún malestar nunca".	<i>Tolerancia:</i> "No me gusta lo que sucedió pero puedo soportarlo, o modificarlo si me es posible".
	Referente a la valoración de sí mismo y otros a partir del acontecimiento	<i>Condena:</i> "Soy/Es/Son...un X negativo (p.e inútil, desgraciado...) porque hago/hace-n algo indebido".	<i>Aceptación:</i> "No me gusta este aspecto de mí o de otros, o de la situación, pero acepto como es, y si puedo la cambiaré".

Fuente: Elaboración propia a partir de (Ruiz & Cano, 2002) citando a Ellis)

Ellis al asegurar que no son los eventos ambientales los que determinan el malestar emocional, sino la valoración que el individuo hace de estos, agrega que la producción de estados emocionales perturbadores extremos e irracionales o racionales dependerá fundamentalmente de las creencias o actitudes valorativas del sujeto particular. En este sentido

el trastorno psicológico deriva de las creencias irracionales, caracterizadas por perseguir una meta personal de modo exigente, absolutista e inflexible. (Ruiz & Cano, 2002)

Las creencias irracionales y los esquemas, son mantenidos por errores sistemáticos que se dan en el pensamiento y estos errores sostienen la validez de la creencia o el esquema, pese a que exista evidencia de su irracionalidad. Estas fallas en el procesamiento de la información son llamadas distorsiones cognitivas (Beck 1967, citado en (Beck, 2012) ). Inicialmente Ellis y posteriormente Beck hicieron la identificación de las principales distorsiones cognitivas y en 1991 Ruiz y Lujan las recopilaron para la creación del inventario de pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas. En el anexo 6 se listan las 15 principales distorsiones cognitivas con sus descripciones.

La expresión de las distorsiones cognitivas y los esquemas, son los pensamientos automáticos (Ruiz & Imbernon, 1996), que son “pensamientos e imágenes que aparecen en situaciones donde hay una intensa alteración emocional (p.e. ansiedad) y conductual (p.e. evitación del examen)” (Moyano, 2011).

... son conclusiones, juicios e interpretaciones que aparecen automáticamente (de ahí su nombre) como pensamientos sin ningún razonamiento anterior que explique cómo pueden formarse. Son involuntarios, es decir, que incluso cuando el paciente quiere suprimirlos o sustituirlos, no puede hacerlo. Una de sus características principales es que cualquier paciente con pensamientos automáticos se los va a creer, por completo, mientras que un observador externo los negará... Son pensamientos, por tanto, que

parecen poco razonables, disfuncionales, repetitivos e idiosincrásicos. [Beck, 1976, citado en (Caro, 2009, pág. 147)]

Ruiz e Imbernon (1996), describen las principales características de los pensamientos automáticos así: Son una charla interna referida a temas muy concretos, aparecen como mensajes recortados en forma de "palabras claves", son involuntarios, con frecuencia se expresan en forma de palabras como "debería de, tendría que...", tienden a dramatizar o "exagerar las cosas", hacen que cada persona adopte una forma o cristal por donde interpreta los acontecimientos de forma rígida, son difíciles de controlar y son aprendidos. Además teniendo en cuenta que los pensamientos automáticos son errores del pensamiento habituales y repetitivos, se les agrupa o clasifica de acuerdo con las distorsiones cognitivas según los errores que cometen.

### *El trastorno depresivo*

De acuerdo con la información reportada por la Organización Mundial de la Salud – OMS- (2017) la depresión es una de las más relevantes cargas de morbilidad mundial, teniendo en cuenta que es la principal causa de discapacidad global y el más frecuente trastorno mental; el cual afecta a más de 300 millones de personas, principalmente mujeres; y aunque existen tratamientos eficaces para su cura, de no ser tratada oportunamente podría ser letal a través del suicidio.

En 1993, el estudio nacional de salud mental (ENSM) indicó que uno de los grupos de

mayor riesgo de padecer depresión correspondió a las personas entre 16 y 19 años con 5,5%. Para 2003 5,3% de los adolescentes (entre 13-17 años) en Colombia sufrieron de trastorno depresivo; la depresión mayor alcanzó la máxima relevancia general (5,0%), teniendo en cuenta que las mujeres jóvenes presentaron mayor frecuencia (6,5%) respecto a los hombres (3,5%), con lo cual se configuró una relación de casi 2:1. (Ministerio de la Protección Social, 2003)

Ya en 2015 el ENSM, indicó que 2,9% de los adolescentes (entre 12 y 17 años) ha padecido durante algún momento de su vida, un trastorno afectivo, de los cuales el 2,0% correspondió a la depresión mayor, 0,8% lo ha sufrido en los últimos 12 meses y 0,1% en el último mes.

Beck et al. (2012), establece que los terapeutas no deben restringirse a una definición particular o guiada por una escuela acerca de la depresión, propone tener en cuenta descripciones que posean una aceptación generalizada; motivo por el cual se dedica un espacio importante de este desarrollo conceptual, a las especificidades de la depresión descritas por el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV), por ser un instrumento aceptado y utilizado por gran parte de la comunidad científica.

En el DSM IV, los trastornos depresivos se ubican en la sección de trastornos del estado de ánimo (TEA), referidos a aquellos trastornos que implican alteración del humor. En esta misma categoría y junto a los trastornos depresivos, se encuentran los trastornos bipolares y dos trastornos basados en la etiología (TEA debido a enfermedad médica y TEA inducido por sustancias) (American Psychiatric Association, 1995)

En esta clasificación, los trastornos depresivos se subdividen en trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado. Para realizar el diagnóstico de los trastornos depresivos bajo los indicadores del DSM IV, deben tenerse claros los criterios para describir los episodios afectivos, que son, el episodio depresivo mayor, el episodio maníaco, el episodio mixto y el episodio hipomaníaco. Por las particularidades del caso de investigación, solo se citan las características del episodio depresivo mayor, contenidas en la tabla 5.

Las características diagnósticas del Trastorno Depresivo Mayor, las describe el manual diagnóstico DSM IV así:

La característica esencial de un trastorno depresivo mayor es un curso clínico caracterizado por uno o más episodios depresivos mayores, sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos (Criterios A y C). Para realizar el diagnóstico de un trastorno depresivo mayor no se tienen en cuenta los episodios de trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias (debidos a los efectos fisiológicos directos de una droga, un medicamento o la exposición a un tóxico) ni los trastornos del estado de ánimo debidos a enfermedad médica. Además, los episodios 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 (Criterio B). (p. 345)

**Tabla 5 Características del Episodio Depresivo Mayor**

<b>Criterios</b>	
A	<p>Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.</p> <p>Nota: No incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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 adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.</li> <li>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 refiere el propio sujeto u observan los demás)</li> <li>3 Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables</li> <li>4 Insomnio o hipersomnia casi cada día</li> <li>5 Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)</li> <li>6 Fatiga o pérdida de energía casi cada día</li> <li>7 Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)</li> <li>8 Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)</li> <li>9 Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse</li> </ol>
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 (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).
E	Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Fuente: DSM IV (American Psychiatric Association, 1995)

Adicionalmente, el manual establece que junto al diagnóstico se realicen algunas especificaciones para describir el episodio depresivo mayor actual o el más reciente:

Mencionar si se trata de un episodio único o recidivante

Especificar el nivel de gravedad

Mencionar si es grave con síntomas psicóticos

Especificar si el trastorno se encuentra en remisión parcial o en remisión total.

Especificar si se trata de un episodio crónico

Especificar si hay presencia de síntomas catatónicos

Puntualizar si se presentan síntomas melancólicos.

Especificar la existencia de síntomas atípicos durante las 2 semanas más recientes.

### *El trastorno depresivo desde el modelo cognitivo conductual*

El modelo cognitivo estima que los signos y síntomas del síndrome depresivo surgen a raíz de patrones cognitivos negativos; “por ejemplo, si el paciente piensa erróneamente que va a ser rechazado, reaccionará con el mismo efecto negativo (tristeza, enfado) que cuando el rechazo es real” (p.20). De igual forma, desde este modelo se explican los síntomas físicos de la depresión con un origen cognitivo; “la apatía y las pocas energías pueden ser consecuencia de la creencia del paciente de que está predestinado a fracasar en todo cuanto se proponga. La visión negativa del futuro (sensación de futilidad) puede producir una inhibición psicomotriz” (p. 21). (Beck, 2012)

Albert Ellis afirma que experimentar emociones negativas, no lleva implícitamente la

condición de irracionalidad. Lo que determina si una emoción negativa es o no patológica es su sustrato cognitivo y el nivel de malestar que se produce de sus consecuencias. Así en la Terapia Racional Emotiva (RET), se hace una diferenciación entre las emociones apropiadas y las emociones inapropiadas. Para el caso específico de la depresión, Ellis hace la siguiente distinción: La emoción apropiada sería la tristeza, que se produce por la creencia racional "Es malo haber sufrido esta pérdida, pero no hay ninguna razón por la que no debería haber ocurrido" Por el contrario, la depresión es la emoción inapropiada, generada a partir de la creencia irracional "No debería haber sufrido esta pérdida, y es terrible que sea así". Si se cree responsable de la pérdida se condena: "No soy bueno", y si la cree fuera de control: "Es terrible" (Ruiz & Cano, 2002)

De otro lado, Beck et al. (2012), mencionan tres aspectos centrales en la conceptualización del trastorno depresivo: La triada cognitiva, los esquemas y los errores en el procesamiento de la información (los pensamientos automáticos y las distorsiones cognitivas).

La triada cognitiva se refiere a tres factores cognitivos que llevan al individuo, a considerarse a sí mismo, su entorno y su futuro de manera idiosincrática o particular. La visión negativa de sí mismo hace referencia a la tendencia de atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo, de tipo psíquico, moral o físico y como consecuencia se subestima, se autocrítica y piensa que no tiene los elementos suficientes para lograr la felicidad. En segundo lugar, la evaluación negativa de las experiencias o el entorno, tiene que ver con la tendencia a pensar que la vida le hace exigencias muy grandes y le pone obstáculos insuperables para alcanzar tales metas, calificando su relación con el entorno en términos de derrota y frustración,

sin dar lugar a darse explicaciones más realistas o meritorias. El tercer elemento de la triada es la visión negativa acerca del futuro; la persona depresiva considera que sus dificultades actuales se perpetuarán y por tanto solo espera del futuro más frustraciones y fracasos. (Beck, 2012)

El segundo aspecto en la conceptualización de la depresión elaborada por Beck et al (2012), son los esquemas. Como ya se expuso “los tipos de esquemas empleados determinan el modo como un individuo estructurará distintas experiencias” (p. 21). Teniendo en cuenta que los esquemas pueden permanecer inactivos y ser activados por inputs ambientales específicos, en los estados psicopatológicos como la depresión, los esquemas adaptativos son minimizados por los esquemas idiosincráticos, que se hacen paulatinamente más dominantes y son activados por un conjunto de estímulos cada vez mayor, por lo tanto el paciente va perdiendo el control voluntario sobre sus cogniciones y no logra activar sus esquemas más adecuados.

En tercer lugar, los errores en el procesamiento de la información (pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas), son los que sostiene los esquemas inadecuados, dándole validez a sus creencias, incluso cuando existe evidencia que las refuten. Beck establece que en el caso de la depresión, las distorsiones cognitivas más frecuentes son: inferencia arbitraria, abstracción selectiva, generalización excesiva, maximización minimización, personalización y pensamiento absolutista dicotómico (Beck, 2012).

Adicional a los tres factores centrales para la conceptualización cognitiva del trastorno depresivo, Beck et al. (2012) hipotetizan que existe una predisposición para la aparición de este trastorno, que devienen de algunas experiencias tempranas que dinamizan la formación de

conceptos negativos sobre uno mismo, el mundo y el futuro (triada cognitiva), estos esquemas permanecerían latentes y serían activados por algunas circunstancias similares o análogas a las que les dieron origen.

Las situaciones desagradables de la vida –incluso las extremadamente adversas- no conducen necesariamente a una depresión, a no ser que la persona este especialmente sensibilizada hacia un tipo concreto de situación debido a la naturaleza de su organización cognitiva (Beck, 2012, pág. 24)

Adicional a estas consideraciones sobre la depresión, en el libro terapia cognitiva de la depresión (2012), Beck y sus colaboradores listan una serie de características de los trastornos depresivos, a tener en cuenta en el curso de la terapia. Entre ellas que la depresión tiende a llevar un curso determinado, que suele iniciar con un grado medio de intensidad, posteriormente llega a su punto más crítico y generalmente después disminuye en intensidad, por lo que presenta remisiones espontáneas; además suele ser episódica, presentando periodos con ausencia de síntomas; es fundamental un correcto diagnóstico de la depresión, dado que el suicidio es una complicación recurrente de este trastorno y existen diagnósticos diferenciales que marcan una discrepancia sustancial en el tratamiento; no se puede desconocer la eficacia de la farmacoterapia y otros tratamientos somáticos en algunos casos, por la presencia de alteraciones biológicas en ellos, de igual forma es importante indagar los antecedentes familiares, pues en algunos tipos de depresiones como las bipolares, existe un fuerte componente hereditario.

### *La terapia cognitivo conductual en el tratamiento de la depresión*

Beck (1979) establece tres objetivos del tratamiento psicoterapéutico, que van progresivamente desde la intervención sintomática, hasta la transformación de factores subyacentes de tipo cognitivo. El primero de ellos es la modificación de los síntomas objetivos, esto atendiendo a una clasificación de los síntomas en cognitivos, afectivos, motivacionales, conductuales y fisiológicos. En segundo lugar la terapia debe llevar al reconocimiento de los pensamientos automáticos y consecuentemente de las distorsiones cognitivas. Y en tercer lugar, la identificación y modificación de los supuestos personales o esquemas (Ruiz & Cano, 2002) citando a Beck, 1979).

Para el logro de esos objetivos el autor propone en una primera fase, la evaluación, conceptualización y socialización terapéutica. La evaluación consiste en traducir las quejas del paciente en términos cognitivo conductuales, determinando las áreas problemáticas (conductuales, Emocionales, Cognitivos, Motivaciones y Físicos) y establecer entre ellas el análisis funcional conductual; es decir cómo se afectan las áreas problemáticas entre ellas. Para la evaluación se emplea la historia clínica, los autoregistros y los cuestionarios.

En la conceptualización se categorizan los problemas detectados durante la evaluación, siguiendo una taxonomía específica. Aunque Beck propone un esquema de conceptualización, para el caso, se emplea un modelo propuesto por Walter Riso (2006), llamado modelo de conceptualización de caso clínico multinivel. Este modelo, con fines didácticos describe tres niveles de estructuración psicológica; pero en la realidad del paciente, los aspectos de cada nivel

actúan de manera integrada.

