

**EFFECTIVIDAD DE LA INTERVENCIÓN EN EL SENTIMIENTO DE CULPA
DESDE EL ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL APLICADO A UNA
PACIENTE DE 20 AÑOS EN PROCESO DE DUELO**

Investigador:

ANDREA P. LINERO MEDINA

PSICÓLOGA

Directora:

IRENE POLO MARTÍNEZ

PSICÓLOGA Clínica-Mg



UNIVERSIDAD DEL NORTE

DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA MODALIDAD PROFUNDIZACIÓN CLÍNICA

BARRANQUILLA, COLOMBIA

JULIO 2020

INFORMACIÓN DEL PROYECTO	4
INTRODUCCIÓN	5
1. JUSTIFICACIÓN	6
2. ÁREA PROBLEMÁTICA	8
3. PREGUNTAS GUÍAS U OBJETIVOS	9
4. HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE	10
IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	10
MOTIVO DE CONSULTA	11
DESCRIPCION SINTOMATICA (QUEJAS DEL PACIENTE).....	11
HISTORIA DEL PROBLEMA	12
HISTORIA FAMILIAR.....	15
GENOGRAMA	16
HISTORIA ACADEMICA Y/O LABORAL	16
HISTORIA SOCIAFECTIVA.....	16
HISTORIA SEXUAL	16
IDENTIFICACIÓN Y ANALISIS DESCRIPTIVO DE LOS PROBLEMAS	17
RELACIÓN MOLAR DE LOS PROBLEMAS.....	18
ANALISIS FUNCIONAL.....	19
PROCESO DE EVALUACIÓN.....	20
5. DIAGNÓSTICO	29
FACTORES DEL DESARROLLO	30
CONCEPTUALIZACIÓN COGNITIVA.....	31
FORMULACIÓN CLÍNICA DEL CASO.....	32
OBJETIVOS TERAPÉUTICOS	34
PLAN DE INTERVENCIÓN.....	34
6. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LAS SESIONES	39
7. MARCO CONCEPTUAL DE REFERENCIA	46
7.1. Duelo	46
7.2. Sentimiento de culpa	47
7.3. Intervención desde el Enfoque Cognitivo Conductual.....	48
7.3.1. Relación Terapeuta-Paciente.....	48
7.3.2. Psicoeducación.....	50
7.3.2.1. Psicoeducación en el ABC de Ellis	51
7.3.2.2. Psicoeducación en Proceso de Duelo y Sentimiento de Culpa	52
7.3.3. Terapia Dialéctico Conductual.....	52
7.3.3.1. Tolerancia al Malestar	54

7.3.3.2. Atención Consciente (Mindfulness)	54
7.3.3.3. Regulación Emocional.....	54
7.3.3.4. Eficacia Interpersonal	54
7.3.4. Debate Cognitivo y Reestructuración Cognitiva.....	55
7.3.5. La Carta Escrita no Enviada.....	56
7.3.6. Técnica del Espejo.....	56
8. ANÁLISIS DEL CASO.....	57
9. DISCUSIÓN	59
10. CONCLUSIÓN	61
11. REFERENCIAS.....	61

INFORMACIÓN DEL PROYECTO

Título: Efectividad de la intervención en el sentimiento de culpa desde el enfoque cognitivo conductual aplicado a una paciente de 20 años en proceso de duelo.

Investigador: Andrea P. Linero Medina

Directora: Irene Polo Martínez Ps. Clínica-Mg

INTRODUCCIÓN

Un proceso de duelo, detona sentimientos que, en algunos casos, requieren de una intervención terapéutica, para prevenir una serie de trastornos que pueden surgir a partir de un mal manejo de un proceso de duelo.

Es por esa razón que el siguiente documento, tiene como propósito destacar la importancia del manejo adecuado de proceso de duelo frente al fallecimiento de un ser querido y la intervención del sentimiento de culpa ocasionado por este duelo para también así, crear consciencia acerca del tema planteado. Para ello, se abordará un caso único de estudio de una paciente de 20 años en proceso de duelo y su intervención del sentimiento de culpabilidad desde el enfoque cognitivo conductual, con el fin de destacar la efectividad de la intervención del modelo mencionado.

En este sentido entonces, se recopiló la información teórica pertinente para la aplicación y análisis del caso, desde los autores Aaron Beck, Albert Ellis, Michael Mahoney, Kübler-Ross, Vicente Caballo, entre otros.

Asimismo, se tienen en cuenta los procesos correspondientes a la terapia cognitivo conductual, para lo cual, se aplicaron diferentes cuestionarios como fuente cuantitativa de evaluación al paciente, en aspectos como los síntomas en el sentimiento de culpa, para lo cual se aplicó: Cuestionario De Sentimiento De Culpa de Miriam Magallón, Escala De La Desesperanza (Hs) Beck, BDI - Beck Depression Inventory, BAI - Beck Anxiety Inventory. Se tuvo en cuenta a su vez, aspectos descriptivos del perfil cognitivo de la paciente; para lo cual se aplicó: IPA - Inventario De Pensamientos Automáticos, Ysq-L2 - Cuestionario De Esquemas De Young, CCE-TP - Cuestionario De Creencias Centrales de los Trastornos de Personalidad, IBT - Cuestionario De Creencias Irracionales y, por último, la evaluación de rasgos de personalidad de la paciente, para lo cual se aplicó: Test de Millon II. Lo cuestionarios emocionales fueron aplicados tres veces, salvo a el cuestionario de Sentimiento de culpa, el cual fue aplicado cuatro veces a lo largo de las sesiones. Esto con el fin, de observar el descenso de la presencia de tristeza, ansiedad, desesperanza y culpabilidad. De igual forma, los cuestionarios para la descripción del perfil cognitivo fueron aplicados dos veces para observar la modificación o mantenimiento de las creencias y esquemas en la paciente a lo largo de las sesiones. Por último, en cuanto a resultados, se demuestran el logro de los objetivos específicos y el objetivo general de esta investigación, junto con sus

determinadas bases teóricas como sustento de una intervención exitosa en el sentimiento de culpa, observando la disminución de éste a lo largo de las sesiones.

A continuación, se justificará la relevancia de la intervención temprana en el sentimiento de culpa que puede presentar una persona.

1. JUSTIFICACIÓN

Existen diversas situaciones a lo largo de la vida, que ocupan un rol importante para el desarrollo de la infancia, adolescencia y adultez del ser humano. Dichas experiencias o situaciones logran influir de una manera positiva o negativa en nuestro desarrollo. Todo depende de la emoción y el pensamiento inmediato que resulte en el sujeto de esta experiencia, del significado que se le otorgue a ella. Como se plantea en el modelo propuesto por Beck y Ellis. Hernández (2007).

El sentimiento de culpa, acompañado de más sentimientos como tristeza, ansiedad, enfado e ira, por ejemplo, y pueden ser el resultado emocional de atravesar un proceso de duelo o situación de pérdida, dependiendo de lo que signifique esa pérdida afectiva para la persona. Como lo describen los autores Gil-Juliá, B., Bellver & Ballester (2008) al decir que, en algunos casos, el proceso de duelo puede no seguir un curso normal, complicándose y produciéndose alteraciones importantes en la vida de las personas que lo experimentan, lo cual se conoce como duelo, patológico, anormal o traumático. Así mismo, explican que el sentimiento de culpa puede ser una manifestación “normal” de sentimientos, dentro de un proceso de duelo. Sin embargo, necesitaría una intervención temprana para no agravar este proceso, ya que la culpa también haría parte de los síntomas de un duelo patológico; describiendo la culpabilidad, según una valoración subjetiva, como la falta de recursos para hacer frente a la situación.

De igual forma, Kübler-Ross E (1989), como se cita en Gil-Juliá et al., 2008, p. 3, establece las etapas de negación, ira, negociación, depresión y aceptación; en las cuales se espera que aparezcan los sentimientos mencionados anteriormente, sin embargo, una intervención temprana de sentimientos correspondientes a un duelo patológico sería esencial para lograr sobrellevar la situación, sin que dichos sentimientos se agraven y logren afectar aún más la salud mental del sujeto. Es por eso que se hará uso del modelo cognitivo conductual, el cual ofrece una variedad de técnicas para facilitarle al paciente

un manejo adecuado de las emociones y pensamientos frente a la pérdida de un ser querido y lo que esto puede significarle de manera subjetiva.

La relevancia del tema en mención es sustancial para la posibilidad de cambio y creación de conciencia dentro de la sociedad, en cuanto a los límites de lo “normal” de un proceso de duelo y manejo de la culpa, siendo entonces, un tema de conveniencia para cualquier lector relacionado con este proceso o terapeuta que necesite desarrollar la aplicación de las técnicas liadas a la intervención del duelo y sentimiento de culpa. Por lo que el plan de intervención del sentimiento de culpa que se planteará más adelante, será un modelo con posibilidad de aplicación para profesionales en psicología clínica y futuros profesionales del área, el cual podrán utilizar como herramienta terapéutica en cierto nivel de intervención frente al desarrollo o instauración de trastornos ansiosos y/o depresivos; siendo la implicación de la intervención del sentimiento de culpa, un tema trascendental para la solución de una amplia gama de problemas prácticos relacionado con la aparición de trastornos mentales que la persona pueda presentar a lo largo del desarrollo de su proceso y que puedan afectar directamente el bienestar emocional de la persona.

Asimismo, como se menciona anteriormente, el objetivo principal de este documento es la identificación e intervención del sentimiento de culpa; conociendo los límites en el desarrollo del proceso de duelo y establecer cuándo se requiere su intervención. Por lo que se espera que el documento sea también un aporte científico hacia el conocimiento del manejo de la culpa en pacientes que atraviesan un duelo por la pérdida de algún familiar; teniendo claro, la base teórica expuesta anteriormente y el respaldo de esta, mostrada a medida de la continuidad del documento. Así entonces, se describe la relación entre tres variables como lo son la patología, las emociones y los sentimientos, con el fin de conocer en mayor medida el comportamiento de las tres variables en su relación y, definiendo el rumbo a seguir de acuerdo a lo urgente e importante que se distinga de la sintomatología de la paciente en mención.

De igual forma, el documento permitirá entender la aplicación de la teoría al momento de realizar la intervención, desde el enfoque cognitivo conductual, en el sentimiento de culpa, alcanzando de forma exitosa los objetivos planteados en el caso único de estudio. Sugiriendo así, ideas, recomendaciones o hipótesis a futuros casos de estudio desde el modelo y en relación con las variables planteadas en este caso.

Además de la aplicación de la intervención, se encuentran también los cuestionarios aplicados para la evaluación de diferentes aspectos esenciales en el caso, como cuestionarios de creencias, esquemas, pensamientos automáticos, descripción de perfil cognitivo y personalidad, así como también la variable en cuestión, sentimiento de culpa y creencias frente al proceso de duelo. Todos los cuestionarios se encuentran respaldados con su fecha de aplicación y resultados, lo cual, le facilitará al lector su aplicación y utilidad, esto con el fin de brindar herramientas de recolección y análisis de datos necesarios para lograr entender la relación expuesta entre dos o más variables que dentro de lo posible, midan los cuestionarios mencionados.

Por último, la metodología utilizada para el desarrollo del estudio de caso único es una metodología A-B, que tiene en cuenta la línea base en cuestión, en este caso sería una de las causas subjetivas del sentimiento de culpa (proceso de duelo) y se realiza la debida evaluación de las variables planteadas anteriormente y el desarrollo del tratamiento. Lo que se puede demostrar en lo mencionado en el párrafo anterior, en la continuidad de la aplicación de las pruebas entre un periodo intermitente de gestión.

A continuación, se ampliará en la importancia del estudio de la variable del sentimiento de culpa, mediante la aclaración de datos estadísticos e investigaciones.

2. ÁREA PROBLEMÁTICA

Para lograr centrarse en el sentimiento de culpa, es necesario, primeramente, hablar un poco del duelo y de los trastornos depresivos, ya que ambos aspectos abarcan la presencia del sentimiento de culpa. A continuación, se presentará primero el duelo y luego la depresión. El proceso de duelo es un tema muy subjetivo, este depende incluso del aspecto cultural de cada una de las personas; sin embargo, un estudio realizado en España por La Vanguardia Española en compañía del Instituto de Psicoterapia Integrativa Relacional de New York (IPIR), determinó que aproximadamente 200.000 personas al año tienen un mal manejo del duelo ocasionado por una pérdida, lo que puede desencadenarse en demás trastornos asociados, como lo son los trastornos depresivos. Montes (2017), aporta que, estudios recientes, el 5% de la población mundial sufre de algún trastorno depresivo. Su permanencia en el curso de la vida oscila entre el 2 y el 25% aproximadamente. Se estima que para el presente año 2020, la

depresión mayor se convertirá en la segunda afección más incapacitante, superada tan sólo por la cardiopatía isquémica.

La Revista de Psicología GEPU de la Universidad del Valle-Colombia, publicó un estudio realizado en el 2013 sobre las familias en riesgo de duelo complicado, en Bogotá, Colombia. Dicho estudio, expone las aproximaciones en cifras de los años 2010 y 2011 de “muertes inesperadas” de mujeres y hombres con al menos uno o ambos padres vivos, al momento de su muerte. Las estadísticas de los años 2010 y 2011, revelan 28.662 muertes; entre, homicidios, suicidios, y accidentes de tránsito. Por lo tanto y, excluyendo las muertes violentadas, se estimó que una cifra de 27.444 personas en Colombia y 3.072 personas en Bogotá, vivieron procesos de duelo por la muerte de un hijo o una hija. (*Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses—INMLCF/ Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia—GCRNV, citado en Acero, P. 2013*).

La vivencia de un choque inicial por el fallecimiento de un familiar o conocido puede desencadenar en el sujeto ciertos cuestionamientos internos del ser querido, revisión minuciosa de detalles del familiar y un repaso de sus últimos días antes de fallecer; aclara Fonnegra (1999) (citado en Acero, P. 2013). El autor continúa explicando que estos elementos, dentro el proceso de duelo, pueden llegar a generar sentimientos de injusticia, tristeza, rabia, resentimiento o culpa. El apoyo psicológico en el duelo, entonces, es un aspecto de gran importancia en la mayoría de los casos, para la prevención de la aparición de características patológicas en la persona experimentando la pérdida. Es así que su comprensión integral, permitirá encontrar mejores herramientas terapéuticas que puedan prevenir las consecuencias de la depresión mayor, aumentando la calidad de vida de los pacientes y haciendo su pronóstico más favorable.

El siguiente documento, se centrará en la intervención del sentimiento de culpa en el proceso de duelo, ya que este a su vez, dependería de los diferentes casos y consecuencias del duelo que afecten directamente en las creencias y esquemas que hacen vulnerable cognitivamente a la persona frente a la aparición de dicho sentimiento.

3. PREGUNTAS GUÍAS Y OBJETIVOS

¿Es efectiva la intervención del enfoque cognitivo conductual, en la disminución el sentimiento de culpa de una paciente de 20 años en proceso de duelo?

Hipótesis: La intervención cognitivo conductual reduce los sentimientos de culpa en una paciente de 20 años en proceso de duelo.

Objetivo General:

- Determinar el efecto de la intervención de la Terapia Cognitivo Conductual, en la reducción del sentimiento de culpa en una paciente de 20 años en proceso de duelo.

Objetivos Específicos:

- Describir el perfil cognitivo del paciente respecto al sentimiento de culpa por medio de evaluaciones cognitivas conductuales previas y posteriores al proceso de intervención, por medio de los siguientes cuestionarios: IPA - Inventario De Pensamientos Automáticos, Ysq-L2 - Cuestionario De Esquemas De Young, CCE-TP - Cuestionario De Creencias Centrales de los Trastornos de Personalidad, IBT - Cuestionario De Creencias Irracionales.
- Implementar un plan de intervención cognitivo conductual por medio de estrategias cognitivas, emocionales y conductuales dirigidas a la reducción del sentimiento de culpa en una paciente de 20 años en proceso de duelo.
- Identificar la efectividad de la intervención cognitiva conductual en la reducción de síntomas de sentimientos de culpa mediante hallazgos pre-pos prueba, obtenidos por medio de los siguientes cuestionarios: Cuestionario De Sentimiento De Culpa de Miriam Magallón, Escala De La Desesperanza (Hs) Beck, BDI - Beck Depression Inventory, BAI - Beck Anxiety Inventory.

4. HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

- **NOMBRE:** SDO
- **EDAD:** 20 años
- **FECHA DE NACIMIENTO:** 18 de diciembre de 1998
- **SEXO:** F
- **NIVEL DE ESCOLARIDAD:** Pregrado
- **OCUPACIÓN/ PROFESIÓN:** Estudiante de Relaciones Internacionales
- **LUGAR DE PROCEDENCIA:** Barranquilla
- **SESIONES:** 22
- **EVALUADO POR:** ANDREA P. LINERO MEDINA

MOTIVO DE CONSULTA DEL PACIENTE

PACIENTE: *“Yo me obsesiono mucho, yo siento que el tiempo no me alcanza, hay cosas que pienso que no quiero pensar, me siento ansiosa. Yo había asistido a terapia y estuve 8 sesiones, solo que por motivos económicos tuve que desertar. Yo no sé por qué siento que buscar ayuda es malo, a veces, pero estoy segura que no quiero afrontar las cosas porque me duele mucho” ... “Mi hermano menor murió hace años atrás y siento que no lo dejo ir porque me da mucha culpa su fallecimiento”.*

SDO es estudiante becada, remitida por Bienestar Universitario por motivos presentes de ansiedad y depresión, junto con la aparición de ideas que atentan contra su integridad.

