

Análisis de un caso Esquizoafectivo

UNIVERSIDAD DE PALERMO

Trabajo Final de Integración (TFI)

Profesora Analía Brizzio

Año 2013

Autor: Diego Garín

Tutor: Dra. Denise Benatuil

INDICE

1- INTRODUCCION	2
2- OBJETIVOS	3
2.1- Objetivo General	3
2.2- Objetivos específicos	3
3- MARCO TEORICO	4
3.1- Características de la Psicosis	4
3.2- Síntomas de la psicosis	5
3.3- Características de la Depresión	7
3.4- Síntomas de la Depresión	7
3.5- Trastorno Esquizoafectivo	8
3.6- Tratamiento Cognitivo	14
3.07- El Terapeuta Cognitivo	17
3.08- Conceptualización Cognitiva	19
3.09- Las creencias	20
3.10- Identificación de las Emociones	22
3.11- Técnicas Cognitivas	23
4- METODO	26
5- DESARROLLO	28
6- CONCLUSIONES	50
7- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	53

1-INTRODUCCION

En el presente trabajo se realizó un análisis acerca de un *Caso Clínico* observado en la una *Clínica privada*. El trabajo de observación se realizó sobre un paciente que padecía un trastorno *Esquizoafectivo Tipo 1 corte Depresivo*. Posteriormente se procederá a detallar mas acerca de este trastorno, incluido dentro del grupo de las *Psicosis*. El trabajo que se realizó corresponde a la Práctica Profesional 5 llevada adelante en la clínica mencionada pero impartida desde la Universidad de Palermo, el trabajo de observación y análisis se realizó dentro de un período de 4 meses en los que se concurrió a la práctica dos veces a la semana durante un tiempo de 8 horas.

Se realizó un trabajo de observación exhaustiva acerca del trastorno del paciente como también del Tratamiento Cognitivo aplicado por el terapeuta. Además de estas observaciones, se realizaron anotaciones acerca de las técnicas empleadas por el terapeuta para evaluar el caso, es decir elaboración del diagnóstico y también técnicas de intervención para trabajar síntomas y tratar de mejorar la calidad de vida del paciente. Cabe destacar que la observación y el análisis no se aplicó a la intervención Psicofarmacológica aplicada por la Psiquiatra que trabajó en el caso.

2-OBJETIVOS

2.1-Objetivo General

Analizar un caso clínico con Trastorno Esquizoafectivo Tipo 1 corte-depresivo.

2.2- Objetivos específicos:

- Describir los síntomas de un caso Esquizoafectivo Tipo1 corte-depresivo.
- Describir el tratamiento cognitivo realizado en el caso.
- Describir las técnicas utilizadas por el terapeuta.

3-MARCO TEORICO

3.1- Características de la Psicosis:

Como es sabido este trastorno clínico está incluido dentro del grupo de las *Psicosis*, la psicosis es un trastorno clínico y cualitativo de la personalidad que además es global y en general grave, su aparición implicaría una ruptura en la continuidad biográfica del sujeto pero a la vez el concepto de psicosis no responde a una realidad homogénea (Lemos, 1995). La psicosis es la pérdida del juicio de la realidad y se podría producir por diferentes causas. Cabe destacar también que los llamados trastornos psicóticos están divididos en aquellos que se producen con compromiso de conciencia y aquellos que se producen sin compromiso de conciencia.

Los primeros incluyen al *Delirium*, los segundos incluyen a la *Esquizofrenia*, los Trastornos Afectivos, el Trastorno Delirante y la Psicosis Reactiva. El DSM-IVTR (2002) distingue nueve subtipos de trastornos psicóticos: *Esquizofrenia; Trastorno Esquizofreniforme, Trastorno Esquizoafectivo, Trastorno Delirante, Trastorno Psicótico Breve, Trastorno Psicótico Compartido, Trastorno Psicótico debido a una Enfermedad Médica, Trastorno Inducido por Sustancias y el Trastorno Psicótico no especificado.*

Algunos modelos trataron de explicar el origen de las psicosis, las *Hipótesis Biológicas* que plantearon Kaplan y Sadock en 1995 implican que la psicosis esta compuesta por síntomas de otras enfermedades tales como esquizofrenia, psicosis tóxica y trastornos afectivos pero a la vez todas presentan en común el hecho de que se componen de una pérdida significativa del juicio de la realidad y a la vez de la creación de una realidad nueva. Los sujetos que padecen esta patología crean juicios erróneos de la realidad aun existiendo evidencias que demuestren lo contrario, debido a esto es muy difícil definir una sola teoría que explique el origen de las psicosis.

Se ignora el origen de esta patología y los trastornos que derivan de esta pero existe la hipótesis sobre si su inicio esta en el mal desarrollo del cerebro o en un cerebro normal, también se encontraron factores de riesgo que podrían incrementar la posibilidad de padecer esta patología. Se clasificaron en demográficos y concomitantes, precipitantes y predisponentes y familiares y sociodemográficos.

Otras investigaciones sostienen que la psicosis podría tener una *base genética*, se podría dar en el caso por ejemplo de gemelos monocigóticos donde la tasa de concordancia es mayor a la de los gemelos dicigóticos. Lo que se desconoce aun hoy son los mecanismos de transmisión (Kaplan & Sadock, 1995). Otra de las hipótesis que más se difundió fue la *Neurobiológica* y sostiene que estas patologías fueron producidas por un defecto estructural o funcional en algún sistema orgánico o en algún mecanismo bioquímico tal como la transmisión dopaminérgica, la de las catecolaminas, la de la serotonina y de las MAO (Kaplan & Sadock, 1995). La destacada hipótesis dopaminérgica planteó que estos trastornos se podrían producir debido al aumento de la cantidad de dopamina que existe en la sinapsis una hiperactividad de las vías dopamínicas.

3.2- Síntomas de la psicosis

Los *síntomas* que caracterizan a las psicosis implican una gran variedad de disfunciones cognitivas y emocionales que incluyen la percepción, el pensamiento inferencial, el lenguaje, la comunicación, la organización comporta mental, la afectividad, la fluidez, la productividad del pensamiento, el habla, la capacidad hedónica, la voluntad, la motivación y la atención, (DSM-IVTR, 2002). Estos síntomas también fueron clasificados como *positivos* y *negativos*. Los síntomas positivos implican un exceso o distorsión de las funciones normales o también una distorsión o exageración del pensamiento inferencial; (a estas se las llama ideas delirantes), la percepción (alucinaciones), el lenguaje y la comunicación (lenguaje desorganizado) y la organización comporta mental (por lo general desorganizado y catatónico). Estos síntomas en si pertenecen a dos dimensiones; a la psicótica que incluye ideas delirantes y alucinaciones y la dimensión de desorganización que incluye la desorganización del comportamiento y el lenguaje (DSM-IVTR, 2002).

La dimensión psicótica incluye a las *Ideas Delirantes* y a las *Alucinaciones*, las ideas delirantes son creencias erróneas que implican una mala interpretación de percepciones o experiencias. El contenido más común corresponde a ideas de persecución. Las alucinaciones se producen en cualquier modalidad sensorial pero se podría decir que

las más comunes son las auditivas, por lo general se manifiestan como voces conocidas o extrañas que se perciben como distintas de los pensamientos de la propia persona. La dimensión desorganización; implicaría el Pensamiento Desorganizado y es descrito como una de las características esenciales de la Esquizofrenia (fragmentación del pensamiento).

Al ser difícil de definir el concepto de pensamiento se optó por el de lenguaje que implica tangencialidad y laxitud en el discurso. En cuanto al comportamiento el sujeto podría descuidar su higiene y su apariencia personal o también manifestar comportamientos sexuales inapropiados (DSM-IVTR, 2002).

Los síntomas negativos implican una disminución o pérdida de las funciones normales y componen síntomas característicos de la esquizofrenia son muy difíciles de evaluar ya que se manifiestan en un continuo de la normalidad y son muy específicos y se pueden deber a distintos factores. Son solo tres: el *Aplanamiento Afectivo*, la *Alogia* y la *Abulia*.

El aplanamiento afectivo implica la inmovilidad y la falta de respuesta de la expresión facial del sujeto; es comúnmente llamada hiponimia y también implica un contacto visual pobre y una amplia reducción en el lenguaje corporal. Para determinar si es persistente o no se debe observar al sujeto interactuando con otros. La Alogia implica respuestas breves y vacías y se la conoce como pobreza en el habla y aparentemente implicaría una disminución de los pensamientos que se manifiesta en el descenso de la fluidez y la productividad del habla. La abulia implicaría una cierta incapacidad para iniciar y persistir en actividades dirigidas a un fin.

