

¿Cómo citar este artículo?

Acevedo Rodríguez, M. Y. y Gélvez Gafaro, L. M. (septiembre-diciembre, 2018). Estrategias de intervención cognitivo conductual en un caso de depresión persistente. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, (55), 156 - 158.

| Estrategias de intervención cognitivo conductual en un caso de depresión persistente

Cognitive Behavioral intervention strategy in a case of persistent depression

Magda Yaneth Acevedo Rodríguez

Universidad Pontificia Bolivariana,
Seccional Bucaramanga.
magda.acevedo@upb.edu.co

Leidy Mayerly Gélvez Gafaro

Universidad Pontificia Bolivariana,
Seccional Bucaramanga.
mayegelvezps@gmail.co

Recibido: 21 de noviembre de 2017

Evaluado: 13 de junio de 2018

Aprobado: 03 de octubre de 2018

| Resumen

La psicología clínica, al poseer una denotación científica, requiere de espacios que corroboren las técnicas que han sido investigadas en diversos artículos; es por esto que surge la necesidad de incentivar la divulgación de conocimientos prácticos, lo cual conlleva al fortalecimiento de los procesos de intervención psicológicos, de manera que demuestren resultados favorables en un caso en particular. El presente reporte de caso da cuenta de un proceso de intervención psicológica, desde el enfoque cognitivo-conductual, durante 14 sesiones, con encuentros de una hora aproximadamente por semana, y teniendo en cuenta las siguientes fases: evaluación, intervención, cierre y seguimiento. Para realizar el proceso de intervención se utilizaron técnicas como: psicoeducación, técnica de retribución, conceptualización alternativa, registro de pensamientos inadecuados, clasificación de las distorsiones cognitivas, discusión y debate de creencias (debate cognitivo), análisis y evaluación empírica, flecha descendente, descentramiento, cuestionamiento socrático, dramatización racional-emocional, solución de problemas y entrenamiento en autoestima. La terapia cognitiva, resulta ser efectiva en el tratamiento del trastorno depresivo persistente, logrando una reducción notable de los síntomas manifestados por el consultante, aumentando su bienestar psicológico.

Palabras clave: Cognitivo Conductual, Depresión persistente, Evaluación, Intervención, Reporte de caso.

| Abstract

Clinical psychology have a scientific denotation, that requires spaces that corroborate the techniques that have been researched in various articles, for that arises the need to encourage the dissemination of practical knowledge, which leads to the strengthening of psychological intervention processes that show favorable results in a particular case. The present case report accounts for a process of psychological intervention from the cognitive-behavioral approach during 14 sessions, with meetings of approximately one hour per week taking into account the following phases: evaluation, intervention, closure and follow-up. In order to carry out the intervention process, techniques were used such as: psychoeducation, retribution technique, alternative conceptualization, registration of inadequate thoughts, classification of cognitive

distortions, discussion and debate of beliefs (cognitive debate), analysis and empirical evaluation, descending arrow, decentering, Socratic questioning, rational-emotional dramatization, problem solving and self-esteem training. Cognitive therapy is effective in the treatment of persistent depressive disorder, achieving a remarkable reduction in the symptoms manifested by the client, increasing their psychological well-being.

Keywords: Cognitive Behavior, Persistent Depression, Evaluation, Intervention, Case report.

| Introducción

La psicología clínica se enfoca en entender la conducta humana. Su aspecto clínico radica en mejorar la calidad de vida de las personas que presentan alguna situación de carácter desadaptativo; para ello se utilizan técnicas avanzadas, generando en este campo un constante proceso de investigación, en aras de mejorar los procesos y procedimientos ejecutados en la intervención. De esta forma, se busca ampliar los conocimientos para obtener un mayor nivel de eficiencia en los tratamientos (Korchin, 1976, como se citó en Díaz y Núñez, 2010).

Entre las funciones que presenta el psicólogo clínico, en conjunto con las responsabilidades que le atañen, se encuentran las relacionadas con la explicación y el entendimiento del comportamiento anormal, con la finalidad de generar procesos de intervención, elaborando un diagnóstico y, a su vez, un tratamiento que le permita dar solución al problema (Casas, 2014).

Para el desarrollo de tratamientos y procesos de intervención, la psicología clínica tiene como base diversos enfoques, desde los cuales puede llegar a comprender e intervenir múltiples problemáticas. Uno de los enfoques más destacados, debido al nivel investigativo de los procesos y procedimientos más eficientes y eficaces, al momento de intervenir sobre ciertos trastornos, es la Terapia Cognitivo Conductual –TCC– (Hernández, 2013).