DESCRIPCION SINTOMATICA (QUEJAS DEL PACIENTE)

ASPECTO COGNITIVO: *“Estoy angustiada todo el tiempo, siento que todo va a salir mal, siempre pienso lo peor, siento tanta culpa que me consume, es como si me preocupara todo, me siento tan cansada y sin ánimo que hay momentos en que no quiero hablar”.*

ASPECTO AFECTIVO / EMOCIONAL: tristeza, angustia, ansiedad, sentimiento de vacío, sentimiento de culpa.

ASPECTO CONDUCTUAL: ante la solución de problemas y/o situaciones sociales la paciente prefiere salirse del lugar donde se encuentra o dejar de estar en dichas situaciones en las que no logra controlar su sintomatología ansiosa (realiza conductas de escape) y, conductas de quejas somáticas ante situaciones que le causan malestar.

ASPECTO FISIOLÓGICO: alteraciones en el ciclo del sueño, falta de apetito, agitación psicomotora en las manos y pies, tensión muscular, dolores de cabeza y de estómago.

ASPECTO RELACIONAL: Sus relaciones familiares, relaciones de pareja y relaciones interpersonales, se ven afectadas en cuanto a su conexión con el aspecto conductual, ya que la paciente evita tener que explicar cómo se siente por no “incomodar o cargar” al otro y estas situaciones se prestan para malentendidos entre la paciente y sus relaciones con otros.

ASPECTO CONTEXTUAL: Pareja, social y familiar.

HISTORIA DEL PROBLEMA

La paciente comenta que *“desde siempre”* se recuerda siendo ansiosa. Recuerda que siempre ha temblado para hablar y preocuparse ante lo más mínimo. Hubo una época (a sus 6 años) que sus padres tenían muchas salidas de noche. Dejando a SDO, en ocasiones, en casa de la vecina para ser cuidada junto con su hermano menor de 1 año (quien falleció hace 7 años). En estas situaciones, SDO optaba por llamar a sus padres al teléfono y pedirles que llegaran rápido, lo cual, molestaba a sus padres y ellos respondían que dejara de insistir. SDO entonces, decidía dormir junto a la puerta del cuarto de los padres para asegurarse de que ellos llegaran a casa. La paciente menciona a su vez, que la sintomatología ansiosa no solo se presenta con la ausencia de los padres si no también, en situaciones en las que debe pedir que le expliquen algo que no entiende, cuando debe entregar un trabajo, en situaciones sociales en las que debe intervenir, cuando presenta sentimiento de culpa al recordar al hermano o cuando pierde, de alguna forma, el control de las situaciones cotidianas.

Continuando con la historia del problema, a los 7 años, SDO recibe la llegada de su hermano menor, lo que para ella significó que *“tendría quien la acompañara siempre”*. A la edad de 1 año y medio de su hermano, le descubren un tumor cerebral que no puede ser operado, diagnosticándolo con cáncer. La paciente entonces pasa los siguientes 6 años *“viendo a su hermano luchar contra la enfermedad”*. SDO menciona que quizá ella trató de alejarse de *“todos esos temas”* (refiriéndose a la enfermedad de su hermano), mediante el internet, el uso de Messenger y escuchando música. Cuenta, que en esa época ella no interactuaba de manera amable con su hermano *“yo lo molestaba mucho, peleaba con él”* y prefería escapar hacia el internet, viendo videos, escuchando música, hablando con más amigos. Finalmente, SDO, con 13 años de edad, se entera del fallecimiento de su hermano menor. La paciente dice que, en ese momento, *“la burbuja explotó”*, refiriéndose a que, en ese momento, *“fue que se dio cuenta de la gravedad de la situación”*.

En primer lugar, es aquí cuando la paciente comienza a experimentar un sentimiento de culpa, al que le proporcionó un puntaje de 10/10, siendo 10 mucha culpa, haciendo énfasis en que *“así lo debió sentir a los 13 años”*. Así mismo, hubo varios aspectos que posiblemente agravaron el proceso de duelo y sentimiento de culpa presentado por la paciente; ya que luego de la muerte de su hermano, la prima (que en ese momento tenía 23 años y que se había criado como la hermana mayor de SDO), le comenta a la paciente, *“en forma de reclamo”*, el hecho de no haber sido lo

suficientemente buena con su hermano antes de fallecer. Se presenta también, la situación en la que la paciente, escucha comentarios de los familiares diciendo que CA (hermano de SDO) “*estuvo con las personas que el más quería el día que falleció*” y, SDO no estuvo presente en el momento, menciona se encontraba en el colegio.

En segundo lugar, SDO presenta un sentimiento de culpa al “*no haber sido lo suficientemente buena con CA durante toda su enfermedad*” y con respecto a sus padres, comenta que luego del fallecimiento de su hermano, sus padres realizaron el proceso del duelo en pareja, “*se unieron más*”, pero ella “*sintió que no era parte de esa unión*”. Dice haber “*superado el proceso de duelo sola*”; cómo, por ejemplo, intentó decirle todo lo que sentía a su hermano ya estando en el ataúd, por consejo de su madre. Aun así, SDO sintió que “*ya era muy tarde*”.

En tercer lugar, la paciente, no logra recordar muchas situaciones vividas con CA, ni tristes ni felices. Dice sentir “*mucha culpa por no disfrutar de su hermano y no ser buena con él*”. El tema del fallecimiento en sí no es mencionado dentro de la familia. Los padres decidieron tener otro hijo, tiene 3 años.

Adicionalmente, la paciente propició *cutting* hace un par de años, dice “*haber sido muy superficial y que fue necesario en el momento para sentir dolor por algo distinto a la muerte de su hermano*” (como forma de escape emocional). Así mismo, ha experimentado, en tres ocasiones, crisis de angustia, en los cuales siente que su cuerpo no le corresponderá a su cabeza. Refiere: “*siento como si mi cuerpo quisiera salir corriendo y siento que se va a tirar del 9no piso del bloque K, siento que voy a perder el control de mi cuerpo, siento que son dos cosas separadas*”

Por último, dicho proceso de duelo seguido del sentimiento de culpa causó que SDO reforzara y mantuviera los esquemas ya implantados en ella, como el de abandono o su vulnerabilidad al daño, que se fueron forzando como consecuencia a las diferentes situaciones de negligencia por parte de los padres; resultando en una alteración de su estado de ánimo como consecuencia de un duelo inadecuado y, que hoy en día, se mantiene alimentando su sintomatología ansiosa (y viceversa). Cabe resaltar que SDO es una paciente con antecedentes de depresión en la familia, ya que su tío paterno se suicida debido a un cuadro de depresión psicótica, cuando la paciente tenía 4 años.

A continuación, se encuentra un cronograma de los sucesos más importantes a resaltar en la historia del problema de la paciente:

<p>0-6 años</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se suicida su tío paterno, debido a un cuadro de depresión psicótica. • Nace el hermano menor CA de SDO • SDO y CA son dejados en casa de la vecina mientras sus padres salían de noche a “beber”. • A CA le descubren un tumor cerebral (al año y 6 meses)
<p>7-12 años</p>	<ul style="list-style-type: none"> • SDO vive la enfermedad de su hermano, no quiere pasar tiempo en casa, prefiere salir con amigos. • Ve que sus padres están muy pendientes de su hermano, ella prefiere no interrumpir.
<p>13 años</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fallece CA de 6 años, hermano menor de la paciente (a los 13 años de SDO) • La familia de SDO hace comentarios como “por lo menos estuvo rodeado de la gente que el más quería” (cuando SDO no estaba ahí) • SDO habla con su prima del fallecimiento del hermano y la prima le comenta “tú fuiste muy mala con él mientras estuvo vivo” • SDO comienza a realizar su duelo • Experimenta por primera vez el sentimiento de culpa relacionado a la muerte de su hermano menor.
<p>14-18 años</p>	<ul style="list-style-type: none"> • SDO ve como sus padres se acercan mucho más como pareja, mientras ella siente que “la hacen a un lado” • Prefiere no interrumpir el duelo de sus padres “molestándolos”, dice, con problemas de ella • Se agrava su alteración en el estado de ánimo • Tiene sus dos primeras parejas sentimentales • Termina su primera relación y su segunda relación • A los 17 años, nace su segundo hermano JJ, con quien dice querer realizar todas las cosas que no pudo hacer con CA • Se muda de su anterior casa por el nacimiento de su nuevo hermano • Empieza a estudiar en la universidad, relaciones internacionales
<p>19-20 años</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Empieza su proceso terapéutico, primero asiste a una terapeuta con la que trabaja su sentimiento de culpa, alcanza a asistir por 8 sesiones y luego, por motivos económicos, deserta.

	<ul style="list-style-type: none"> • Empieza proceso terapéutico con el CAIF 3 meses después. • Muerte de la tía paterna e intento suicida del abuelo paterno.
--	--

HISTORIA FAMILIAR

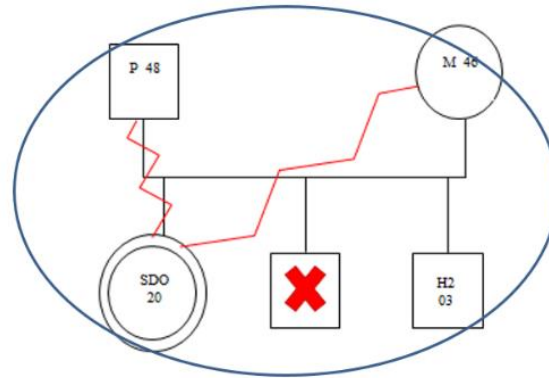
SDO es la primera hija de sus padres, quienes tuvieron tres hijos incluyendo a la paciente: SDO (1), CA (2) y JJ (3). Las relaciones familiares entre los hijos y padres, cuando SDO tenía 6 años, no eran las más adecuadas, lo cual se explica anteriormente al mencionar que los padres salían y descuidaban de SDO (6 años) y su hermano (1 año).

SDO fue creciendo en un ambiente familiar “*no comunicativo*” y lo atribuía a la introversión de sus padres. Refiere que el matrimonio de sus padres era distante antes de fallecer su hermano y que, cuando CA fallece, la situación trae consigo el acercamiento de los padres entre ellos. Esto hace que la paciente manifieste haberse sentido excluida, sin embargo, refiere “*que ella prefería eso y que sus padres estuvieran bien para que no tuvieran que cargar además con el peso de las cosas de ella*”, es decir, el proceso de duelo en pareja aumentó su cercanía, pero también comenta que se sintió excluida llevándola a un proceso de duelo sola.

Dice también que, estando su hermano con vida, ella recordaba a su padre muy alejado de ella, comenta que era cariñoso con sus hermanos y comunicativo con su madre, pero no recuerda como era con ella misma, describiéndolo también con las palabras; introvertido, noble y expresivo/calmado. Referente a su madre, dice que es bastante celosa con su padre y que incluso, “*sentía que la celaba con el padre*”, la describe como alguien cariñosa con sus hermanos menores, comprensiva con SDO, pero siendo siempre bastante obstinada; describiéndola también con las palabras: “*ordenada, inexpresiva, muy aseada y obstinada (recalcó)*”. En cuanto a la forma de corregir de los padres, comenta que ambos la regañaban, pero no pasaba a mayores.

A la edad de 17 años, SDO recibe su segundo hermano JJ, lo cual la hace acercarse mucho a él y “*hacer las cosas que no hizo con su primer hermano*”. Las relaciones familiares han cambiado, hoy en día a sus 20 años, lleva una mejor comunicación con la madre y aunque el padre no sea tan afectivo con ella, SDO dice que su relación ha mejorado mucho.

GENOGRAMA



HISTORIA ACADEMICA

SDO se recuerda desde siempre como una estudiante aplicada, no ha presentado problemas de bajo rendimiento escolar ni universitario. Actualmente está cursando 9o semestre de Relaciones internacionales en una de la universidad de la ciudad. Es monitora de una materia y se encuentra próxima a comenzar sus prácticas empresariales.

HISTORIA SOCIAFECTIVA

SDO se describe como una persona introvertida, tímida, respetuosa. Dentro de las relaciones interpersonales y de pareja, le gusta que le den su espacio y a ella dar el de la pareja, considera esto muy importante para su bienestar dentro de la relación amigo/pareja. Siempre tuvo pocos amigos, pero dentro de este grupo, se sentía muy cómoda y podía llegar a ser ella misma, se considera más sociable, se recuerda así desde el colegio. Sin embargo, desde pequeña SDO no ha sentido un vínculo “*plenamente afectivo*” por parte de sus padres por lo comentado anteriormente, sin embargo, no se considera una persona que “*no pueda llegar a amar*” y dice que le gusta cómo se están acercando a su familia recientemente. Hace dos semanas termina su relación de 8 meses con su exnovio a causa de sentirse asfixiada; ha manejado bien y dice sentirse tranquila frente a la ruptura.

HISTORIA SEXUAL

SDO tiene su primera relación sexual a los 19 años y ha tenido 3 parejas desde los 16 de las cuales solo con una ha llegado a la intimidad. Recientemente terminó su relación de 8 meses de duración por “sentirse asfixiada” lo cual ha tomado muy bien y se siente tranquila hasta ahora.

IDENTIFICACION DE PROBLEMAS PRESENTES

Problema No.1: Sintomatología Ansiosa

Problema No.2: Alteración del Estado de Ánimo Depresivo

No se destacó un tercer problema debido a la conexión entre el sentimiento de culpa y ambos problemas plantados, ya que se considera que este sentimiento se ve inmerso dentro de la sintomatología presentada.

ANALISIS DESCRIPTIVO DE LOS PROBLEMAS

P1: SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA

SDO ha presentado ataques de ansiedad, que la han llevado a sentir un malestar con una intensidad 10/10. Dice sentir aceleración del ritmo cardiaco, dolores de cabeza, dolor estomacal, agitación psicomotora en manos y pies, alteración en el sueño y en la alimentación. Dichos síntomas, aparecen bajo situaciones en las que siente una pérdida del control de las situaciones cotidianas y recuerdos de su hermano que falleció cuando ella tenía 13 años, seguido también de un sentimiento de culpa frente a los mismos recuerdos. Esta sintomatología ansiosa, está afectando actualmente su rendimiento académico y su relación de pareja.

Relata como ejemplo, una situación reciente al inicio de su proceso terapéutico (en la tercera sesión), la situación de no encontrar parqueo en un evento al cual la había invitado su pareja del momento y, al no encontrar parqueadero para estacionar el carro de sus padres, SDO sintió angustia de pensar que, si lograba parquear el carro en alguna parte, el resultado sería que lo encontraría rayado o incluso, robado. Empezó, entonces, a sentir dolor de estómago, llanto, frustración y optó por devolverse para su casa; lo que resultó en una discusión con su novio. SDO puntúa esta situación con una intensidad de 7/10 siendo 10 muy intenso. De igual forma, la paciente comenta que hace 6 meses, una noche, sintió aceleración del ritmo cardiaco, sudoración en manos, temblor, dolor en el pecho y todo lo transmitió por la sensación de no tolerar los colores de su celular, por lo optó por cambiar su pantalla al color blanco y borrar las aplicaciones de su móvil. La paciente califica el malestar y sintomatología ansiosa con 10/10 de intensidad. Dice que ocurre unas 7 veces por semana, su frecuencia es alta y no logra recuperarse rápido de este malestar, siendo su magnitud alta a la vez.

Actualmente, la paciente tiene adherencia al tratamiento farmacológico (Escitalopram) desde hace cuatro meses.

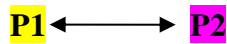
P2: ALTERACION DEL ESTADO DE ÁNIMO DEPRESIVO

Luego de fallecer su hermano, SDO comienza a tener pesadillas en las que predominaba el sentimiento de culpabilidad, no compartía los sentimientos y prefería aislarlos, por no causar más daño a los padres. Pensaba que *“ellos ya tienen suficientes problemas ahora”*, empezó a dormir mucho de día por no poder mantener el sueño durante la noche, se levantaba cansada y abrumada con sus pensamientos. Llegó a la conclusión de *“ser los papás, la única razón para ella seguir con vida”*. En un tiempo, refirió no saber identificar si es auténtica o no, dice no saber *“quién soy o que me gusta”*. Comenta, así mismo, que mantiene un pobre autoconcepto y que esto influye al momento de entregar trabajos, se toma mucho tiempo para hacerlos, para no tener la sensación de estar equivocada o hacerlos mal. Sin embargo, es una estudiante becada con promedio de 4,6. Se decide en el proceso terapéutico remitir a la paciente a psiquiatría. La psiquiatra ordena Escitalopram con lo que ya hace cuatro meses, la paciente logra identificar mejoras en muchos aspectos diciendo que: *“logra realizar ciertas cosas que antes no le producían motivación, ahora tiene más ganas”*.

Así mismo, desde la muerte de su hermano menor, SDO ha presentado un sentimiento de culpa que hoy en día le cuesta manejar. SDO siente *“vacío y rabia”* al pensar en el fallecimiento de su hermano. La paciente presenta bloqueos ya que no suele recordar muchos aspectos de su hermano, pues prefiere olvidar esos momentos en los que compartió con él y esa etapa en su vida personal. Menciona que le *“duele”* pensar que, en ese momento, ella tenía otras prioridades.

La paciente califica el malestar o sentimiento de culpa y vacío junto a su alteración del estado de ánimo depresivo, con 10/10 de intensidad. Dice que ocurre unas 7 veces por semana, su frecuencia es alta y no logra recuperarse rápido de este malestar emocional, siendo su magnitud alta a la vez.