El primer nivel, llamado sintomático/ descriptivo, tiene un enfoque cognitivo / conductual y trata de explicar las relaciones interactivo / Funcionales entre los niveles de respuesta cognitiva, emocional y motora, con el ambiente, dando énfasis a los pensamientos automáticos y las distorsiones cognitivas. La intervención en este nivel se centra en lo sintomático y el motivo de consulta manifestado por el paciente. (Riso, 2006)

Riso (2006) al describir el Nivel II, precisa que tiene un enfoque cognitivo/informacional. En el interviene la habilidad del terapeuta para explicar el funcionamiento de la estructura interna del sistema, identificar los esquemas que determinan la generación de los pensamientos disfuncionales, que desencadenan las respuestas del individuo; es decir: “la dinámica que explica la patología en sí misma” (pág. 44).

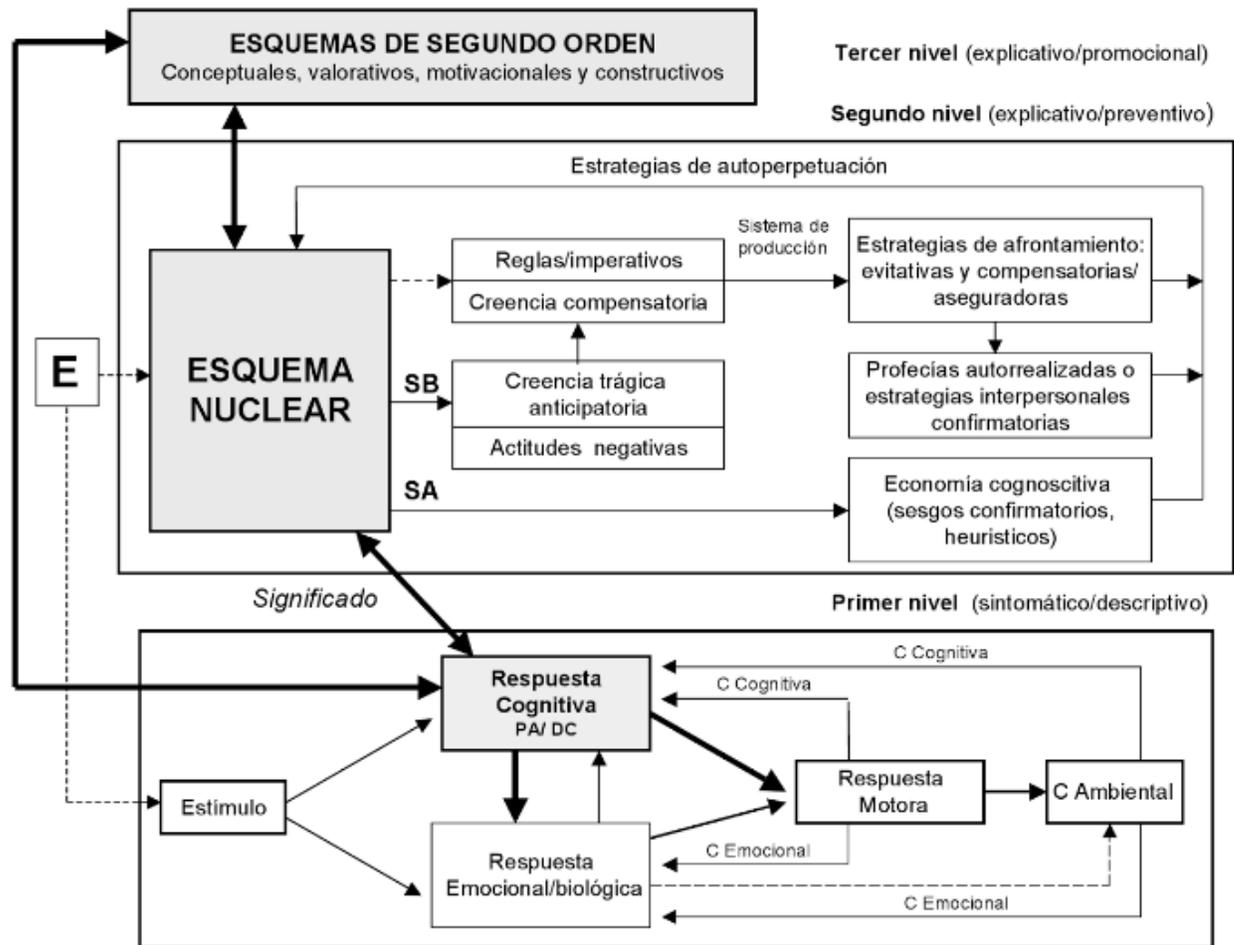
Para la conceptualización en este nivel, el autor propone identificar el esquema nuclear, que se refiere a las estructuras implicadas en el autoconcepto y los esquemas sociales/interpersonales. Señalar las creencias trágicas que se desencadenan del esquema nuclear o creencia central y las estrategias de evitación y compensatorias/aseguradoras que se originan de las creencias trágicas. Todas estas creencias y estrategias, constituyen el sistema B de autoperpetuación del esquema nuclear. Por su parte, el sistema A de autoperpetuación, alude a los mecanismos de economía cognitiva, como los sesgos confirmatorios, dentro de los cuales se encuentran los sesgos perceptuales y las correlaciones ilusorias, los sesgos atencionales y los sesgos de memoria; el yo totalitario y los heurísticos.

La intervención en el nivel II pasa de lo sintomático a lo clínico “Esta estructura define la vulnerabilidad o predisposición cognitiva/ afectiva y nos ubica en un nivel preventivo. Su modificación disminuirá la probabilidad futura de ocurrencia de la enfermedad a tratar” (Riso, 2006, pág. 43)

El nivel III, o explicativo/promocional, “corresponde al estudio de esquemas de orden superior, que definen la visión del mundo del paciente y funcionan como una guía generalizada y orientadora de conducta en distintos contextos” [Dewan, Steenbarger y Greenberg, 2005, citados en (Riso, 2006, pág. 47)]. De este nivel hacen parte 4 esquemas de segundo orden: los esquemas ideológicos conceptuales, los esquemas valorativos, los esquemas motivacionales superiores y los esquemas constructivos. La intervención en el tercer nivel “no solo aporta a la prevención de trastornos específicos sino también y fundamentalmente a la promoción de estilos de vida saludables y de mejoramiento continuo, mediante la implementación y el desarrollo de esquemas constructivos que potencien las capacidades humanas” (pág. 48).

En la figura 3 se aprecia gráficamente cómo se integran los diferentes niveles de conceptualización en un complejo sistema informacional.

**Figura 3. Esquema integrado multinivel**



Fuente: (Riso, 2006, pág. 41)

Siguiendo con la estructura de la terapia cognitivo conductual en el tratamiento de la depresión, dentro de la primera fase y posterior a la conceptualización, se realiza la programación de las sesiones; en la cual el terapeuta planifica cada sesión dentro del proceso terapéutico, cuya duración media es de 10 a 20 sesiones de 45 minutos aproximadamente, con una frecuencia semanal. La agenda las sesiones debe comentarse con el paciente al inicio de cada una (Ruiz & Cano, 2002).

Generalmente durante la primera sesión con el paciente, se realiza la socialización terapéutica que consiste en prepararlo para la terapia cognitiva, buscando que comprenda el sentido y el fundamento teórico de la terapia, así como las fluctuaciones en la intensidad de la depresión a lo largo del tratamiento. (Beck, 2012)

En la socialización se tienen en cuenta cuatro aspectos. El primero de ellos es el contrato terapéutico, en el cual el paciente se compromete con el tratamiento, asistiendo a la terapia y realizando las tareas para la casa. También se propone la biblioterapia; técnica que consiste en facilitar al paciente folletos o textos que le permitan comprender cómo se estructura su problema desde el enfoque terapéutico y cómo funciona la terapia cognitiva. El tercer aspecto se refiere a la presentación de la conceptualización; es decir que el paciente entienda claramente la forma como su pensamiento incide sobre sus emociones y su conducta. Con este se relaciona el cuarto aspecto, que tiene que ver con la claridad del paciente acerca de la diferencia entre pensamientos y hechos [Leahy y Hollan, 2000, citados en (Caro, 2009)]

La segunda fase del proceso terapéutico consiste en la aplicación de técnicas cognitivas y conductuales para enfrentar los problemas identificados en la primera fase; es decir para modificar las distorsiones cognitivas y los significados personales subyacentes o esquemas. Es preciso tener en cuenta, que el método se diseña conforme a las necesidades del caso y en algunos, es necesario dotar a los pacientes en primera instancia de las técnicas conductuales, que les permitan emprender actividades más constructivas y minimizar así la estimación negativa de sus actividades, dado que están tan preocupados con sus pensamientos negativos que iniciar con la introspección podría empeorar sus ideas perseverantes. Sin embargo es tarea del terapeuta

evaluar la pertinencia de cada técnica en los diferentes momentos de la terapia. (Beck, 2012)

En el anexo 7 se presenta un resumen de las técnicas cognitivas y conductuales más empleadas en la terapia cognitivo conductual realizada por Beck (2012). Además de estas técnicas, el autor enuncia otra clasificación de estrategias a emplear, según los síntomas objetivos (categorizados en la etapa de evaluación). En esta clasificación se encuentran la mayoría de técnicas cognitivas y conductuales y se listan otras estrategias. En el anexo 8 se enuncian las estrategias y técnicas aplicables a los síntomas objetivos.

Adicionalmente, Beck (2012) identifica un grupo de técnicas específicas para pacientes suicidas, las cuales se encuentran relacionadas en el anexo 9.

La aplicación de técnicas cognitivo conductuales no solo buscan que el paciente encuentre formas más adaptativas y adecuadas de procesar la información para lograr cambios emocionales y de conducta, sino que es un método que paulatinamente instruye al paciente en el desarrollo de habilidades terapéuticas que lo lleven a ser más autónomo en el afrontamiento de su cotidianidad en el futuro inmediato. Isabel Caro (2009), establece que la finalidad de las técnicas cognitivas es:

- (1) “ayudar al paciente a buscar evidencia que contrarreste las ideas negativas.
- (2) Ayudar al paciente a que busque puntos de vista alternativos y que introduzca la duda frente a la certeza.
- (3) Que el paciente sea capaz de trabajar, detectar y por tanto, modificar, sus principales errores cognitivos. (pág. 161)

La tercera fase del proceso terapéutico consiste en la terminación, seguimiento y prevención de recaídas. Beck se ha dado a la tarea de identificar algunos posibles problemas que se pueden originar en la terminación del tratamiento y sugiere algunas estrategias para afrontarlos; en todas ellas se rescata la motivación al paciente para poner en práctica lo aprendido de manera autónoma, resaltando sus logros, sin perder de vista que el objetivo de la terapia no es evitarle todos los problemas vitales posibles, sino que aprenda a resolverlos más eficazmente (Ruiz & Cano, 2002).

Ruiz y Cano (2002), proponen que durante la fase de terminación, el terapeuta y el paciente deben detectar potenciales situaciones de riesgo, frente a los factores de vulnerabilidad trabajados y ensayar las alternativas cognitivo conductuales para afrontarlas, quizá empleando la técnica de Rol-playing. Se recomienda también realizar un seguimiento postterapéutico gradual a los 3 meses, 6 meses y un año. Beck et al. (2012), establece también, que en las sesiones finales se fomente la continuación de tareas para la casa y la práctica de las estrategias incorporadas, recalando que es un proceso de aprendizaje que debe continuar a lo largo de toda la vida.

### **Análisis del caso**

Para la realización del análisis del caso se toma como referencia el esquema de conceptualización cognitiva multinivel propuesto por Walter Riso (2006) y descrito en el marco teórico.

*Nivel I*

En este nivel se tienen en cuenta fundamentalmente las quejas específicas del paciente y sus respuestas cognitivas, emocionales y motoras (Riso, 2006). OSS expresó como motivo principal de consulta su bajo desempeño académico, sin embargo, tras esta necesidad, se observó una valoración negativa de la autoeficacia, relacionada con un pobre autoconcepto. A continuación, en la tabla 6 se listan las respuestas cognitivas, emocionales y motoras resultantes de su cuadro clínico.

**Tabla 6. Respuestas cognitivas, emocionales y motoras de OSS**

<i>Respuestas cognitivas</i>	<i>Respuestas Emocionales</i>	<i>Respuestas Motoras</i>
Ideación suicida	Sentimientos de culpa y vergüenza	Autolesiones Baja eficacia
Indecisión	Sentimientos de Ira	Pasividad, evitación e inercia
Autocrítica	Disminución de respuestas emocionales	Problemas de habilidades sociales

Fuente: Historia clínica de OSS

De igual forma, en el nivel I se señalan los pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas que los producen. Para identificar los PA y distorsiones se emplearon dos instrumentos, por una parte el diligenciamiento de autorregistros (para identificar las situaciones que desencadenan los pensamientos automáticos y las respuestas generadas) y por otra, la aplicación del inventario de pensamientos automáticos de Ruiz y Lujan.

En el anexo 8, se presentan a manera de ilustración, anotaciones de autorregistros consignados por la paciente y luego revisados en las sesiones terapéuticas. En ellos, se puede apreciar que los pensamientos automáticos de OSS, giran en torno a valoraciones negativas de sí misma, generados a partir de situaciones de la cotidianidad, que no logra manejar de manera eficaz.