3.3-Características de la Depresión

Según la clasificación que le otorgó en 2002 el DSM-IVTR, la *Depresión* se definió como un síndrome o un grupo de síntomas susceptibles de valoración y ordenamiento en

criterios diagnósticos y operativos. Estos síntomas son de carácter afectivo tales como tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia ante exigencias de la vida, cabe destacar que se trata de una afectación global de la vida psíquica especialmente en la esfera afectiva. En algunos casos el síntoma principal podría ser la pérdida de interés y el disfrutar de la vida o la falta de energía vital para las actividades cotidianas de la vida; en lugar de la tristeza o el bajo estado de ánimo.

La depresión podría estar causada por varios factores tanto biológicos como psicosociales interactuando entre sí o no, la relevancia de cada uno de ellos podría variar según el tipo de depresión de la que se trate. Los modelos explicativos se dividen en *Bioquímicos* y *Psicosociales*. El modelo Bioquímico implica las alteraciones de los neurotransmisores dado que la bioquímica del cerebro juega un papel muy relevante en los trastornos depresivos, es sabido que los sujetos con síntomas depresivos tienen graves alteraciones en algunas sustancias químicas del cerebro conocidas como neurotransmisores (DSM-IVTR, 2002).

El modelo Psicosocial implicaría situaciones muy estresantes tales como muerte de algún familiar próximo o un amigo, una enfermedad crónica, problemas interpersonales, dificultades financieras, etc. La personalidad del sujeto también podría ser un desencadenante de los síntomas depresivos factores como esquemas mentales negativos, baja autoestima, sensación de falta de control de las situaciones de la vida, o también el abuso de alcohol, drogas u otros fármacos.

3.4- Síntomas de la Depresión

Los síntomas de la depresión mayor se dividen en *Afectivos*, *Somáticos* y *Psíquicos* y deben producirse durante al menos dos semanas y deben manifestar un cambio importante en la actividad del sujeto con respecto a las actividades previas.

Los *Síntomas Afectivos* corresponden a un estado de ánimo depresivo, es decir triste, disfórico, irritable durante la mayor parte del día y casi todos los días, incluye también llantos, verbalizaciones de tristeza o desánimo. También la disminución y a la vez pérdida

de interés o la capacidad para el placer o bienestar en la mayoría de las actividades que realiza durante el día (DSM-IVTR, 2002).

Los *Síntomas Somáticos* implican la disminución o el aumento de peso del sujeto; disminución o aumento del apetito; insomnio o hipersomnias durante casi todos los días; enlentecimiento o agitación psicomotriz y fatiga o falta de energía durante casi todo el día.

Los *Síntomas Psíquicos* implican durante casi todos los días sentimientos de culpa e inutilidad excesiva durante una situación observada, también implica la disminución de la capacidad para pensar o concentrarse en actividades intelectuales, como también pensamientos recurrentes de muerte o planes de suicidio (DSM-IVTR, 2002).

3.5- Trastorno Esquizoafectivo

Según la clasificación que le otorga el DSM-IVTR (2002) el trastorno esquizoafectivo es una alteración en la que se presentan simultáneamente un episodio afectivo y los síntomas de la fase activa de la esquizofrenia, y está precedida o seguida por al menos 2 semanas de ideas delirantes o alucinaciones sin síntomas importantes de alteración del estado de ánimo. Deben producirse la presencia de un período continuo de enfermedad durante el cual se presenta un episodio depresivo mayor y a la vez se presentan los síntomas que cumplen el criterio A para la esquizofrenia (criterio A).

Si los síntomas psicóticos se presentan exclusivamente durante períodos de alteración del estado de ánimo, el diagnóstico debe ser el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos. En el trastorno esquizoafectivo debe producirse un episodio de alteración anímica en concurrencia con los síntomas de la fase activa de la esquizofrenia, los síntomas afectivos deben estar presentes durante una parte sustancial de la duración total de la alteración y las ideas delirantes o las alucinaciones deben estar presentes durante al menos 2 semanas en ausencia de síntomas afectivos claros.

A su vez deben manifestarse ideas delirantes o alucinaciones sin la presencia de síntomas afectivos durante un período de dos semanas (criterio B), los síntomas activos están presentes durante una parte sustancial del total de la duración de la enfermedad

(criterio C), por último la manifestación de estos síntomas no deben producirse debido a efectos fisiológicos de sustancias tóxicas o enfermedades médicas (criterio D). Cabe destacar que el criterio A para la Esquizofrenia implica la presencia de dos o más síntomas tales como ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado y síntomas negativos y que a su vez deben manifestarse al menos por un mes (DSM-IVTR, 2002).

- Criterios para el diagnóstico de Trastorno Esquizoafectivo según el DSM-IVTR:

A. Un período continuo de enfermedad durante el que se presenta en algún momento un episodio depresivo mayor, maníaco o mixto, simultáneamente con síntomas que cumplen el Criterio A para la esquizofrenia. El episodio depresivo mayor debe incluir el Criterio A1: estado de ánimo depresivo.

B. Durante el mismo período de enfermedad ha habido ideas delirantes o alucinaciones durante al menos 2 semanas en ausencia de síntomas afectivos acusados.

C. Los síntomas que cumplen los criterios para un episodio de alteración del estado de ánimo están presentes durante una parte sustancial del total de la duración de las fases activa y residual de la enfermedad.

D. La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga de abuso o un medicamento) o a enfermedad médica.(DSM-IVTR, 2002).

Codificación basada en tipo:

0 Tipo bipolar:

Si la alteración incluye un episodio maníaco o mixto (o un episodio maníaco o mixto y episodios depresivos mayores)

1 Tipo depresivo:

Si la alteración sólo incluye episodios depresivos mayores. (DSM-IVTR, 2002).

Para cumplir los criterios para el trastorno esquizoafectivo, las características principales deben presentarse dentro de un único período continuo de enfermedad. El término «período de enfermedad» tal como se emplea aquí se refiere a un período de tiempo durante el cual el sujeto sigue presentando síntomas activos o residuales de la enfermedad psicótica. Para algunos sujetos, este período de enfermedad puede prolongarse durante años e incluso décadas. Se considera que un período de enfermedad ha terminado cuando el sujeto ha estado completamente recuperado durante un intervalo de tiempo significativo y ya no muestra ninguno de los síntomas significativos del trastorno.

La fase de la enfermedad con síntomas afectivos y psicóticos simultáneos se caracteriza por cumplir totalmente los criterios tanto para la fase activa de la esquizofrenia (p. ej., Criterio A) (ver "Esquizofrenia") como para un episodio depresivo mayor, un episodio maníaco o un episodio mixto. La duración del episodio depresivo mayor debe ser de al menos 2 semanas; la duración de los episodios maníaco o mixto debe ser de al menos 1 semana. Puesto que los síntomas psicóticos deben tener una duración de por lo menos 1 mes para cumplir el Criterio A para la esquizofrenia, la duración mínima de un episodio esquizoafectivo será también de 1 mes. (DSM-IVTR, 2002).

Una característica esencial de un episodio depresivo mayor es la presencia de humor depresivo o una marcada disminución del interés o de la capacidad para el placer. Puesto que la pérdida de interés o placer es tan frecuente en los trastornos psicóticos no afectivos, para cumplir el Criterio A del trastorno esquizoafectivo, el episodio depresivo mayor debe incluir un humor depresivo franco (p. ej., no es suficiente que se dé una clara disminución

del interés o de la capacidad para el placer). La fase de la enfermedad en que sólo hay síntomas psicóticos se caracteriza por ideas delirantes o alucinaciones que duran al menos 2 semanas, y, aunque pueden presentarse algunos síntomas afectivos, no son muy acusados. Este punto puede ser difícil de determinar y requerir una observación longitudinal y múltiples fuentes de información (DSM-IVTR, 2002).

Los síntomas del trastorno esquizoafectivo pueden presentarse de acuerdo con varios patrones temporales. Un patrón típico es el siguiente: un sujeto tiene alucinaciones auditivas manifiestas e ideas delirantes de persecución durante 2 meses antes de iniciar un manifiesto episodio depresivo mayor. A partir de entonces, los síntomas psicóticos y el episodio depresivo mayor completo se mantienen durante 3 meses. Luego, el sujeto se recupera completamente del episodio depresivo mayor, pero los síntomas psicóticos se mantienen todavía durante 1 mes más, antes de desaparecer.