RELACION MOLAR DE LOS PROBLEMAS



Sintomatología Ansiosa

Alteración del Ánimo Depresivo

Dentro de la relación de los problemas, se entiende por P1: la sintomatología ansiosa, P2: la alteración del estado de ánimo. Se establece una relación bidireccional entre P1 y P2, ya que las respuestas ansiosas que SDO describe, en su mayoría se presentan al momento de no sentirse capaz de realizar determinadas tareas; sentimiento de incapacidad que a su vez se refuerza con el bajo autoconcepto debido a las ideas de minusvalía presentadas y causadas por su alteración en el estado de ánimo. Así mismo, esta alteración del estado de ánimo se refuerza con las respuestas ansiosas, temores y sentimiento de culpa que la paciente presenta.

ANALISIS FUNCIONAL

Tabla 1. P1: Sintomatología Ansiosa

	Antecedente	Tenía una fiesta y los padres no podían recogerla ni llevarla. Así que debía pedir un taxi.
Conducta	Respuesta Cognitiva	<i>“Me van a secuestrar”</i>
	Afectiva/ Emocional	Frustración, estrés, ansiedad, miedo a ser secuestrada
	Motora Comportamental	Llanto
	Fisiológica	Agitación psicomotora, sudoración, temblor en manos.
	Consecuencia	La paciente decide no ir a la fiesta (R-).

Tabla 2. P1: Sintomatología Ansiosa

	Antecedente	Era de noche y la paciente tenía pendiente la entrega de un trabajo que había aplazado mucho en hacer.
Conducta	Respuesta Cognitiva	<i>“siempre hago lo mismo, comienzo tarde por boba y luego estoy corriendo, aquí estoy pintada, ahora si me va a ir mal”</i>
	Afectiva/ Emocional	Tristeza, angustia, estrés
	Motora Comportamental	Llanto
	Fisiológica	Ataque de pánico: aceleración del ritmo cardiaco, hiperventilación, sudoración, mareo, visión borrosa.

Consecuencia	La paciente decide posponer el trabajo por miedo a hacerlo mal. (R-).
---------------------	---

Tabla 3. P2: Alteración del Estado de Ánimo Depresivo

Antecedente		SDO tiene una discusión por teléfono con su pareja, ya que ella no quiere salir de su casa, a lo que él le responde que ella ya no quiere hacer nada con él.
Conducta	Respuesta Cognitiva	“Estoy tan triste que ni siquiera soy capaz de salir de mi casa para verme con mi novio”
	Afectiva/ Emocional	Tristeza, sentimiento de vacío
	Motora Comportamental	Llanto, decide colgar la llamada.
	Fisiológica	“Pesadez”, malestar general
Consecuencia		Al colgar la llamada, la paciente siente menos malestar (R-).

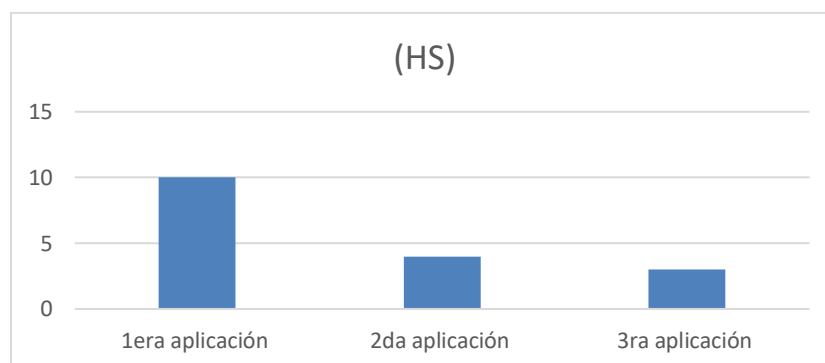
PROCESO DE EVALUACIÓN (INTENCIONALIDAD DE LA EVALUACIÓN)

NOMBRE DEL INSTRUMENTO	OBJETIVO DEL INSTRUMENTO EN EL PROCESO	FECHA 1ra Aplicación	FECHA 2da Aplicación	FECHA 3ra Aplicación	FECHA 4ta Aplicación
ESCALA DE LA DESESPERANZA (HS) BECK: La prueba consta de 20 preguntas con opciones de verdadero/falso. El puntaje depende de la respuesta en el ítem.	Determinar si existe y qué nivel de desesperanza presente la paciente, causado por la sintomatología depresiva de la paciente.	05/12/2018	12/03/2019	30/08/2019	No se aplicó una cuarta vez
EL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BECK DEPRESSION INVENTORY, BDI): La prueba consta de 21 preguntas con un puntaje máximo de 3 en cada ítem.	Determinar el estado de la sintomatología depresiva presente en la paciente.	05/12/2018	12/03/2019	30/08/2019	07/03/2020
BAI (BECK ANXIETY INVENTORY): La prueba consta de 21 preguntas con un puntaje máximo de 3 en cada ítem.	Explorar los síntomas ansiosos presentados por la paciente y el nivel de su sintomatología ansiosa en general.	28/11/2018	19/03/2019	30/08/2019	7/03/2020
IPA (INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS): La prueba consta de 45 preguntas con un puntaje máximo de 3 en cada ítem.	Determinar un perfil cognitivo de la paciente mediante la exploración de sus pensamientos automáticos.	Enero 2019	30/11/2019	No se aplicó de nuevo	

YSQ-L2 (CUESTIONARIO DE ESQUEMAS DE YOUNG): La prueba consta de 45 preguntas con un puntaje máximo de 6 en cada ítem.	Determinar un perfil cognitivo de la paciente mediante la exploración de sus esquemas desde Young.	Enero 2019	30/11/2019	No se aplicó de nuevo	
CCE-TP (CUESTIONARIO DE CREENCIAS CENTRALES DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD): La prueba consta de 65 preguntas con un puntaje máximo de 6 en cada ítem.	Determinar un perfil cognitivo de la paciente mediante la exploración de sus creencias centrales relacionadas a trastornos de personalidad.	Enero 2019	30/11/2019	No se aplicó de nuevo	
IBT (CUESTIONARIO DE CREENCIAS IRRACIONALES): La prueba consta de 79 preguntas con un puntaje máximo de 5 en cada ítem.	Determinar un perfil cognitivo de la paciente mediante la exploración de sus creencias irracionales.	Enero 2019	30/11/2019	No se aplicó de nuevo	
TEST MILLON II PERSONALIDAD: La prueba consta de 175 preguntas con opciones de verdadero/falso. El puntaje depende de la respuesta en el ítem.	Explorar posibles criterios para el desarrollo o mantenimiento de un posible trastorno de personalidad en la paciente.	29/08/2019	No se aplicó de nuevo		
CUESTIONARIO DE SENTIMIENTO DE CULPA DE MIRIAM MAGALLÓN: La prueba consta de 35 preguntas con un puntaje máximo de 1 en cada ítem.	Identificar el nivel del sentimiento de culpa de la paciente y realizar seguimiento a los síntomas de este.	28/11/2018	12/03/2019	30/08/2019	7/03/2020

A continuación, se mostrarán los resultados cuantitativos y cualitativos en cada una de las tablas según la escala o prueba aplicada y número de aplicación:

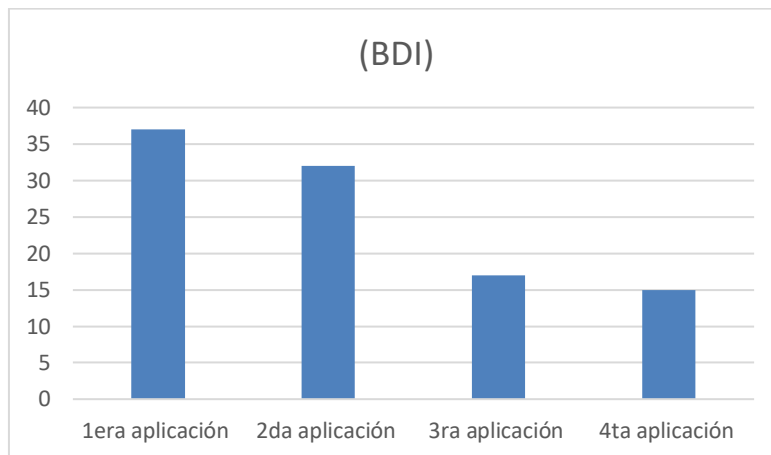
ESCALA DE LA DESESPERANZA (HS) BECK



En la primera aplicación de la Escala de Desesperanza, SDO puntuó 10, lo que indicaba un rango ALTO de desesperanza. A medida que se intervino en los diferentes componentes de su sintomatología depresiva, SDO logró bajar su puntuación de los ítems a un 3, lo que indica que no hay riesgo de desesperanza. Esta escala se aplicó tres

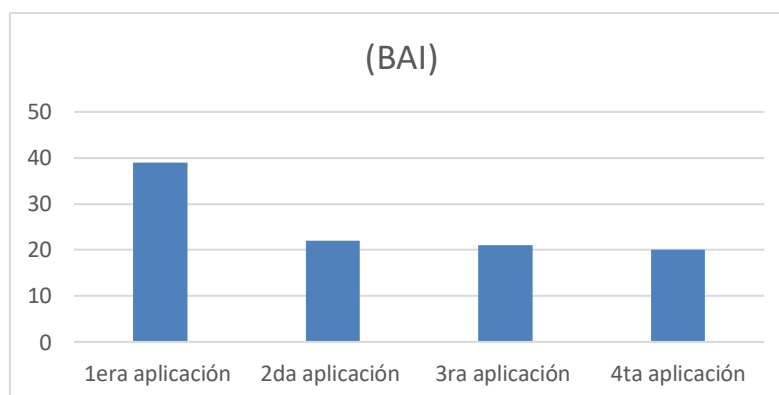
veces, no se consideró necesario aplicarla una cuarta vez, ya que su sintomatología depresiva también fue disminuyendo como se demuestra en el BDI a continuación:

EL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BECK DEPRESSION INVENTORY, BDI)



En la primera aplicación del BDI, SDO puntuó 37, lo que se clasifica como depresión moderada. Marcó con puntuación de 3/3 en aspectos como “Siento que el futuro es desalentador y que las cosas no pueden mejorar”, “siento que soy un fracasado completo”, “siento que soy malo o inútil” y “no puedo tomar ninguna decisión”. A medida que se intervino en los diferentes temas respecto a su sintomatología depresiva, SDO fue disminuyendo en la puntuación del BDI, hasta llegar a puntuar 15 lo que se interpreta como altibajos normales.

BAI (BECK ANXIETY INVENTORY)



En la primera aplicación del BAI, SDO puntuó 39, lo que indicaba ansiedad severa en la paciente (lo cual fue su motivo de consulta). A Medida que se fue interviniendo su

sintomatología ansiosa presentada, SDO logró puntuar 20 en la 4ta aplicación de la prueba (una vez se le entrenó en la identificación de los síntomas y en alternativas de respuesta), sin embargo, se planea una 5ta aplicación de la prueba.

A continuación, se presentarán tabulados los resultados de cuestionarios que se aplicaron para determinar creencias, pensamientos automáticos, esquemas y sentimiento de culpa:

1. IPA - Inventario De Pensamientos Automáticos
2. Ysq-L2 - Cuestionario De Esquemas De Young
3. CCE-TP - Cuestionario De Creencias Centrales de los Trastornos de Personalidad
4. IBT - Cuestionario De Creencias Irracionales
5. Cuestionario De Sentimiento De Culpa de Miriam Magallón.

Tabla 1: IPA - Inventario De Pensamientos Automáticos (1 era aplicación)

INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS IPA, RUIZ Y LUJAN (1991)	1era aplicación PUNTAJE	VALORES DE REFERENCIA		DE ACUERDO A LOS PUNTAJES OBTENIDOS EL RESULTADO FUE:		
		X	Ds	BAJO Percentil 25	MEDIO Percentil 50	ALTO Percentil 75
1. FILTRAJE, ABSTRACCIÓN SELECTIVA	8	2,38	2,0	1	2	3
2. PENSAMIENTO POLARIZADO	8	1,1	1,53	0	1	2
3. SOBREGENERALIZACIÓN	5	1,33	1,63	0	1	2
4. INTERPRETACIÓN DEL PENSAMIENTO	4	1,79	1,60	0	2	3
5. VISIÓN CATASTROFICA	7	1,97	1,65	1	2	3
6. PERSONALIZACIÓN	4	1,3	1,48	0	1	2
7. FALACIA DE CONTROL	4	1,75	1,62	0	1	3
8. FALACIA DE JUSTICIA	5	2,1	1,85	1	2	3
9. RAZONAMIENTO EMOCIONAL	5	1,41	1,70	0	1	2
10. FALACIA DE CAMBIO	2	1,99	1,76	1	2	3
11. ETIQUETAS GLOBALES	5	1,33	1,72	0	1	2
12. CULPABILIDAD	6	1,70	1,94	0	1	2
13. LOS DEBERÍAS	7	2,50	1,89	1	2	3
14. FALACIA DE RAZÓN	3	2,33	1,84	1	2	3
15. FALACIA DE RECOMPENSA DIVINA	2	3,27	2,38	2	3	5

Como se puede observar en la primera aplicación del IPA, las mayorías de los pensamientos automáticos medidos en la prueba se encontraban en el percentil 75, lo que indica un alto estallido de dicho pensamiento, automáticamente luego de una experiencia percibida. Asimismo, se puede notar que la culpabilidad se encuentra dentro de los ítems con puntajes más altos.

Tabla 1.1: IPA - Inventario De Pensamientos Automáticos (2da aplicación)

INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS IPA, RUIZ Y LUJAN (1991)	2da aplicación PUNTAJE	VALORES DE REFERENCIA		DE ACUERDO A LOS PUNTAJES OBTENIDOS EL RESULTADO FUE:		
		X	Ds	BAJO Percentil 25	MEDIO Percentil 50	ALTO Percentil 75
1. FILTRAJE, ABSTRACCIÓN SELECTIVA	1	2,38	2,0	1	2	3
2. PENSAMIENTO POLARIZADO	1	1,1	1,53	0	1	2
3. SOBREGENERALIZACIÓN	2	1,33	1,63	0	1	2
4. INTERPRETACIÓN DEL PENSAMIENTO	0	1,79	1,60	0	2	3
5. VISIÓN CATASTROFICA	2	1,97	1,65	1	2	3
6. PERSONALIZACIÓN	1	1,3	1,48	0	1	2
7. FALACIA DE CONTROL	0	1,75	1,62	0	1	3
8. FALACIA DE JUSTICIA	1	2,1	1,85	1	2	3
9. RAZONAMIENTO EMOCIONAL	1	1,41	1,70	0	1	2
10. FALACIA DE CAMBIO	1	1,99	1,76	1	2	3
11. ETIQUETAS GLOBALES	0	1,33	1,72	0	1	2
12. CULPABILIDAD	0	1,70	1,94	0	1	2
13. LOS DEBERÍAS	2	2,50	1,89	1	2	3
14. FALACIA DE RAZÓN	1	2,33	1,84	1	2	3
15. FALACIA DE RECOMPENSA DIVINA	2	3,27	2,38	2	3	5

En la segunda aplicación del IPA, se observa la disminución de ítems dentro del percentil 75 del cuestionario. Puntajes anteriormente marcados como el de abstracción selectiva, pensamiento polarizado, visión catastrófica y culpabilidad, ahora se encuentran en percentil 25 al percentil 50, lo que indica puntajes de bajos a medios.

Tabla 2: Ysq-L2 - Cuestionario De Esquemas De Young (1era aplicación)

YSQ-L2: ESQUEMAS MALADAPTATIVOS TEMPRANOS	1era aplicación PUNTAJE	VALORES DE REFERENCIA		DE ACUERDO A LOS PUNTAJES OBTENIDOS EL RESULTADO FUE:		
		X	Ds	BAJO Percentil 25	MEDIO Percentil 50	ALTO Percentil 75
1. DEPRIVACIÓN EMOCIONAL	13	11,03	5,01	7	11	15
2. ABANDONO	35	16,09	7,47	10	16	21
3. DESCONFIANZA ABUSO	24	13,13	6,16	8	12	17
4. VULNERABILIDAD AL DAÑO Y A LA ENFERMEDAD	6	10,34	5,53	6	9	14
5. ENTRAMPAMIENTO	3	4,42	2,58	3	5	6
6. AUTOSACRIFICIO	12	11,85	4,98	8	12	15
7. INHIBICIÓN EMOCIONAL	18	6,17	3,49	4	6	8
8. ESTANDARES INFLEXIBLES (2 PERFECCIONISMO)	16	9,17	4,00	6	9	12
9. ESTANDARES INFLEXIBLES (1 AUTOEXIGENCIA)	20	9,29	4,76	5	9	12
10. DERECHO / GRANDIOSIDAD	14	6,55	3,11	4	7	9
11. INSUFICIENTE AUTOCONTROL / AUTODISCIPLINA	28	13,00	6,00	8	13	16

En la primera aplicación del YSQ-L2, se observan los esquemas más arraigados en SDO, como los señalados dentro del percentil 75 del cuestionario. En mención de los más altos, se encuentran el esquema de abandono, desconfianza/abuso, inhibición emocional, autoexigencia e insuficiente autocontrol/autodisciplina.