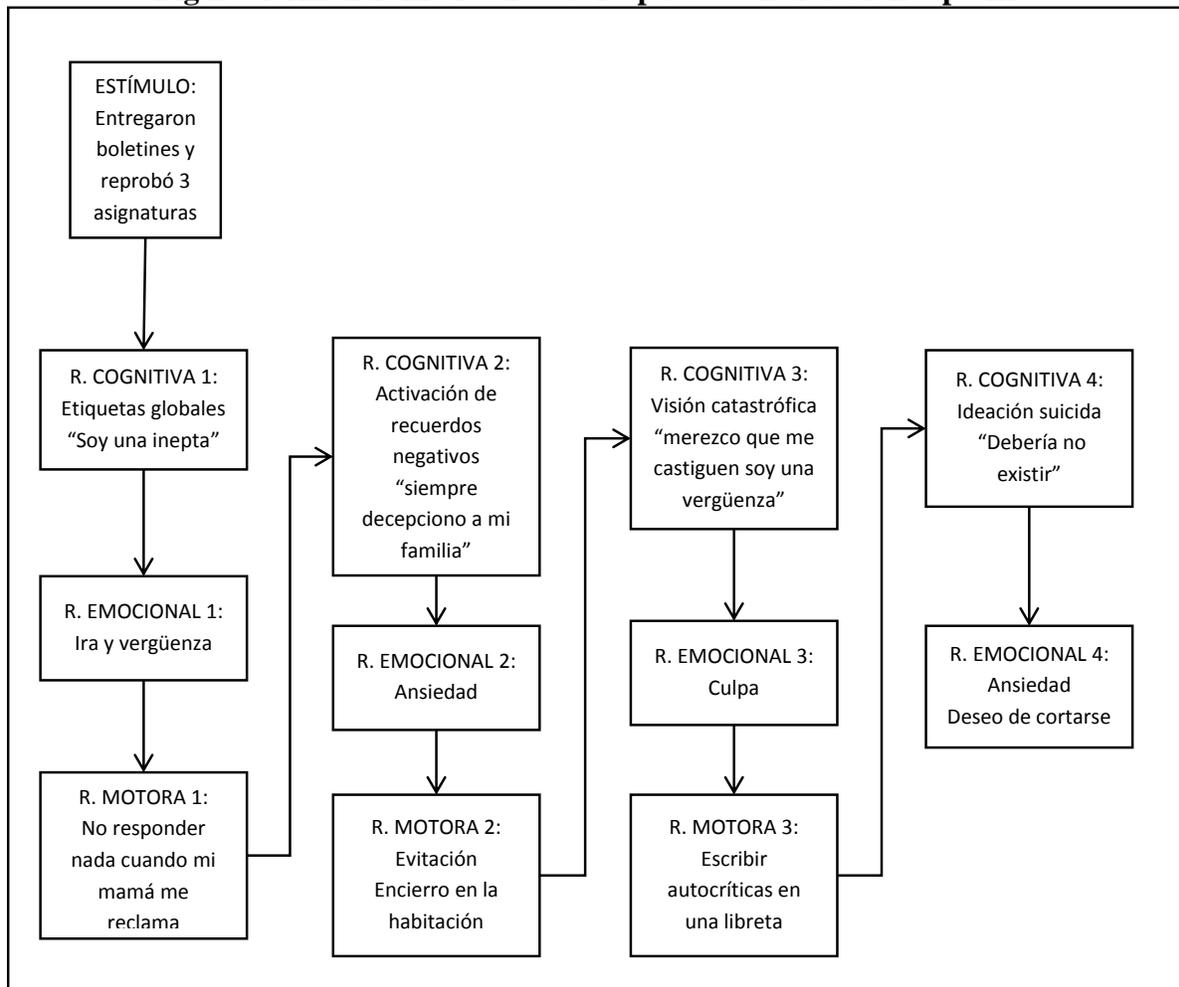
El inventario de pensamientos automáticos, permite ver que en general, los PA de OSS son cometidos por las distorsiones cognitivas de *visión catastrófica*, *etiquetas globales* y *falacia de recompensa divina*. Lo cual sugiere que la paciente avizora consecuencias negativas desproporcionadas ante las situaciones que enfrenta, se etiqueta así misma con calificativos muy negativos y espera que los problemas se resuelvan, sin emprender soluciones factibles.

Al analizar el origen y desarrollo de los síntomas y el trastorno, OSS inicialmente adjudica su producción, al evento de abuso sexual, pues los síntomas inician después de este, sin embargo, cuando se realiza con ella un análisis más profundo, concluye que previo a este evento, hubo un hecho fundamental, que fue la pérdida del 7°, lo cual le produjo gran frustración y decepción, además de vergüenza con su familia. Al encontrarse en 8°, sucedió el abuso sexual por parte de su docente, el cual ella en principio no interpretó como abuso, por no haber existido el uso de la fuerza, más si sentía vergüenza y culpa, por acceder al chantaje del profesor, con su amenaza de reprobarle las asignaturas. Aquí OSS se percata que la amenaza logró su cometido por su temor a volver a perder el año, lo cual consideraba que sería muy mal visto por su familia, que en ese momento pasaba dificultades por asuntos económicos relacionados con el trabajo del padre y la salud de su mamá.

De igual forma, OSS reconoce que los síntomas cobraron su mayor intensidad después, cuando cambia nuevamente de institución educativa, por dos razones; la primera, a partir de reflexiones sobre la virginidad y la dignidad realizadas en la clase de ética, que le hicieron evaluar las relaciones sexuales con su docente, como un negocio en donde ella recibió el beneficio de las calificaciones; y en segundo lugar, la reprobación del año escolar, que confirmó sus ideas de incapacidad y minusvalía y le llevó a la conjetura que no podrá obtener buenos resultados académicos por sus propio méritos. En adelante, para OSS sus resultados académicos empezaron a ser el indicador más importante de su autoeficacia influyendo esto de manera importante en su autoconcepto. Para ampliar la información acerca de cómo se fueron configurando los síntomas de manera cronológica, remitirse al apartado “área problemática”.

El nivel I además de enunciar la sintomatología y vincularla con unos eventos desencadenantes, requiere del análisis interactivo de las respuestas cognitivas, emocionales y motoras; para ello, se realiza el análisis de una situación particular, descrita en el autorregistro (anexo 8). Este análisis se plasma en la figura 4.

**Figura 4. Análisis interactivo de respuestas en situación específica**



Fuente: Elaboración propia

El análisis interactivo se realiza a partir del evento en el cual OSS recibe su boletín de calificaciones y perdió tres asignaturas, lo cual no era esperado por ella y mucho menos por su familia, pues se encontraba repitiendo el 9°. Esta situación inmediatamente dispara el pensamiento *"Soy una inepta"* relacionado con una valoración personal en la cual se adjudica una *etiqueta*; a lo que sobreviene una gran carga de ira, reproches hacia sí misma y vergüenza con su familia; motivo por el cual guardó silencio cuando su mamá le reclamaba por los bajos resultados. Los regaños de su mamá activaron recuerdos negativos de las frustraciones

académicas del pasado y concluyó “*siempre decepciono a mi familia*”, inmediatamente sobrevino la ansiedad e intranquilidad y buscó encerrarse en su habitación, para evitar hablar con otros sobre el tema. Sola en su habitación, empezó a tener rumiación mental sobre sus experiencias de fracaso en el pasado y lo injusto de generar este disgusto a su familia, por lo que, a partir de un error cognitivo de *catastrofización*, concluye que merece un castigo, pues es culpable de lo que está sucediendo y a manera de autocastigo toma una libreta y escribe cosas como “*soy una vergüenza*” “*no merezco vivir*” y otras autocríticas, lo que la lleva a pensar que no debería existir, este pensamiento aviva la ansiedad e intranquilidad y los deseos de cortarse, quizá como una forma de castigo.

Esta interacción de respuestas, caracterizadas por pensamientos asociados a autocríticas, emociones de culpa, ira, vergüenza y ansiedad y conductas evitativas, se repiten cíclicamente en otras situaciones analizadas. También es frecuente que OSS ante situaciones de exigencia social, responda con poca asertividad, mostrándose retardadora, ofensiva y poco considerada. Ella no se explica por qué responde de esta manera, pero es consciente que estas actitudes se producen cuando siente que los demás la van a tildar de “*tonta, estúpida, poco interesante o bruta*” y este otro repertorio de respuestas la han llevado a aislarse hasta de sus familiares, refugiándose en su habitación y sobretodo en sus pensamientos fantasiosos, lo cual se constituye en una de las principales causas de su bajo rendimiento escolar por la desatención y consecuente dificultad para memorizar.

En general, ante las diferentes exigencias académicas, domésticas y sociales, OSS no emprende soluciones y permanece pasiva, sin embargo anhela que la situación mejore, casi de

manera espontánea, esperando la confabulación de circunstancias a favor o la actuación de Dios en su vida. Es esto lo que se conoce como *falacia de recompensa divina*.

Para atender las necesidades más apremiantes de la paciente en este nivel, se realizó con ella la identificación de *síntomas objetivo* (Beck, 2012) y se implementaron un grupo de técnicas, previas al trabajo más cognitivo y de reestructuración de pensamientos. En la tabla 7 se presentan los síntomas objetivo, las técnicas empleadas y los resultados obtenidos.

**Tabla 7. Técnicas empleadas en el Nivel I**

<b>Síntoma Objetivo</b>	<b>Técnicas utilizadas</b>	<b>Resultados obtenidos</b>
<b>Pasividad, evitación e inercia</b>	Programación de actividades graduales (Anexo 7)	Este síntoma está muy ligado al siguiente, pues en gran parte coadyuva a la baja eficacia. Romper el círculo de inercia, demandó de la paciente, gran esfuerzo y requirió del trabajo en la distorsión cognitiva de falacia de recompensa divina. Solo cuando se logró mayor activación, se pudo poner en marcha el plan terapéutico, que en principio estuvo muy marcado por el incumplimiento en las tareas, producto de la pasividad.
	Técnicas de dominio y agrado (Anexo 7)	
	Práctica de ejercicio físico	
<b>Baja eficacia</b>	Práctica cognitiva, técnicas de estudio y mnemotécnicas. (Anexo 7)	La baja eficacia es el principal evento disparador de los PA, por ello el sentido de priorizar el manejo de este síntoma, para incidir en la estructura cognitiva de la paciente y lograr alivio en el malestar producido por los PA inadecuados. Pese a que se tomó desde el inicio de la terapia, hasta las fases finales, empezaron a obtenerse los resultados de mejoría en el rendimiento académico y establecimiento de relaciones afectivas con mayor intercambio afectivo.
	Entrenamiento en habilidades sociales (anexo 7)	
<b>Autolesiones  Ansiedad</b>	Detención del pensamiento -elástico en la muñeca. (Anexo 7)	Cuando la paciente inicia la terapia, ya había dejado de cortarse, pero el deseo de hacerlo, cada vez que se activaban los PA, generaba mucha intranquilidad y síntomas de ansiedad. La implementación de las técnicas, facilitó el manejo de emociones y facilitó la comprensión del ABC por parte de la paciente, para lograr posteriormente la reestructuración cognitiva.
	Técnicas de autocontrol.	
	Registro de pensamientos inadecuados. (Anexo 7)	
<b>Ideación suicida</b>	Inoculación del stress. (Anexo 9)	En la primera fase de la terapia, la ideación suicida continuó presentándose pero la paciente lograba manejar estos pensamientos y las emociones asociadas a ellos. Solo cuando se realizó la intervención en las creencias secundarias y la creencia nuclear y cuando la paciente logró mayor eficacia en los resultados académicos, la ideación suicida dejó de presentarse.
	Entrenamiento en solución de. (Anexo 9)	

Fuente: Elaboración propia, a partir del registro de las sesiones de trabajo.

## *Nivel II*

Este nivel explica el funcionamiento de la estructura cognitiva que sustenta al trastorno mental. Para ello, se identifica el esquema nuclear y los sistemas de autoperpetuación de este, que son los principios de economía cognitiva (sistema A) y las creencias intermedias (sistema B). (Riso, 2006).

En el caso de estudio, el esquema nuclear en torno al cual se consolida el trastorno depresivo, se encuentra fundamentalmente en la esfera del “*autoconcepto*” con incidencia en los *esquemas sociales/ interpersonales*. Tiene que ver con una creencia de incompetencia para enfrentar la vida de manera autónoma y eficiente. Visto desde la triada cognitiva (Beck, 2012), hay una valoración negativa de sí misma, se considera que sus aptitudes no son suficientes para enfrentar el entorno y esto genera desesperanza frente a los acontecimientos futuros.

El esquema de autoconcepto se analizó a partir de los autoregistros de pensamientos automáticos y los resultados del cuestionario de esquemas de Young (YSQ-SF) (ver tabla 1 y anexo 5). Es de recordar, que los esquemas maladaptativos tempranos se encuentran agrupados en dimensiones y que “cada una de estas dimensiones reflejan una necesidad crítica de los niños relacionada con el funcionamiento adaptativo” (Rodríguez Vilchez, 2009, pág. 63). En el YSQ-SF de OSS, resalta el puntaje de la dimensión *deterioro de la autonomía y la actuación*. En esta dimensión, Young establece que los individuos son dependientes y creen que carecen de las habilidades para afrontar situaciones por ellos mismos (Rodríguez Vilchez, 2009). Dentro de esta dimensión OSS obtuvo puntajes sobresalientes en los EMT de *fracaso* que hace alusión a

“la visión de que el individuo ha fracasado en el pasado y continuará haciéndolo, debido a una ausencia inherente de inteligencia, talento u otras habilidades” y el EMT de *Dependencia / incompetencia*, que “supone la creencia en que el individuo es incompetente y está desamparado y por tanto, necesita la asistencia de los demás para funcionar” (Rodríguez Vilchez, 2009, pág. 63).

Por su parte los esquemas *sociales /interpersonales* también reflejaron dificultad en el YSQ-SF de OSS. La dimensión *desconexión/ rechazo* supera la media. Young plantea que las personas con EMT en esta dimensión “asumen que no van a encontrar en la vida su deseo de amor, aceptación, seguridad y empatía”. Los EMT de OSS que sobresalen en esta dimensión son *aislamiento social/Alienación* e *inadecuación/Vergüenza*; el primero de ellos “describe la creencia en que uno no es parte del grupo o la comunidad, que uno está solo y que es diferente de los demás” y el segundo “recoge la visión de sí mismo como antipático e indeseable socialmente.” (Rodríguez Vilchez, 2009, pág. 63). Los resultados del test de personalidad 16PF-5, también muestran problemas en el relacionamiento con los demás. Los puntajes de *Afabilidad* indican la tendencia a mantener constante rechazo al contacto con otras personas, que va más allá de la preferencia por estar solo. Por su parte la escala de *Autosuficiencia* sugiere dificultad empática en entender las necesidades de los otros, tendencia a ubicar sus propias necesidades por encima de los demás, que dificulta mantener relaciones mutuamente gratificantes. Al examinar los factores globales, la *extraversión* marca un alto índice de retraimiento que llega a ser patológico.

Al contrastar los datos arrojados por el YSQ-SF y el 16 PF-5, en lo que a socialización se refiere, se encuentran dos aspectos al parecer contradictorios. De un lado la creencia de no poder enfrentar la vida solo y la consecuente dependencia y de otra parte, marcado aislamiento social y baja empatía. Para comprender la forma como estas creencias y actitudes se articulan, se realizó con la paciente la técnica de diálogo socrático, donde se encontró que el aislamiento y la apatía surgen como creencias compensatorias para la creencia trágica de “Si permito que se acerquen a mí, se van a decepcionar, porque no tengo nada de interesante”.