A lo largo de este período de enfermedad, los síntomas del sujeto cumplen de forma simultánea los criterios para un episodio depresivo mayor y el Criterio A para la esquizofrenia, y, durante este mismo período de tiempo, tanto antes como después de la fase depresiva, ha habido alucinaciones auditivas e ideas delirantes. El período total de enfermedad fue de aproximadamente 6 meses, con síntomas psicóticos únicamente durante los primeros 2 meses, síntomas tanto depresivos como psicóticos durante los siguientes 3 meses y con síntomas únicamente psicóticos durante el último mes. En este caso, la duración del episodio depresivo no fue breve en relación con la duración total de la alteración psicótica y por tanto, el cuadro se diagnosticaría como trastorno esquizoafectivo (DSM-IVTR, 2002).

El Criterio C para el trastorno esquizoafectivo especifica que los síntomas afectivos que cumplen los criterios para un episodio afectivo deben estar presentes durante una parte sustancial del período completo de enfermedad. Si los síntomas afectivos sólo aparecen durante un período relativamente breve de tiempo, el diagnóstico es esquizofrenia y no trastorno esquizoafectivo. Al evaluar ese criterio, el clínico debe determinar la proporción de tiempo durante el período continuo de enfermedad psicótica (incluyendo las fases activa

y residual) en el que hubo síntomas afectivos significativos que acompañaron a los síntomas psicóticos.

Convertir en operativo lo que se quiere decir con «una parte sustancial del tiempo» necesita del juicio clínico. Por ejemplo, un sujeto con una historia de 4 años de síntomas activos y residuales de esquizofrenia presenta un episodio depresivo mayor superpuesto que se mantiene durante 5 semanas, a lo largo de las cuales persisten los síntomas psicóticos. Este cuadro no cumpliría el criterio de «una parte sustancial de la duración total», porque los síntomas que cumplen el criterio para un episodio afectivo se presentan sólo durante 5 semanas de un total de 4 años de alteración. En este ejemplo el diagnóstico seguiría siendo esquizofrenia, con el diagnóstico adicional de episodio depresivo no especificado, para indicar el episodio depresivo mayor superpuesto (DSM-IVTR, 2002).

La causa del trastorno Esquizoafectivo no se conoce, se piensa que puede deberse a una falta de equilibrio en las sustancias químicas que contribuyen a controlar el movimiento, el pensamiento y el estado anímico. Los factores que aumentan el riesgo de tener este trastorno son: ser de sexo femenino, nacer durante los meses de invierno, sufrir estrés psicológico como resultado de abuso, desastres o cambios considerables de vida. Otro factor podría ser que el cerebro del sujeto no se desarrolló de manera normal antes de nacer o un integrante de la familia tiene esquizofrenia, trastorno del humor o trastorno esquizoafectivo (www.psych.org).

- Medicación aplicada para el tratamiento (DSM-IVTR, 2002).

- A- Antipsicóticos: Ayudan a aliviar los síntomas psicóticos o la agitación grave.
- B- Ansiolíticos: Estos medicamentos pueden ser administrados para reducir y ayudar a que el paciente se sienta más calmado y relajado.
- C- Antidepresivos: Contribuyen a aliviar o suspender los síntomas de la depresión, ansiedad y problemas de conducta.
- D- Estabilizadores del ánimo: Controlan los cambios de humor.
- E- Anticonvulsivos: Controlan las convulsiones, disminuyen los comportamientos violentos y controlan los cambios de humor.
- F- Medicamentos para la presión arterial: Se utilizan para reducir los Tics motrices (movimientos involuntarios). También es posible que le ayuden a sentirse más tranquilo, menos irritable y concentrarse mejor.
- G- Anticolinérgicos: Alivian los efectos secundarios de otros medicamentos.

- Terapias que se usan para el tratamiento del trastorno esquizoafectivo

- A- Tratamiento asertivo comunitario: Los médicos y los grupos de su comunidad, le ayudan con su terapia.
- B- Terapia cognitiva: Esta terapia le ayuda a modificar ciertos comportamientos y a hacer frente a los síntomas como las alucinaciones y delirios. También puede ayudar a relacionarse con los demás y a sobrellevar y hacer frente a su enfermedad.
- C- Terapia de cumplimiento: Se trata de una terapia para ayudarle a descubrir una manera de que le resulte más fácil tomar sus medicaciones y recibir tratamiento.
- D- Terapia sistémica: Este abordaje permite que la familia participe de la terapia.
- E- Capacitación en habilidades sociales: Esta capacitación le ayuda a aprender a relacionarse con los demás. También aprende a hacer actividades diarias y las destrezas necesarias para vivir por cuenta propia.

- F- Empleo con apoyo: Mediante este tipo de terapia se lo coloca en un trabajo acorde con sus habilidades. Esto le brinda independencia y le ayuda a confiar en el mismo.
- G- Terapia electro-convulsiva: Es un tipo de terapia de electroshock, también se la conoce como TEC y hace llegar una pequeña cantidad de electricidad al cerebro.

3.6- Tratamiento Cognitivo

Como es sabido el *Modelo Cognitivo* es la base teórica de la *Terapia Cognitiva* y a la vez plantea la hipótesis de que las percepciones de los eventos influyen sobre las emociones y los comportamientos de las personas, sostiene que los sentimientos están determinados por el modo como las personas interpretan las situaciones y la respuesta emocional está condicionada por la percepción de la situación (Beck, 1964).

El terapeuta se enfoca en el nivel del pensamiento; trabaja la comprensión y la evaluación de los mismos, es decir si son automáticos, veloces y breves. Se los detecta por el valor afectivo observando el cambio en el estado emocional. El pensamiento surge de las creencias y planteado en términos cognitivos, si es sometido a la evaluación racional las emociones suelen modificarse (Wainstein, 1997). Como se había dicho anteriormente las creencias son desarrolladas durante la infancia y se desarrollan sobre las personas, el mundo y uno mismo. Las creencias centrales son ideas fundamentales y profundas que no pueden expresarse y a la vez son consideradas como verdades absolutas. Constituyen el nivel más esencial de creencia y son globales, rígidas y se generalizan en exceso. Como es sabido las creencias centrales desarrollan a las creencias intermedias y estas a los pensamientos automáticos que terminan influyendo sobre las emociones del paciente (Beck, 1964).

Dentro del modelo cognitivo los sentimientos no están determinados por las situaciones mismas sino por el modo como las personas interpretan las situaciones (Beck, 1964). Los sentimientos de las personas están asociados con su forma de pensar e interpretar una situación, no es la situación misma la que determina en forma directa lo que sienten. La respuesta emocional está condicionada por la percepción de la situación. El

terapeuta cognitivo se interesa especialmente por el nivel de pensamiento que opera simultáneamente con el pensamiento superficial que es el más evidente.

Los orígenes psicológicos de la psicoterapia cognitiva se remontan a diversas evoluciones de las escuelas psicológicas, por ejemplo Adler (1897-1973) a quien se considera el fundador de las terapias cognitivas sostenía que el niño adquiere *esquemas perceptivos* en su etapa infantil pre verbal, estos esquemas guían la dirección de su conducta en su vida posterior de modo inconsciente (Beck, 1964). El objetivo de la terapia en sí consiste en hacer consciente estos esquemas y manejar sus aspectos disfuncionales. *Albert Ellis* con el correr de los años fue modificando gradualmente su modelo terapéutico desde una perspectiva psicoanalítica clásica hasta llegar a su propio modelo, gracias a esta modificación observó que el porcentaje de éxito en su método iba aumentando y que los pacientes podían obtener una adecuada comprensión de su conducta.

Los *Esquemas Cognitivos* implican estructuras cognitivas que existen en el sujeto y que permiten el conocimiento del mundo e interactuar con el mismo, son de naturaleza racional y emocional a la vez y permiten recibir información del mundo, organizarla y reconocer el mundo en un significado implícito y no en sus características sensoriales aisladas (Bulacio, 2006). Se podría decir que el sujeto posee un sistema cognitivo formado por esquemas, estos son dinámicos y se van formando acorde a las necesidades. El sujeto cuando organiza la percepción esta significando es decir construye un *Significado*, el sujeto humano es activo y da significado a su experiencia. Los esquemas son estructuras cognitivas que permiten darle un significado a las experiencias del sujeto de forma racional y emocional (Bulacio, 2011).

Los esquemas se van formando en forma jerárquica y pueden ser modificados, la variedad de esquemas permite una comprensión más abarcativa del mundo debido a que puede ser identificado de diferentes maneras. Hay esquemas innatos con los que nace el bebe y sobre ellos dependiendo de la programación genética se realizan los primeros intercambios es decir las primeras conductas y según las respuestas se producirán los

primeros aprendizajes es decir la adquisición de los primeros esquemas cognitivos (Bulacio, 2006).