Tabla 2.1: Ysq-L2 - Cuestionario De Esquemas De Young (2da aplicación)

YSQ-L2: ESQUEMAS MALADAPTATIVOS TEMPRANOS	2da aplicación PUNTAJE	VALORES DE REFERENCIA		DE ACUERDO A LOS PUNTAJES OBTENIDOS EL RESULTADO FUE:		
		X	Ds	BAJO Percentil 25	MEDIO Percentil 50	ALTO Percentil 75
1. DEPRIVACIÓN EMOCIONAL	8	11,03	5,01	7	11	15
2. ABANDONO	15	16,09	7,47	10	16	21
3. DESCONFIANZA ABUSO	12	13,13	6,16	8	12	17
4. VULNERABILIDAD AL DAÑO Y A LA ENFERMEDAD	6	10,34	5,53	6	9	14
5. ENTRAMPAMIENTO	1	4,42	2,58	3	5	6
6. AUTOSACRIFICIO	8	11,85	4,98	8	12	15
7. INHIBICIÓN EMOCIONAL	6	6,17	3,49	4	6	8
8. ESTANDARES INFLEXIBLES (2PERFECCIONISMO)	12	9,17	4,00	6	9	12
9. ESTANDARES INFLEXIBLES (1 AUTOEXIGENCIA)	12	9,29	4,76	5	9	12
10. DERECHO / GRANDIOSIDAD	6	6,55	3,11	4	7	9
11. INSUFICIENTE AUTOCONTROL / AUTODISCIPLINA	16	13,00	6,00	8	13	16

En la segunda aplicación del YSQ-L2, Se observa que algunos esquemas de los más arraigados en SDO, siguen dentro del percentil 75. Sin embargo, muchos de los anteriores esquemas dentro el percentil 75, ahora se encuentran en bajo-medio.

Tabla 3: CCE-TP - Cuestionario De Creencias Centrales de los Trastornos de Personalidad (1era aplicación)

Factores Creencias centrales de los trastornos de la personalidad CCE-TP	1era aplicación PUNTAJE	VALORES DE REFERENCIA		DE ACUERDO A LOS PUNTAJES OBTENIDOS EL RESULTADO FUE:		
		X	Ds	BAJO Percentil 25	MEDIO Percentil 50	ALTO Percentil 75
Factor 1. Creencias centrales del TP antisocial.	8	14.78	6.73	10	13	18
Factor 2. Creencias centrales del TP esquizotípico / límite	37	14.40	6.84	9	12	17
Factor 3. Creencias centrales del TP histriónico / patrón seductor	15	19.85	6.5	15	20	24
Factor 4. Creencias centrales del TP paranoide	29	17.16	6.75	12	17	21
Factor 5. Creencias centrales del TP por evitación / autopercepción negativa	23	8.27	3.67	5	7	10
Factor 6. Creencias centrales del TP por dependencia	24	10.41	4.91	7	9	13
Factor 7. Creencias centrales del TP histriónico / dependencia emocional	6	8.27	3.68	8	12	16
Factor 8. Creencias centrales del TP obsesivo - compulsivo / perfeccionista	11	15.07	4.82	11	15	19
Factor 9. Creencias centrales del TP por evitación / hipersensible	20	11.97	4.97	8	11	15
Factor 10. Creencias centrales del TP obsesivo-compulsivo / crítico frente a los demás	23	6.5	3.4	4	6	8
Factor 11. Creencias centrales del TP narcisista	18	11.42	4.73	8	11	15

Factor 12. Creencias centrales del TP pasivo-agresivo / temor a ser dominado	14	11.98	3.94	9	12	15
Factor 13. Creencias centrales del TP pasivo-agresivo / crítico frente a la autoridad	6	8.45	3.58	6	8	11
Factor 14. Creencias centrales del TP esquizoide	2	4.2	3.38	2	4	6

En la primera aplicación del CCE-TP, las creencias del trastorno de personalidad que más puntaje obtienen dentro del cuestionario son las esquizotípico / límite, dependencia y paranoide, ubicándolos dentro del percentil 75 del cuestionario.

Tabla 3.1: CCE-TP - Cuestionario De Creencias Centrales de los Trastornos de Personalidad (2da aplicación)

Factores Creencias centrales de los trastornos de la personalidad CCE-TP	2da aplicación PUNTAJE	VALORES DE REFERENCIA		DE ACUERDO A LOS PUNTAJES OBTENIDOS EL RESULTADO FUE:		
		X	Ds	BAJO Percentil 25	MEDIO Percentil 50	ALTO Percentil 75
Factor 1. Creencias centrales del TP antisocial.	8	14.78	6.73	10	13	18
Factor 2. Creencias centrales del TP esquizotípico / límite	16	14.40	6.84	9	12	17
Factor 3. Creencias centrales del TP histriónico / patrón seductor	15	19.85	6.5	15	20	24
Factor 4. Creencias centrales del TP paranoide	12	17.16	6.75	12	17	21
Factor 5. Creencias centrales del TP por evitación / autopercepción negativa	10	8.27	3.67	5	7	10
Factor 6. Creencias centrales del TP por dependencia	9	10.41	4.91	7	9	13
Factor 7. Creencias centrales del TP histriónico / dependencia emocional	8	8.27	3.68	8	12	16
Factor 8. Creencias centrales del TP obsesivo - compulsivo / perfeccionista	11	15.07	4.82	11	15	19
Factor 9. Creencias centrales del TP por evitación / hipersensible	16	11.97	4.97	8	11	15
Factor 10. Creencias centrales del TP obsesivo-compulsivo / crítico frente a los demás	19	6.5	3.4	4	6	8
Factor 11. Creencias centrales del TP narcisista	11	11.42	4.73	8	11	15
Factor 12. Creencias centrales del TP pasivo-agresivo / temor a ser dominado	9	11.98	3.94	9	12	15
Factor 13. Creencias centrales del TP pasivo-agresivo / crítico frente a la autoridad	6	8.45	3.58	6	8	11
Factor 14. Creencias centrales del TP esquizoide	2	4.2	3.38	2	4	6

En la segunda aplicación del CCE-TP, se observan que las creencias del trastorno de personalidad que habían marcado un percentil 75 en la anterior aplicación, esta vez disminuyen, dejando en el percentil bajo a las creencias del paranoide, en medio a las creencias de dependiente y, en alto a las esquizotípico / límite. Como también se observa la disminución de puntaje en las demás creencias a medir por el cuestionario.

Tabla 4: IBT - Cuestionario De Creencias Irracionales (1era y 2da aplicación)

ITEMS	MEDIA	DESVIACIÓN	PROMEDIO	1era aplicación (puntajes altos)	2da aplicación (puntajes altos)
1. NECESIDAD DE APROBACIÓN	30.96	7.64	38-23	30	22
2. AUTOEXIGENCIA	30.24	6.33	36-23	39	23
3. CULPAR A OTROS	30.34	5.67	36-24	24	20
4. REACCIÓN A LA FRUSTRACIÓN	31.25	5.33	36-25	22	18
5. IRRESPONSABILIDAD EMOCIONAL	24.70	5.73	30-18	24	18
6. ANSIEDAD PREOCUPACIÓN	30.63	6.64	37-23	39	25
7. DEPENDENCIA	27.68	6.04	33-21	16	16
8. INFLUENCIA DEL PASADO	25.22	6.16	58-46	19	19
9. PERFECCIONISMO	30.63	5.87	36-24	29	24

En la primera aplicación del IBT, se observa que la mayoría de los ítems se encuentran por encima del promedio que se encuentra en el cuestionario, lo que indica un puntaje alto en el caso de cada ítem marcado. En la segunda aplicación del cuestionario, se observa que algunos de los ítems siguen marcados con puntajes altos. Sin embargo, esta vez se observa que se encuentran -dentro- del puntaje establecido en el cuestionario y no por encima de este. Esto demuestra una disminución de la aparición de la creencia o convencimiento de esta por parte la paciente. Asimismo, se establece que la creencia irracional de la necesidad de aprobación y culpar a otros, ya no se encuentran dentro de los puntajes altos en la segunda aplicación de la prueba.

CUESTIONARIO DE SENTIMIENTO DE CULPA

Miriam Magallón, psicóloga clínica

Es siguiente cuestionario se aplicó 4 veces en diferentes fechas a lo largo del proceso terapéutico. A continuación, se presentarán los puntajes obtenidos en la primera y cuarta aplicación del cuestionario

1era APLICACIÓN:

SUMA

A	B	C	D
1	3	5	21
1	2	4	5

PUNTUACION TOTAL

De 0 a 40 = MUY POCA CULPA

De 41 a 82 = CULPA MODERADA

De 83 a 108 = MUCHA CULPA

De 109 a 135 = CULPA EXCESIVA O PATOLOGICA

132

En la primera aplicación de esta escala, SDO puntuó 132 lo que, según la escala, indica que la paciente se encontraba en un nivel de culpa excesiva o patológica, al primer momento de realizar la escala. A medida que se intervino en el manejo del sentimiento de culpa, con el objetivo de disminuirlo al volverlo racional, SDO logró disminuir la puntuación final, como se verá a continuación:

4ta APLICACIÓN:

SUMA

A	B	C	D
9	3	2	1

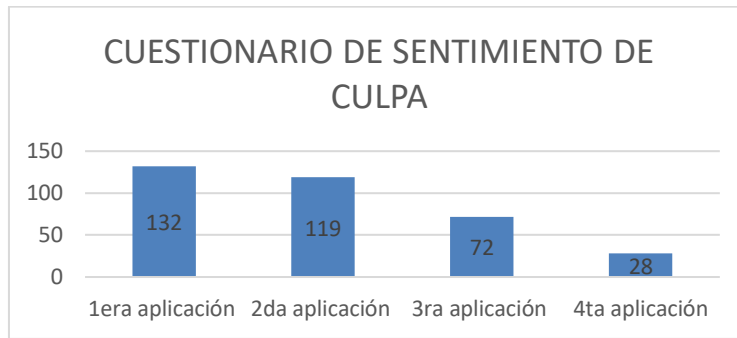
1	2	4	5
---	---	---	---

PUNTUACION TOTAL

De 0 a 40 = MUY POCA CULPA

28

En la última aplicación de la escala, SDO puntuó una diferencia de 104, obteniendo 28 puntos totales en la 4ta aplicación. Lo que la posiciona en un nivel de Muy Poca Culpa. La diferencia de las aplicaciones de la escala se muestra a continuación:



Por último, se decidió evaluar también los rasgos de personalidad de la paciente.

Se presentan los resultados de la prueba aplicada para evaluar personalidad:

TEST MILLON II PERSONALIDAD	
Esquizoide	Distanciamiento de las relaciones sociales y restricción de la expresión emocional
Fóbica	Inhibición social, sentimientos de inferioridad e hipersensibilidad a la evaluación negativa
Dependiente	Necesidad excesiva de que se ocupen de uno, sumisión, adhesión y temores de separación
Histriónica	No Significativo
Narcisista	No Significativo
Antisocial	No Significativo
A-Sádica	No Significativo
Compulsiva	No significativo
P- Agresiva	Sentimientos ambivalentes; pasividad y condescendencia que ocultan sentimientos opositoristas
Masoquista	En sus relaciones interpersonales fomentan que los demás les exploten y se aprovechen de ellos
Esquizotípica	Patrón descompensado
Límite	Patrón descompensado
Paranoide	No significativo
Ansiedad	Trastorno severo
Somatización	Trastorno severo
Hipomanía	No Significativo
Distimia	Trastorno severo
A. Alcohol	Trastorno severo
A. Drogas	No Significativo
P. Psicótico	Sospecha Psicosis
Depresión M.	Sospecha Depresión Mayor
T. Delirante	No significativo

5. DIAGNÓSTICO

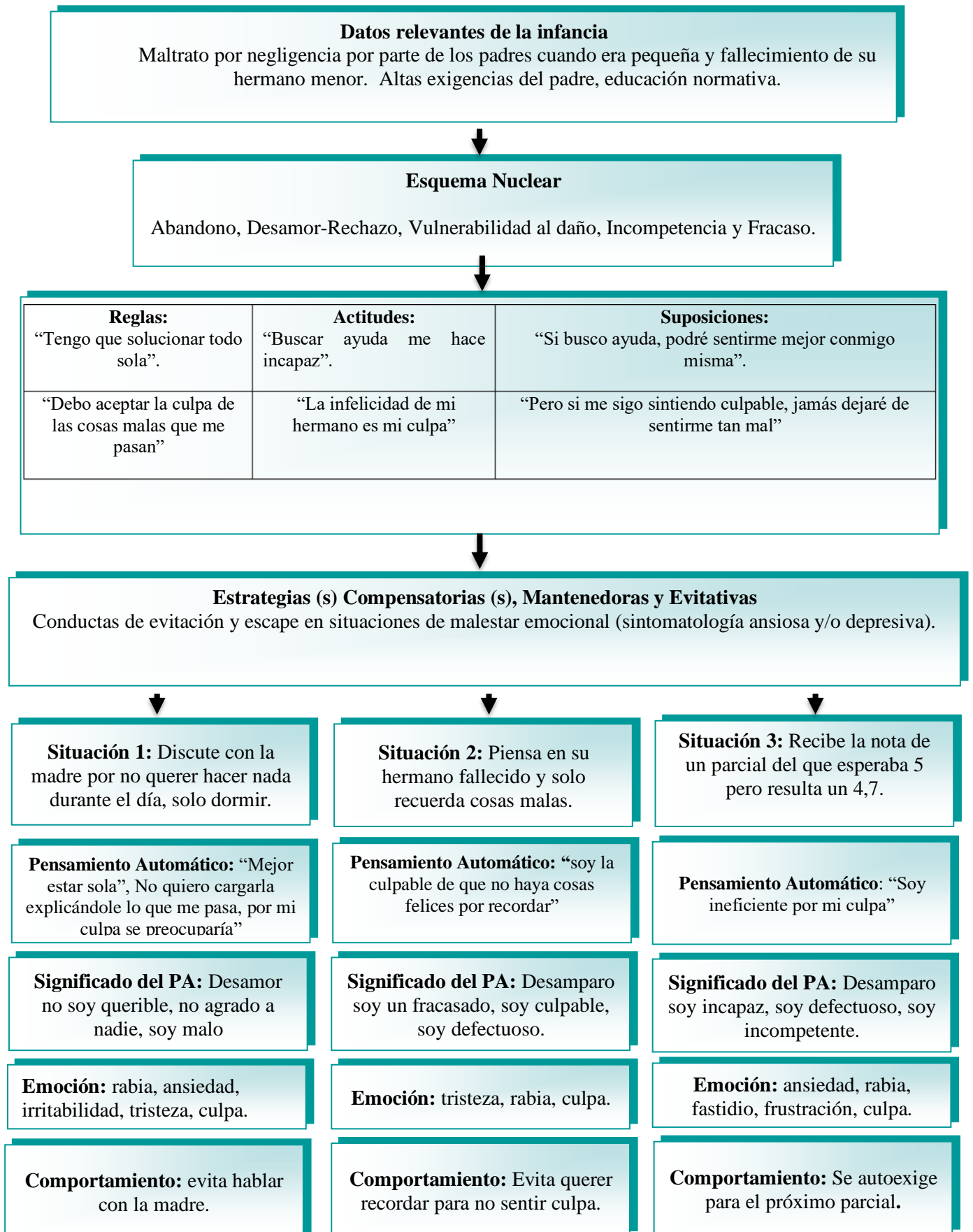
Eje I: 300.4 (F34.1) Trastorno Depresivo Persistente con Síntomas de Ansiedad Grave, (Z618) Problemas relacionados con otras experiencias negativas en la infancia.

Eje II: Z03.2 Dx aplazado. Características de personalidad evitativa/ autopercepción negativa.

FACTORES DEL DESARROLLO

PROBLEMAS	FACTORES DE PREDISPOSICIÓN	FACTORES ADQUISITIVOS	FACTORES DESENCADENANTES	FACTORES DE MANTENIMIENTO
<p>P1: Sintomatología Ansiosa</p>	<p>BIOLÓGICO: Vulnerabilidad biológica a presentar Ansiedad (Barlow 1992).</p> <p>PSICOLÓGICO: Creencias de amenaza (causantes de malestar)</p> <p>SOCIAL: Reforzamiento de las ideas de amenaza por parte de padres. Anticipación por parte de los padres ante potenciales situaciones de peligro al salir de casa</p> <p>FAMILIAR: Vínculo afectivo inadecuado con los padres.</p>	<p>Posible modelamiento en la figura de la madre.</p> <p>Aprendizaje operante al recibir continuas ideas de amenaza al salir de casa, por ejemplo, posibilidad de un choque o del robo del auto si lo deja mal estacionado.</p>	<p>DISTAL: Cuando sus padres salían por la noche en Repetidas ocasiones. Ella despertaba llorando, pensando que les había pasado algo.</p> <p>PROXIMAL: Situaciones percibidas como amenazantes. Pensar que un taxista la va a secuestrar al ir a una fiesta, no encontrar parqueo en un sitio y pensar que le va a pasar algo al carro y, se cumplirá lo que le advirtió el padre antes de salir de casa.</p>	<p>Afirmaciones negativas</p> <p>Conductas Evitativas que refuerzan el esquema de Incompetencia</p>
<p>P2: Alteración del Estado de Ánimo</p>	<p>BIOLÓGICO: Vulnerabilidad cognitiva y biológica por antecedentes de depresión y suicidio en familia paterna.</p> <p>PSICOLÓGICO: Esquema de abandono, vulnerabilidad cognitiva a la depresión</p> <p>SOCIAL: Dificultad en vínculos afectivos en pareja y familiar.</p> <p>FAMILIAR: Pautas de Crianza y negligencia de los padres.</p>	<p>Posible modelamiento en la figura del padre y/o tíos sobre la sintomatología depresiva</p> <p>Deprivación afectiva y abandono proveniente de sus padres</p> <p>Aprendizaje por observación de conductas del padre.</p>	<p>DISTAL: Abandono por parte de los padres cuando salían por la noche (afecto mal establecido desde temprana edad.) Fallecimiento del hermano</p> <p>PROXIMAL: Fallecimiento de la tía con quien tenía mayor relación y entendimiento.</p>	<p>Baja tasa de Autorrefuerzos</p> <p>Afirmaciones negativas</p> <p>Sentimiento de culpabilidad de padres por dejar sola a SDO en el duelo del fallecimiento del hermano.</p> <p>Conductas evitativas ante la solución de conflictos y procrastinar.</p>

CONCEPTUALIZACIÓN COGNITIVA



FORMULACIÓN CLINICA DEL CASO

Según el DSMV (2014), el Trastorno Distímico o Trastorno Depresivo Persistente, se caracteriza por al menos 2 años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivo que sin él, acompañado de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor. Los síntomas que puede presentar la persona para ser diagnosticada con dicho trastorno abarcan desde, estar deprimido la mayor parte del día, hasta presentar poco apetito, insomnio, fatiga, baja autoestima, falta de concentración o dificultad para toma de decisiones y sentimientos de desesperanza. Así mismo, el individuo debe cumplir con dos años desde que se están presentando los síntomas para lograr cumplir los criterios de diagnóstico.