A continuación se presenta el diálogo socrático:

*T: Porque no tienes un mejor amigo?*

*OSS: Porque todos son falsos, idiotas*

*T: Que pasa si compartes tus ideas y emociones con un amigo?*

*OSS: nadie va a entender las cosas que me pasan*

*T: Que pasa si ese amigo no está de acuerdo contigo?*

*OSS: significa que piensa que soy una tonta*

*T: entonces no tienes amigos porque temes que te vean como tonta?*

*OSS: Prefiero estar sola a que se burlen de mis cosas*

*T: porque se burlarían?*

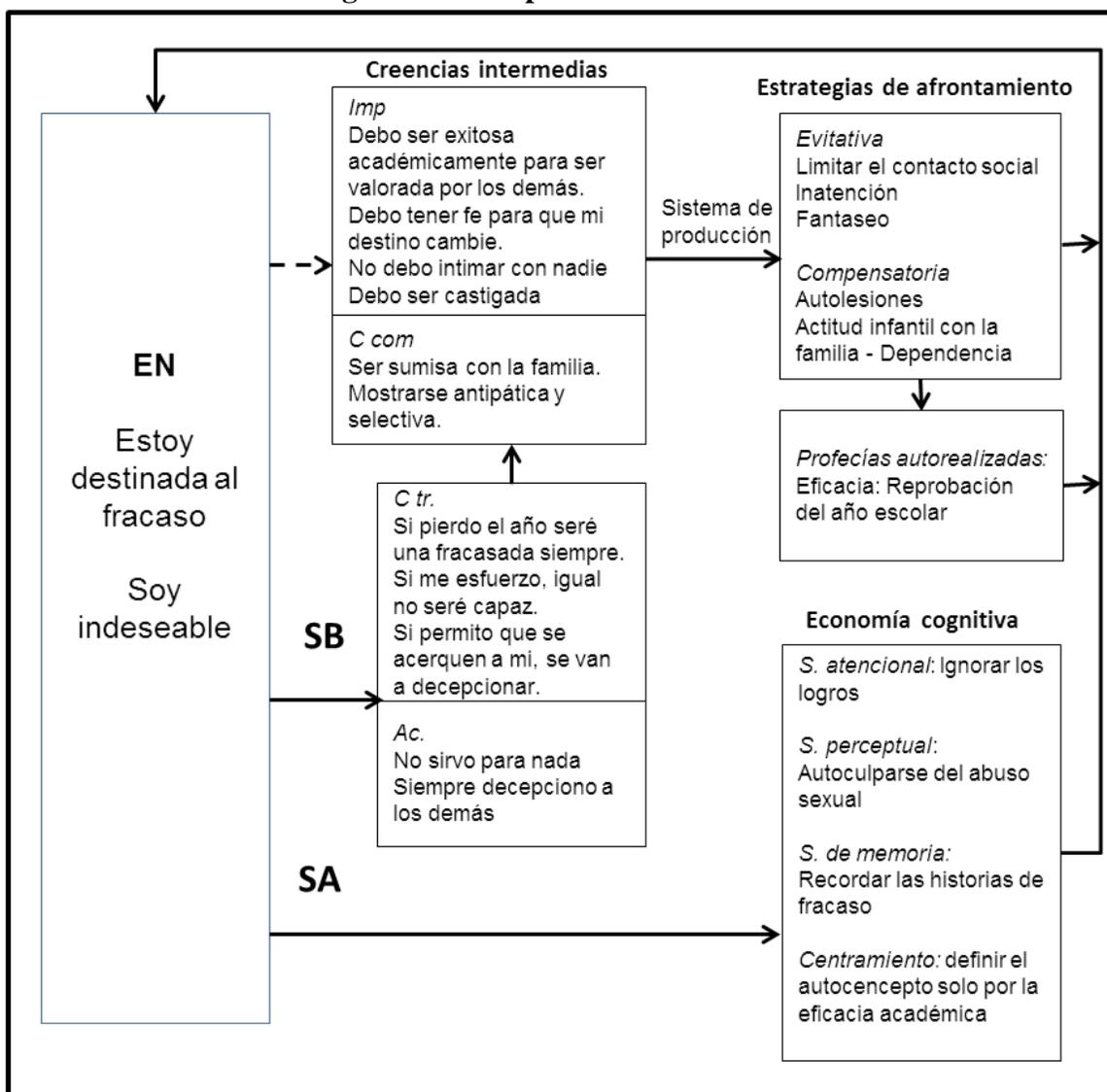
*OSS: Porque ni yo entiendo lo que pienso y las cosas que me pasan. Además siempre que opino en las conversaciones todos quedan con caras de que no entienden.*

Partiendo de toda esta información, y al revisar que en los autoregistros es muy frecuente la cognición “*No sirvo para nada*”, se concluye que el trastorno depresivo se sustenta en los esquemas de *fracaso e inadecuación /vergüenza*, estos sumados a otros esquemas secundarios, inciden en las dimensiones *deterioro de la autonomía y la actuación y desconexión/ rechazo*. Los EMT agrupados en estas dimensiones, tal como lo indica Young, pudieron surgir por la combinación entre el temperamento innato de OSS, que siendo una niña pasiva, tuvo experiencias tempranas de sobreprotección por parte de la madre y hermanas mayores, quienes asumieron parte del cuidado y la crianza, incidiendo en el *deterioro de la autonomía y la actuación*.

De otro lado, las hermanas mayores siempre han sido importantes referentes de comparación para OSS, por su alto desempeño académico y disciplina; aspectos que no han sido cualidades de resaltar en la paciente; lo cual podría indicar que OSS creció en un ambiente carente de aceptación y tendiente a la crítica, que pudo influir en la consolidación de los esquemas de la dimensión *desconexión/ rechazo*. Así pues, los esquemas nucleares podrían denominarse bajo las afirmaciones “*Estoy destinada al fracaso*” y “*soy indeseable*”, precisando que a la base de estos existe una valoración negativa de sí misma y que el fracaso y el rechazo se adjudican a la incompetencia y defectuosidad personal.

En la figura 5 se muestra la conceptualización del Nivel II, la forma cómo se autoperpetúa el esquema nuclear mediante las creencias intermedias y los principios de economía cognitiva.

**Figura 5. Conceptualización del Nivel II**



Fuente: Elaboración propia a partir de diagrama de (Riso, 2006, pág. 370).

Las circunstancias asociadas a la experiencia de Abuso sexual, disparan los esquemas nucleares que se encontraban latentes o inactivos, porque OSS piensa que no tenía las competencias cognitivas para pasar las asignaturas por sus méritos y que esto le permitió al docente chantajearla. Los esquemas sociales se ven influenciados porque existe de fondo la creencia que debe ser exitosa académicamente para ser valorada por los demás, lo cual la lleva a inferir que su falta de inteligencia es decepcionante para los demás.

Para mantener el equilibrio patológico (Riso, 2006), se producen en la estructura cognitiva, una serie de artilugios que blindan al esquema nuclear, a esto se le llama sistemas de autopropagación. En el sistema B se encuentran las creencias intermedias. Del *esquema nuclear* (EN) se desprenden una serie de *creencias trágicas* (*C tr*), que ponen en evidencia, dudas de la paciente sobre su autoeficacia en los ámbitos académico y social. La pasada experiencia de haber reprobado un año escolar, configuró la creencia catastrófica que de repetirse, estará condenada al fracaso siempre, está tan segura de su incompetencia, que perdió la esperanza de cumplir con sus metas escolares y además cree que si le permite a los demás conocerla un poco, notarán su ineptitud. Estas creencias trágicas se reflejan en sus opiniones o *actitudes negativas* (*Ac*) de reafirmarse que no sirve para nada y siempre terminará decepcionando a los demás.

Como estrategia para prevenir la ocurrencia de las creencias trágicas, el sistema se vale de las *creencias compensatorias* (*C com*) y los *imperativos* (*Imp*). Frente a la creencia trágica de perder el año, la paciente no encuentra soluciones posibles y se rinde al esquema, por lo tanto, solo espera que circunstancias ajenas o tangenciales, puedan actuar en su favor y se refugia en la fe, esperando que la situación cambie. Sobre la creencia trágica de decepcionar a los demás, se activa el imperativo que debe ser exitosa académicamente para ser valorada por los demás y la creencia compensatoria de alejar a las personas con una actitud selectiva y antipática para evitar que conozcan su ineptitud y finalmente anticipando que va a fracasar, asume una posición sumisa con su familia para contrarrestar su decepción. Adicionalmente, OSS considera como imperativo, que debe ser castigada por sus defectos.

Las creencias compensatorias, disponen al individuo para la acción, para enfrentar el problema, a estas respuestas se les conoce como estrategias de afrontamiento, que en un sistema patológico, tienden a la evitación. En el caso de OSS, las estrategias *evitativas* son la inatención y el fantaseo excesivo, como formas de distraerse de sus pensamientos negativos y por otro lado la limitación del contacto social para impedir que conozcan su ineptitud. Las estrategias *compensatorias /Aseguradoras*, también tienen como objetivo la protección, pero se diferencian de las primeras, en que interviene en el ambiente. OSS se autoagredía cortándose a manera de autocastigo por sus deficiencias y por la culpa que le producían los recuerdos sobre el abuso sexual; las autolesiones hacían que sus pensamientos y autoreproches se apaciguaran. Adicionalmente adoptaba una actitud infantil en el entorno familiar que provocaba la tendencia sobreprotectora y de dependencia hacia su familia.

En el repertorio de creencias intermedias y estrategias de afrontamiento intervienen los principios de economía cognitiva. Durante el análisis del nivel II, se identificaron dentro de los *sesgos confirmatorios*, un *sesgo atencional*, cuando OSS prestaba poca atención a sus experiencias positivas, un *sesgo perceptual*, cuando interpretaba la experiencia de abuso como su culpa, restando la responsabilidad al docente que siendo el adulto de la relación, la chantajeó y manipuló; también *sesgos de memoria* cuando privilegia los recuerdos sobre situaciones de fracaso. Dentro de la categoría del *Yo totalitario* se produce *centramiento* cuando da tanta relevancia a la eficacia académica, al punto de hacerla el indicador fundamental para su autoconcepto.

En el nivel II, se encuentra el eje central de la terapia, pues tiene un carácter preventivo, en cuanto que es en este que se generan soluciones estructurales a los problemas, al producir modificaciones en las creencias nucleares y secundarias.

Las técnicas empleadas en este nivel se dirigieron a 3 objetivos. El primero de ellos, que la paciente comprenda la forma como sus cogniciones de incapacidad y defectuosidad, desregulan sus emociones y la llevan a formas de enfrentar su cotidianidad, caracterizadas por la evitación, lo cual alimenta el esquema y la lleva a hacer realidad sus creencias trágicas (profecías autocumplidas). En segundo lugar, que la paciente aprenda a hacer evaluaciones más objetivas y flexibles sobre los sucesos, trabajando sobre sus sesgos confirmatorios. El tercer objetivo es que OSS modifique su esquema nuclear hacia perspectivas de competencia y eficacia y por último que pueda ser más eficiente en la resolución de problemas reales.

Para el logro de estos objetivos se emplearon varias técnicas terapéuticas que se enuncian en la tabla 8, además de los resultados obtenidos en su implementación.

**Tabla 8. Técnicas empleadas en el Nivel II**

Objetivo	Técnicas utilizadas	Resultados obtenidos
Comprensión de la estructura cognitiva del trastorno	Explicación del ABC y del esquema multinivel empleando mapas mentales.	La apaciente comprendió fácilmente el enfoque cognitivo de la terapia.
	Registro de pensamientos automáticos, imputs desencadenantes y respuestas emocionales.	La implementación de esta técnica presentó dificultades por el incumplimiento de las tareas de la paciente que obligaba a recordar el contrato terapéutico y en algún momento a aplazar la sesión. Una vez se habituó al autorregistro, esta herramienta fue fundamental en el proceso de reestructuración cognitiva.
	Revisión y análisis de los autorregistros	Gracias a la capacidad introspectiva de la paciente, los análisis de los autorregistros en las sesiones, facilitaban el auto descubrimiento de las relaciones existentes entre el esquema, las creencias y los sesgos confirmatorios.
	Socialización de la formulación del caso.	Teniendo en cuenta que a este momento se llegó cuando ya la paciente había identificado algunas de sus creencias disfuncionales, la socialización se convirtió más en una estrategia de validación de hipótesis realizadas por la psicoterapeuta.
Ganancia de objetividad y racionalidad	El diálogo socrático y la flecha descendente para someter a prueba de realidad los pensamientos automáticos y las creencias de segundo orden.	Esta técnica inicialmente sirvió para que la paciente diferenciara sus pensamientos, de los hechos reales, dado que con frecuencia hacía relatos en donde daba por hechas sus presunciones. posteriormente fue útil para que poco a poco OSS organizara su discurso de manera más objetiva, particularmente en lo que a la socialización se refiere, encontró que sus estilos de respuesta a patica, confrontadora y a veces desconsiderada producían el alejamiento de sus pares que lo del rechazo, era una mala percepción suya.
	Retribución aplicada a la situación de abuso sexual	Esta técnica fue importante para atribuir un nuevo significado a la experiencia de abuso sexual y disminuir los sentimientos de culpa generados por esta. La retribución se hizo analizando las posibilidades reales de comprender la situación claramente a la edad de 13 años, para tomar decisiones y examinando con objetividad las estrategias de manipulación del agresor.
Eficacia en solución de problemas reales	Entrenamiento en resolución de problemas	Para el entrenamiento se tomaron como problemas, las dificultades académicas y el aislamiento social y se estableció un plan de tareas para lograr mayor eficacia. Al culminar el proceso terapéutico OSS había mejorado sustancialmente sus calificaciones en una nueva institución educativa y contaba con dos amigos, con los cuales compartía confidencias.
	Entrenamiento en habilidades sociales	El EHS, partió de la revisión del lenguaje corporal, con rol playing, mantenimiento de conversaciones, manejar críticas y expresar opiniones. Aunque la socialización de OSS mejoró un poco, los resultados no pueden atribuirse al uso de esta técnica, pues la confrontación de creencias fue fundamental en los avances sobre este objetivo
Modificación esquemática	Experimentos personales poniendo a prueba habilidades sociales y aptitudes personales descubiertas.	La modificación esquemática se logra a partir de la conjugación de todo el proceso terapéutico; sin embargo, para OSS descubrir nuevas aptitudes como la habilidad para escribir historias y hacer humor a partir del sarcasmo, le permitió ampliar el espectro acerca de la valoración de los resultados académicos y comprender que con sus talentos puede obtener satisfacciones y ser reconocida de

Fuente: Elaboración propia.

Al enunciar los resultados en la tabla 8, se puede apreciar que en el nivel II se logró un grado aceptable de reestructuración cognitiva del esquema nuclear; sin embargo, para mayor incidencia en la prevención de recaídas, es importante que la paciente avance en un proceso de identificación de potencialidades y las ponga a prueba de su contexto próximo, además de lograr un trabajo familiar más profundo, en cuanto a la promoción de la independencia y autenticidad de OSS, comprendiendo y aceptando sus metas de realización personal; aspectos que abarcarían el nivel III de la intervención y que por asuntos de tangenciales al proceso terapéuticos no se alcanzaron a abarcar.

### **Conclusiones y discusión**

La presentación del caso de estudio, permite ver según lo plantea Beck, cómo algunos esquemas idiosincráticos relacionados con el autoconcepto y las relaciones sociales, dieron pie al trastorno depresivo de la paciente.