El modelo cognitivo conductual articula una serie de técnicas y procedimientos de múltiple intervención, con la finalidad de no solo tratar los problemas que aquejan al individuo, sino que también puedan aplicarse, en aras de desarrollar y potenciar las habilidades de la persona, generando un mayor nivel de aceptación de ésta con entorno y, a su vez, generándole una mayor calidad de vida (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Echeburúa y Corral (2001), Orgilés, Méndez, Rosa e Inglés (2003) y Labrador, Echeburúa y Becoña (2000), coinciden en que la TCC suele evidenciar mayor eficacia y efectividad en los trastornos de: pánico, ansiedad, fobias, estrés postraumático y depresión, siendo este último trastorno uno de los principales motivos de consulta y en el que se presenta un mayor número de recaídas. Incluso, la Organización Mundial de la Salud –OMS– (2018) refiere la depresión como el trastorno mental de mayor frecuencia, que aqueja aproximadamente a 300 millones de personas en el mundo, especialmente a mujeres, causando sufrimiento e incapacidad. Así las cosas, se entiende el sufrimiento como,

(...) un estado de aflicción severa, asociado a acontecimientos que amenazan la integridad (mantenerse intacto) de una persona. El sufrimiento exige una conciencia de sí, involucra las emociones, tiene efectos en las relaciones personales de la persona, y tiene un impacto en el cuerpo. (Cassell, 2004, como se citó en Costa, 2016, p. 228).

Por otro lado, la incapacidad se comprende a partir de la relación entre las condiciones de la persona y el trabajo, la cual se deriva “de la existencia de una deficiencia entendida como una pérdida o anormalidad en la estructura o función de las personas, en la incapacidad esa deficiencia limita o imposibilita a esa persona el ejercicio de una actividad concreta” (Vicente et al., 2010, p. 452).

Así las cosas, se hace necesario realizar procesos de intervención sobre los trastornos depresivos, como una medida para generar una reducción en la prevalencia, afectación y morbilidad entre la población, teniendo en cuenta la clasificación de los mismos, ofrecida por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales -DSM-V- (Asociación Americana de Psiquiatría -APA-, 2014).

La terapia cognitiva toma en consideración que la conducta de un individuo se encuentra principalmente determinada por la forma como este se logra organizar en el mundo, generando diversos procesos de estructuras, jerarquías, esquemas y creencias, por lo cual se toman en cuenta diversas técnicas que abarcan la identificación y modificación de concepciones erróneas, falsas y distorsionadas que se encuentran en los procesos de cognición; es así como la comprensión de la depresión, desde este modelo, se basa principalmente en las situaciones estresantes que activan una serie de esquemas cognitivos, generándose las distorsiones cognitivas específicas, sumadas a la triada cognitiva de Beck, en donde la persona suele mantener una visión negativa de sí misma, de los demás y del entorno, conduciéndolo a situaciones que se detectan como negativas (Beck, Rush, Shaw y Emery, 2010).

Asimismo, según Riso (2006), las personas que sufren o padecen de trastorno depresivo, suelen organizar los esquemas sobre una serie de conceptos erróneos, en mayor medida orientados hacia las experiencias negativas vividas, por lo cual tienden a establecer creencias y teorías basadas en hechos falsos, produciendo un esquema disfuncional que conduce a pensamientos y comportamientos mal adaptativos; esto genera que las personas, desde temprana edad, consoliden sus esquemas en torno a los auto-esquemas negativos. Lo anterior, influye de forma directa en cómo la persona logra procesar e interpretar la información de su entorno y la visión que se tiene de sí mismo.

| Metodología

El presente artículo está enmarcado desde una metodología de estudio de caso, cuyo propósito principal es investigar la singularidad y la naturaleza de un tema específico, obteniendo datos que le permiten al psicólogo la comprensión de cómo piensa, siente y actúa una persona con un trastorno de depresión persistente.