En cuanto a la Ansiedad, el DSMV (2014), describe que el trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente durante al menos 6 meses. Esta anticipación aprensiva) se presenta durante más días de los que ha estado ausente dicho sentimiento, presentando dificultad al controlar esta preocupación. Para su diagnóstico, la persona debe presentar tres de los siguientes síntomas: Inquietud, fatiga, dificultad para lograr concentrarse, irritabilidad, tensión muscular.

Ahora bien, SDO es una paciente de 20 años, que actualmente se encuentra bajo una sintomatología ansiosa, acompañada de un estado de ánimo depresivo. En ocasiones prefiere a evitar situaciones de mucho estrés o ansiedad por miedo a perder el control de la situación, por lo que opta por escapar de esta, lo que mantiene su conducta ansiosa frente a perder el control de una situación por su visión catastrófica. Dichas situaciones se presentan en el contexto académico, familiar y de pareja, lo cual tiende a repetirse varias veces entre semana. El estado de ánimo de SDO se ha estado presentando desde temprana edad, debido a un mal desarrollo de vínculos afectivos con sus padres; lo cual se agrava con el fallecimiento de su hermano menor a los 13 años de SDO. Después de la muerte de su hermano, la paciente aumenta sus conductas evitativas frente a las situaciones de malestar emocional y su sentimiento de culpa se reafirma, manteniéndose debido a los pensamientos de minusvalía e incompetencia que detonan las sintomatologías observadas en los problemas de la paciente.

De acuerdo con los factores distales o posibles desencadenantes de los problemas, se encuentra: el abandono y conducta de negligencia por parte de los padres cuando salían por la noche y la muerte de su hermano menor, 7 años atrás. Asimismo, dentro de los factores proximales, se encuentra: las diferentes situaciones en las que

SDO percibe la probabilidad de pérdida de control y el nacimiento de su segundo hermano menor. Los factores distales, fortalecen el mantenimiento de los problemas que SDO está presentando, ya que reactivan los esquemas de la paciente; tales como: incompetencia, culpabilidad, abandono, miedo a la crítica, evaluación negativa.

Anteriormente, el ambiente familiar de SDO, no contribuía positivamente a la reducción de la magnitud ni frecuencia de sus problemas, debido a que no sentía el apoyo de sus padres al momento de querer hablar de lo que estaba sucediendo; sin embargo, esta situación ha mejorado con una psicoeducación para una comunicación más asertiva.

De igual forma, se debe tener en cuenta que no solo son los factores biológicos, psicológicos o sociales lo que pueden estar afectando a la paciente ya que existe una alta predisposición y vulnerabilidad tanto biológica como cognitiva a la ansiedad y a la depresión por parte de SDO, ya que sus tíos paternos y padre, tienen antecedentes de depresión y un caso de suicidio.

La intervención terapéutica se considera un factor determinante para el restablecimiento del bienestar integral de SDO, el cual, se ha visto afectado por la sintomatología ansiosa de la paciente, su inadecuado manejo del duelo y sentimiento de culpa y, su alteración del estado de ánimo. La pronta intervención de este Trastorno Depresivo Persistente con Síntomas De Ansiedad Grave podrá ayudar a que el curso de evolución de dichas patologías no se prolongue por más tiempo y cause mayor deterioro en la vida de la paciente. Asimismo, la intervención de la patología presente ayudará directamente a la reducción del sentimiento de culpa que la paciente manifiesta desde la primera sesión, ya que la sintomatología ansiosa y depresiva alimentan cognitivamente su culpa.

A partir de lo anterior, se precisa trabajar con la paciente en, disminuir la intensidad y frecuencia de su sintomatología ansiosa, como también, disminuir la intensidad de su estado de ánimo depresivo y el reducir la intensidad del sentimiento de culpa que ha manifestado.

A continuación, se presenta el plan de intervención que se propuso en primera instancia para el proceso terapéutico de la paciente:

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

1. Disminuir la intensidad y la frecuencia de las respuestas de ansiedad presentadas.
2. Reducir la intensidad el sentimiento de culpa ante el fallecido.
3. Disminuir la intensidad y frecuencia del estado de ánimo de tipo depresivo.

PLAN DE INTERVENCIÓN

PROBLEMAS	OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECIFICOS	TECNICAS/ ESTRATEGIAS	SESION	INDICADORES CLINICOS
SINTOMATOLOGIA ANSIOSA	Disminuir la intensidad y la frecuencia de las respuestas de ansiedad presentadas	Educar y concientizar a la paciente sobre la relación existente entre la emoción, cognición y conducta, relacionados con el proceso de adaptación a una situación actual de estrés.	Para cumplir con este primer objetivo, se realizará una Psicoeducación con respecto al tema de que es la Ansiedad cuáles son sus características clínicas y como se reflejan en la vida cotidiana.	2 y 3	Autoconocimiento de la ansiedad en un 80%
		Identificar la emociones negativas y cogniciones asociadas a ésta.	Conócete a ti mismo: Entrenamiento en identificación, reconocimiento y expresión de las emociones (angustia, miedo, irritabilidad, estrés).	4 y 5	Identificación y reconocimiento de las emociones en un 90%
		Reducir las respuestas de activación fisiológica: dolor de cabeza, agitación ritmo cardiaco, presión en el pecho, vacío en el estómago, dolor estomacal.	Psicoeducación en Ataques de Pánico Ejercicio de Hiperventilación Entrenamiento en respiración abdominal	5, 6 y 7	Automonitoreo de la de ansiedad en un 90%.

			<p>Determinar pensamientos e identificación de distorsiones cognitivas realizando un Registro de pensamientos por parte de SDO.</p> <p>Debate socrático.</p> <p>Reestructuración cognitiva.</p>		60% del antiguo pensamiento (culpa).
	Trabajar en la aceptación del fallecimiento.	Disminuir las creencias y modificar las preocupaciones excesivas frente al sentimiento de culpa.	<p>Psicoeducación sobre el tema del duelo y sentimiento de culpa</p> <p>Reestructuración cognitiva de las preocupaciones excesivas y de culpa.</p> <p>Carta escrita no enviada Mahoney</p> <p>Registro e identificación práctica de actividades (dominio-agrado).</p>	7, 8, 9 y 10	Disminución de las Preocupaciones excesivas, crítica y de culpa en un 90%
	Modificar su visión positiva de sí misma.	Mejorar su auto esquema negativo: autoimagen y auto concepto.	<p>Descripción de sí misma.</p> <p>Debate de pensamientos automáticos</p> <p>Reestructuración cognitiva.</p>	11, 12, 13 y 14	Mejorar auto esquema positivo en un 80 %

			Autoimagen positiva. Técnica del espejo. Carta a ti mismo	14, 15 y 16	Mejorar auto esquema positivo en un 80 %
		Entrenamiento en habilidades sociales y asertividad con los padres.	Psicoeducación de las habilidades sociales Ejercicios explicativos sobre habilidades sociales Diferencias entre conducta asertiva, no asertiva. Entrenamiento en solución de problema de situaciones sociales	17,18,19 y 20	Psicoeducación de las habilidades sociales en un 80%
	Prevención de recaídas	Lograr una capacidad de reacción en el paciente ante la reaparición de ciertos síntomas de malestar	Psicoeducación en probabilidad de recaídas Fortalecimiento en técnicas que necesitan reforzarse Técnicas de Regulación Emocional	Se espera realizar cerca la sesión de cierre	Autoconocimiento y manejo de las técnicas aplicadas en las diferentes sesiones en un 80%

Observación: El plan de intervención pudo ser modificado según lo que la paciente necesitara en esa sesión, ya sea intervención en crisis, adaptaciones de las técnicas, orden de la intervención, etc. Así mismo, está diseñado como si ambos problemas se intervinieran por separado, pero debido a la relación bidireccional de ambos trastornos, se trabajaron muchas veces juntos; logrando alcanzar un mismo objetivo.

6. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LAS SESIONES

• SESIÓN 2

Descripción de la sesión: SDO comenta su situación de duelo y el fallecimiento de su hermano menor.

Transcripción de la sesión: (SDO comenta a cerca de su sentimiento de culpa)

TERAPEUTA: ¿Cómo te encuentras el día de hoy?

SDO: Pues, me gusta venir... con la anterior terapeuta no sé, no estaba como enfocada al cambio que quiero, me siento bien estando aquí...

TERAPEUTA: me parece muy importante S, que estés enfocada en ese cambio y yo sé que lo puedes conseguir.

SDO: pues si... eso creo yo también... esta vez quiero hacer mi proceso completo

TERAPEUTA: ya verás que sí. ¿Cómo te has sentido esta semana?

SDO: la verdad, igual. Como te comenté la vez pasada... estoy muy angustiada, no dejo de temblar, y muchas veces triste...

TERAPEUTA: entiendo, por lo que comentamos la primera sesión, que tienes un sentimiento en específico que no te está dejando disfrutar más de las cosas, como dijiste...

SDO: *es esa bendita culpa que me está matando.*

TERAPEUTA: ¿Entiendo, quieres hablar un poco más de eso?

SDO: Si, la verdad si... lo que pasa es que, mi hermano, no ese que viste afuera esperando... yo tuve otro hermano, CA, el murió muy pequeño de cáncer... le dio un tumor cerebral que no pudo operarse. Se lo descubrieron estando muy pequeño, creo que él tenía un año y medio... yo tenía 7 cuando él nació. Y no recuerdo no haberme sentido culpable desde que el murió

TERAPEUTA: Entiendo, ¿me quieres comentar más acerca de qué te hace sentir culpable?

SDO: Pues, cuando mi hermano fallece, recuerdo como si fuera ayer... yo tengo una prima que es como mi hermana, ella ya estaba grande cuando mi hermano murió, como ponte tú 20 años... y cuando el fallece, ella me dijo textualmente: "tú fuiste muy mala con él mientras estuvo vivo" y Andrea, eso me marcó hasta este día. Te lo juro que no he dado para pensar que no fue así... él y yo peleábamos mucho y la verdad que cuando se enfermó, pues, yo intentaba no preocupar más a mis papás con mis cosas... prefería pasar mucho tiempo en internet, hablando con mis amigos, ¿para esa época salió el Messenger... recuerdas?

TERAPEUTA: si claro, yo tenía y era todo el día en eso (río)

SDO: ¡Exacto! Yo también... entonces pues, yo sí creo que podía modificar muchas cosas y que, en parte, “yo soy la culpable de que no haya cosas felices para recordar” porque creo que estaba tan pendientes de otras cosas superficiales, que de la enfermedad de mi hermano.

TERAPEUTA: Entiendo, S. ¿Ahora dime, ese sentimiento de culpa, lo has experimentado con otras situaciones?

SDO: mmm, no sabría decirte si la culpa como tal... pero si eso de que tiemblo y siempre pienso lo peor y me doy látigos porque si y porque no... eso si desde siempre

TERAPEUTA: ¿comprendo si, además de ese temblor, que más experimentas?

SDO: ¡sudo mucho!, siempre pienso que va a pasar algo malo, el corazón se me quiere salir cuando tengo esos pensamientos, me da dolor de cabeza y hasta de estómago...

TERAPEUTA: ¿existe algo de tristeza en esas demás emociones?

SDO: tristeza, angustia, miedo a lo peor, culpa... es como un revoltijo que hasta me da mareo.

- **SESIÓN 6**

Descripción de la sesión: se llevó a cabo la implantación de las técnicas de debate socrático, descubrimiento guiado y una reestructuración cognitiva.

Transcripción de la sesión: debate socrático del sentimiento de culpa

TERAPEUTA: Bueno S, ¿cómo te estás sintiendo en el día de hoy?

SDO: Igual, como la semana pasada... creo que no ha cambiado mucho, aunque he pensado en lo que me comentaste la vez pasada.

TERAPEUTA: ¿Entiendo que entonces te sientes triste, como la semana pasada?

SDO: Si exacto... aunque creo que menos

TERAPEUTA: ¿recuerdas como lo indicamos en la escala la sesión pasada?

SDO: con 10 el malestar

TERAPEUTA: ¿y esta vez con cuanto lo puntuamos?

SDO: creería que 8

TERAPEUTA: ¿Y qué es lo que has pensado?

SDO: Eso de la relación que me comentaste, de cómo influyen nuestros pensamientos en las cosas que hacemos.

TERAPEUTA: Si, correcto

SDO: Entonces, me quedó sonando mucho lo de las ideas irracionales que comentabas y creo que tuve muchas esta semana, las puse en el registro... y me gusta eso de que no siempre se comprueban con la realidad.

TERAPEUTA: Exacto, entonces concordamos en que a veces el cómo nos sentimos mal, tiene que ver con el cómo pensamos de las cosas...

SDO: si, totalmente. Creo que lo estoy entendiendo mejor y creo que empiezo a ver las cosas un poco menos feas.

TERAPEUTA: Eso está bien, por ahí empezamos entonces este día, como te había comentado la sesión pasada, la idea era llenar este registro de pensamientos y hablar un poquito de ellos el día de hoy.

SDO: si, me parece.

TERAPEUTA: listo, empecemos por los pensamientos que identificaste, ¿cuáles fueron?

SDO: bueno básicamente, el que más identifiqué, tiene que ver con culpa. No sé por qué me está dando tan duro ahora más que nunca y casi siempre es cuando voy a dormir, que me pongo a pensar que “No fui la mejor hermana cuando pude”, de que “tal vez haya podido aliviar su dolor de cierta forma... que por mí es que él la pasó tan mal” “Constantemente pienso que es mi culpa”

TERAPEUTA: ¿Qué puntaje le darías del 1 al 10 de credibilidad?

SDO: 10!

TERAPEUTA: Entiendo, entonces lo que te está generando ese malestar es que te sientes culpable de no haber sido la mejor hermana,

SDO: correcto

TERAPEUTA: y que sería para ti, en ese momento, ¿ser la mejor hermana?

SDO: pues, haber estado más tiempo con él, reírme con él, demostrarle que yo lo quería mucho y estar ahí todo el tiempo con él.

TERAPEUTA: ¿Entiendo, recuérdame en ese momento cuantos años tenías?

SDO: tenía 12-13 años, era una niña cuando eso pasó.

TERAPEUTA: correcto, has dicho algo muy importante...

SDO: ¿qué cosa? (ríe) que era una niña?

TERAPEUTA: ¿si, no crees que eso influye de cierta forma en tu actuar y pensar en ese entonces?

SDO: pues no lo había pensado. Siempre había pensado en él... creo que sí, pues la verdad es que no entendía muy bien la situación y tampoco preguntaba mucho por no

angustiar más a mis papás... porque los veía tristes, pero ahora sé que también era angustia.

TERAPEUTA: ¿y qué piensas entonces? ¿Crees que tu pensar ahora que eres una mujer de 20 años, se pueda comprar con tu pensar 12 años atrás?

SDO: no para nada, pero es que yo pienso en lo que pude haber hecho...

TERAPEUTA: ¿y a esa edad, que era lo que estaba a tu alcance?

SDO: pues estar con él, visitarlo... pues en el hospital.

TERAPEUTA: ¿sí, y lo hacías?

SDO: sí claro, incluso a veces también pienso que pude dejar de ir al colegio y estar más con el... pero luego también pienso que cuando yo iba al colegio, mis papás se despejaban un poco más y podían hacer las vueltas de las medicinas y eso sin tener que preocuparse por quien me cuidara... porque ellos tampoco querían que estuviera entrando y saliendo del hospital...

TERAPEUTA: y, ¿Entonces? ¿Qué piensas?

SDO: (sonríe) no sé

TERAPEUTA: intenta...

SDO: No te voy a decir que se me quitó toda mi culpa, pero *wow*...

TERAPEUTA: dime

SDO: creo que alivio, no estoy segura

TERAPEUTA: ¿recuerdas cuando hicimos un ejercicio de identificación de emociones?

SDO: sí sí, estoy intentando (cierra los ojos) ... sí, estoy un poco menos cargada, alivio se llama eso (ríe)

TERAPEUTA: sí, alivio. ¿Qué crees que le dirías a esa SDO de 13 años?

SDO: uy duro, creo que... le daría un abrazo y le diría que no está en sus manos y que el cáncer es algo que llega y no todos ganan la lucha y eso no quiere decir que sea culpa o de la persona o de uno... y la abrazaría mucho.