Los esquemas nucleares estarían en el centro de la identidad, los esquemas más periféricos se relacionan con la percepción más inmediata. Pero a la vez guardan relación con los esquemas más profundos. Al producirse un encuentro entre un estímulo y un receptor que es significativo para el sujeto, es ahí cuando comienza el ciclo perceptivo que culmina con el sujeto dándole significado a esa información entrante (Bulacio, 2006).

En el año 1958 Albert Ellis publicó el *Modelo ABC* para la terapia y en dicho modelo afirmaba que los trastornos emocionales no provenían de los acontecimientos vitales de la vida actual o los acontecimientos pasados, sino que derivaban de ciertas *Creencias Irracionales*. Su terapia constituyó lo que se llamó *Terapia Racional Emotiva*. Ellis creó la TREC como una forma más activa, directiva y dinámica, en la que se requería que el terapeuta ayudase al cliente a comprender, que su filosofía personal contenía creencias que contribuían a sus dolores emocionales.

Ellis creía que a través del [análisis racional](#), la gente entendería sus creencias irracionales, y las cambiaría por una posición más racional. Para esto, él centró su teoría en la sencilla frase atribuida al filósofo [estoico](#) griego [Epícteto](#): *Las cosas en sí no atormentan a los hombres, sino las opiniones que tienen de ella*. Por tanto, la idea central de la TREC es que son las percepciones y concepciones erróneas las que causan malestar y mediante un debate racional, se mejora la percepción de los hechos y se consiguen emociones y comportamientos apropiados.

Por otro lado en 1979 Aaron Beck quien trabajó la depresión observó que en este trastorno emocional y en otros más, la estructura de las experiencias de los sujetos determinaba sus sentimientos y su conducta. Este concepto al que llamó estructura cognitiva es conocido también por el nombre de *Esquema Cognitivo* y en el ámbito de la clínica más específicamente como *Supuestos Personales*. Estos conceptos son equivalentes

a el de creencias irracionales de Ellis, estos supuestos son adquiridos en etapas tempranas de la vida y permanecen a nivel no consciente y se activan posteriormente por diversos eventos, generando determinadas interpretaciones subjetivas, que podrían ser distorsionados (llamadas distorsiones cognitivas) provocando problemas emocionales, conductuales y relacionales.

La terapia Cognitiva que propuso Beck (1964) consistió en ayudar al sujeto a detectar sus distorsiones cognitivas, sus efectos y el aprendizaje de su modificación y de los supuestos personales que las sustentan. Cada sujeto construye un sistema representativo no verbal que interactúa con el mundo y le permite relacionar los significados que le otorga a los hechos percibidos y procesados en la mente (Bulacio, 2004).

3.7- El Terapeuta Cognitivo

El terapeuta cognitivo desarrolla su trabajo recorriendo un camino que va desde la conceptualización a la intervención en el caso concreto. La conceptualización en sí supone iniciar el proceso diagnóstico, primero general y utiliza la historia clínica y el análisis funcional de la conducta y posteriormente de manera más individualizada generando las primeras hipótesis sobre la estructura Cognitiva que subyace a la presentación sintomática o patrón conductual problemático. Estas hipótesis se generan tanto por los datos más directos y conductuales como por los informes verbales y relacionales del paciente, ejemplo evaluaciones, atribuciones, estilo y rol en la relación terapéutica (Beck, 1964).

Los terapeutas cognitivos suelen ser multimodales a nivel de selección de técnicas terapéuticas (Lazarus, 1984) Emplean procedimientos de orígenes diversos según el caso que trabajen. La finalidad de los mismos es producir una modificación de los significados personales. La formación del terapeuta postula que el pensamiento influye sobre las emociones y el comportamiento del sujeto humano. El terapeuta debe conceptualizar el caso, construir un vínculo con el paciente, socializarlo y educarlo, identificar sus problemas, recoger datos relevantes y poner a prueba hipótesis y sintetizar para llegar al objetivo.

El terapeuta si es principiante es muy estructurado y se concentra en un elemento a la vez, pero si no es un principiante y tiene más experiencia puede alterar el orden de los elementos (Beck, 1964). El desarrollo del conocimiento del terapeuta presupone la capacidad para demostrar empatía, preocupación y competencia.

-El terapeuta debe seguir tres pasos fundamentales para poder llegar a desarrollar el tratamiento de manera eficaz y efectiva:

- A- Aprender a estructurar la sesión y a utilizar las técnicas básicas para aliviar síntomas, luego adquieren habilidad para conceptualizar un caso en términos cognitivos basados en evaluación inicial y datos de la primera sesión.
- B- Aprender a integrar la conceptualización con el conocimiento de técnicas, afianza la capacidad para comprender el desarrollo de la terapia y logran identificar los objetivos más importantes, adquieren mayor habilidad para conceptualizar pacientes y profundizan la conceptualización durante las sesiones y la utilizan para tomar decisiones acerca de las intervenciones que aplican con el paciente (Baringoltz, 1996).
- C- Por último los terapeutas integran más automáticamente los datos nuevos a la conceptualización y profundizan la capacidad para plantear hipótesis que confirman o modifican su visión de los pacientes. (Camerini, 2005).

La terapia cognitiva implicaría la formulación cognitiva del trastorno y la aplicación a la conceptualización. El terapeuta busca producir un cambio cognitivo tanto en los pensamientos como en las creencias y a su vez en el comportamiento y las emociones del paciente. Para esto debe primero especificar el problema, identificar y evaluar una idea disfuncional asociada, diseñar un plan de trabajo y evaluar la eficacia de la intervención (Beck, 1964).

3.08- Conceptualización Cognitiva

Los terapeutas cognitivos que recién se inician suelen saltar de una creencia intermedia a otra sin llegar a identificar las creencias más centrales ni a trabajar sobre ellas (Miro, 1992). Por estas razones, es recomendable que el terapeuta comience completando un Diagrama de Conceptualización Cognitiva en cuanto haya recopilado los datos de los pensamientos automáticos del paciente, sus emociones, su comportamiento y sus creencias centrales, creencias intermedias y pensamientos automáticos.

Brinda un mapa cognitivo de la psicopatología del paciente y ayuda a organizar la multiplicidad de datos que presenta el paciente. Inicialmente, el terapeuta puede contar con datos para completar solo una parte del diagrama. En ese caso, o bien deja en blanco el resto de los casilleros o los llena con respuestas que ha inferido, agregando un signo de interrogación para indicar su condición provisoria. En las sesiones que siguen, podrá controlar con el paciente los datos provisorios o faltantes.

En algunas ocasiones el terapeuta comparte con el paciente la conceptualización, con el propósito de lograr que comprenda el amplio cuadro de sus dificultades (Beck, 1964). Cada vez que el terapeuta expresa una interpretación, la denomina hipótesis y le pregunta al paciente si le suena verdadera. Generalmente el terapeuta comienza por la parte inferior del diagrama de conceptualización. El terapeuta anota tres situaciones típicas en las cuales el paciente se siente perturbado. Luego para cada situación, consigna el pensamiento automático clave, su significado y la consiguiente emoción o comportamiento. Si no le ha pedido directamente al paciente el significado de sus pensamientos automáticos, plantea una hipótesis. O bien lleva adelante la técnica de la flecha hacia abajo en la siguiente sesión para develar el significado de cada pensamiento.

El significado del pensamiento automático para cada situación debe relacionarse lógicamente con el casillero de la Creencia Central que se encuentra cerca de la parte superior del diagrama. Para completar el casillero superior del diagrama el terapeuta se pregunta y pregunta al paciente: ¿Cómo se origina la creencia central y como se mantuvo? ¿Qué acontecimientos de la vida (especialmente la niñez) experimentados por el paciente pueden relacionarse con el desarrollo y mantenimiento de la creencia? (Beck, 1964).

3.09- Las creencias

A partir de la infancia las personas desarrollan ciertas creencias acerca de ellas mismas, las otras personas y el mundo. Las *creencias centrales* son ideas tan fundamentales y profundas que no se suelen expresar ni siquiera ante uno mismo, estas ideas la persona las considera verdades absolutas, las creencias centrales constituyen el nivel más esencial de la creencia, son globales, rígidas y se generalizan en exceso (Beck, 1964). Los *pensamientos automáticos* que son las palabras e imágenes que pasan por la mente de la persona son específicos para cada situación y se considera que constituyen el nivel más superficial de la cognición. Las *creencias intermedias* por otro lado tienen lugar entre las centrales y los pensamientos automáticos.