El estudio de caso es un método que facilita el uso de procedimientos y herramientas de investigación mixtas, para lograr analizar a profundidad una unidad holística, y de esta forma dar respuesta a un problema en particular (Simons, 2011; Hernández, Fernández y Baptista, 2014). A su vez, se tuvo en cuenta el modelo de formulación clínica, mencionado por Castro y Ángel (1998), el cual permite realizar la relación entre los datos observados y el marco epistemológico del enfoque terapéutico que se desea adoptar y/o aplicar, con la finalidad de determinar las variables que mantienen la conducta, y ordenar los determinantes del comportamiento y los procesos psicológicos que influyen en la reproducción del trastorno; a

partir de allí se genera un diagnóstico y se selecciona el tratamiento más eficaz para el manejo de éste.

Participante

La consultante es una mujer de 35 años, con una escolaridad a nivel técnico, estado civil actual casada, y madre de 2 hijos; reside en un municipio del área metropolitana de Bucaramanga (Santander). En cuanto a los antecedentes personales, se observa que a lo largo de su vida ha experimentado sucesos traumáticos, con personas cercanas y con ella misma, que la han llevado a experimentar sentimientos de tristeza, minusvalía y desesperanza.

Principalmente acude a consulta manifestando “*me siento muy mal, cuando sucede algo pienso que es por mí, me siento triste y lloro*”. La consultante mantiene la creencia de que los problemas conyugales nunca van a mejorar; desconoce sus cualidades y/o potencialidades; se enfoca de forma excesiva en aspectos como: inseguridad, toma de decisiones erróneas, sentimiento de culpa por lo malo que le sucede; recalca con frecuencia que posee poco atractivo físico; suele realizar comparaciones con mujeres jóvenes que considera atractivas, sintiéndose avergonzada de sí misma, lo que a su vez le produce tristeza.

Instrumentos

Para el proceso de evaluación se emplearon los instrumentos: historia clínica, consentimiento informado, entrevista abierta y dos pruebas psicométricas (tabla 1), las cuales son:

Tabla 1
Pruebas Psicométricas

	Inventario de depresión Estado/Rasgo (IDER)	Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)
Autor	C.D. Spielberg.	Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown.
Objetivos	Evaluación del componente afectivo de la depresión mediante dos escalas: Estado y Rasgo; y cuatro subescalas: Eutimia-E, Distimia-E, Esutimia, R y Distimia -R	Evaluar la gravedad de la depresión en pacientes adultos y adolescentes de 13 años o más.
Aplicación	Individual y colectiva	Individual o colectiva
Tiempo	Variable, entre 7 – 10 minutos	Variable, entre 5 – 10 minutos
Edad	Adolescentes, jóvenes y adultos	Adultos y adolescentes de 13 años o más.
Categoría	Clínica, Ansiedad, Estrés y depresión.	Depresión.

Nota: Spielberger, Buela y Agudelo (2008); Beck, Steer y Brown (2006).

Procedimiento

Se realizó una intervención psicológica, desde el enfoque cognitivo conductual, durante 14 sesiones, con una intensidad de encuentros de 1 hora semanal, a excepción de algunos encuentros que estuvieron sujetos a cambios, los cuales se realizaron de forma quincenal por motivos personales de la consultante; el proceso se desarrolló en cuatro fases, compuesto por: evaluación, intervención, cierre y seguimiento.

Evaluación

Se realiza el proceso de recepción de caso, identificación de motivo de consulta y diversas problemáticas que llevan a la consultante a solicitar atención psicológica; luego, se orienta sobre la atención que va a recibir; finalmente, se procede con la firma de consentimiento informado, y se inicia con la fase de exploración por medio de una entrevista abierta; a su vez, se realiza el diligenciamiento de la historia clínica. Además, para tener un mayor soporte del proceso evaluativo se hace la aplicación de las pruebas psicométricas IDER, con el objetivo de evaluar el grado de afectación y la frecuencia de ocurrencia que la consultante muestra, en relación con los componentes afectivos de la depresión; y el BDI, con el fin de identificar la presencia y gravedad de sintomatología depresiva en la consultante; este proceso se lleva a cabo en dos ocasiones, obteniendo resultados pre y post para evaluar la efectividad de la intervención realizada.

Impresión diagnóstica

El trastorno depresivo persistente, según el Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales DSM-V, corresponde a un Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, durante un mínimo de dos años, con la presencia de dos de los siguientes síntomas: *poco apetito o sobrealimentación, insomnio o hipersomnia, poca energía o fatiga, baja autoestima, falta de concentración o dificultad para tomar decisiones, y sentimientos de desesperanza* (APA, 2014, pp. 108-109); así mismo, el individuo nunca ha estado sin los síntomas durante más de dos meses seguidos. Adicionalmente, se estipulan los criterios para un trastorno depresivo mayor, en el cual los síntomas pueden tener una durabilidad de dos años, sin presencia de algún episodio maniaco o un episodio hipomaniaco, y no se cumplen criterios para un trastorno ciclotímico (APA, 2014, pp. 108-109).