TERAPEUTA: ¿Cuánto puntaje de credibilidad le darías a este pensamiento de culpa ahora?

SDO: uff, creo que un 6 o hasta un 4, quiero pensar más en esto y llegar a 0 (ríe)

TERAPEUTA: ¿Entiendo, que pensarías ahora, para cambiar este pensamiento pasado?

SDO: pues, es que yo me estaba comparando demasiado con quien soy ahora, y es que no me podía comparar con la hermana que soy con mi otro hermanito y con eso me daba látigos a mí misma, pero de verdad que, yo tenía 12 o 13 años y yo estuve ahí las veces que pude, no dude en estar con él hasta lo último, yo me refugiaba mucho en el

internet y en Messenger y eso... pero es que todos mis amigos lo hacían y creo que era la edad también que siempre influye mucho.

- **SESIÓN 10**

Descripción de la sesión: Se utilizó la técnica de la carta que no se envía de Mahoney. Durante la sesión, se llevó a cabo la lectura de la carta que previamente SDO había escrito y finalmente, por cuestión de tiempo, se realizó un ejercicio de la silla vacía para la respuesta recibida ante la carta.

Transcripción de la sesión: Carta de SDO al hermano y su respuesta

SDO: (lee la carta)

TERAPEUTA: ¿Cómo te sientes?

SDO: creo que en mucho tiempo, yo no me sentía tan descargada como me siento ahora... me gusta esta sensación, me siento bien, me siento liviana...

TERAPEUTA: y ¿qué sentiste cuando la escribiste?

SDO: no te voy a mentir, lo evité unos días... pero hubo un día en la noche en que me dije: ¡ya no más! ...

TERAPEUTA: ¿recordaste las evidencias?

SDO: ¡Si! , empecé a pensar en las veces que he procrastinado por miedo al resultado y en el resultado en sí... entonces visualicé un resultado bueno y como que... liberador...

TERAPEUTA: ¿y entonces que hiciste?

SDO: Me senté y agarré el lápiz... y después pasó que empecé a escribir y no podía parar...

TERAPEUTA: entonces cuando terminaste, me comentas que sentiste alivio...

SDO: uno que nunca había sentido y me gustó.

TERAPEUTA: ¿y mediante escribías, pensaste en que te respondería CA?

SDO: todo el tiempo

TERAPEUTA: ¿qué pensaste?

SDO: no sé por qué, me lo imaginé riéndose, tierno como siempre...

TERAPEUTA: ¿quisieras responderte?

SDO: ¿cómo así?

TERAPEUTA: podemos hacer el ejercicio de la silla vacía, pero le agregamos que intercambiamos roles... ahora quien está sentado en tu silla, es CA y tú te encuentras en la silla vacía.

SDO: intentemos, si... creo que voy a llorar

TERAPEUTA: (...)

SDO: ¡¡¡ya se!!! (ríe) en serio no tiene nada de malo el llanto...

TERAPEUTA: avanzamos

SDO: Bueno entonces, yo creería que CA- a bueno algo importante, es que no me costó recordarlo, así como me costaba antes, esta vez fue fácil ubicarlo y ubicarlo feliz, momentos felices de nosotros... y eso me pareció importante

TERAPEUTA: ¡Claro que es importante! Está excelente que hayas logrado eso.

SDO: Si, se sintió muy lindo... bueno entonces, yo leyéndole la carta y el riendo, diciéndome "S no llores" ...

TERAPEUTA: exacto, vamos a hacerlo en primera persona y a la silla vacía

SDO: "S no llores, no es tu culpa, yo te quiero mucho y aunque peleábamos unas veces, yo te quiero mucho y te voy a extrañar... me hubiese gustado conocer a JJ porque acuérdate que yo quería un hermano niño (ríe y rompe en llanto), te perdono, te perdono, te perdono, te perdono y te perdono.

TERAPEUTA: (espera que S se calme un poco), ¿cómo te sientes?

SDO: ¡¡¡descargada!!!

TERAPEUTA: ¿recuerdas cuando realizábamos el debate de tus pensamientos de culpa?

SDO: si claro

TERAPEUTA: del 10 al 100, siendo 100 muy culpable, ¿qué tanto porcentaje le das a ellos ahora?

SDO: *uff* creo que un 10

TERAPEUTA: y ¿cómo te sientes con eso?

SDO: satisfecha, me siento satisfecha conmigo misma y con quien fui con él. Yo estuve conversando eso con mi mamá y ella me dijo que yo fui una muy buena hermana, que lo protegía mucho y que eso hace un hermano mayor, que ella también debió involucrarme más, pero me dijo que ella no tenía cabeza en ese momento... y me agradó esa conversación con ella.

TERAPEUTA: Entiendo, es bueno que tengan esos espacios para hablar.

SDO: si, la verdad me hacía falta... y bueno, con JJ mi relación no puede ser mejor... le llevo tantos años que parece es mi hijo y he tenido la paciencia que no tengo con nadie y quiero hacer las cosas bien y sé que lo estoy haciendo bien.

- **SESIÓN 20**

Descripción de la sesión: SDO había presentado picos (no altos) de sintomatología ansiosa frente a un paso muy grande de ir sola al Hay Festival en Cartagena. En esta sesión 20, SDO ya regresó de su viaje y cuenta como manejo sus “altibajos”.

Transcripción de la sesión: SDO comenta tu experiencia en el Hay Festival Cartagena

TERAPEUTA: ¿Cómo te encuentras el día de hoy? ¡Te veo muy feliz!

SDO: ¡lo estoy!, estoy feliz! Me encantó viajar sola y vencer todo por mí y sentirme bien conmigo misma.

TERAPEUTA: ¿bueno, cuéntame cómo te fue en tu viaje? (en sesiones anteriores se había reforzado la motivación hacía el viaje, ya que era primera vez que viajaba sola y fue decisión de ella misma costearse el viaje)

SDO: ¡Excelente! ¿Pero imagínate que aja tú sabes cómo todo en esta vida... siempre puede ocurrir algún imprevisto... cosa que yo amo verdad? (ríe) imagínate que hubo un día, creo que fue el segundo (de tres-cuatro días), que me quedé profunda y no pude levantarme a tiempo para ir a una charla que quería escuchar... y entonces te podrás imaginar, enseguida me levanté y fue a pensar que por culpa de haberme quedado dormida, no pude ir... luego dije espérate, espérate... y me senté otra vez en la cama y dije, bueno si, me quedé dormida y no fui... y después pensé a donde más podría ir... revisé el folleto y había una charla que comenzaba como en 20 minutos... entonces me levanté corriendo a bañarme y a salir enseguida para alcanzar... yo por un momento pensé que ya me había tirado el día y que me iba a sentir mal el resto del día porque en verdad quería ir mucho a esa charla... pero no, me levanté! Y salí y me gustó la charla a la que fui.

TERAPEUTA: ¡Excelente! Entonces, el tiempo en el que te sentiste mal, por ese sentimiento que apareció con esos pensamientos, no fue mucho...

SDO: fue cuestión de 5 minutos o incluso menos, yo sé que me vas a pedir que calificué, pero le daría como un 1 porque no fue nada lo que duré con eso en la cabeza. No quise.

TERAPEUTA: Entiendo, muy bien S

SDO: ah imagínate que el último día me perdí... y casi me da algo...

TERAPEUTA: ¿te perdiste?

SDO: si es que, como eso es en el centro histórico, yo busqué hostel ahí mismo... pero un día como que no estuve pendiente y caminé una cuadra de más y cuando caí en cuenta, no sabía dónde estaba...

TERAPEUTA: ¿en que estabas pensando que estabas distraída?

SDO: en la charla anterior, porque me dejó inquieta, no era nada grave...

TERAPEUTA: ok entiendo

SDO: entonces me perdí y comenzó la aceleración del corazón y el sudor de manos... pero bueno, cerré ojos inhalé profundo y para atrás... me metí a un local para no sacar el celular en la plena calle y me busqué en *google maps*... para rematar la aplicación no funcionaba porque no tenía señal... empecé a respirar más rápido...

TERAPEUTA: ¿qué pasaba por tu cabeza en esos momentos?

SDO: que se me iba a hacer de noche e iba a ser más difícil encontrar el hostel...

TERAPEUTA: aja

SDO: pero luego, en vista de que no funcionaba la app, respiré profundo y dije... Simplemente pide indicaciones... entonces seguí caminando fuera del local y devolviéndome por donde ya había pasado... y vi a un guardia que estaba en la esquina... y le pregunté, ¡tuve las fuerzas para preguntarle! Y me indicó y resulta que estaba ahí mismo, pero a la vuelta y listo, caminé y finalmente llegué y bien.

TERAPEUTA: ¿Excelente, como te sentiste en ese momento?

SDO: bueno la verdad si me sentí nerviosa, pero pude controlarlo que creo que es lo importante...

TERAPUETA: ¡¡claro que si!!

SDO: (ríe) me pasaron cosas que siendo la S que era hace como tres meses, me hubiera infartado o por lo menos no hubiese manejado la situación o capaz incluso y me devuelvo al otro día... quiero hacer más viajes y más cosas por mí, de verdad que no sabía de lo que era capaz, pero también como que un paso a la vez, porque es primera vez que viajo sola (ríe).

7. MARCO CONCEPTUAL DE REFERENCIA.

El interés central de este trabajo está en analizar las técnicas de la terapia cognitiva conductual, implementadas en la intervención del sentimiento de culpa en paciente de 20 años en proceso de duelo. Para ello, inicialmente se tendrán en cuenta las variables en gestión, como lo son: la definición del duelo patológico y el sentimiento de culpa. Finalmente, se hará un breve resumen del enfoque cognitivo conductual, y algunas de las técnicas utilizadas en la intervención del caso, que fueron más eficaces según los resultados encontrados.

7.1. Duelo

A lo largo de la vida, toda persona pasa por un proceso de duelo, ya sea por la pérdida de un ser querido o solo por una pérdida en sí. Es necesario entonces, que la persona entienda que esta experiencia está presente en la vida y que se pierde a alguien o a algo significativo, a medida que la vida avanza. Cada una de estas pérdidas va acompañada de su respectivo dolor y puede afectar de manera particular a cada sujeto que lo experimente. (Gil-Juliá., Bellver. & Ballester., 2008). Alba Payás, (citado en Gil-Juliá., *et. al.* 2008), define el duelo como:

“la respuesta natural a la pérdida de cualquier persona, cosa o valor con la que se ha construido un vínculo afectivo, y como tal, se trata de un proceso natural y humano y no de una enfermedad que haya que evitar o de la que haya que curarse. La expresión del duelo incluye reacciones, que muy a menudo se parecen a aquellas que acompañan a trastornos físicos, mentales o emocionales. Es importante ser muy cauteloso en la interpretación de ciertas expresiones de duelo que pueden aparecer como patológicas y ser, en realidad, manifestaciones totalmente naturales y apropiadas, dadas las circunstancias particulares de la pérdida.” p.104.

Se recalca entonces, la importancia que el paciente entienda la naturalidad de los sentimientos y emociones presentes luego de esa pérdida significativa. Para entender esta naturalidad, existen las etapas o fases del proceso de duelo. En este caso se retomará la propuesta de Kübler-Ross (citado en Gil-Juliá., *et. al.* 2008), quien propone que primero se encuentra una etapa de negación, seguida de una expresión de la emoción de la ira, luego se entra entonces en una etapa de negociación, continuando con una etapa de depresión y finaliza con la aceptación del fallecido. Así mismo, el Manual

de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente de Vicente Caballo (2007), establece las manifestaciones psicológicas del duelo: primero el sujeto se encuentra en una fase de evitación, que es en donde brota la negación que expone Kübler-Ross y, funciona con el fin de amortiguar la realidad perdida. La siguiente fase es de confrontación, donde el paciente o sujeto experimenta el duelo de una manera más intensa, e inicia el reconocimiento de la pérdida, aunque puede seguir presente la negación. De igual forma, en esta segunda fase, las emociones de la rabia y la culpa se encuentran a flote, entonces el paciente o sujeto reacciona hacia la depresión y la desesperación. Por último, se encuentra la tercera fase de restablecimiento, aquí, se constituye una declinación muy gradual hacia el duelo y empieza el encuentro emocional y social en el mundo de la persona, ya que logra aprender a vivir con la pérdida.

Finalmente, es importante tener en cuenta las habilidades del paciente para manejar los cambios y las pérdidas. En otras palabras, posicionar al paciente frente a un estilo de autoprotección que propone Lindeman (1944), (citado en Caballo, 2007), tales como, la conservación, que es cuando la persona está intentando mantener ese *status quo* frente a la situación, negando y suprimiendo las emociones al tratar de permanecer en el presente o volver al pasado. La siguiente sería la revolución, la cual es el rechazo de las creencias anteriores o de los valores. La tercera sería el escape, la cual sería una conducta evitativa ante el duelo y lo que la pérdida involucra y, por último, la trascendencia, lo que significa que la persona logra ir más allá de su pena y el dolor de la pérdida, reorganizando su vida de una forma significativa.

7.2. Sentimiento de culpa

Lindeman (1944), (citado en Caballo, 2007), propone que todos los procesos, fases y etapas del duelo, mencionadas anteriormente, involucran ciertas reacciones en la persona, que pueden desencadenar en sentimientos de: ansiedad, soledad, fatiga, incapacidad, shock, anhelo, emancipación, alivio, adormecimiento y culpa.

Por otra parte, Reidl y Jurado (2007), definen el sentimiento de culpa como una detonación de un estado emocional muy doloroso, en el cual se experimenta una sensación de haber actuado mal, si se le compara constantemente con los estándares éticos sociales o personales. Así mismo, Lewis (citado en Reidl y Jurado, 2007) describe la culpa como la emoción preocupada por un específico comportamiento.

En cuanto a la culpa en el proceso de duelo, esta puede aparecer como sentimiento respuesta frente a la pérdida, por pensar no haber obrado bien con el

fallecido o incluso, por el sentimiento de alivio que puede surgir cuando esa persona fallece. De esta forma, ubicaríamos al sentimiento de culpa dentro de la fase de confrontación, cuando la persona vive el duelo intensamente.

7.3 Intervención desde el Enfoque Cognitivo Conductual

A continuación, se abordarán aspectos que fueron de gran importancia para el logro de objetivos terapéuticos, tales como la relación Terapeuta paciente, la psicoeducación, la terapia racional emotiva conductual de Ellis (TREC), Psicoeducación en Proceso de Duelo y Sentimiento de Culpa, la terapia dialéctica conductual, el debate y reestructuración cognitiva y, demás técnicas específicas utilizadas en diferentes sesiones del proceso.

7.3.1 Relación Terapeuta-Paciente

Si bien es cierto que el trabajo y actividades en sesión con pacientes, es gran parte del avance terapéutico del caso, un factor relevante al interior del desarrollo de las sesiones es la relación entre Terapeuta-Paciente. Ospina (2008), establece que esta relación se define como un asunto técnico indispensable para el buen curso del proceso de atención en salud, afirmando que es indispensable desde el primer momento. Menciona a la vez, que son características que intervienen en el establecimiento de las buenas relaciones interpersonales y comunicación, los cuales deben ser tenidos en cuenta por el terapeuta. Ospina (2008), señala características como respeto, empatía, uso adecuado de la jerga requerida, lenguaje verbal y gestual, capacidad de escucha, cumplimiento de las funciones de la comunicación terapéutica y el reconocimiento de las características sociodemográficas y de personalidad del paciente durante la entrevista. Como forma complementaria, se establece que dicha relación es ese vínculo que, con empatía, se forja entre el psicólogo y la persona que llega a consulta. No obstante, es esencial saber los límites al establecer este vínculo, el cual debe ser profesional y con el propósito de facilitarle al paciente el sentirse entendido, escuchado, atendido, y valorado.

La interacción entre Terapeuta-Paciente, es un punto esencial para lograr esa modificación de creencias previas que la persona trae consigo a consulta, explica en términos generales, la psicología constructiva y Mahoney (2005) quien además, hace énfasis en los esquemas previos del paciente, el significado de su realidad y la importancia de su reflexión. Dicha corriente constructiva destaca que la colaboración

entre el psicólogo y su paciente se puede explicar cómo esa necesidad de entregarle a la persona las herramientas necesarias para afrontar alguna situación específica y, poder construir su propio procedimiento para la solución de una problemática que presente.

En otras palabras, el terapeuta tendrá entonces que trabajar en el desarrollo de habilidades y estrategias para aplicar en sesión con el paciente. Las habilidades terapéuticas, por un lado, son formas de comportarse ante determinadas situaciones con el paciente, logrando conseguir determinados objetivos y, la estrategia terapéutica, por otro lado, es la acción de planificar cómo llegar a un objetivo determinado; algunas de ellas son: la escucha activa, lograr recolectar y procesar la información que el paciente nos comenta, responder adecuadamente a la persona y saber orientarla. Así entonces, el psicólogo quien adquiera y emplee adecuadamente las habilidades y estrategias, logrará ser un terapeuta competente.

Así mismo la empatía como herramienta de comunicación, junto con, la visión positiva, la calidez, la experiencia, etc., deberán encontrarse dentro de una sesión terapéutica, para que esta pueda llegar a ser una sesión ejemplar, logrando que nuestros mensajes sean más atractivos y poderosos para el paciente. Por lo que el terapeuta deberá tener en cuenta que la persona cruzando la puerta de un consultorio se encuentra en una etapa de cambio, frente a una característica, hábito o problema, al que quiere encontrarle solución, por lo que la empatía que el terapeuta presente deberá, a su vez, apoyarse en el lenguaje verbal y no verbal que expresamos con el cuerpo, la mirada, la postura y expresiones faciales, y saber entender al mismo tiempo, el lenguaje que emplee el paciente (ya que muchos hablan más con su lenguaje no verbal) para guiar al paciente de la mejor manera, hacía la solución de su motivo de consulta.