Partiendo de estos referentes, la irracionalidad del esquema nuclear de autoconcepto, se adjudica a la conjugación de algunas características del temperamento pasivo de OSS, con vivencias tempranas de sobreprotección, permitiendo el fortalecimiento del esquema maladaptativo temprano (EMT) de *fracaso*. Dentro de los esquemas sociales /interpersonales, es probable que un ambiente familiar crítico y descalificante, haya propiciado el desarrollo de los esquemas de *aislamiento* y *vergüenza*. Es así como los EMT de *fracaso*, *aislamiento* y *vergüenza*, desarrollados durante la infancia, fueron activados por una vivencia de abuso sexual en la etapa adolescente, lo cual consolidó la valoración negativa de sí misma, al considerarse

incapaz de enfrentar el entorno y consecuentemente una actitud de desesperanza frente a los acontecimientos futuros (triada cognitiva), dando pie de este modo al desarrollo de un trastorno depresivo mayor.

A la conclusión presentada anteriormente, se llegó mediante el análisis de información bajo el esquema de conceptualización cognitiva multinivel, propuesto por Walter Riso y llegar a esta conceptualización con la participación activa de la paciente, que poco a poco fue descubriendo su propia estructura cognitiva, se constituyó en un elemento terapéutico importante para la modificación cognitiva, emocional y conductual. A su vez, en la implementación del proceso terapéutico, el referente conceptual más importante, lo constituyó el desarrollo teórico de Beck, Rush y Shaw en su libro terapia cognitiva de la depresión (2012), sin dejar de lado los principios generales del modelo cognitivo conductual, desarrollados por otros autores.

Tal como lo plantea el modelo cognitivo conductual, en el desarrollo del caso de estudio, la paciente a través de la terapia, pudo comprender que son fundamentalmente las cogniciones acerca de las vivencias y no los acontecimientos, los que determinan sus estados emocionales, las respuestas conductuales y el trastorno depresivo que padecía. Así mismo reconoció que previa a su vivencia de abuso sexual, existía en ella una estructura psicológica que la hacía más vulnerable a la depresión. Al origen de los esquemas nucleares se llegó mediante la teoría de los esquemas mal adaptativos tempranos de Young.

Los resultados obtenidos en el proceso terapéutico se pueden ubicar en los 3 niveles de respuesta. A nivel cognitivo la paciente logró poner a prueba sus esquemas idiosincráticos acerca de si misma, el entorno y el futuro, haciéndolos más flexibles, lo cual le permite valorar de manera más racional y objetiva cada una de sus vivencias. A nivel emocional OSS comprendió que teniendo control sobre sus pensamientos, puede lograr la regulación emocional y en el campo de la conducta, poner en evidencia los mecanismos de afrontamiento evitativos, tuvo una importante incidencia sobre su autonomía y eficacia, lo cual a su vez le permite tomar un papel más proactivo frente a sus metas personales y mejorar su autoconcepto.

En general la terapia logró permear la estructura cognitiva subyacente al trastorno depresivo. Habría sido deseable tener mayor incidencia sobre los esquemas de segundo orden (Nivel III), que permiten avanzar hacia la promoción de estilos de vida saludables; sin embargo a este nivel, no se logró llegar.

Acerca del vínculo entre el abuso sexual y el trastorno depresivo, se lanza a partir de este trabajo una inferencia relacionada con el tipo de conducta punible. El tratarse de una conducta sexual abusiva, en donde no existió uso de la violencia, sino manipulación, hizo que la paciente se atribuyera casi la total responsabilidad del hecho, asumiendo que ella lo consintió y que no la obligaron, restando valor a los mecanismos de presión psicológica empleados por el agresor. Quizá en los casos de acceso carnal violento, en donde la víctima opone resistencia física y es más claramente sometida, el hecho genere menos culpa y sea interpretado como un evento traumático; lo cual marcaría diferencias importantes en el curso del tratamiento.

## Referencias

- American Psychiatric Association. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson SA.
- Beck, A. T. (2012). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Camacho, J. M. (13 de agosto de 2015). *Fundación Foro*. Obtenido de <http://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo23.pdf>
- Caro, I. (2009). *Manual teórico práctico de psicoterapias cognitivas*. Sevilla: Editorial Desclée De Brouwer, S.A.
- Caro, I. (2009). *Manual teórico práctico de psicoterapias cognitivas*. Sevilla: Editorial Desclee De Brower, SA.
- Cia, A. H. (2001). *Trastorno por estrés postraumático. Diagnóstico y tratamiento integrado*. Buenos Aires: Imaginador.
- Corral, E. E. (2006). *Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia*. Recuperado el Noviembre de 2016, de <http://scielo.isciii.es/pdf/cmfn43-44/06.pdf>
- Díaz Pérez, A. (2000). *Los delitos contra la libertad, integridad y formación sexuales*. Bogotá: Universidad De La Sabana.
- Diego A. Castrillón, L. C. (2005). Validación del young schema questionnaire long form - second edition (YSQ - L2) en población colombiana. *Revista Latinoamericana de psicología*, 543.
- Elogios. (2015). Formato de entrevista para niños y adolescentes.
- Hilario, S. J. (2016). *Adaptación y propiedades psicométricas del cuestionario de esquemas de young-forma abreviada (ysq-sf) en universitarios de villa el salvador*. Lima: Universidad Autónoma del Perú.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (Febrero de 2010). *Guía para la realización de pericias psiquiátricas y psicológicas forenses en niños, niñas y adolescentes presuntas víctimas de delitos sexuales*. Recuperado el Diciembre de 2016, de <http://www.medicinallegal.gov.co/documents/88730/3418907/6.+VIOLENCIA+SEXUAL.pdf/6c8bff03-1ec8-4c24-955a-393e28255398>
- Ley 599. Código Penal Colombiano (2000).
- Merton, R. K. (1992). *Teoría y estructuras sociales*. México.
- Ministerio de la Protección Social. (2003). *Estudio Nacional de la salud mental, Colombia 2003*. Obtenido de <file:///D:/Descargas/ESTUDIO%20NACIONAL%20DE%20SALUD%20MENTAL%20EN%20%20%20COLOMBIA.pdf>
- Moyano, M. F. (2011). *Análisis factorial exploratorio del inventario de pensamientos automáticos (IPA)*. Recuperado el 20 de Junio de 2015, de III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.: <http://www.academica.org/000-052/928>
- OMS. (Febrero de 2017). *Depresión*. Obtenido de Nota descriptiva: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>

- Red Sanar*. (s.f.). Obtenido de <http://www.redsanar.org/dr/obia/Terapias/manual2b.htm>
- Riso, W. (2006). *Terapia cognitiva. Fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. Bogotá: Grupo editorial Norma.
- Rodríguez Vilchez, E. (2009). La terapia centrada en esquemas de Jeffrey Young. *Unife*, 59-74.
- Roncallo, J. (Sf). Recuperado el 15 de Abril de 2016, de [http://www.academia.edu/4475876/manual\\_16pf5](http://www.academia.edu/4475876/manual_16pf5)
- Ruiz, J. J., & Cano, J. J. (2002). *Manual de psicoterapia cognitiva*. España: R&C editores.
- Ruiz, J. J., & Imbernon, J. J. (1996). *Sentirse mejor: Cómo enfrentar los problemas emocionales con la terapia cognitiva*. ESMD-UBEDA.
- Sanz Jesús, P. A. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y salud*, 14(3), 249-280.
- Villardón, L. (SF). *El pensamiento de suicidio en la adolescencia*. Bilbao: Universidad de Deusto.

## ANEXOS

## Anexo 1. Resultados OSS En El 16 PF 5

## INFORME PRUEBAS PSICOLOGICAS



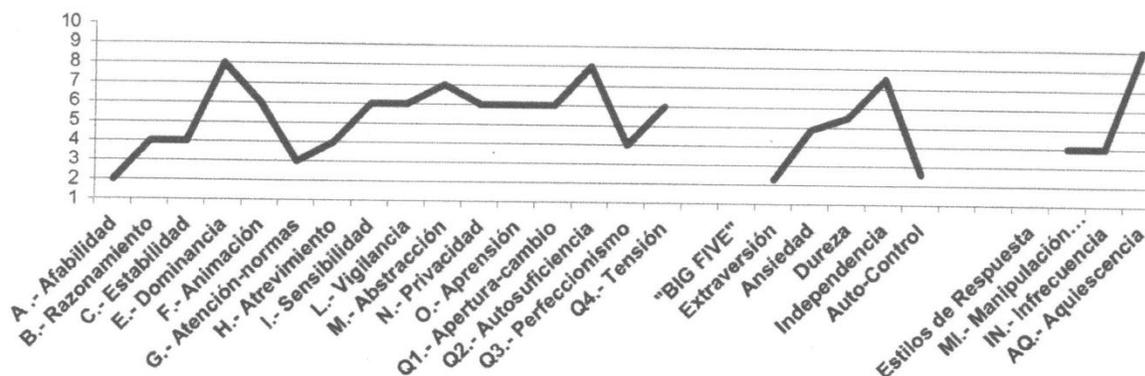
## 16PF - 5 (Mujeres)

Cliente:  
 Edad: 15  
 D.N.I.  
 Fecha: Mayo 23 / 2015  
 Evaluador: Maira Alejandra Quiroga G.

	P. Directas	Decatipos	Interpretación
A.- Afabilidad	8	2	Fría, impersonal, distante
B.- Razonamiento	8	4	Dentro de la zona media
C.- Estabilidad	8	4	Dentro de la zona media
E.- Dominancia	18	8	Dominante, fuerte y asertiva
F.- Animación	16	6	Dentro de la zona media
G.- Atención-normas	6	3	Muy suya e inconformista
H.- Atrevimiento	4	4	Dentro de la zona media
I.- Sensibilidad	18	6	Dentro de la zona media
L.- Vigilancia	14	6	Dentro de la zona media
M.- Abstracción	12	7	Dentro de la zona media
N.- Privacidad	10	6	Dentro de la zona media
O.- Aprensión	14	6	Dentro de la zona media
Q1.- Apertura-cambio	16	6	Dentro de la zona media
Q2.- Autosuficiencia	10	8	Segura, solitaria e individualista
Q3.- Perfeccionismo	12	4	Dentro de la zona media
Q4.- Tensión	12	6	Dentro de la zona media
<b>"BIG FIVE"</b>			
Extraversión		2	Introversa y socialmente inhibida
Ansiedad		5	Dentro de la zona media
Dureza		6	Dentro de la zona media
Independencia		8	Independiente, persuasiva y voluntariosa
Auto-Control		3	Incontrolada, que obedece a sus impulsos
<b>Estilos de Respuesta</b>			
MI.- Manipulación Imagen	12	4	Dentro de la zona media
IN.- Infrecuencia	0	4	Dentro de la zona media
AQ.- Aquiescencia	66	9	Sumisa, tímida y confiada
<b>Estilos de Respuestas (Centiles)</b>			
MI.- Manipulación Imagen		45	
IN.- Infrecuencia		64	
AQ.- Aquiescencia		97	



## 16PF - 5



En esta prueba mide dieciséis rasgos de personalidad evaluados en la población mundial, los puntajes oscilan entre 1 y 10 marcando una media de puntajes 4- 6. A continuación se dará una descripción de los rasgos encontrados en la paciente.

De acuerdo a las puntuaciones obtenidas en la prueba de Onasli, se encuentra:

En primer lugar se encuentra el puntaje de Afabilidad (2) sugiere mantener constante rechazo al contacto con otras personas; esto va más allá de la preferencia por estar solo. Existen dificultades para establecer y mantener relaciones interpersonales. Es muy probable que una experiencia insatisfactoria en el trato con otras personas en el pasado perpetúe tal actitud. Por otra parte, se encuentra la puntuación de Dominancia (8) tiende a mostrarse fuerte ante la situaciones, asume actitudes donde disfruta que las otras personas conozca su posición; protege el dominio de su espacio personal, su trabajo y sus planes. Se muestra segura al expresar sus ideas y en defender sus ideas y puntos de vista. En cuanto al puntaje en Atención – Normas (3) indican una ruptura con las expectativas sociales; Es decir, persiste dificultad para acoplarse al entorno y mantenerse dentro de las normas sociales dispuestas en el mismo. Por lo que se refiere al puntaje de Autosuficiencia (8) sugiere dificultad empática en entender las necesidades de los otros, Tiende a ubicar sus propias necesidades por encima de los demás, esto dificulta mantener relaciones mutuamente gratificantes.

Tiende a ser una persona confiable, sumisa; y con rasgos marcados de timidez.

## Anexo 2. Resultados OSS En El Inventario De Depresión De Beck II

**INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK BDI-II**

Nombre.....  
 Fecha Mayo 16/15

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección. (se puntuará 0-1-2-3)

1. a. No me siento triste.  
 b. Me siento triste.  
 c. Me siento siempre triste y no puedo salir de mi tristeza.  
 d. Estoy tan triste e infeliz que no puedo soportarlo.

2. a. No me siento especialmente desanimado ante el futuro.  
 b. Me siento desanimado con respecto al futuro.  
 c. Siento que no tengo nada que esperar.  
 d. Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar.

3. a. No creo que sea un fracaso.  
 b. Creo que he fracasado más que cualquier persona normal.  
 c. Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos.  
 d. Creo que soy un fracaso absoluto como persona.

4. a. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes.  
 b. No disfruto de las cosas de la manera en que solía hacerlo.  
 c. Ya no tengo verdadero satisfacción de nada.  
 d. Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5. a. No me siento especialmente culpable.  
 b. No me siento culpable una buena parte del tiempo.  
 c. Me siento culpable casi siempre.  
 d. Me siento culpable siempre.

6. a. No creo que este siendo castigado.  
 b. Creo que puedo ser castigado.  
 c. Espero ser castigado.  
 d. Creo que estoy siendo castigado.

7. a. No me siento decepcionado de mí mismo.  
 b. Me he decepcionado a mí mismo.  
 c. Estoy disgustado conmigo mismo.  
 d. Me odio.

8. a. No creo ser peor que los demás.  
 b. Me critico por mis debilidades o errores.  
 c. Me culpo siempre por mis errores.  
 d. Me culpo de todo lo malo que sucede.

9. a. No pienso en matarme.  
 b. Pienso en matarme, pero no lo haría.  
 c. Me gustaría matarme.  
 d. Me mataría si tuviera la oportunidad.

10. a. No lloro más de lo de costumbre.  
 b. Ahora lloro más de lo que lo solía hacer.  
 c. Ahora lloro todo el tiempo.  
 d. Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera.

11. a. Las cosas no me irritan más que de costumbre.  
 b. Las cosas me irritan más que de costumbre.  
 c. Estoy bastante irritado o enfadado una buena parte del tiempo.  
 d. Ahora me siento irritado todo el tiempo.

12. a. No he perdido el interés por otras cosas.  
 b. Estoy menos interesado en otras personas que de costumbre.  
 c. He perdido casi todo el interés por otras personas.  
 d. He perdido todo mi interés por otras personas.