Intervención

Teniendo en cuenta la información y los resultados obtenidos en la fase de evaluación, y el establecimiento de un diagnóstico, se realiza la formulación clínica del caso, lo cual permite la comprensión y análisis de las conductas problema, así como al establecimiento de objetivos terapéuticos y de metas clínicas (tabla 2), claves para el diseño de un plan de intervención; para la realización de este apartado se tuvieron en cuenta herramientas como: registros de pensamientos distorsionados y formulario de creencias centrales.

Tabla 2

Metas y actividades clínicas

Hipótesis de Mantenimiento (¿Por qué?)	Metas Clínicas Generales y Específicas (¿Qué?)	Actividades (¿Cómo?)	Orden
La persona presenta un inadecuado procesamiento de la información, que conlleva a sentir culpa por diferentes situaciones, al igual que fortalece la visión negativa de sí misma y su desesperanza respecto al futuro.	Disminuir la sintomatología depresiva que afecta a la persona (Sentimiento de culpa, baja autoestima, desesperanza y afectividad negativa).	-Psicoeducación (Explicación del fundamento teórico de la terapia cognitiva a la paciente).	1
Existe en la persona la tendencia a atribuirse responsabilidades por aspectos que hacen sentir mal a otros, aumentando el sentimiento de culpa y por ende su malestar.	Reducir los pensamientos de minusvalía y baja autoestima.	-Técnica de reatribución.	2
Se percibe en la persona la dificultad para reconocer sus potencialidades y cualidades, centrándose siempre en recalcar aspectos poco favorables de sí misma, lo que influye en la visión negativa que tiene de sí.	Mitigar los errores y creencias distorsionadas que están afectando el adecuado procesamiento de la información.	-Conceptualización alternativa.	2
Las creencias religiosas de la persona fortalecen la idea de que el mal y el “demonio” pueden influir sobre los acontecimientos de su vida.	Proveer a la persona de herramientas para enfrentarse de forma adecuada a sus problemas y tomar decisiones para la resolución de los mismos.	-Registro de pensamientos inadecuados.	2
		-Clasificación de las distorsiones cognitivas.	3
		-Discusión y debate de creencias (debate cognitivo).	4
		-Análisis y evaluación empírica.	4

-Flecha descendente.	5
-Descentramiento.	6
-Cuestionamiento socrático.	7
-Dramatización racional emocional.	7
-Solución de problemas.	8
- Entrenamiento en Autoestima.	9

Nota: autoría propia.

Cierre y seguimiento

Se realiza un proceso de evaluación post-intervención, aplicando los instrumentos psicométricos en la fase evaluativa, con el fin de verificar la reducción de la sintomatología; así mismo, se realiza cierre de caso, con plan de seguimiento a los seis meses y al año, después de terminada la intervención, con el objetivo de verificar los avances y resultados obtenidos, procurando prevenir posibles recaídas y el mantenimiento de cambios positivos, tales como: reducción de pensamientos distorsionados y modificación de los mismos; mayor nivel de confianza en sus capacidades; aparición de la percepción de control, respecto a su problemática, y, por tanto, la esperanza de cambio de su situación y su futuro; entre otros.

| Resultados

Entre los principales resultados cabe resaltar que se desarrolló un proceso favorable, presentándose una secuencialidad en la fase de intervención, generando en un primer momento la impresión diagnóstica, soportada por herramientas, técnicas e instrumentos de evaluación, detectando de esta forma no solo síntomas que cumplieran con los criterios diagnósticos del DSM-V, sino también la aparición de diversas dificultades y problemáticas, como los sentimientos de culpa, que requerían atención por parte del terapeuta; el proceso evaluativo fue la base para la elaboración de un plan de intervención, enmarcado en las técnicas cognitivo conductuales, las cuales condujeron a la reducción de síntomas evidenciados en la consultante (sentimientos de minusvalía, culpa, desesperanza, sobrealimentación y tristeza); de forma simultánea se retomó la funcionalidad de la persona en las áreas laboral, social y familiar.