La manera clave para que el paciente sienta que el terapeuta lo comprende, es la lectura de las emociones que el psicólogo deberá implementar en su sesión, gracias a la empatía que el terapeuta tenga hacia este paciente. Además de esto la aceptación, la autenticidad, habilidad cognitiva, flexibilidad, energía, buen humor, confianza básica, rapport, que implemente el terapeuta serán la clave para lograr una colaboración terapéutica y el adecuado establecimiento de la relación Terapeuta-Paciente. (Riaño, 2010).

Por último, cabe resaltar que, si existiera una sesión particular para “aplicar el ser empático”, sin duda sería la primera sesión, ya que es la primera vez que hablas con el paciente y se debe formar el enganche terapéutico. La empatía del Terapeuta en las primeras sesiones es la clave para ir afianzando la relación Terapeuta-Paciente, ya que

es muy probable que esta no surja desde el primer momento que se ve al paciente, pues cada persona es distinta y a algunas les toma más tiempo el sentirse cómodos en sesión. En el caso de SDO, la relación terapéutica fue un factor que reflejó un cambio positivo para el proceso y la paciente desde la segunda-tercera sesión, esto facilitó, así como el implementar la psicoeducación, la adherencia de la paciente al respectivo tratamiento, lo que permitía también la flexibilidad de la paciente y el terapeuta al momento de introducir nuevas técnicas de intervención.

7.3.2 Psicoeducación

Sin duda de las técnicas que, para iniciar las sesiones, es de las mejores opciones, pues al paciente hay que explicarle en qué consisten las sesiones, qué enfoque se manejará por el terapeuta y darle una introducción al mismo, sería la psicoeducación. Esta consiste en brindarle al paciente, de forma muy breve, información de los temas a plantear, para una mejor integración de la información, que, a la vez, permite que el paciente se identifique con lo explicado. Un ejemplo de esto sería el que propone Camacho (2003), al explicar que indicarle lo que se hará al paciente sin darle detallada información de los beneficios ni permitiéndole integrar con su vida esta información, sería como si un médico recetara un antibiótico y solo dice que se debe tomar por una semana completa, lo más probable que pase es que el paciente, a los dos días o al siguiente día de tomar el medicamento se sienta mejor y lo deje sin haber completado la semana del tratamiento. Caso diferente fuera, si el médico explicase el porqué es importante ingerir el medicamento de la manera como lo prescribieron ya que bastaría con decir cómo funcionan los antibióticos frente a las bacterias y el ciclo de estas. Es similar en cuanto a un paciente que llega a su primera sesión terapéutica, sería necesario entonces, abordar los temas planteados anteriormente para que este pueda comparar lo explicado a los síntomas y estilo de vida que está manejando para lograr la adherencia deseada. El terapeuta, deberá entonces tener un amplio conocimiento del cuadro que el paciente está presentando, las bases teóricas y las diferentes técnicas para abordarlo, como también conocer la prudencia de cuándo y cómo abordar temas como el trastorno o enfermedad presente en la persona.

En el caso de SDO, la psicoeducación se presentó en temas pertinentes, como psicoeducación en técnicas de autorregulación emocional, psicoeducación en el enfoque a trabajar y claramente, como tema central de esa investigación, la psicoeducación en proceso de duelo y el sentimiento de culpa.

7.3.2.1 Psicoeducación en el ABC de Ellis - Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC)

Ellis (se citó en Hernández, 2007) propone que la terapia racional emotiva se define como la forma de razonamiento que toma posición de nuestra manera de pensar, nuestras acciones y de nuestras conductas como respuesta a determinadas cogniciones o creencias del sujeto. Aplicando esta definición, Windy y Ellis (se citó en Gerril y Zimbardo, 2005) proponen la definición de la TREC, como una transformación de las creencias irracionales del sujeto, logrando causar a la vez, reacciones emocionales distintas en el sujeto.

En otras palabras, Colop (2016) menciona que la TREC es creada basándose en la idea de que la conducta que es regulada por las creencias y demás aspectos que implica el sistema de cada individuo. Por lo que la manera objetiva de interpretar las situaciones, es esencial para su formación y forma de actuar según su aprendizaje; lo que plantea Colop (2016) cuando refiere que Ellis postula tres aspectos básicos: el primero refiriendo que las personas son capaces de tener control, en gran medida, de su propio destino, el segundo, refiriendo que se es aún más feliz al tener metas racionales-alcanzables y, el tercero, diciendo que se vive mejor cuando se internaliza en sí mismo.

Al paciente se le deberá entonces hacer una psicoeducación en el tema de la TREC, comentando la estrecha relación entre las cogniciones, emociones y conductas, establecer la conexión en el funcionamiento del control de pensamientos y de creencias de la persona, podría realizarse con el diagrama del ABC, siendo A: Acontecimientos o Activadores, B: Creencias y Pensamientos sobre A y C: Consecuencias Emocionales y Conductuales, como lo plantea Ellis (citado de Navarro, 2006). Es importante aclarar a su vez, cual es el fin de utilizar la TREC y que al paciente le quede claro que es posible cambiar la forma en cómo piensa, para modificar directamente la forma en se siente y actúa.

En el caso de SDO, en la primera sesión se realizó una psicoeducación a cerca del enfoque a usar a lo largo del proceso terapéutico. Es realmente importante que el paciente logre identificarse con el enfoque desde el cual se planea la intervención, ya que hay pacientes y diagnósticos que tienen mejores resultados dependiendo del enfoque con el que se trabaje. La psicoeducación de la relación entre las tres variables de Pensamiento-Emoción-Conducta, que propone Albert Ellis para el enfoque cognitivo conductual, es una excelente manera de empezar a explicar la funcionalidad y

aplicabilidad de este enfoque clínico como a su vez, la psicoeducación de determinados temas permite una mejor adherencia al tratamiento, lo que en otras palabras permite el enganche terapéutico a las sesiones.

7.3.2.2 Psicoeducación en Proceso de Duelo y Sentimiento de Culpa

Un método para establecer claramente las emociones primarias y secundarias puede ser el del círculo de emociones de Plutchik. En 1980 Plutchik desarrolla un modelo taxonómico de las emociones, colocando las primarias en un círculo para que las emociones menos similares y más difíciles de identificar se encuentren en mutua oposición. De esta manera, la mezcla de dos emociones primarias originaría sensaciones secundarias, como aclara Díaz & Flores (2001). Según el círculo de emociones de Plutchik (citado en Díaz & Flores, 2001), el orden sería: la culpabilidad y como emoción primaria, la tristeza, el sentirse arrepentido y el sentirse avergonzado. Así entonces, en conjunto con ayuda de unas técnicas de autorregulación emocional que se explicarán más adelante, es posible que el paciente logre entender el sentimiento o la emoción y se permita sentirla.

En cuanto a la psicoeducación del proceso de duelo, una buena forma de empezar a hablar de un tema tan difícil como este, podría ser estableciendo las etapas y orientar en donde se puede encontrar la persona al momento de la consulta, así como también, describiendo los estilos de autoprotección para conocer un poco las habilidades de manejo de la pérdida de la persona.

En el caso de SDO, se le indicó a la paciente el proceso normal del duelo, se le explicó lo necesario que es, se le describió el momento cuando pedir ayuda, se le reforzó el haberlo hecho, se realizó también una breve explicación de las etapas del duelo, y el nivel en el que se encontraba la paciente en ese momento de la consulta. Esta psicoeducación fue necesaria para poder, a partir de ahí, trabajar con las técnicas de la mano de la teoría ya integrada por la paciente y realizar el entrenamiento y aplicación de las técnicas a continuación:

7.3.3 Terapia Dialéctico Conductual

Como mencionado anteriormente, la autorregulación emocional, además de la psicoeducación, fue de las primeras técnicas implementadas en el caso de SDO. Era

necesario que la paciente lograra un equilibrio emocional para poder continuar con el resto de los objetivos planteados en el plan de intervención.

En primera instancia, para estos ejercicios se utilizó el Manual Práctico de Terapia Dialéctico Conductual de Mathew McKay, Jeffrey C. Wood y Jeffrey Brantley, que contiene ejercicios prácticos de TDC para aprendizaje de Mindfulness, eficacia interpersonal, regulación emocional y tolerancia a la angustia. La Terapia Dialectico Conductual, fue desarrollada por Marsha Linehan (1993a, 1993b) y se considera muy eficaz para la ayuda del control de las emociones arrolladoras. Esta terapia, proponen los autores, McKay, Wood & Brantley (2007), refuerza la capacidad del sujeto para manejar la angustia sin perder el control ni actuar de una manera destructiva. La razón de la creación de esta terapia es que muchas personas luchan constantemente con emociones desbordantes al momento de enfadarse y sienten como si apareciera una ola impetuosa capaz de arrebatárles el mando. Cuando sucede esto, continúan los autores, aparece el miedo de sentir cualquier sentimiento por no querer ser arrastrado por el tsunami incontrolable de emociones. Ocurre entonces, que las personas se esfuerzan por eliminar las emociones y no tienen el conocimiento de que, realizando esa evitación, la emoción puede tornarse más incontrolable.

En segunda instancia, la explicación en sí de cómo surgen estas emociones con falta de control, se basan en muchas teorías que explican su formación desde el nacimiento, sin embargo, se especifican mucho más las teorías que abarcan estas emociones como resultado de algún abandono desde pequeño o como consecuencia a algún trauma durante el desarrollo, alterando entonces nuestra estructura cerebral, haciéndonos vulnerables a emociones negativas intensas. (McKay, *et. al* 2007). Aun así, estas emociones parecieran ser incontrolables e insuperables, la TDC, ofrece una variedad de técnicas para la autorregulación emocional, McKay, *et. al* (2007), proponen, por ejemplo:

7.3.3.1 Tolerancia al Malestar

Esta técnica ayuda al paciente a enfrentar de una manera mucho más eficaz los acontecimientos dolorosos, ya que fortalece la resiliencia (psicoeducación en el tema de resiliencia) proporcionándole a la persona una serie de medios, que antes desconocía, para tratar amortiguar los efectos adversos de las circunstancias. (McKay, *et. al* 2007).

7.3.3.2 Atención Consciente (Mindfulness)

En el caso de la atención consciente, es una técnica a la cual la persona le puede dedicar un poco de su tiempo diariamente. Esta consiste en lograr experimentar plenamente el ahora, el presente, lo que le ayudará a la persona a centrarse menos en las situaciones doloras del pasado o incluso en el futuro amenazador (sintomatología ansiosa). El Mindfulness, le proporciona al paciente una serie de herramientas de superación frente a los juicios negativos, la autocrítica, y la visión negativa en general. (McKay, *et. al* 2007).

7.3.3.3 Regulación Emocional

Esta técnica se utiliza cuando es necesario que la persona o el paciente, sean ayudados para lograr reconocer lo que siente, para ser consciente de cada emoción, sin sentirse abrumados o sentir que la emoción es capaz de desbordarle. La técnica tiene como objetivo modular los sentimientos presentados por el paciente, sin que este reaccione de una manera destructiva con el mismo y con los demás. (McKay, *et. al* 2007).

7.3.3.4 Eficacia Interpersonal

Finalmente, esta técnica brinda herramientas para una comunicación asertiva, lograr expresar las creencias y las necesidades, establecer límites, ser capaz de negociar soluciones a determinados problemas, mediante el seguimiento del respeto y el protegiendo las relaciones interpersonales. (McKay, *et. al* 2007).

En el caso de SDO, en la primera y segunda sesión, se encontró necesario el aplicar las técnicas que ofrece la terapia dialéctico conductual para lograr un entrenamiento en identificación, reconocimiento y expresión de las emociones de tristeza, irritabilidad, estrés y sobretodo su sentimiento constante de culpa, así como también, la realización de ejercicios de respiración diafragmática y relajación acompañado de la técnica del Mindfulness, para lograr el equilibrio emocional que la paciente necesitaba, ya que dentro de sus estrategias de afrontamiento antes de la sesión, no se encontraban técnicas que le facilitaran el control de las emociones; SDO realizaba conductas de escape y evitación, lo que como ya se explicó en un principio, resultaban en un desbordamiento mayor de las emociones, agravando su malestar.

El Manual Práctico de Terapia Dialéctico Conductual de Mathew McKay, Jeffrey C. Wood y Jeffrey Brantley, en la 3era edición, ofrece a la vez muchos ejercicios de lectura para que el terapeuta aplique con el paciente e incluso para que el paciente los pueda aplicar estando solo. Es así que con SDO se decidió entonces escoger un ejercicio

que la llevara a “su lugar seguro” y se le dio la opción de grabar la sesión en la cual la terapeuta leía las instrucciones del ejercicio a mentalizar, durante el cual también se utilizó la imaginación y, que finalmente la paciente pudiera reproducir el audio estando en casa y en el momento que lo necesitara.

Es importante también, introducirle el tema al paciente y comunicarle que el control de las emociones no se logra en el primer intento, es un ejercicio y por lo tanto requiere de práctica; esto con el fin, de reducir la frustración que el paciente puede manifestar al no lograr el control total de su mente o su respiración en el primer intento utilizando estas técnicas.

7.3.4 Debate Cognitivo y Reestructuración Cognitiva

Un aspecto esencial para la intervención cognitiva ante el sentimiento de culpa o cualquier otro pensamiento que manifieste el paciente, es el debate de creencias. Judy Beck, Beck, J. (2000), plantea una variedad de técnicas para realizar el debate de estos pensamientos automáticos, creencias intermedias y centrales, como el análisis de pro y contras, experimentos conductuales, contrastes extremos, desarrollo de metáforas, registro de evidencias y comprobaciones, tarjetas de apoyo, entre otras. Sin embargo, en este caso en especial, se optó por introducir en el plan de intervención el cuestionamiento socrático del pensamiento de culpa que presenta SDO.

Este método, plantea Colop (2016), se caracteriza por realizarle al paciente una serie de preguntas sistemáticas en forma de guía hacia el razonamiento del paciente ante su creencia irracional, con el objetivo de cultivar las habilidades del pensamiento conceptual y abstracto de la persona para su vida. Así entonces, a SDO se le pidió que puntuara del 10% al 100% la credibilidad ante su creencia de “*tener la culpable haber sido muy mala con su hermano mientras él estaba vivo*” creencia irracional que tenía un puntaje muy alto y se estableció como objetivo central, disminuir el puntaje otorgado que, en otras palabras, se obtendría disminuyendo la creencia irracional. Así mismo, el establecer una nueva creencia que no involucre un sentimiento de culpa frente al fallecimiento, lo que seguiría a la reestructuración cognitiva, ya que esta apunta a descubrir esas cogniciones previas que tiene el paciente, las cuales le generan el malestar psicológico/emocional, produciendo también algún comportamiento inadaptativo. (Pollini, Micheff & Pedrowicz, 2009). Son los autores Aaron Beck, en

compañía de Albert Ellis, quienes proponen unir la parte cognitiva y la parte conductual para entonces, trabajar en esa disminución de las creencias previas del paciente. Es aquí cuando la psicoeducación toma un papel muy importante al realizarse previamente a la aplicación de la técnica, ya que es de suma importancia que el paciente logre entender como dice Beck (1976), que las situaciones no determinan por sí mismas, una relación directa en las emociones y en la conducta de la persona, sino, que dicha respuesta emocional/conductual, está medida por la interpretación personal de la situación.

7.3.5 La Carta Escrita no Enviada

Una técnica conocida frente al manejo del duelo y el sentimiento de culpa es escribir una carta. Mahoney (2005), expone dentro de su aporte a la psicología constructiva, el ejercicio de escribir una carta que no se envía, el cual se aplica muy bien con pacientes que se encuentran en etapa de duelo, para lograr sentirse un poco mejor y descargar sentimientos de culpa. Seguido a esto, propone escribir una carta de vuelta, esta vez no siendo la persona en proceso de duelo, sino, el fallecido. Se podría asimilar un poco este ejercicio con la técnica de la silla vacía solo que esta vez, la persona podrá leer ambas cartas hasta alcanzar una tranquilidad deseada. Esto permite que el paciente sea un poco más flexible frente a la experiencia y no tan polarizado.

7.3.6 Técnica del Espejo

Por último, un factor que se debe tener en cuenta al momento de estar, junto con el paciente, en búsqueda de esa solución que anhela, es explicarle a él mismo que la autocompasión es clave para encontrar esa solución. Hay pacientes que se desesperan y que sus mismos patrones hacen que pronuncie autoverbalizaciones negativas, no siendo el objetivo. La autocompasión, le enseña al paciente a perdonarse, a disminuir la autocrítica, el sentimiento de culpa, a no caer una y otra vez en ese patrón. Una herramienta que le facilita al paciente llegar a este punto de amarse a sí mismo, es el espejo.

La utilización del espejo como forma terapéutica, le permite al paciente el poder valorar y fomentar la habilidad para relacionarse con sí mismo, expresa Mahoney (2005). Junto con esta herramienta, puede haber variaciones en la técnica, explica el

autor; puede ser con ojos abiertos, ojos cerrados y usando imaginación, como también, utilizando espejos de diferentes tamaños y localidades.