19.  No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, últimamente.  
 b. He rebajado más de dos kilos y medio.  
 c. He rebajado más de cinco kilos.  
 d. He rebajado más de siete kilos y medio.
20.  No me preocupo por mi salud más que de costumbre.  
 b. Estoy preocupado por problemas físicos como, por ejemplo, dolores, molestias estomacales o estreñimiento.  
 c. Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en otra cosa.  
 d. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.
21.  No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo.  
 b. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estar.  
 c. Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.  
 d. He perdido por completo el interés en el sexo.

Puntaje Total 29  
 Depresión Moderada

13. a. Tomo decisiones casi siempre.  
 b. Postergo la adopción de decisiones más que de costumbre.  
 c. Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes.  
 d. Ya no puedo tomar decisiones.
14.  No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.  
 b. Me preocupa el hecho de parecer viejo sin atractivos.  
 c. Tengo que obligarme seriamente con mi aspecto, y parezco poco atractivo.  
 d. Creo que me veo feo.
15. a. Puedo trabajar tan bien como antes.  
 b. Me cuesta más esfuerzo empezar a hacer algo.  
 c. Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa.  
 d. No puedo trabajar en absoluto.
16. a. Puedo dormir tan bien como antes.  
 b. No puedo dormir tan bien como solía.  
 c. Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormir.  
 d. Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormir.
17. a. No me canso más que de costumbre.  
 b. Me canso más fácilmente que de costumbre.  
 c. Me canso sin hacer nada.  
 d. Estoy demasiado cansado como para hacer algo.
18.  Mi apetito no es peor que de costumbre.  
 b. Mi apetito no es tan bueno como solía ser.  
 c. Mi apetito está mucho peor ahora.  
 d. Ya no tengo apetito.

### Anexo 3. Resultados OSS En El Inventario De Pensamientos Automáticos De Ruiz Y Lujan

#### Inventario de pensamientos automáticos (Ruiz y Lujan, 1991)

A continuación tienes una lista de pensamientos que suelen presentar las personas ante diversas situaciones. Se trata de que valores la frecuencia con que sueles pensarlos (pensando en general, no en situaciones concretas para cada una de ellas), siguiendo la escala:

0 = Nunca pienso eso;

1 = Algunas veces lo pienso;

2 = Bastante veces lo pienso;

3 = Con mucha frecuencia lo pienso.

1. No puedo soportar ciertas cosas que me pasan	0	1	2	X	3
2. Solamente me pasan cosas malas	0	1	X	2	3
3. Todo lo que hago me sale mal	0	1	2	X	3
4. Sé que piensan mal de mí	0	1	2	X	3
5. ¿Y si tengo alguna enfermedad grave?	0	1	2	X	3
6. Soy inferior a la gente en casi todo	0	1	X	2	3
7. Si otros cambiaran su actitud yo me sentiría mejor	0	1	X	2	3
8. ¡No hay derecho a que me traten así!	0	1	X	2	3
9. Si me siento triste es porque soy un enfermo mental	0	1	X	2	3
10. Mis problemas dependen de los que me rodean	0	X	1	2	3
11. Soy un desastre como persona	0	1	2	X	3
12. Yo tengo la culpa de todo lo que me pasa	0	1	X	2	3
13. Debería de estar bien y no tener estos problemas	0	1	X	2	3
14. Sé que tengo la razón y no me entienden	0	X	1	2	3
15. Aunque ahora sufra, algún día tendré mi recompensa	0	1	2	3	X
16. Es horrible que me pase esto	0	1	X	2	3
17. Mi vida es un continuo fracaso	0	1	X	2	3
18. Siempre tendré este problema	0	1	X	2	3
19. Sé que me están mintiendo y engañando	0	1	2	X	3
20. ¿Y si me vuelvo loco y pierdo la cabeza?	0	1	2	3	X
21. Soy superior a la gente en casi todo	0	X	1	2	3
22. Yo soy responsable del sufrimiento de los que me rodean	0	1	2	X	3
23. Si me quisieran de verdad no me tratarían así	0	1	X	2	3
24. Me siento culpable, y es porque he hecho algo malo	0	1	2	X	3
25. Si tuviera más apoyo no tendría estos problemas	0	1	X	2	3
26. Alguien que conozco es un imbécil.	0	1	2	3	X
27. Otros tiene la culpa de lo que me pasa	0	X	1	2	3
28. No debería cometer estos errores	0	1	2	X	3
29. No quiere reconocer que estoy en lo cierto	0	1	2	X	3
30. Ya vendrán mejores tiempos	0	1	2	3	X
31. Es insoportable, no puedo aguantar más.	0	1	2	X	3
32. Soy incompetente e inútil.	0	1	2	X	3
33. Nunca podré salir de esta situación	0	1	X	2	3
34. Quieren hacerme daño	0	1	X	2	3
35. ¿Y si les pasa algo malo a las personas a quienes quiero?	0	1	2	3	X
36. La gente hace las cosas mejor que yo	0	1	2	X	3

Mayo 16/15

37. Soy una víctima de mis circunstancias	0	X	1	2	3
38. No me tratan como deberían hacerlo y me merezco	0	X	1	2	3
39. Si tengo estos síntomas es porque soy un enfermo	0		1	X	2
40. Si tuviera mejor situación económica no tendría estos problemas	0	X	1	2	3
41. Soy un neurótico	0		1	X	2
42. Lo que me pasa es un castigo que merezco	0		1	X	2
43. Debería recibir más atención y cariño de otros	0	X	1	2	3
44. Tengo razón, y voy a hacer lo que me da la gana	0	X	1	2	3
45. Tarde o temprano me irán las cosas mejor	0		1	2	X

#### PUNTUACIONES

- 1-16-31 (5) Filtraje: ¡Todo es negativo! Nada es positivo
- 2-17-32 (4) Pensamiento polarizado: ¡Blanco o negro! Lo hago bien o mal
- 3-18-33 (4) Sobregeneralización: ¡Siempre fracasaré! (Aunque este sea un momento puntual)
- 4-19-34 (5) Interpretación del pensamiento: Piensa esto de mí...
- 5-20-35 (8) Visión catastrófica: "Va a suceder esto..." (que suele ser lo peor)
- 6-21-36 (3) Personalización: "Eso lo está diciendo por mí...; ¿Qué habrá hecho?; Yo soy más... / menos... tal... que..."
- 7-22-37 (3) Falacia de control "No puedo hacer nada..." "Yo soy responsable de todo lo que..."
- 8-23-38 (2) Falacia de justicia "No hay derecho a..." "Es injusto que..."
- 9-24-39 (4) Razonamiento emocional "Si lo siento así, es que es verdad"
- 10-25-40 (1) Falacia de cambio "Si tal cosa cambiara entonces yo podría..."
- 11-26-41 (6) Etiquetas globales ¡Qué torpe soy!
- 12-27-42 (2) Culpabilidad "Por mi culpa..." "Por su culpa..."
- 13-28-43 (3) Los debería "Debo de..." "No debo de..."
- 14-29-44 (2) Falacia de razón "Llevo razón..." "Sé que estoy en lo cierto..."
- 15-30-45 (8) Falacia de recompensa divina "El día de mañana, esto cambiará" "El día de mañana tendré mi recompensa"

## Anexo 4. Resultados OSS En El Cuestionario De Esquemas Young

### CUESTIONARIO DE ESQUEMAS DE YOUNG-FORMA ABREVIADA (YSQ-SF)

Edad **15** Sexo: Masculino  Femenino   
 Universidad: ..... Carrera: ..... Ciclo: .....

**Instrucciones:** En la parte inferior se proporciona una lista de afirmaciones que una persona puede usar para describirse. Por favor, lea cada afirmación y en base a la escala de evaluación decida cuán bien lo describe. Para esto encierre con un **círculo** o marque **x** sobre uno de los números que se encuentran al lado derecho de cada afirmación. Cuando usted no esté seguro(a), base su respuesta en lo que usted siente, no en lo que usted piense que debería ser correcto.

#### ESCALA DE EVALUACIÓN:

1 Completamente Falso sobre mí	2 Mayormente Falso sobre mí	3 Ligeramente más falso que verdadero	4 Ligeramente más verdadero que falso	5 Mayormente verdadero sobre mí	6 Me describe perfectamente
---	--------------------------------------	--	--	--	-----------------------------------

1. Muchas veces no tuve a alguien que me cuide, que comparta su tiempo conmigo o que prestará atención a todas las cosas que me sucedían.	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4	5	6
2. En general, la gente no ha estado conmigo para proporcionarme protección, sostén y afecto.	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4	5	6
3. Durante la mayor parte de mi vida, no he sentido que haya sido especial para alguien.	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4	5	6
4. En general, no he tenido a alguien que realmente me preste atención, me comprenda o que sintonice con mis verdaderas necesidades y sentimientos.	1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>	5	6
5. Pocas veces he tenido a una persona importante que me brinde buenos consejos u orientación cuando no estaba seguro de lo que tenía que hacer.	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4	5	6
6. Me doy cuenta que me aferro a la gente cercana a mí porque tengo temor de que me pueda dejar.	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4	5	6
7. Necesito tanto a otras personas que me preocupa la posibilidad de perderlas.	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4	5	6
8. Cuando siento que alguien que me importa se aleja de mí, llego a desesperarme.	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4	5	6
9. A veces estoy tan preocupado de que la gente me deje que termino alejándola.	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4	5	6
10. Siento que las personas se aprovecharan de mí.	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>	6
11. Siento que no debo bajar la guardia ante la gente ya que me pueden hacer daño intencionalmente.	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>	6

1 Completamente Falso sobre mí	2 Mayormente Falso sobre mí	3 Ligeramente más falso que verdadero	4 Ligeramente más verdadero que falso	5 Mayormente verdadero sobre mí	6 Me describe perfectamente
---	--------------------------------------	--	--	--	-----------------------------------

12. Es sólo cuestión de tiempo esperar a que alguien me engañe.	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4	5	6
13. Soy bastante desconfiado respecto a lo que tramam los demás	1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>	5	6
14. Usualmente estoy alerta para descubrir cuando alguien me está mintiendo.	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4	5	6
15. No soy de encajar en un grupo o en una reunión.	1	2	3	4	5	<input checked="" type="checkbox"/>
16. Yo no formo parte de grupo alguno; soy un solitario.	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>	6
17. Me siento aislado de otra gente.	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>	6
18. Siempre me siento fuera o al margen de los grupos.	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>	6
19. Ningún hombre/mujer desearía amarme una vez que viera mis defectos.	1	2	3	4	5	<input checked="" type="checkbox"/>
20. Nadie querría estar cerca de mí si realmente me conociera.	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>	6
21. Soy indigno del amor, atención y respeto de otros.	1	2	3	4	5	<input checked="" type="checkbox"/>
22. Siento que no soy simpático	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4	5	6
23. Casi nada de lo que hago en el trabajo (o en los estudios) es tan bueno como lo que otra gente es capaz de hacer.	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>	6
24. Soy incompetente cuando se trata de alcanzar logros o metas.	1	2	3	4	5	<input checked="" type="checkbox"/>
25. La mayoría de la gente es más exitosa y capaz que yo.	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>	6
26. No tengo tanto talento como la mayoría de la gente en mi trabajo (centro de estudios)	1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>	5	6
27. No soy tan inteligente como la mayor parte de la gente que trabaja (o estudia).	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>	6
28. No soy capaz de arreglármelas solo en la vida diaria.	1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>	5	6
29. Pienso que soy una persona dependiente, cuando veo como me desenvuelvo cuando estoy soló.	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4	5	6
30. Carezco de sentido común.	1	2	3	4	5	<input checked="" type="checkbox"/>
31. No puedo confiar en mi propio juicio para enfrentar las situaciones diarias.	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>	6
32. No confié en mi capacidad para solucionar los problemas que acontecen a diario.	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>	6

1 Completamente Falso sobre mí	2 Mayormente Falso sobre mí	3 Ligeramente más falso que verdadero	4 Ligeramente más verdadero que falso	5 Mayormente verdadero sobre mí	6 Me describe perfectamente
33. Parece que no puedo escapar del sentimiento de que algo malo sucederá.	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4	5 6
34. Siento que un desastre (natural, criminal, económico o médico) puede ocurrir en cualquier momento.	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4	5 6
35. Me preocupa que pueda ser atacado.	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4	5 6
36. Me preocupa que vaya a perder todo mi dinero y terminar como un indigente.	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4	5 6
37. Me preocupa que esté desarrollando una enfermedad grave, aun cuando el médico no me ha diagnosticado nada.	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4	5 6
38. No he sido capaz de independizarme de mis padres, como la gente de mi edad parece haberlo hecho.	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/> 6
39. Mis padres y yo tendemos a involucrarnos excesivamente en nuestras vidas y problemas.	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/> 6
40. Con frecuencia siento que mis padres abarcan toda mi vida, por eso casi no tengo una vida propia.	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/> 6
41. Con frecuencia siento que mi identidad no está separada de mis padres o de mi pareja.	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4	5 6
42. Pienso que si hago lo que quiero, estoy buscando problemas.	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4	5 6
43. Siento que no tengo otra elección que aceptar los deseos de la gente, de lo contrario se desquitarán o me rechazarán de alguna manera.	1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>	5 6
44. En mis relaciones, dejo que la otra persona asuma el control.	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4	5 6
45. Siempre he dejado que otra persona elija por mí, por ello ahora no sé qué es lo que quiero en verdad.	1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>	5 6
46. Tengo dificultades para pedir que mis derechos sean respetados y que mis sentimientos sean tomados en cuenta.	1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>	5 6
47. Soy de los que finalmente termino haciéndome cargo de la gente cercana a mí.	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4	5 6
48. Soy una buena persona porque pienso en los otros más que en mí mismo.	1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>	5 6
49. Estoy tan ocupado haciendo algo por la gente que quiero, que tengo poco tiempo para mí mismo.	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4	5 6
50. Soy una persona que siempre presta atención a los problemas de todo el mundo.	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4	5 6
51. Otras personas me ven como alguien que hace demasiado por otros y no lo suficiente por mí mismo.	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4	5 6

1 Completamente Falso sobre mi	2 Mayormente Falso sobre mi	3 Ligeramente más falso que verdadero	4 Ligeramente más verdadero que falso	5 Mayormente verdadero sobre mi	6 Me describe perfectamente
---	--------------------------------------	--	--	--	-----------------------------------