Las creencias centrales inciden en el desarrollo de las creencias intermedias, estas constituyen un grupo de actitudes, reglas y presunciones casi siempre no expresadas (Beck, 1964; Ellis, 1962). Este tipo de creencias influyen en el modo de ver una situación y esa visión a la vez influye en el modo de pensar, sentir y comportarse.

Las creencias intermedias consisten en actitudes (ser incompetente es terrible), reglas (debo trabajar duro) y presunciones (si trabajo duro lograré hacer cosas). Estas creencias intermedias interfieren en la forma de ver una situación y a su vez esto influye en el modo de pensar, de sentir y de comportarse. La relación entre los tres factores tiene su origen, el ser trata de comprender su entorno y necesita organizar sus experiencias de manera coherente para lograr la adaptación que le permite crecer en un contexto social. Sus interacciones con el mundo lo llevan a ciertos aprendizajes que conforman sus creencias y son variables en cuanto al grado de exactitud y funcionalidad. Ciertas creencias disfuncionales pueden ser desaprendidas y en su lugar se pueden aprender otras creencias basadas en la realidad y más funcionales (Beck, 1964). Según lo planteado por Jerome Bruner (1984) cualquier teoría del desarrollo intelectual debe ocuparse de las maneras de pensar naturales, de aquellas formas que parezcan ordinarias o intuitivamente obvias y conferirles un lugar prominente en la propia teoría. También sostiene que se debe tener en cuenta que una parte considerable del pensamiento como tal se pone en juego por medio de instrumentos cuyo origen es cultural.

Por lo tanto cualquier explicación del desarrollo cognitivo debe considerar la naturaleza de la cultura en la que crece ese ser humano. La cultura tiene un sistema de técnicas para dar forma y potenciar las capacidades humanas. Son los valores, los instrumentos y los modos de conocimientos con los que cada cultura equipa a sus miembros. La cual no requiere decir que los diferentes sistemas de parentesco no afecten diferencialmente las formas de concebir el mundo (Bruner, 1984).

La representación y el sistema de representaciones es un conjunto de reglas mediante las cuales se puede conservar aquello experimentado en diferentes acontecimientos, la representación de un suceso es selectivo, no incluye todo, el principio de selectividad suele estar determinado por el propio objeto de la representación. Del mismo modo el significado simbólico depende de la capacidad humana para internalizar ese lenguaje y usar su sistema de signos como interpretante de estas relaciones de representación (Bruner, 1998).

Como Jean Lave (1991) sostiene las personas se constituyen en relación a diferentes aspectos del mundo cotidiano, el self está inmerso en el mundo y sus relaciones no se pueden descomponer completamente en sus elementos con fines analíticos. La elección del mundo vivencial y cotidiano como un elemento en la constitución dialéctica del orden sociocultural subraya la noción de que las personas están implicadas directamente en el mundo. Al estar inmersas en el mundo cotidianamente y en todo momento el sujeto humano atribuye significados a las cosas que lo rodean.

Las atribuciones basadas en procesos cognitivos rápidos como pueden ser la prominencia percibida de estímulos en un fondo determinado. Quizás se ubique en un lugar intermedio el planteamiento más reciente de las estructuras de conocimiento que permite tanto explicaciones rápidas como contemplativas, las cuales contemplan el conocimiento del mundo real como fuente del razonamiento causal eficaz (Hewstone, 1992).

3.10- Identificación de las Emociones

Las emociones son fundamentales para el terapeuta cognitivo, el objetivo de la terapia es lograr el alivio de síntomas y reducir el nivel de estrés a partir de la modificación del pensamiento disfuncional. Las emociones negativas son dolorosas y pueden ser disfuncionales cuando interfieren con la capacidad para pensar con claridad, resolver problemas, actuar de manera eficaz y lograr satisfacción. El paciente que posee un trastorno psiquiátrico experimenta una intensidad excesiva o inadecuada de sus emociones (Beck, 1964).

El terapeuta reconoce el exceso o carácter inadecuado de una emoción pero evita rotularlo más al principio de la terapia, la actitud es de aceptación y empatía hacia los sentimientos del paciente. El terapeuta no desafía sino evalúa los pensamientos y creencias disfuncionales que subyacen en el malestar para reducir la disforia, como tampoco analiza todas las situaciones en las que el paciente se siente disfórico si no que se trata de apuntar a la reducción del distrés emocional relacionado con interpretaciones equivocadas de situaciones. Las emociones negativas normales forman junto con las positivas partes de la vida y tienen una función importante.

El terapeuta intenta incrementar las emociones positivas del paciente a través del diálogo acerca de intereses del paciente, de recuerdos gratificantes y otros elementos positivos (Beck, 1964). Sin embargo Guidano (1991) sostiene el sistema afectivo emocional implica la percepción del mundo de manera inmediata e irrefutable, por lo tanto el trabajo del terapeuta se enfoca en analizar las estructuras emocionales y mentales creadas por el sujeto con el objetivo de re simbolizar de manera racional y emotiva.

3.11- A continuación se detallan las técnicas que se utilizadas para el tratamiento de este caso.

-Técnicas Cognitivas

A-Detección de pensamientos automáticos

Consiste en un entrenamiento en base a un autorregistro en la detección de los pensamientos que acompañan a sus reacciones emocionales y conductuales ante determinados eventos internos y externos. Esta técnica se le aplicó constantemente para dar cuenta de los pensamientos automáticos que predominan en la paciente (Beck, 1964).

B-Clasificación de las distorsiones cognitivas

Implica enseñarle al sujeto las distorsiones del pensamiento que utiliza automáticamente a partir de los registros anteriores, a evaluar determinados eventos y sus alternativas. Esta técnica se utilizó con la paciente para evaluar el grado de validez que le otorga la paciente a los eventos (Beck, 1964).

C-Búsqueda de evidencias de los pensamientos automáticos

Implicaría básicamente comprobar el grado de validez de las interpretaciones personales relacionadas con alteraciones emocionales. Esto se hace buscando evidencias a favor y en contra en la propia experiencia, utilizando evidencias provenientes de terceros, diseñando experimentos personales para comprobar una hipótesis o detectando los errores lógicos de las interpretaciones o utilizando diarios predictivos donde se anota la evidencia de la confirmación diaria o no de un esquema. Esta técnica fue muy utilizada por el terapeuta para que la paciente pueda evaluar la validez de los pensamientos automáticos de la paciente (Beck, 1964).

D-Detección y trabajo con los supuestos o creencias personales

Desde los pensamientos automáticos y siguiendo una especie de asociación a partir de ellos se hipotetizan los esquemas que los sustentan que luego se intentan revisar de manera parecida a los pensamientos automáticos

E-Disputa racional de creencias disfuncionales

Implicaría que el sujeto aprenda a cuestionarse el grado de validez de sus actitudes disfuncionales en base a las evidencias a favor de una exigencia. Esta técnica se le aplico a la paciente para evaluar sus propias actitudes disfuncionales (Beck, 1964).

F-Técnica del rol fijo

El paciente escribe un boceto de cómo se percibe actualmente y el terapeuta le sugiere un personaje alternativo para que actúe como si fuera tal y compruebe los nuevos efectos.

G-Resolución de problemas

Implica enseñarle al sujeto a identificar problemas, generar soluciones alternativas, ponerlas en práctica y seleccionar las mejores.

- Técnicas Emocionales y Conductuales

A- Empleo de la dramatización

Es utilizada para superar inhibiciones y desarrollar habilidades. También para adoptar empáticamente otras perspectivas alternativas. Se puede hacer de situaciones actuales, pasadas o anticipadas.

B- Entrenamiento en habilidades sociales

Se emplean para modificar las expectativas de autoeficacia en situaciones sociales de los pacientes desarrollando sus habilidades en este terreno. Esta técnica se le aplico a la paciente para que pueda aprender a mejorar las relaciones interpersonales.

4- METODO

4.1- Tipo de estudio

El tipo de estudio que se utilizó para este trabajo fue Descriptivo, el diseño fue no experimental por lo tanto se basó en la descripción y observación del mismo en una clínica psicoterapéutica

4.2- Participante

El participante fue un paciente que concurrió a las sesiones de terapia y se lo llamo paciente Maria dado que por cuestiones *Éticas* que hacen al ejercicio de la practica terapéutica no se permite revelar el nombre y el apellido del paciente. Este paciente es ama de casa tiene 36 años de edad es casada su marido tiene 38 años y tiene dos hijos uno de 8 años y otro de 5 años de edad. El motivo de consulta de Maria fue por una Depresión antigua, pérdidas importantes tales como una beba de 6 meses y otra beba falleció en el momento del parto. Maria manifestó que intentó suicidarse tres veces una vez se arrojó por una escalera y las otras dos ingirió un coctel de pastillas. También padece problemas hormonales y su carácter es ambivalente, en el momento de la consulta su estado de ánimo es deprimido.