De otro lado, se realizó un proceso de psicoeducación al momento en que la consultante comprendió el componente cognitivo de la dificultad, por medio de la explicación de la fundamentación teórica de la terapia, permitiendo hacer un uso de las técnicas que se iban enseñando durante la sesión, tales como: detección del pensamiento, clasificación de las distorsiones, debate cognitivo, análisis y evaluación empírica, cuestionamiento socrático, flecha descendente, dramatización racional-emotiva y solución de problemas.

El impacto y la efectividad de la intervención se evidencia no solo en la observación de

cambios conductuales y alcance de los indicadores, sino, también, en la consideración de los resultados obtenidos en la medición post-intervención, expresados en las figuras 1 y 2.

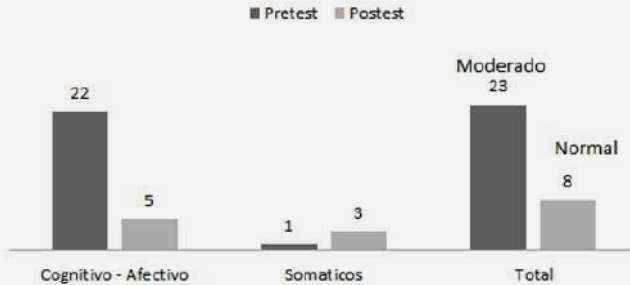


Figura 1. Resultados del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II). Fuente: autoría propia.

Pretest: antes de realizar el proceso de intervención se evidencian algunos aspectos del factor cognitivo-afectivo (22) que no se encuentran alterados, entre ellos: la insatisfacción, irritabilidad, ideas suicidas, indecisión y entecimiento, lo que significa que la consultante no ha perdido el interés por las cosas y las personas que le rodean; en el momento no se evidencian ideas suicidas, aspecto que, de acuerdo a lo verbalizado por la evaluada, si se presentaba en el pasado. La evaluada no se irrita con facilidad, es capaz de tomar decisiones y conserva un ritmo de trabajo estable, sin evidenciar disminución de la funcionalidad a nivel laboral. Cabe destacar que se evidencian puntajes elevados que sugieren la afectación de aspectos como: culpabilidad, expectativas de castigo, autoacusación, episodios de llanto y una pobre imagen corporal, elementos que ocasionan desesperanza respecto al futuro, al no creer que la situación de malestar e intranquilidad sentida puede llegar a cambiar.

Así mismo, los datos también manifiestan la presencia, en menor gravedad, de aspectos como: tristeza, pesimismo, retirada social, auto-decepción, fatigabilidad y bajo nivel de energía, indicando que estos elementos se encuentran presentes en menor intensidad, ya que no se exhiben de forma constante, pero dan cuenta de un Estado depresivo en la persona, dado a que refieren un desanimo respecto al futuro, decepción de sí mismo y menor interés por compartir con otras personas, además de referiste a la vida propia como un continuo de fracasos. A nivel general se establece un puntaje de 23, lo cual sugiere la presencia de una depresión moderada en la persona.

Postest: comparando los resultados obtenidos en la medición realizada, antes del proceso de intervención, se evidencian cambios significativos en el factor cognitivo-afectivo, ya que se manifestaban altos puntajes en aspectos como culpabilidad, expectativas de castigo, autoacusación, episodios de llanto, sensación de fracaso y pobre imagen corporal, en donde se hace una reinterpretación de la persona al no considerarse como una fracasada, sino aceptar que en su vida ha fracasado, al igual que ha sido culpable de ciertas cosas, o que por efectos de los años ahora puede parecer o aparentar más edad, y que aún presenta falencias y debilidades que debe trabajar; los puntajes obtenidos actúan como reflejo de las nuevas creencias que se han introducido, conduciendo a la paciente a tener un análisis más racional. Se evidencian cambios en los puntajes relacionados con el factor somático, asociados a pérdida de peso y

apetito, los cuales se deben al cambio conductual en la paciente, al incorporar una práctica deportiva y dietas sanas en su vida; se obtiene, así, una sumatoria total de ocho (8), indicando factores normales.