52. Tengo demasiado autocontrol para mostrar sentimientos positivos a otros (p.e., afecto, demostrar atención).	1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>	5	6
53. Siento vergüenza de expresar lo que realmente siento a otros.	1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>	5	6
54. Me resulta difícil ser cálido y espontáneo.	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4	5	6
55. Me controlo tanto que la gente piensa que soy reservado e indiferente.	1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>	5	6
56. La gente me ve como emocionalmente imperturbable.	1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>	5	6
57. Debo ser el mejor en la mayoría de las cosas que hago; no puedo aceptar ser el segundo.	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4	5	6
58. Procuro hacer lo mejor; no me conformo con algo "suficientemente bueno".	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4	5	6
59. Debo cumplir con todas mis responsabilidades.	1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>	5	6
60. Siento que hay una presión constante sobre mí para llevar a cabo y lograr que las cosas se cumplan.	1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>	5	6
61. No puedo dejar de culparme o de elaborar excusas por mis errores.	1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>	5	6
62. Se hace un problema tener que aceptar como respuesta un "no" cuando quiero alguna cosa de otra gente.	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4	5	6
63. Soy alguien especial y no debería tener que aceptar muchas de las restricciones que imponen a otras personas.	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4	5	6
64. Odio ser forzado o que me impongan límites para hacer lo que quiero.	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4	5	6
65. Siento que no debería tener que seguir las reglas y convenciones normales como hacen otras personas.	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4	5	6
66. Siento que lo que tengo que ofrecer es de mucho más valor que las contribuciones de los demás.	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4	5	6
67. Parece que no pudiera tener disciplina para cumplir tareas rutinarias o aburridas.	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>	6
68. Si no puedo lograr una meta, me llego a frustrar fácilmente y me doy por vencido.	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>	6
69. Tengo mucha dificultad para postergar una gratificación inmediata con miras a lograr una meta importante.	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4	5	6
70. No puedo esforzarme en hacer las cosas que no me agradan, aun cuando sé que es por mi propio bien.	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4	5	6
71. Raramente he sido capaz de mantenerme firme en mis decisiones.	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>	6

### Anexo 5. Dimensiones y esquemas maladaptativos tempranos de Young

DIMENSIONES	ESQUEMAS MALADAPTATIVOS TEMPRANOS(EMT)	DEFINICIÓN
Desconexión y Rechazo	1) Privación Emocional	La expectativa de que nuestro deseo de tener un grado normal de apoyo emocional no será adecuadamente satisfecho por otros.
	2) Abandono/Inestabilidad	La percepción de inestabilidad y la creencia de que los demás no estarán disponibles para darnos apoyo y estabilidad emocional
	3) Desconfianza /Abuso	La expectativa de que los demás nos harán daño, abuso, humillación, o tarde o temprano terminarán engañándonos, mintiéndonos o aprovechándose de nosotros
	4) Aislamiento Social/ Alienación	La sensación de que uno está aislado del resto del mundo, a diferencia de otras personas, y / o no forma parte de ningún grupo o comunidad.
	5) Inadecuación/ Vergüenza	La sensación de que uno es defectuoso, inferior y poco capaz en aspectos importantes. También es la creencia de que uno no será amado por otros si es que se expone demasiado.
Perjuicio en autonomía y desempeño	6) Fracaso	La creencia de que uno ha fallado, que inevitablemente se producirá un error, o que no podrá relacionarse con otras personas que tengan logros.
	7) Dependencia/ Incompetencia	La creencia de que uno es incapaz de manejar responsabilidades cotidianas de una manera competente, sin considerar en cada momento la ayuda de los demás
	8) Vulnerabilidad al Daño o Enfermedad	El temor de que una catástrofe inminente va ocurrir en cualquier momento y que uno no podrá evitarla.

---

	9) Yo Dependiente	Es la implicación emocional excesiva y la cercanía con una o más personas significativas a expensas de la propia individualidad o un desarrollo social normal.
Límites Inadecuados	10) Intitulación/Grandiosidad	La creencia de que uno es superior a otras personas y tiene derechos especiales y privilegios; no estando sujeto a las reglas de la reciprocidad que guían la interacción social normal.
	11) Autocontrol insuficiente/Autodisciplina	Es la dificultad generalizada o negativa a ejercer la tolerancia suficiente y controlar frustraciones para lograr unas metas personales o para frenar el exceso de sus emociones e impulsos.
Tendencia hacia el otro	12) Subyugación	Es la creencia de que se debe ceder el control para los demás, porque uno se siente forzado –sometido, a fin de evitar la ira, la venganza, o el abandono.
	13) Autosacrificio	Es el enfoque excesivo en satisfacer voluntariamente las necesidades de los demás en situaciones cotidianas, a expensas de la propia gratificación.
	14) Búsqueda de aprobación/búsqueda de reconocimiento	Es el excesivo énfasis en obtener la aprobación, reconocimiento de los demás.
Sobrevigilancia e inhibición	15) Inhibición Emocional	La inhibición excesiva de la acción espontánea, sentimiento o la comunicación, por lo general para evitar la desaprobación de los demás, o tener sentimientos de vergüenza, o miedo a perder el control de sus impulsos.
	16) Estándares Inflexibles/Hipercriticismo	La creencia subyacente de que hay que luchar por alcanzar un nivel muy alto de la performance en su conducta, por lo general para evitar las críticas.
	17) Negatividad/Pesimismo	Es el enfoque en los aspectos negativos de la vida con el fin de reducir al mínimo o descuidar los aspectos positivos o optimistas
	18) Condena	La creencia de que las personas deben ser duramente castigadas por cometer errores.

---

Fuente: ((Hilario, 2016) citando a Young, 2003)

### Anexo 6 Distorsiones cognitivas

<b>Distorsión</b>	<b>Descripción</b>
Filtraje o abstracción selectiva	Consiste en seleccionar en forma de "visión de túnel" un solo aspecto de una situación, aspecto que tiñe toda la interpretación de la situación y no se percata de otros que lo contradicen
Pensamiento polarizado	Consiste en valorar los acontecimientos en forma extrema sin tener en cuenta los aspectos intermedios
Sobregeneralización:	Esta distorsión del pensamiento consiste en sacar una conclusión general de un solo hecho particular sin base suficiente
Interpretación del pensamiento	Se refiere a la tendencia a interpretar sin base alguna los sentimientos e intenciones de los demás
Visión catastrófica	Consiste en adelantar acontecimientos de modo catastrofista para los intereses personales, en ponerse sin prueba alguna en lo peor para uno mismo
Personalización	Consiste en el hábito de relacionar, sin base suficiente, los hechos del entorno con uno mismo
Falacia de control	Consiste en como la persona se ve a si misma de manera extrema sobre el grado de control que tiene sobre los acontecimientos de su vida. O bien la persona se suele creer muy competente y responsable de todo lo que ocurre a su alrededor, o bien en el otro extremo se ve impotente y sin que tenga ningún control sobre los acontecimientos de su vida
Falacia de justicia	Consiste en la costumbre de valorar como injusto todo aquello que no coincide con nuestros deseos
Razonamiento emocional	Consiste en creer que lo que la persona siente emocionalmente es cierto necesariamente
Falacia de cambio	Consiste en creer que el bienestar de uno mismo depende de manera exclusiva de los actos de los demás
Etiquetas globales	Consiste en poner un nombre general o etiqueta globalizadora a nosotros mismos o a los demás casi siempre designándolos con el verbo "Ser"
Culpabilidad	Consiste en atribuir la responsabilidad de los acontecimientos bien totalmente a uno mismo, bien a otros, sin base suficiente y sin tener en cuenta otros factores que contribuyen a los acontecimientos
Los deberías	Consiste en el hábito de mantener reglas rígidas y exigentes sobre como tienen que suceder las cosas
Tener razón	Consiste en la tendencia a probar de manera frecuente, ante un desacuerdo con otra persona, que el punto de vista de uno es el correcto y cierto. No importa los argumentos del otro, simplemente se ignoran y no se escuchan
Falacia de recompensa divina	Consiste en la tendencia a no buscar solución a problemas y dificultades actuales suponiendo que la situación mejorará "mágicamente" en el futuro, o uno tendrá una recompensa en el futuro si la deja tal cual.

Fuente: Elaboración propia, a partir de (Ruiz & Imbernon, 1996)

## Anexo 7 . Técnicas conductuales y cognitivas

---

### Técnicas Conductuales

Es fundamental que el paciente comprenda claramente el fundamento teórico de las técnicas conductuales y el propósito de cada una. También resulta efectivo apoyarse en una persona significativa que anime al paciente a llevar a cabo las tareas.

---

*Programación de actividades:* A los pacientes depresivos les resulta difícil realizar actividades que anteriormente realizaban sin mayor esfuerzo. La programación de actividades sirve para contrarrestar la escasa motivación del paciente, su inactividad y la preocupación por las ideas depresivas. Es importante programar las actividades diarias en una jerarquía de “tareas graduales” y dejar claro al paciente que lo importante es tratar de cumplir el programa, mas no conseguir éxito en las actividades. La programación de actividades es en sí mismo un auto-registro.

---

*Técnicas de dominio y agrado:* Consiste en elaborar una lista de actividades potencialmente agradables que se irán incorporando en la programación diaria de actividades y que registre el grado dominio y agrado experimentado, buscando contrarrestar el pensamiento absolutista de todo o nada.

---

*Asignación de tareas graduales:* Busca demostrar al paciente que puede realizar con éxito algunas tareas y motivarlo así a emprender otras con mayor nivel de dificultad, minimizando así sus ideas negativas de incapacidad. Esta técnica consiste en formular un proyecto y asignar para su cumplimiento, una serie de tareas ordenadas de las más simples a las más complejas, realizando feedback continuo sobre sus capacidades funcionales, eliminando la minimización de logros y motivándolo para que se evalúe de forma realista.

---

*Práctica cognitiva:* Esta técnica pretende disminuir la tendencia de algunos pacientes a divagar en la realización de actividades por dificultades en la atención, que se generan por pensamientos obsesivos. Consiste en pedirle al paciente que antes de realizar una tarea, imagine el paso a paso. Esto lo obliga a prestar atención a los detalles.

---

*Entrenamiento en asertividad y role-playing (juego de roles):* Implica la adopción de un determinado rol por el paciente, el terapeuta o ambos, con el fin de mostrarle al paciente un punto de vista alternativo o evidenciar los factores que intervienen en la expresión adecuada de las emociones.

---

*Entrenamiento en habilidades sociales:* Incluye el aprendizaje de habilidades como escuchar y reproducir, iniciar, mantener y finalizar conversaciones, dar y aceptar elogios y felicitaciones, pedir favores, rechazar peticiones, manejar críticas, expresar opiniones, reclamar derechos, entre otros. Consiste en enseñar la diferencia entre conducta no asertiva, asertiva y agresiva, dar instrucciones específicas, modelar o representar la habilidad, ensayo conductual por parte del paciente, feedback de la ejecución y asignación de tareas para la ejecución en el ambiente natural.

---

---

### Técnicas Cognitivas

---

*Explicar el fundamento teórico al paciente:* el terapeuta debe exponer al paciente el modelo cognitivo de la depresión, es decir la forma como sus pensamientos negativos influyen sobre sus emociones y su conducta; deben evitarse la utilización términos como “ideas irracionales”, por el nivel de susceptibilidad del paciente y la tendencia a realizar valoraciones negativas; es preferible evidenciarle que su modo de pensar contribuye a mantener la depresión. En esta explicación es importante dejar clara la definición de cognición, la influencia de las cogniciones sobre los afectos y la conducta y aquí podría ser útil referirse a los pensamientos relacionados con experiencias recientes, como por ejemplo los que tuvo antes de la primera cita, esto con el fin de ayudarle al paciente a comprender desde la experiencia, la presencia de sus “pensamientos automáticos”.

*Detección de pensamientos automáticos:* Con base en el problema que se esté tratando en el momento, se le pide al paciente “atrape” todas las cogniciones negativas que le sea posible y las registre en un cuaderno. La manera más eficaz es registrarlos una vez se presentan pero si por diversas razones no es posible hacerlo, se le pide al paciente que dedique 15 minutos al terminar la tarde para que realice el registro de todas las cogniciones que recuerde. Posteriormente se le indica que identifique las situaciones ambientales que tengan relación con su depresión. Una alternativa de la técnica es enfrenta al paciente con una de las experiencias ambientales perturbadoras, con el fin de activar los pensamientos automáticos durante la terapia.

*Examinar y someter a una prueba de realidad, las imágenes y los pensamientos automáticos:* el objetivo de esta técnica no es producir optimismo en el paciente, sino que realice un análisis más concreto de cómo son las cosas y las valoraciones que realiza, teniendo en cuenta que algunas valoraciones negativas pueden obedecer a situaciones reales.

*Técnicas de retribución:* Se emplean cuando el paciente atribuye de forma poco realista, las consecuencias negativas a una deficiencia personal. Consiste en acompañar al paciente a analizar los acontecimientos relevantes aplicando leyes lógicas para definir los diferentes factores que pueden intervenir en una experiencia adversa. Esta técnica es muy útil en pacientes que tienden a culpabilizarse.

*Búsqueda de soluciones alternativas:* Esta técnica debe usarse cuando ya a través de otras, el paciente ha flexibilizado sus patrones rígidos de pensamiento. Para su realización deben haberse definido previamente y de manera detallada las dificultades del paciente y hacer una definición de estas, basadas en la realidad. Se elabora la lista de posibles soluciones para cada problema y se analizan para determinar cuales se ponen en marcha. Una vez se han obtenido los resultados el terapeuta revisa la conclusiones previas de incapacidad del paciente y le permite incorporar una nueva conclusión, más positiva sobre sus capacidades.

*Registro de pensamientos inadecuados:* Consiste en registrar los pensamientos negativos o inadecuados. Se puede iniciar registrando sólo los pensamientos y en frente una “respuesta razonable” y posteriormente agregar otras columnas como sentimientos y conductas del paciente y la descripción de la situación que precedió a la cognición. El objetivo principal es ayudar al paciente a elaborar respuestas racionales a sus cogniciones negativas, además de incrementar la objetividad del paciente respecto a sus cogniciones, demostrar la relación entre cogniciones negativas, sentimientos desagradables y conductas inadecuadas diferenciar una interpretación realista de los acontecimientos y una interpretación distorsionada por significados idiosincráticos.

---

Fuente: Elaboración propia a partir de (Beck, 2012)

## Anexo 8. Técnicas y estrategias aplicables a los síntomas objetivos

### Síntomas Afectivos

---

*Tristeza:* Hacer sentir autocompasión al paciente (animarle a expresar sus emociones, relatarle historias similares a la suya) cuando tiene dificultad para expresar sus emociones; utilizar la inducción de cólera con límites temporales; uso de técnicas distractoras (p.e atención a estímulos externos, uso de imágenes o recuerdos positivos); utilización prudente del humor; limitar la expresión de disforia (p.e agradeciendo la preocupación de otros pero que está intentando no hablar de sus problemas, quejarse o llorar solo en intervalos programados) y construir un piso bajo la tristeza (autoinstrucciones asertivas de afrontamiento, programar actividades incompatibles en esos momentos, búsqueda alternativa de soluciones, autoaceptación de la tristeza y descatastrofizar consecuencias de estar triste).