Para llegar a establecer un diagnóstico acerca de cuál era el trastorno que padecía esta persona se utilizó además de la entrevista abierta el *MMPI II (1989)*, este inventario permitió realizar el diagnóstico del trastorno de personalidad y los síntomas clínicos asociados. Con este instrumento se pudo obtener información sobre el grado de disfunción, severidad y cronicidad de la patología detectada. El inventario se centró en la evaluación del eje II del DSM-IVTR (2002) es decir se evaluaron características estables-estructurales-de desórdenes de personalidad. También tiene un alto grado de confiabilidad para realizar diagnósticos clínicos y diagnósticos diferenciales.

4.3-Instrumentos

A-Historia Clínica de la paciente

B-Inventario de Personalidad de Minnesota (1989), el mismo permite realizar el diagnóstico de trastornos de personalidad y síndromes clínicos asociados, proveyendo información sobre el grado de disfunción, severidad y cronicidad de la psicopatología detectada. Este inventario se centra en la evaluación del Eje II del DSM IV, es decir que evalúa características estables –estructurales- de desórdenes de personalidad. Tiene un alto grado de confiabilidad para hacer diagnósticos clínicos y permite hacer diagnósticos diferenciales.

C-Registro de las entrevistas observadas entre el terapeuta y el paciente en la Cámara Gessell de la clínica Funsaled.

4.4-Procedimiento

Se concurrió dos veces por semana en un lapso de 8 horas cada día a la clínica con el objeto de observar en la Cámara Gessell el caso Esquizoafectivo Tipo 1 Depresivo, se tomó registro de las entrevistas donde participaron el paciente y el terapeuta a cargo del tratamiento, luego se analizaron dichos registros con el fin de realizar un informe final que dejó constancia de la concurrencia y del trabajo realizado en la clínica en calidad de pasante para finalizar la Práctica Profesional V.

5-DESARROLLO

5.1-Presentación del Trastorno Clínico: Descripción de la sintomatología del caso observado.

Síntomas y comportamientos: la paciente María manifestó agitación y malestar intenso y no dudó en admitir sus problemas, las defensas fueron poco eficaces para mantenerlas libres de ansiedad. También refirió sentimientos depresivos, preocupación y nerviosismo. Como se destaca en el DSM-IVTR (2002) estas personas pueden estar confundidas y presentar estados de pánico y por lo general muestran indecisión y juicio poco efectivo. Parecen no saber significar su experiencia y tienden a ser introspectivas y obsesivas como se observó en la paciente durante la entrevistas. La depresión del humor suele estar acompañada de varios síntomas depresivos o trastornos del comportamiento tales como inhibición psicomotriz, insomnio, pérdida de vitalidad, de apetito o de peso, reducción en los intereses habituales, dificultades de concentración, sentimientos de culpa, de desesperanza e ideas de suicidio (DSM-IVTR, 2002).

Características de personalidad: esta paciente manifestó sentimientos crónicos de inseguridad, inadecuación e inferioridad, y por lo general las personas con este perfil no son socialmente equilibradas y tienden a apartarse de las situaciones de interacción social. En la paciente esto se observó en la dificultad que presentaba para relacionarse con los demás. Además son con frecuencia pasivos dependientes y no pueden tomar el rol dominante en sus vínculos esto fue comentado por la paciente en las entrevistas observadas y apuntadas por el terapeuta. También tienden a presentar dificultades en las relaciones con el sexo opuesto y a sentirse inadecuadas respecto del rol de género tradicionalmente aceptado. Esta paciente en ningún momento manifestó tener fantasías sexuales inusuales.

El diagnóstico está basado en las experiencias informadas del paciente y en las observaciones sobre la paciente, en la actualidad no existe ningún análisis de laboratorio que permita detectar el trastorno. Actualmente las personas que padecen este trastorno Esquizoafectivo tienen una mejor *prognosis* que aquellos que padecen *Esquizofrenia* pero un pronóstico peor que aquellas personas que padecen un trastorno del estado de Animo

(DSM-IVTR, 2002). Básicamente se presume que el trastorno afectaría la actividad cognitiva y emocional del paciente pero también se determinó que podría contribuir en problemas en curso de comportamiento y motivación.

Cabe destacar que no es clara la relación entre los trastornos tanto del *Humor* como los Esquizofrénicos, lo que si está claro es que los síntomas de ambos trastornos se destacan en el mismo episodio de la enfermedad (DSM-IVTR, 2002).

-A continuación se procede a describir los resultados de la administración del MMPI II (1989) llevada a cabo en la primera entrevista.

5.1.2- Información sobre la paciente Maria (Inventario administrado).

Básicamente en la *historia clínica* de Maria consta el inventario que se le administró además de las anotaciones de algunas de las entrevistas que llevó adelante el terapeuta durante los primeros meses del tratamiento psicológico. A Maria se le administró el Inventario Multifacético de Personalidad de Minnesota (MMPI-II, 1989), este inventario permitió realizar un diagnóstico clínico de la patología de la paciente (Eje 2 del DSM-IVTR) en cierto sentido es como un psicodiagnóstico.

Este es un *inventario auto descriptivo* de personalidad y no una técnica objetiva por lo tanto su validez y su confiabilidad dependen mucho de la cooperación del sujeto y su actitud de respuesta, ese sería el motivo de la existencia de las escalas de validez. Los puntajes brutos se transforman a un puntaje T (transformado) que tiene una media de 50 y un desvío de 10, entonces las puntuaciones son moderadas entre T 60 y T 64 y elevadas cuando están por encima de los 65.

5.1.3- Resultados de la administración del Inventario:

Dado que es demasiada la información que se obtuvo acerca de la paciente María luego de la administración del inventario se describieron las escalas clínicas y las de contenido que dan cuenta del perfil de la paciente y su respectiva patología. Específicamente aquellas que demostraron un puntaje Muy Alto.

5.1.4-Escalas Clínicas:

-Escala 1 Hipocondría: se obtuvieron 78 puntos lo cual denota un puntaje Muy Alto y los síntomas que abarca esta escala serían; delirios bizarros somáticos o concernientes al cuerpo, múltiples síntomas y quejas con probable constricción, derrotistas y pesimistas y amargura y perspectiva clínica. En la paciente llamada María los que más se destacaron fueron los síntomas pesimistas y derrotistas por las metas que siempre quiso lograr y no pudo en su vida, tales como tener una buena familia, ser una buena madre, sentirse mejor persona, poder tener un buen trabajo, ayudar a su marido en todo lo que hace a los gastos de la casa, tener una buena relación con los demás.

-Generalmente los síntomas se inician en la adultez temprana pero también pueden diagnosticarse en la niñez (antes de los 13 años), la prevalencia de por vida del trastorno es incierta aunque un consenso determina que podría ser menor al 1% dentro de un rango de 5% a 8% (DSM-IVTR, 2002).

-Escala 2 Depresión: se obtuvieron 79 puntos lo cual denota un puntaje Muy Alto y los síntomas que engloba esta escala implican; ensimismamiento e introversión, desesperanza y sentimientos de culpabilidad, autopercepción de inadecuación, preocupación acerca de la muerte con probabilidad de ideación suicida, apatía, abatimiento y enlentecimiento motor. Esta paciente X intentó suicidarse en tres oportunidades y con esto queda claro la relación de los puntajes de la escala con los sucesos acontecidos en la vida de la paciente.

-Escala 7 Psicastenia: se obtuvieron 86 puntos lo cual denota un puntaje Muy Alto y esto implicaría; cavilación, rumiación, agitación psicomotora, probabilidad de conductas

rituales, supersticiones, fobias, temores, sentimientos de culpa, expresiones de depresión y ansiedad. Lo que más se pudo observar en la paciente X fueron los sentimientos de culpa, relacionados con los rígidos esquemas cognitivos que logró construir en su vida (Bulacio, 2006).

-Escala 8 Esquizofrenia: se obtuvieron 103 puntos lo cual denota un puntaje Muy Alto y esto implicaría un comportamiento claramente psicótico, confusión, desorganización y desorientación, pensamientos y actitudes inusuales, delirios, alucinaciones y pobreza de juicio. Los pensamientos y actitudes inusuales más los delirios, confusión, desorientación y pobreza de juicio fueron los síntomas que también se observaron durante las entrevistas con la paciente y que dan cuenta de la relación con sus pensamientos y creencias intermedias (Beck, 1964).