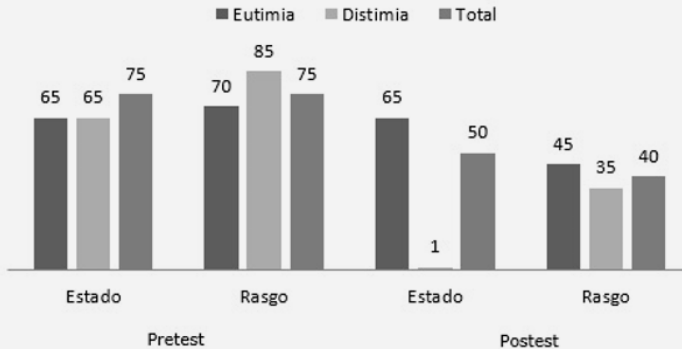


Figura 2. Resultados Inventario de Depresión Estado/Rasgo (IDER). Fuente: autoría propia

Pretest: las puntuaciones para eutimia y distimia, Estado en 65, sugieren que al momento de la evaluación no hay presencia de afectividad negativa; el Estado de la persona en ese momento no se encuentra relacionado con la tristeza, desdicha o decaimiento. Así mismo, no se identifica ausencia de afectividad positiva; por esa razón, en ese momento la persona se siente bien, su estado de ánimo no causa ningún grado de afectación, y su nivel de energía le permite desenvolverse en sus labores cotidianas.

El puntaje total para la variable Estado corresponde a 75, lo que permite evidenciar que en el periodo de tiempo en que se está evaluando, tanto la distimia como la eutimia se mantienen dentro de lo normal, pero al límite del rango establecido, teniendo en cuenta que para considerar la presencia de estas reacciones emocionales, asociadas a la presencia de afectividad negativa y ausencia de la afectividad positiva, se debe superar la puntuación de 75, indicando la probabilidad de que la persona pueda llegar más fácilmente a manifestar tales reacciones emocionales.

En relación con la columna de Rasgo, se identifica lo siguiente: la puntuación de 70, para la variable eutimia, sugiere que la persona aún conserva interés por las actividades que realiza a diario, mantiene la energía para el desenvolvimiento de sus labores y encuentra ocasiones que le permiten disfrutar de la vida y sentirse plena; por otro lado, la puntuación de 85, en la variable distimia, supone la presencia de la depresión, en cuanto a afectividad negativa a lo largo del tiempo, aspecto que se ratifica en la tendencia de la persona a valorar y responder de forma negativa ante las distintas situaciones de la vida, mantener una actitud pesimista, interpretar acontecimientos de manera desfavorable, ocasionándole simultáneamente malestar e intranquilidad. A nivel general, la evaluada obtiene una puntuación total en el factor Rasgo de 75, encontrándose nuevamente en el límite, pero sugiriendo la probabilidad de que se acentúen los síntomas.

Postest: no hay presencia de afectividad negativa en el momento de la evaluación, pero sí de una afectividad positiva, por lo cual los puntajes para eutimia y distimia Estado son inferiores a 75, indicando que la persona en el momento se sentía bien; además, su estado de ánimo y su nivel de energía no estaban alterados, al igual que en la medición preintervención.

En relación con la columna de Rasgo, se evidencia una importante disminución de los puntajes, ya que en la variable distimia Rasgo, con un puntaje en la primera medición de 85, se redujo a un 35, indicando con ello la reducción de los síntomas depresivos, en cuanto a la afectividad negativa en los últimos meses, ya que la persona dejó de adoptar una actitud pesimista y ahora interpreta las situaciones de forma realista, sintiéndose tranquila y disminuyendo el malestar percibido en la primera aplicación del IDER; así mismo, en relación con la variable eutimia Rasgo, antes puntuada con un percentil de 70, pasó a un percentil de 45, sugiriendo que la persona, al igual que en la primera medición, conserva interés por las actividades que realiza a diario, mantiene la energía para el desenvolvimiento de sus labores y encuentra ocasiones que le permiten disfrutar de la vida y sentirse plena. Finalmente, a la luz de los resultados se evidencia, con claridad, la forma cómo se evaluó el impacto de la intervención, permitiendo corroborar el alcance de los objetivos de la terapia realizada.

| Conclusiones

Se vislumbra la necesidad de exponer los procesos realizados a lo largo de la intervención, planteada para el caso del Trastorno Depresivo Persistente, teniendo en cuenta el enfoque cognitivo conductual, lo cual permite generar una mejora en los procesos y procedimientos ejecutados en las intervenciones psicológicas.