---

*Periodos de llanto incontrolable:* Entrenamiento en distracción, autoinstrucciones asertivas y fijación de límites temporales con autorrefuerzo

---

*Sentimientos de culpa:* Reatribución, cuestionar por la utilidad, ventajas y desventajas de la culpa.

---

*Sentimientos de vergüenza:* Uso de una política abierta (¿Existen cosas de las que se avergonzara en el pasado y ahora no?, ¿Existen cosas de las que otra persona se avergüenza y usted no? (o al contrario). ¿De qué depende?. Usar ventajas inconvenientes y reconocimiento asertivo de errores, en vez de ocultarlos.

---

*Sentimientos de cólera:* Relajación muscular, inoculación al estrés (uso combinado de autoinstrucciones de autocontrol, relajación y uso de alternativas), empatizar con el ofensor (p.e decirle: "Veo que estás en desacuerdo conmigo, me gustaría escuchar tu punto de vista") y rol-playing (se representa la escena de ofensa y se hace adoptar al paciente el papel del ofensor)

---

*Sentimientos de ansiedad:* Jerarquizar situaciones por grados de ansiedad inducida, para facilitar su afrontamiento gradual; uso de actividad física incompatible (p.e botar una pelota, correr, etc); entrenamiento en distracción; descatastrofizar los eventos anticipados y temidos (p.e valorando su probabilidad real y sus consecuencias anticipadas y su manejo); uso de la relajación y entrenamiento asertivo (en el caso de ansiedad social)

### Síntomas Cognitivos

---

*Indecisión:* Valorar ventajas e inconvenientes de las posibles alternativas; abordar el tema de que a veces las elecciones no son erróneas, sino solo distintas, y que no existe la certeza absoluta; comprobar si el paciente estructura la situación sin que perciba ganancias en sus decisiones y delectar si hay sentimientos de culpa asociados a las opciones

---

*Percibir los problemas como abrumadores e insuperables:* Jerarquizar o graduar los problemas y focalizar el afrontamiento de uno en uno y listar los problemas y establecer prioridades

---

*Autocrítica:* Comprobar la evidencia para la autocrítica; ponerse en el lugar del paciente (p.e "Suponga que yo hubiese cometido esos errores, ¿me despreciaría ud. por ello?); ventajas e inconvenientes; rol playing (p.e el terapeuta adopta el papel de alguien que desea aprender una habilidad que posee el paciente; el paciente le va instruyendo, el terapeuta se muestra autocrítico y pide la opinión del paciente al respecto).

---

*Polarización ("Todo-Nada"):* Buscar los aspectos positivos de los hechos percibidos como totalmente negativos; buscar grados entre los extremos y diferenciar el fracaso en un aspecto del fracaso como persona global.

---

*Problemas de memoria y concentración:* Ejecución gradual de tareas que proporcionen éxito; uso de reglas mnemotécnicas, buscar criterios para valorar los errores y su base real

---

*Ideación suicida:* Identificar el problema que se pretende resolver mediante el suicidio; Contrato temporal para averiguar motivos; Listado con razones para vivir-morir y búsqueda de evidencias; Resolución de problemas; Inoculación al estrés; anticipar posibilidad o recaídas y plantearlas como oportunidad para la revisión cognitiva.

---

---

**Síntomas Conductuales**

---

*Pasividad, evitación e inercia:* Programación de actividades graduales; detectar los pensamientos subyacentes a la pasividad, evitación e inercia y comprobar su grado de realidad.

*Dificultades para el manejo social:* Uso de tareas graduales de dificultad; ensayo y modelado conductual y entrenamiento en asertividad y habilidades sociales.

*Necesidades reales:* Diferenciar problemas reales de distorsiones (en el caso de que parezca un problema no real) y resolución de problemas en el caso de que sea un problema real (p.e búsqueda de alternativas)

---

**Síntomas fisiológicos**

---

*Alteraciones del sueño:* Informar sobre ritmos del sueño (p.e cambios con la edad); relajación; control de estímulos y hábitos de sueño; uso de rutinas predormiciales y control de estimulantes.

*Alteraciones sexuales y del apetito:* Uso de los focos graduales de estimulación sensorial; técnicas de Master y Jonshon para problemas específicos; dietas, ejercicio físico; técnicas de autocontrol

---

**Síntomas Motivacionales**

---

*Pérdida de la motivación positiva e incremento de la tendencia a la evitación:* Tratar de realizar la actividad evitada sobre a base de un "experimento", autoinstrucciones para poner el cuerpo en acción.

*Dependencia:* Resolución de problemas, ejecución de tareas graduales, experimentos, entrenamiento en asertividad y entrenamiento en autoconfianza

---

Fuente: (Beck, 2012) y (Ruiz & Cano, 2002)

## Anexo 9. Técnicas para pacientes suicidas

### Técnicas específicas para pacientes suicidas

*Evaluación del riesgo de suicidio:* Se trata de comprender por qué el paciente busca en el suicidio una solución, con el objetivo de conocer el grado de intencionalidad suicida. Para ellos debe plantear el tema claramente al paciente, de modo que se puedan identificar aspectos como la forma factible de suicidio, la posibilidad de acceso a los elementos para la ejecución del suicidio, para acudir a recursos ambientales que puedan prevenirlo (por ejemplo el acompañamiento de personas cercanas, la posibilidad de atención médica oportuna en caso de una tentativa, etc.) es importante tener en cuenta que algunos estudios han demostrado que después de haber tomado la decisión de suicidarse, suele ocurrir un periodo de calma (Keith Spiegel y Spiegel, 197), por lo tanto una repentina tranquilidad en un paciente anteriormente agitado, es una señal de peligro.

*La intencionalidad suicida como continuo:* Se debe entender la intencionalidad suicida como un continuo que va desde la decisión de seguir viviendo, hasta la intención irrevocable de suicidarse y en medio de estos puntos, diversos grados de intencionalidad y existen factores ambientales que podrían incidir y son imposibles de controlar.

*Exploración de los motivos para el suicidio:* El terapeuta debe entrar en el mundo del paciente y ver la realidad desde su óptica y esforzarse por comprender muy bien las razones que le adjudica al suicidio para determinar así las estrategias a utilizar para ayudarlo. Si el objetivo del paciente es huir, el tratamiento debe centrarse en su desesperanza y la ausencia de expectativas positivas; si sus razones tienen que ver con circunstancias reales como la situación económica, se debe recurrir a la intervención social adecuada; si los motivos del paciente tienen que ver con modos idiosincráticos de verse a sí mismo y al mundo, el terapeuta debe centrarse en el sistema de creencias irracionales; si el paciente ha realizado intentos de suicidio para manipular a otros, se debe centrar en las estrategias interpersonales desadaptativas. En este proceso la empatía con el paciente es fundamental para que se sienta comprendido.

*Inclinación de la balanza en contra del suicidio:* Es importante mantener al paciente expectante del proceso mientras pasa el riesgo de suicidio. También puede realizarse un “contrato” o promesa de aplazar los planes de suicidio por algunas semanas, mientras las técnicas logran resultados. En algunos casos es efectivo listar razones para vivir y para morir y si el paciente no encuentra razones actuales para vivir podría ser útil identificar algunas razones que tenía antes.

*Tratamiento de la desesperanza:* Generalmente altos niveles de desesperanza se asocian a un alto grado de intencionalidad suicida, por lo tanto debe atenderse inmediatamente, generando interés para explorar la validez de sus ideas, encontrando evidencias a favor y en contra de sus creencias.

*Resolución de problemas con pacientes suicidas:* En muchos casos los pacientes aducen motivos para suicidarse que tiene que ver con problemas reales; en este sentido, es importante que el paciente entienda que el suicidio no es la única solución al problema y contemple otras alternativas.

*Técnica de inoculación de stress:* Muchos pacientes suicidas tienden a ver sus problemas más graves de lo que en realidad son, presentan una visión exageradamente negativa de sí mismos, el mundo y el futuro y muy baja tolerancia a la incertidumbre, lo cual les impide identificar soluciones a sus problemas. La técnica consiste en pedirle al paciente que se imagine a sí mismo en una situación límite para que experimente la desesperación típica y los impulsos suicidas y que en este estado trate de generar soluciones a los problemas.

*Intensificación de los deseos suicidas durante la terapia:* El terapeuta debe explicarle al paciente que es posible que sus impulsos suicidas fluctúen a lo largo de la terapia y que esto no debe interpretarse como un retroceso en el tratamiento, sino más bien como una oportunidad para aprender a controlar tales impulsos y debe entrenar al paciente en las técnicas que empleará para hacer frente a los impulsos suicidas.

Fuente: elaboración propia a partir de (Beck, 2012)

### Anexo 10. Autorregistro de OSS

<i>Situación</i>	<i>Pensamiento automático</i>	<i>Emoción</i>	<i>Conducta</i>	<i>Consecuencia</i>
Mi mamá me regañó porque no lavé los platos cuando ella me lo indicó	“No sirvo para nada” “Siempre es lo mismo”	Ira Culpa “Entré en estado de hielo” (nombre asignado por OSS a la anulación de respuestas emocionales)	Lavé la loza moviendo los trastes con fuerza y generando ruido para que mi mamá me viera enojada y terminara la cantaleta	“Soy un asco, aparte de no cumplir, soy grosera con mi mamá”
Dejé la puerta abierta y se salió la perrita de mi hermana	“Siempre genero problemas” “No sirvo para nada”	Ira	Salí a buscar a la perra, mientras rompí en mi muñeca los cauchos que uso para parar pensamientos.	“Otra vez perdí el control, no puedo mejorar”
La profesora me preguntó por uno de los puntos de la tarea y no supe qué responder por estar distraída	“Tonta, tarada” “Soy una inútil”	Ira Culpa Vergüenza	Dije que no había hecho la tarea aunque sí la había hecho	“Que bruta soy, tienen razón de burlarse”
Entregaron boletines y perdí 3 materias	“Soy una inepta” “otra vez Siempre decepciono a mi familia” “Merezco que me castiguen, soy una vergüenza”. “Debería no existir”	Ira Culpa Vergüenza Ansiedad	No le dije nada a mi mamá cuando me reclamó Me encerré en la habitación Llanto Escribí muchas críticas sobre mí en una libreta	“Deseo de cortarme”
Una compañera me dijo “guisa”	“No merezco esto” “No quiero estar aquí” “Todos me desprecian”	Ira	Miré a mi compañera con despotismo y la empujé	“Ella tiene razón, me porté como una guisa”
El profesor paso junto a mí y se rió	“Se está burlando de mí” “Piensa que soy una tarada” “Qué humillación” “Me quiero morir”	Ira Vergüenza	No pude concentrarme en toda la jornada. En el descanso no compartí con nadie y estuve escuchando música con los audífonos. En la casa lloré mucho	“Soy tan tonta que ni siquiera me sé defender”

Fuente: Autoregistros realizados como tarea

## Anexo 121. Consentimiento informado

### **CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE CASO SOBRE APLICACIÓN DE TÉCNICAS COGNITIVO CONDUCTUALES EN CASO ÚNICO DE ADOLESCENTE VÍCTIMA DE ABUSO SEXUAL CON TRASTORNO DEPRESIVO.**

Señor(a)

Gloria Janeth Suarez Martínez

En representación de su hija menor de edad, le estamos invitando a participar en un estudio de caso de la Maestría en Psicología Clínica de la Universidad del Norte de Barranquilla.

Primero, nosotros queremos que usted conozca que:

- La autorización para utilizar en este estudio de caso el material o contenido desarrollado durante las sesiones es absolutamente voluntaria.
- Esto quiere decir que si usted lo desea puede negarse a autorizar utilizar el contenido de nuestras sesiones con fines académicos en la elaboración de un estudio de caso sin tener que dar explicaciones.
- Los temas abordados que serán analizados en este estudio de caso y sus datos personales se mantendrán en absoluta reserva.
- Usted no recibirá beneficio económico alguno del estudio actual. Los estudios de caso como este sólo producen conocimientos que pueden ser aplicados en el campo de la psicoterapia más adelante.

#### Procedimientos

---

En el estudio de caso, en el cual usted participará, se analizarán los contenidos dialogados durante las distintas entrevistas que le fueron o serán realizadas. En el estudio se espera obtener información que su hija suministrará de la forma más auténtica y sincera posible sobre su experiencia en particular.

La información obtenida en las entrevistas será sometida a un proceso de análisis en el que lo importante es poder llegar a comprender la estructura cognitiva que subyace al trastorno depresivo y la forma como las técnicas cognitivo conductuales coadyuvan a la paciente, a tener pensamientos más funcionales, regular sus emociones y lograr mayor ajuste en los ámbitos familiar y escolar.

Los resultados serán publicados (manteniendo total reserva sobre los datos personales) y entregados a la Universidad del Norte como requisito para el grado de la Maestría en Psicología. Usted recibirá retroalimentación sobre lo encontrado en el caso antes de ser socializados.

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Después de haber leído comprensivamente toda la información contenida en este documento en relación con el estudio de caso sobre la “**aplicación de técnicas cognitivo conductuales en caso único de adolescente víctima de abuso sexual con trastorno depresivo**” y de haber recibido del señor(a) Maira Alejandra Quiroga Galeano, explicaciones verbales sobre la misma, así como respuestas satisfactorias a mis inquietudes, he decidido de forma libre, consciente y voluntaria aceptar participar en este caso. Además, autorizo a Maira Alejandra Quiroga Galeano para utilizar la información codificada en este caso en un artículo científico, en el cual se manejará con total confidencialidad y reserva todos mis datos de contacto.

En constancia, firmo este documento de consentimiento informado, en presencia de la señora Maira Alejandra Quiroga Galeano y sin más testigos, en la ciudad de Bucaramanga, el día 22 del mes de Agosto del año 2016.

Nombre, firma y documento de identidad:

Nombre: Gloria Janeth Suárez Martínez  
 Cédula de ciudadanía: 51.949.453  
 Teléfono: 3164964271  
 Correo electrónico: gloriajaneth.suarez@gmail.com

Firma:   
 de Bogotá

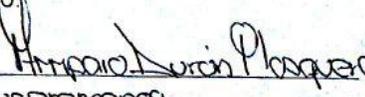
Nombre, firma y documento de identidad de la psicóloga:

Nombre: Maira Alejandra Quiroga Galeano  
 Cédula de ciudadanía: 63.52963  
 Teléfono: 313-5100225  
 Correo electrónico: malequiga@yahoo.com

Firma:   
 de Bucaramanga

Nombre, firma y documento de identidad de la tutora del caso:

Nombre: Amparo Durán Mosquera  
 Cédula de ciudadanía: 37.835.777  
 Teléfono: 317-3003876  
 Correo electrónico: amparo.duran.mosquera@gmail.com

Firma:   
 de Bucaramanga