-Escala 9 Hipomanía: se obtuvieron 76 puntos lo cual también denota un puntaje Muy Alto en la paciente, esto implicaría hiperactividad motora, curso de pensamiento acelerado, probabilidad de alucinaciones y delirios de grandeza, desórdenes del estado de ánimo, particularmente conductas maníacas, energías locuaces en extremo, preferencia de la acción sobre la reflexión, amplia gama de intereses y actividades. En la paciente se observó la dificultad para proponerse y cumplir metas y objetivos, la falta de interés por la rutina y los detalles, la tendencia a aburrirse con facilidad, y la escasa tolerancia a la frustración, más la manifestación de hostilidad y agresividad hacia sus familiares y hacia personas del entorno de la escuela de sus hijos.

5.1.5- Escalas de Contenido:

-Ansiedad: la paciente comentó en las entrevistas y dados los puntajes de la escala que confirman la presencia de síntomas de ansiedad, preocupación y tensión dificultades para tomar decisiones. También manifestó dificultades de concentración y experimentar la vida como fuente de tensión.

-Miedos: la paciente X manifestó en diferentes entrevistas miedos a no poder salir de la situación en la que se encuentra y que teme perder un hijo que espera. Lo observado en las entrevistas se corresponde con el alto puntaje obtenido en esta escala.

-Obsesiones: la paciente obtuvo puntajes altos en esta escala y tiene dificultades severas para tomar decisiones y tiende a pensar una y otra vez los problemas o las situaciones por los que atraviesan por mínimos que estos sean. Esta actitud por lo general provoca impaciencia en quienes le rodean. Los cambios son, para esta paciente, fuente de estrés y tensión. Es probable que se preocupen en demasía y con frecuencia se sienta brumada por sus propios pensamientos. Suele ser poco capaz de funcionar de modo práctico.

-Depresión: en la paciente X se manifestaron pensamientos depresivos, sentimientos de melancolía e incertidumbre acerca del futuro. Desinterés acerca de su vida. Desesperanza y sensación de vacío. Cavilación, infelicidad, crisis de llanto (muchas veces manifestada en la sesión de terapia) más probabilidad de ideación suicida, creencias de condenación y culpa.

-Pensamiento bizarro: en la paciente se manifestaron ideaciones paranoides tales como ideas negativas de los demás hacia ella.

-Hostilidad: Problemas de control de la hostilidad. Irritabilidad, impaciencia. Exaltación, fastidio, terquedad fue algo frecuente que se manifestó en la paciente X.

-Prácticas antisociales: tales como Misantrópía. Problemas de conducta en la época escolar. Prácticas antisociales que pueden incluir problemas con la ley y actos delictivos. Consideración de que es correcto actuar al límite de lo legal. Interés por las conductas peculiares de algunos criminales. No fueron manifestadas u observadas en esta paciente.

-Baja autoestima: estos síntomas fueron muy frecuentes y se observaron constantemente en la paciente X, la puntuación elevada en esta escala denota la tendencia a percibirse en términos negativos y manifiesta opiniones pobres acerca de ella misma como personas poco atractiva y representa una carga para los demás. Refirió baja auto confianza.

-Malestar social: los aumentos en la puntuación indicaron la tendencia a estar sola en lugar de estar con otros y la resistencia a no participar de actividades grupales o reuniones sociales. Continuando con la escala anterior también se pudo observar con gran frecuencia la presencia de estos síntomas en la paciente.

-Problemas familiares: al igual que la escala anterior esto se observó y se manifestó mucho por parte de la paciente X. Discordia familiar. Familias desamoradas, pendencieras. Probabilidad de sentimientos negativos hacia algún familiar, de antecedentes infantiles de abuso y de matrimonios o uniones infelices.

Hasta aquí se describieron las escalas que más puntajes elevados obtuvieron y que dan cuenta de la presencia del trastorno en la paciente, esta información cabe destacar nuevamente fue transcripta tal cual como figura en la historia clínica de la paciente en tratamiento, de igual modo también cabe destacar que esta información corresponde al Eje 1 del DSM-IVTR (2002).

5.1.6- Eje II: Trastorno Histriónico de la Personalidad:

Dentro de lo que se llama Eje II del DSM-IVTR (2002) se pueden ubicar los Trastornos de la Personalidad, en este caso a esta paciente luego de haberle administrado el MMPI-II se determinó que presentaba el *Trastorno Histriónico* de la personalidad. Dicho trastorno de la personalidad está definido por el DSM –IVTR (2002) e implicaría un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se debe manifestar en dos de las siguientes áreas:

-Cognición: implica las formas de percibir y de interpretarse a uno mismo, a los demás y a los acontecimientos. Como se dijo anteriormente Maria se sentía muy inferior a los demás y creía que nunca iba a poder lograr nada en su vida, metas como conseguir un buen empleo, ser una buena madre, ser una buena esposa y sobre todo ser una buena hija dado que tenía conflictos permanentes con sus progenitores (DSM –IVTR, 2002).

-Afectividad: implica la intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional. En esta paciente en particular la respuesta emocional estuvo muy del lado de la tristeza y la angustia. En muchas oportunidades manifestó sentirse culpable y a la vez intentó quitarse la vida por la historia de vida que llevaba (DSM –IVTR, 2002).

-Afectividad interpersonal: implicaría el afecto que se manifiesta cuando se desarrollan relaciones interpersonales, se observó en esta paciente la falta de afecto hacia los demás pero si una importante manifestación de necesidad de afecto, mediante conductas que buscaban llamar la tensión y captar la atención de los demás, tales como escenas de victimización y expresión de sentimientos de melancolía y culpa (DSM –IVTR, 2002).

-Control de los impulsos: implicaría el grado de dificultad de la paciente para controlar los impulsos, en el caso de la paciente se observó que presentaba grandes dificultades para controlar sus impulsos, por ejemplo a la hora de comunicarse con sus familiares y otras personas fuera de su entorno más íntimo.

El DSM-IVTR (2002) sostiene que este patrón es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales, también sostiene que provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Y por último este patrón no es atribuible a una manifestación o a una consecuencia de otro trastorno mental como tampoco debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o a una enfermedad médica.

La característica principal de este trastorno es la emotividad generalizada y excesiva y el comportamiento de búsqueda de atención. Este patrón de conducta tendría comienzo en la edad adulta y se podría manifestar en diferentes contextos, estos sujetos no están cómodos y se sienten despreciados cuando no son el centro de atención. Por lo general son muy dramáticos y tienden a llamar la atención. Cuando no sucede así les gusta hacer algo dramático para atraer la mirada de los demás sobre sí mismos.

5.2- Descripción del tratamiento cognitivo aplicado en el caso:

La paciente María concurrió a la entrevista de admisión donde manifestó estar atravesando un estado de depresión desde hace un tiempo importante, comentó que tuvo pérdidas importantes tales como una beba de seis meses y otra beba falleció en el momento del parto por un golpe luego de una caída. La paciente manifestó que intentó suicidarse tres veces, una vez se tiró por la escalera y las otras dos veces tomó pastillas. Tiene problemas hormonales y su carácter es ambivalente, en el momento de la entrevista su estado de ánimo es deprimido.

En el Marco Teórico de este TFI se había anticipado que este tipo de abordaje terapéutico implica según lo planteado por Beck en 1964 la formulación cognitiva del trastorno y la aplicación a la conceptualización. Para esto debe primero especificar el problema, identificar y evaluar una idea disfuncional asociada, diseñar un plan de trabajo y evaluar la eficacia de la intervención. Esta terapia le ayuda a modificar ciertos comportamientos y a hacer frente a los síntomas como las alucinaciones y delirios. También puede ayudar a relacionarse con los demás y a sobrellevar y hacer frente a su enfermedad. El terapeuta busca producir un cambio cognitivo tanto en los pensamientos como en las creencias y a su vez en el comportamiento y las emociones del paciente.

Al principio del tratamiento se trabajó sobre la imagen que transmite al otro de sí misma y la que ella cree que tiene. También se abordó la idea que ella tiene sobre sí misma en relación a las interacciones cotidianas con los padres de los compañeritos de jardín de su hijo. Posee esquemas cognitivos rígidos y defensivos para las interacciones sociales cotidianas. Confunde estas interacciones sociales con aquellas de mayor intimidad. Cree que en interacciones triviales debe mostrar su intimidad. Confunde este tipo de conocimiento de sí misma que no necesariamente debe transmitir siempre al otro, en especial, cuando no son personas de su círculo íntimo.