Es así como se evidencian dos aportes novedosos para los procesos de intervención en el tratamiento: en primer lugar, se encuentra el factor de la secuencialidad de la intervención, ya que se realiza de forma periódica, siguiendo un proceso en la fase de intervención, a partir de la impresión diagnóstica, soportada por herramientas, técnicas e instrumentos; así mismo, la fase evaluativa se presta como base para lograr la elaboración del plan de intervención, utilizando técnicas cognitivo conductuales, entre éstas: los registros de pensamientos distorsionados y los formularios de creencias centrales, en aras de lograr una reducción notable de los síntomas de culpabilidad, desesperanza y tristeza.

En segundo lugar, está la realización de pretest y postest para evaluar la efectividad de la intervención, mostrando una notable mejoría a lo largo del proceso, soportados por los resultados arrojados en el postest de las pruebas Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) e Inventario de Depresión Estado/Rasgo (IDER), teniendo herramientas más allá de los procesos de observación de cambios conductuales, y el alcance de las metas y actividades clínicas.

A partir de los logros obtenidos, y de los cambios observados y reportados durante el proceso de intervención, se corrobora la efectividad del enfoque cognitivo conductual, en especial del uso de la terapia cognitiva, en la reducción de los síntomas de trastornos depresivos, enmarcado en la identificación y modificación de los componentes cognitivos desadaptativos, con la finalidad de generar un cambio conductual deseado (Gálvez, 2009; Fullana, Fernández, Bulbena y Toro, 2012).

Es importante resaltar el papel del proceso de reestructuración cognitiva, como eje principal del proceso de intervención, ya que al identificar y modificar los pensamientos automáticos, creencias intermedias y centrales, la consultante tuvo la posibilidad de dejar a un lado la visión negativa del mundo que le acompañaba hasta ese momento; esto guarda relación con los resultados obtenidos en el estudio de Rosique y Sanz (2013), donde el análisis y la modificación de pensamientos representó la disminución del diálogo negativo y autoculpabilizador de una paciente que, al igual a la del presente estudio de caso, cargaba con un historial de sintomatología resistente. Lo anterior, hace evidente, después del proceso terapéutico, que la formación de nuevos esquemas no solo le permitió la disminución de síntomas, sino que también es uno de los factores principales ante la prevención de recaídas, ya que el trabajo se centró en los pensamientos más asequibles y las creencias fundamentales de la persona, generando un cambio completo de la forma como la consultante logra interpretar la realidad.

Por otro lado, es relevante mencionar que la fase correspondiente a la evaluación y exploración, permite al terapeuta el establecimiento de un diagnóstico y, a su vez, la comprensión de los problemas y dificultades asociados al mismo, obteniendo información relevante sobre la sintomatología y los problemas presentados, factores protectores, desencadenantes, mantenedores del comportamiento desadaptativo, entre otros; así mismo, es necesario tener un esquema y una rigurosidad en la implementación de técnicas cognitivas, ya que permiten que el consultante se adecúe y se familiarice con la nueva rutina implementada en su vida, al momento de ingresar a la consulta, así mismo dar seguimiento a largo plazo.

Para finalizar, se resalta la importancia de atender las problemáticas relacionadas con la depresión en fases iniciales, teniendo en cuenta el uso de técnicas cognitivo conductuales, en tanto se han evidenciado altos niveles de adherencia a los tratamientos, así como la efectividad de los procedimientos, dado al nivel de rigurosidad que se maneja al realizar los procesos de exploración, evaluación y tratamiento, logrando así una mejoría notable de los síntomas depresivos, permitiéndole al consultante generar estrategias para mejorar las condiciones de su calidad de vida.

Así mismo, es pertinente que la comunidad científica, en el área de psicología, contribuya a la divulgación del conocimiento que han adquirido los terapeutas en el manejo de trastornos, como la depresión, mediante estudios de caso, logrando de esta forma alimentar los procedimientos a realizar en la evaluación, atención y tratamiento de dichos trastornos.

De esta forma, se pretende consolidar aún más el conocimiento teórico, realizando un puente teórico-práctico, de manera que se pueda analizar y conocer, más de cerca, los trastornos a los que se enfrentan diariamente los profesionales de la salud mental; lo anterior, sumerge de una forma directa a los estudiantes de la salud mental, ya que les permite establecer un nivel de cercanía y familiarizarse con las técnicas a implementar en el manejo de determinados trastornos, que le servirán en el campo práctico profesional.