Para finalizar, como se dijo en un principio, hay que tener en cuenta que todo paciente es distinto, que no a todo paciente le es eficaz la misma técnica que se usó con el anterior, que no todos tienen el mismo ritmo y los mismos problemas. Aquí entonces, es donde entra en juego la flexibilidad que maneja el o la terapeuta y su competencia para desarrollar la sesión.

8. ANÁLISIS DEL CASO

Con respecto a la unidad de análisis del presente estudio de caso único, las intervenciones realizadas y los resultados obtenidos frente a la efectividad de la intervención cognitiva conductual en el sentimiento de culpa, se logra determinar un cumplimiento de los objetivos planteados en este proyecto. Los cuales se alcanzaron estableciendo su grado de importancia-urgencia, para luego, determinar el orden de atención-intervención.

Al iniciar el proceso terapéutico, la paciente presentaba una alteración del estado de ánimo de tipo depresivo y, respondía a esta alteración mediante la presencia de una sintomatología ansiosa y sentimiento de culpa constante. Acompañado, a su vez, con consecuencias en las cogniciones, las cuales se asociaban a un bajo autoconcepto, respuestas fisiológicas de hiperventilación, alteración en el sueño y alimentación, ideas de minusvalía, déficit en habilidades sociales, conductas evitativas y de escape, mal manejo del tiempo y el procrastinar ciertos deberes.

Al malestar de ambas sintomatologías, ansiosa y depresiva, la paciente las califica con un puntaje 10/10, refiriendo a que eran de una intensidad intolerable. Asimismo, estaba presente el sentimiento de culpa al pensar en el fallecimiento de su hermano menor a la edad de 6 años (13 años de la paciente); por lo que la intervención en este sentimiento de culpa expresado se estableció como objetivo específico durante el plan de intervención, junto a la disminución de su sintomatología ansiosa y su alteración del estado de ánimo de tipo depresivo. Esto demuestra que en la línea base de la paciente, se encontraba su manera subjetiva de interpretar la situación del fallecimiento del hermano como una experiencia que resultó en el desarrollo y fortalecimiento del sentimiento de culpa que ella manifestaba; lo que la llevaba a presenciar ambas sintomatologías mencionadas de una manera “justificada”.

Al iniciar el proceso de intervención, lo primordial fue entrenar a la paciente en la autorregulación de la sintomatología ansiosa, para lograr un equilibrio emocional para el resto de la intervención. Por lo que se realizó una psicoeducación frente a la relación existente entre pensamiento-emoción-conducta y un ejercicio de respiración diafragmática. Primeramente, se le explicó a la paciente como actúa nuestro cuerpo y mente frente a un ataque de ansiedad, por lo que le indicaron ejercicios de hiperventilación, seguido de una ejecución de técnicas de relajación y autorregulación emocional (también con técnica de Mindfulness) frente a la aparición de síntomas para también, lograr la identificación de estos y fuera más fácil el manejo de las situaciones de pérdida de control. Asimismo, también se propuso un entrenamiento en identificación, reconocimiento y expresión de las emociones de tristeza, irritabilidad, estrés y culpa. Siendo esta última emoción, un objetivo específico a trabajar, se realizó primeramente una psicoeducación sobre el tema del duelo y etapas/niveles según Kübler-Ross E (1989) y se especificó en el expresado sentimiento de culpa; así también, se indagaron cuáles eran las creencias y pensamientos automáticos que aparecían frente al sentimiento de culpa de la paciente y sus factores mantenedores, para luego, realizar un debate socrático del pensamiento: *“No fui la mejor hermana” “Soy culpable de que la haya pasado mal”*, y posteriormente, realizar una reestructuración cognitiva de las preocupaciones excesivas, de acuerdo a su sintomatología ansiosa y de su sentimiento de culpa frente al fallecimiento. Una técnica que facilitó la disminución en la aparición de este sentimiento, además del debate socrático, fue *“la carta escrita no enviada”*, técnica que propone Mahoney (2005) al realizar una carta al fallecido y no enviarla y la técnica de la silla vacía.

A su vez, se realizaron actividades de Registro e Identificación práctica de actividades de Dominio y Agrado, se estableció un plan de lectura de las trampas vitales y las emociones inútiles: culpabilidad y preocupación de tus zonas erróneas de Wayne Dyer (1976), se utilizó la técnica del espejo para abarcar los aspectos relacionados con el autoconcepto, se estableció un manejo adecuado del tiempo y constantemente se realizaban seguimientos de autorregistros de emociones.

El proceso terapéutico, como en la mayoría los casos, no fue lineal. Hubo situaciones familiares que limitaban muchas veces los avances de la paciente; como el descubrimiento de una masa extraña en la pierna de la madre (lo que reactivó su esquema de vulnerabilidad y emociones de miedo a la muerte de otro familiar) y, el intento suicida del abuelo paterno (lo que reactivó también el esquema de

vulnerabilidad). Sin embargo, fueron situaciones donde se reflejó la autorregulación emocional de la paciente y su reestructuración cognitiva frente a sus antiguas creencias. Esto demuestra entonces, la efectividad en la intervención cognitivo conductual diseñada para esta paciente, lo que desde las primeras sesiones se pudo ver reflejado en los resultados de las pruebas y disminución de sus síntomas. Como bien se mencionaba la línea base de la paciente, se notaron cambios en ella al como la paciente modificó también el concepto de sí misma; siendo su anterior concepto el de “*ser una mala hermana*” y transformándolo en “*yo di lo mejor de mí a esa edad, y eso estuvo bien*”, lo cual logró ser su creencia mayor que el 80% a medida que avanzaban las sesiones, con ayuda de un monitoreo de la culpabilidad con las 4 aplicaciones del cuestionario de sentimiento de culpa de Magallón, en el cual se notó la disminución de unos 132 puntos, etiquetando la culpa como *excesiva/patológica*, a unos 28 puntos, etiquetando la culpa como *muy poca*. Así como también trabajando en el aspecto emocional de la paciente, con el monitoreo de las 3 aplicaciones de los cuestionarios para su sintomatología depresiva-ansiosa, presentada en las primeras sesiones. Lo cual otorga un resultado exitoso al planteamiento de la hipótesis inicial en este estudio de caso único.

9. DISCUSIÓN

Retomando los objetivos de la investigación, dentro el objetivo general, se encontraba determinar el efecto de la intervención de la Terapia Cognitivo Conductual, en la reducción del sentimiento de culpa en una paciente de 20 años en proceso de duelo. Lo que se puede sostener de acuerdo con los autores Echaury y Azcárate (2010) (citados en Colop, 2016) quienes consideran que la terapia cognitiva es un modelo conveniente para el trabajo de las creencias irracionales como forma de lograr un cambio en las cogniciones que perturban el equilibrio psicológico del sujeto. Asimismo, se soporta también en la propuesta de Ellis en la TREC, para el abordaje del vínculo entre pensamientos, emoción y consecuencias (conductuales) generadas por las anteriormente mencionadas creencias irracionales. La respuesta a lo que este objetivo plantea entonces, sería positiva frente al efecto de la intervención de este modelo frente al sentimiento de culpa presentado por la paciente, lo que se sustenta en la aplicación de las diferentes técnicas de debate y/o técnicas emotivas de autorregulación de manera exitosa para la disminución del sentimiento no deseado.

Esto llevaría a su vez, al desarrollo de los objetivos específicos en relación con la implementación de un plan de intervención cognitivo conductual por medio de estrategias cognitivas, emocionales y conductuales dirigidas a reducción del sentimiento de culpa en una paciente de 20 años en proceso de duelo. Como se explica anteriormente, la intervención de un aspecto que perturba al paciente está sujeta a las variables del aspecto en sí, del malestar del sujeto y de sus características cognitivas y conductuales, entre otras variables; por lo que cada caso es distinto en desarrollo, objetivos y plan de intervención. En este caso único de estudio, se planteó primeramente un plan de intervención liado a trabajar de forma urgente la respuesta cognitiva y de forma importante, la respuesta conductual. Esto trajo consigo un retraso e impedimento para continuar el avance esperado en la paciente, pues, de manera urgente, se debía trabajar en la autorregulación emocional (aspecto conductual) para luego, una vez estabilizado ese campo, se pudiera trabajar el aspecto cognitivo del sentimiento de culpa y demás variables. Como lo plantea McKay, Wood & Brantley (2007), estableciendo el manejo de las emociones desbordantes como el primer paso para la autorregulación emocional, permitiendo el sentir y entender las emociones presentes en determinadas situaciones.

En cuanto a la efectividad de las técnicas utilizadas en el plan de intervención diseñado para la paciente, se observó que fueron las indicadas para propiciar una intervención exitosa del sentimiento de culpa. Como lo establece Alberola, Adsuara & López (2007), en la intervención individual del duelo en oncología; donde determinan que la utilización de técnicas como imaginería, role-playing, lenguaje evocador y reestructuración cognitiva, pueden ayudar con la expresión de sentimientos de todo tipo, sean adecuados a la situación de pérdida, o aquellos que a la persona le resulta difícil aceptar, como pueden ser la rabia o el sentimiento de culpa.

Por último, en cuanto a los demás objetivos planteados para la reducción de síntomas de sentimientos de culpa y la descripción del perfil cognitivo de la paciente, ambos se sustentaron exitosamente mediante la aplicación de las pruebas de Cuestionario De Sentimiento De Culpa de Miriam Magallón, Escala De La Desesperanza (Hs) Beck, BDI - Beck Depression Inventory, BAI - Beck Anxiety Inventory, IPA - Inventario De Pensamientos Automáticos, Ysq-L2 - Cuestionario De Esquemas De Young, CCE-TP - Cuestionario De Creencias Centrales de los Trastornos de Personalidad, IBT - Cuestionario De Creencias Irracionales; las cuales fueron fundamentales para la obtención de resultados cuantitativos para determinar una vez

más, la eficacia de la intervención del sentimiento de culpa y disminución de sintomatología observadas en las emociones que la paciente experimentaba. Como lo plantea (McKay, *et. al* 2007), en las técnicas sugeridas para la autorregulación emocional, empleadas en el caso de SDO, obteniendo resultados descendentes en cada aplicación de las pruebas mencionadas; lo cual indica a la vez, una disminución en los sentimientos de vacío, minusvalía, pobre autoconcepto, creencias de inadecuación, sentimiento de culpabilidad, sintomatología ansiosa y depresiva, incapacidad, entre otros aspectos de la línea base de la paciente al momento de ingresar a consulta.

Se puede determinar entonces una respuesta exitosa a la hipótesis planteada en la investigación a cerca de, sí la intervención cognitivo conductual, reduce los sentimientos de culpa en una paciente de 20 años en proceso de duelo. Demostrado en el documento de forma cuantitativa y cualitativa, en cuanto a las pruebas aplicadas, su interpretación, descripción de las sesiones, la modificación de creencias de la paciente y disminución de la sintomatología ansiosa-depresiva que presentaba desde la sesión 1.

10. CONCLUSIÓN

Este estudio de caso único logra demostrar la efectividad de implementar la terapia cognitivo conductual, dentro de la intervención del sentimiento de culpa, en una paciente en proceso de duelo. Sería imposible nombrar sólo una técnica para la disminución del sentimiento de culpa, ya que en gran parte fue la utilización de todas las técnicas mencionadas en conjunto, lo que le facilitó a la paciente la identificación y la regulación cognitiva y conductual de este sentimiento. Sin embargo, la técnica que en menor tiempo tuvo más significancia para la paciente, fue el debate de creencias de culpabilidad y la reestructuración cognitiva de las mismas. Estas técnicas ayudaron mucho a la paciente a verbalizar, por primera vez, una perspectiva distinta frente al sentimiento de culpa por el fallecimiento de su hermano, creencia que antes no se encontraba en el pensar de la paciente. Aun así, la parte cognitiva no se hubiera trabajado de tal manera sin una intervención previa en la parte conductual; esto con el fin de equilibrar emocionalmente a la paciente para así, despejar sus cogniciones de los pensamientos recurrentes de la sintomatología ansiosa y su alteración del estado de ánimo depresivo.

En general, la intervención en este estudio de caso único fue fructífera y muy satisfactoria, tanto para paciente como terapeuta, ya que se vieron resultados en el tiempo esperado, se abarcaron temas justos y exactos para las problemáticas presentadas

por la paciente y se obtuvieron evidencias en las retroalimentaciones de las sesiones. Lo cual impulsó y motivó a la paciente cada día más a su cambio y modificación en los aspectos cognitivos y conductuales de sí.

Para futuras investigaciones sobre el duelo y el sentimiento de culpa, se recomienda tener en cuenta la individualidad de cada paciente y, por ende, los múltiples propósitos para cada proceso terapéutico. Pues, como se menciona al inicio de este documento, cada paciente es distintivo y otorga significados subjetivos a cada situación. Se entiende que el sentimiento de culpa puede ser detonado como consecuencia de un proceso de duelo, pero afortunadamente, el enfoque cognitivo conductual ofrece una gran variedad de técnicas para el terapeuta y la intervención necesaria del tema planteado. Lo anterior, permite moldear el proceso según la necesidad de cada paciente que esté atravesando una pérdida de un ser querido y, presentando la variedad de sentimientos y síntomas que el duelo involucre.

11. REFERENCIAS

- Acero, P. (2013). Familias en Riesgo de Duelo Complicado en Bogotá. *Revista de Psicología GEPU*, ISSN 2145-6569, Vol. 4 No. 2, diciembre - 2013, pp. 134-140.
- Alberola, V., Adsuara, L., & López, N., (2007). *Intervención Individual en Duelo en Oncología*. SEOM. Sociedad Española de Oncología Médica. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia, España.
- Barlow, D., Rapee, R.M., & Brown, T.A. (1992). Behavioral treatment of generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 23, 551-570.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York International Universities Press.
- Caballo., V. (2007). *Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente: Trastornos específicos*. Madrid, España. Ediciones: Pirámie.
- Camacho., J. (2003). *El ABC de la Terapia Cognitiva*. Buenos Aires, Argentina. DocDatabase.
- CIE 10. *Trastornos Mentales y del Comportamiento*. OMS.Madrid.1992 Conductual. España. EDITORIAL Desclée De Brouwer, S.A.
- Díaz., J. & Flores., E. (2001). La Estructura De La Emoción Humana: Un Modelo Cromático Del Sistema Afectivo. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México. *Salud Mental*, vol. 24, núm. 4, agosto, 2001, pp. 20-35
- DSM V (2014). *Guia de Consulta de los Criterios Diagnosticos del DSM-V*. American Psychiatric Association. London, England.
- Gerril, J. y Zimbardo, P. (2005). *Psicología y vida*. (17ava. Ed.). Pearson Educación. Traducción por Dávila, J. p. 526.
- Gil-Juliá, B., Bellver, A. & Ballester, R. (2008). Duelo: Evaluación, Diagnóstico Y Tratamiento. *Psicooncología*. Vol. 5, Núm. 1, pp. 103-116, Valencia, España.

- Gil-Juliá., B. Bellver., A. Ballester., R. (2008). Duelo: Evaluación, Diagnóstico Y Tratamiento. Valencia, España. Psicooncología. Vol. 5, Núm. 1, 2008, Pp. 103-116
- Hernández, N. (2007). Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud. Libros red. Pp. 29-33. Recuperado de:
https://books.google.com.gt/books?id=EzlwZg_aH6AC&pg=PA29&dq=albert+ellis+terapia+racional+emotiva&hl=es&sa=X&ei=qr_3V00OK7j7sATn9oDQDg&ved=0CD8Q6AEwBg#v=onepage&q=albert%20ellis%20terapia%20raciona%20emotiva&f=false
- Jiménez, M., Gallardo, G., Villaseñor, T & González, A. (2013). La distimia en el contexto clínico. Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España S.L. REV COLOMB PSIQUIAT. 2013;42 (2):212-218
- Mahoney, M. J. (2005). Psicoterapia Constructiva: Una Guía Práctica. Barcelona, España: Paidós Ibérica S. A., Academia Biomédica Digital.
- McKay. M., Wood. J., & Brantley., J (2007). Manual Práctico de Terapia Dialéctico
- Montes, C., (2017). La Depresión y su Etiología: Una Patología Compleja.
- Muñoz., P. (2018). Revista Electrónica de la Facultad de Psicología. Buenos Aires, Argentina. Intersecciones Psi Vol. 27
- Navarro, R. (2006). Psicoenergética, Método de psicoterapia corporal para integrar las emociones y el cuerpo. México D.F. Editorial Pax, Librería Carlos Cesarman, S.A. Pp. 104-105.
- Ospina., D. (2008). The therapist-patient relationship in the contemporary world. Invest Educ Enferm; 26(1): 116-122.
- Pollini, G. Micheff., M. Pedrowicz., M. (2009). Estudio Exploratorio: Uso Del Debate Cognitivo En Terapia Cognitiva- Conductual. Revista de Psicologia da IMED, vol.1, n.1, p. 72-81.
- Quelart, R. (2011). Unas 200.000 personas al año no superan el duelo. LA VANGUARDIA/VIDA. Recuperado de:
<https://www.lavanguardia.com/vida/20110303/54119167708/unas-200-000-personas-al-ano-no-superan-el-duelo.html>
- Riaño, M., (2010). Modificación de la Intensidad de las Respuestas Emocionales en Pacientes con Diagnóstico de Cáncer a través de la Tcc y de Técnicas

Conductuales para el Cambio en la Relación Terapéutica. PUJ. Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Psicología. Bogotá, Colombia.

Seligman, M. (1970). On the generality of the laws of learning. *Psychological Review*, 77, 406-418