Referencias

- Asociación Americana de Psiquiatría –APA-. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5®) (5ª Ed.). Arlington, Estados Unidos: Panamericana.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B y Emery, G. (2010). *Terapia Cognitiva de la depresión*. Bilbao, España: Editorial Desclée de Brouwer, S.A.
- Beck, A., Steer, R. A. y Brown, G. K. (2006). *BDI-II, Inventario de Depresión de Beck-II*. España: Editorial Pearson Educación, S.A.
- Castro, L. y Ángel, E. (1998). Formulación clínica conductual. En V. Caballo (Dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos. Vol. 2: formulación clínica, medicina conductual y trastornos de relación* (pp. 4-73). Madrid, España: Siglo XXI España Editores S.A.
- Casas, J. (2014). Psicología clínica: revisión contextual y conceptual. *Revista Electrónica P syconex*, 6(9), 1-20. Recuperado de https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKewiT1_SrsoPQAUX72MKHUr3AogQFggxMAM&url=https%3A%2F%2Faprendee.nlinea.udea.edu.co%2Frevistas%2Findex.php%2Fpsyonex%2Farticle%2Fdownload%2F22435%2F18573&usg=AFQjCNGWThVxX-BNIDZbiQ_-aMHMjDr5g&sig2=-nO6PG5OWWV86AwMsqLGLQ
- Costa, C. (2016). Para comprender o sufrimiento humano. *Revista Bioética*, 24(2), 225-234.
- Díaz, I. y Núñez, R. (2010). *Psicología Clínica: ¿Qué es?, ¿Qué hace?, ¿Cómo lo hace?, ¿Para qué sirve?* Recuperado de http://www.academia.edu/7646510/_Psicolog%C3%ADa_Cl%C3%ADnica_Qu%C3%A9_es_Qu%C3%A9_hace_C%C3%B3mo_lo_hace_Para_que_sirve_
- Echeburúa, E. y Corral, P. (enero, 2001). Eficacia de las terapias psicológicas: de la investigación a la práctica clínica. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 1(1), 181-204.
- Fullana, M., Fernández, L., Bulbena, A y Toro, J. (marzo, 2012). Eficacia de la terapia cognitivo-conductual para los trastornos mentales. *Medicina Clínica*, 138(5), 215-219. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-eficacia-terapia-cognitivo-conductual-los-trastornos-S0025775311002879>
- Gálvez, J. (2009). Revisión de Evidencias Científicas de la Terapia Cognitivo-Conductual. *Medicina Naturista*, 3(1), 13-19. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2867904>
- Hernández, N. (2013). Revisión de la situación actual de la Terapia Cognitivo Conductual. *Psicología.com*, 17(5), 1-12. Recuperado de http://www.enlinea.cij.gob.mx/Cursos/Hospitalizacion/pdf/Hernandez_Nicolas.pdf

- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2014). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill.
- Labrador, F. J., Echeburúa, E. y Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos*. Madrid, España: Dykinson
- Organización Mundial de la Salud –OMS-. (2018). *Depresión*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- Orgilés, M., Méndez, X., Rosa, A. I. e Inglés, C. (diciembre, 2003). La terapia cognitivo-conductual en problemas de ansiedad generalizada y ansiedad por separación: Un análisis de su eficacia. *Anales de Psicología*, 19(2), 193-204.
- Riso, W. (2006). *Terapia Cognitiva: Fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. Bogotá, Colombia: Norma S.A
- Rosique, M. y Sanz, T. (2013). Tratamiento cognitivo-conductual en depresión mayor, distimia e ideación autolítica persistente. *Análisis y Modificación de Conducta* 39(159-160), 17- 23. Recuperado de <http://uhu.es/publicaciones/ojs/index.php/amc/article/view/2540>
- Ruiz, M., Díaz, M. y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Bilbao, España: Desclée De Brouwer, S.A
- Simons, H. (2011). *El estudio de caso: Teoría y práctica*. Madrid, España: Morata.
- Spielberger, C. D., Buela, G. y Agudelo, D. (2008). *IDER: inventario de depresión estado-rasgo*. Madrid, España: TEA Ediciones, S.A.
- Vicente, M., Sánchez, C., Terradillos, M., Aguilar, E., Capdevila, L., de la Torre, M. y Catalá, M. (2010). Minusvalía e incapacidad en la diabetes y sus complicaciones. Una revisión desde la legislación española. *Avances en Diabetología*, 26(6), 451-456.