La Terapia Cognitiva está basada en el supuesto teórico de que los efectos y la conducta de un sujeto están determinados por el modo en que el individuo otorga

significado al mundo. Las intervenciones apuntan a buscar un cambio de modelo, lograr una organización diferente que apunte a una mayor funcionalidad para el sujeto, es decir que pueda tener opciones (Pozo, 1990). El curso de la terapia cognitiva implicaría el proceso terapéutico que lleva adelante el profesional con el objeto de reducir o finalmente mitigar los síntomas que componen el trastorno psicológico de la paciente. Durante el inicio del tratamiento se pone énfasis en los pensamientos automáticos, estos son los conocimientos más cercanos a la conciencia del sujeto humano. El terapeuta pone especial atención en lo que se llamó la *Tríada Cognitiva* es decir en los pensamientos acerca de uno mismo, del entorno y de su futuro (Beck, Rush, Shaw & Emery, 2005).

En este paso el terapeuta le enseña al paciente a reconocer, evaluar y modificar sus pensamientos para lograr un alivio de los síntomas, esto lo logró aplicando la técnica de detección de pensamientos automáticos y clasificación de distorsiones cognitivas. Luego el enfoque recae sobre las creencias y pensamientos que subyacen en las ideas disfuncionales, las creencias intermedias y centrales que resultan relevantes son evaluadas y luego modificadas para lograr un cambio en las conclusiones que saca el paciente a partir de sus percepciones de los hechos. Esta profunda modificación de creencias fundamentales disminuye las posibilidades de futuras recaída (Beck, 1964). Por otro lado Riso (2009) sostiene que el terapeuta también ayuda a tomar distancia de las creencias a través de la reflexión acerca de cada situación, para esto aplicó la técnica de disputa racional de creencias disfuncionales.

El Terapeuta al comienzo del tratamiento estableció una alianza terapéutica con la paciente, esto implicó crear un vínculo para conocer y poder trabajar el problema por lo tanto puso mucho énfasis en la colaboración y participación activa por parte de la paciente, es decir busca trabajar en equipo.

-Objetivos que el terapeuta llevo adelante:

A-Creo confianza y rapport.

Manifestando un trato cálido, empático y respetuoso hacia la paciente.

B-Inicio al paciente en la terapia cognitiva.

Intentó explicarle como se trabaja, mediante la observación y registro de entrevistas, invitando a la paciente a participar y a formar parte de la solución de los problemas, es decir llevar a la paciente a tomar un rol activo en el proceso.

C-Instruyó al paciente respecto de su trastorno, del modelo cognitivo y del proceso de terapia.

Para lograr esto el terapeuta utilizó una técnica llamada Psicoeducación para que la paciente sepa de qué se trató el proceso del cual ella formó parte y por sobre todo que tipo de trastorno padecía.

D-Recabó información adicional acerca de las dificultades del paciente. Aunque mucha información no se pudo obtener dado que solo provino de otros profesionales de otras disciplinas, como psiquiatría y neurología, que intervinieron en el caso y no de la familia que vivía con ella.

E-Utilizo esta información para desarrollar una lista de objetivos.

El objetivo general de todo proceso terapéutico es mejorar la calidad de vida del paciente y a nivel mas específico aliviar síntomas. Los objetivos más próximos a alcanzar provienen del apartado anterior es decir de la escala clínica del MMPI II (1989) y del psicodiagnóstico que figura en la HC (historia clínica) de la paciente, ellos son mejorar la autoestima, mejorar las relaciones familiares, salir del estado de depresión permanente y por ende también mitigar síntomas ansiosos y mejorar la relación con los demás y la percepción de sí misma.

Se definió un plan de tratamiento y el objetivo quedó centrado en modificar su carácter. Se trabajó en lo que considera ella por carácter y se evaluó cómo piensa que es su carácter y que intentó hacer para modificarlo. Se trabajó sobre sus creencias sobre su madre, piensa que esta pretende perjudicarla, al igual que todos los demás. Sin embargo la madre es quien se ocupó de la crianza de sus hijos durante 5 años porque ella no pudo por estar “enferma”. Manifestó síntomas de psicosis puerperal.

Dijo estar preocupada por su hijo. María explicó sobre la situación que padece. Particularmente hizo referencia a los problemas de aprendizaje de su hijo. Se le comentó la posibilidad de atenderla dos veces por semana. Aceptó trabajar sobre objetivos para planificar sus días.

La formación del terapeuta postula que el pensamiento influye sobre las emociones y el comportamiento del sujeto humano. El desarrollo del conocimiento del terapeuta presupone la capacidad para demostrar empatía, preocupación y competencia. También estableció un objetivo que llevó a cabo durante todo el proceso observado y que fue controlar el estado de ánimo de la paciente utilizando puntajes objetivo, es decir de 0 a 10 para evaluar el estado de ánimo durante las entrevistas y en muchas también al final de las mismas, para que pueda volver a su entorno familiar de buen ánimo. También la invitó a realizar un auto registro de su carácter.

En el mismo manifestó un carácter negativo; egoísta, desconfiada, impaciente, arisca, “hiero a la gente que amo”. Carácter positivo; “soy cariñosa, agradecida, honrada, habilidosa manualidades, en general, reconozco mis errores, útil”. Además realizó un poema sobre ella. Es un pedido a Jesús. Aquí trabajó sobre sus creencias. Los pensamientos erróneos e irracionales que caracterizan a los desórdenes psicológicos operan afectando negativamente el estado emocional de las personas. Beck sostenía que las principales distorsiones cognitivas eran: los pensamientos de todo o nada, los pensamientos catastróficos, sobre generalización, abstracción selectiva, descalificación de lo positivo, las inferencias arbitrarias, la minimización, el razonamiento emocional, el deber y el hecho de etiquetarse uno mismo (Beck, 1964)

“Quisiera ser, más paciente, bondadosa con los buenos y malos, ser útil, agradecida”, “quiero tener tus ojos para no mirar los defectos del otro”, “porque yo miro los defectos de los otros y no los míos, esto es un problema para mí”. Ejemplo, “a las madres del jardín yo las pre enjuiciaba, por ejemplo decía, esta divorciada que me puede enseñar a mí”. “Yo sé que muchas cosas que hoy me pasan tienen que ver con mi infancia. Desde que nació hasta los nueve tuve una infancia terrible, me pegaban con el cinto, tengo marcas de cigarrillo en el cuerpo. Cuando estoy con mis hijos a veces disfruto molestandolos aunque no sea mi intención”. Aquí el terapeuta puso como objetivo trabajar sobre la relación con sus hijos. Para esto el terapeuta estableció un plan de trabajo; generalmente el terapeuta asume la mayor responsabilidad en el planeamiento de las primeras sesiones y luego de manera gradual transfiere la responsabilidad al paciente.

Es importante que el paciente aprenda las habilidades necesarias para armar su plan para que pueda seguir valiéndose de ellos una vez finalizada la terapia. Al principio necesitan que se los incentive para agregar temas al plan o no reconocen con exactitud que cosas los han estado perturbando o no están seguros de cuales son los temas adecuados. El terapeuta los instruye para que planteen problemas que requieran alguna clase de ayuda para alcanzar la solución. Si en todo caso son demasiados fijaran prioridades (Beck, 1964).

Por todo esto y en particular por los malos tratos hacia los demás padres se pudo ver en el rol playing realizado en la sesión que ella pudo observar como genera rechazo en el otro, genera también cierta intriga y se muestra como una persona cortante, distante y mal educada. Se le asignó como tarea que traiga escrita para la sesión siguiente todas aquellas interacciones casuales con los padres de los niños para poder evaluar juntos si fueron funcionales a la situación dada. El terapeuta ayudó a evaluar, identificar pensamientos y comportamientos disfuncionales y actuar en consecuencia también aplicó técnicas para cambiar los pensamientos, el estado de ánimo y la conducta de la paciente.

Los principios en sí se aplican a todos los pacientes, la terapia varía según el caso, la índole de las dificultades, los objetivos establecidos y la capacidad de paciente para establecer un vínculo sólido (Beck, 1964). Algunas de las sesiones de terapia son

estructuradas: es decir cada sesión consta de una estructura que implica el control del estado de ánimo del paciente, una realización de una breve reseña de la semana, establecer un plan para cada sesión, realizar comentarios acerca de la sesión anterior. También llevar adelante un control sobre las tareas para el hogar, disponer de nuevas tareas, realizar una síntesis de lo trabajado y por último obtener una retroalimentación sobre lo trabajado durante la sesión (Beck, 1964).

Durante las siguientes sesiones la paciente manifestó que estaba evaluando tener un bebé. Pero presentaba muchas ideas distorsionadas sobre los motivos acerca de tener un bebé. Creía que esto le solucionaría los problemas de matrimonio. “Le dije que ya tenía hijos y los problemas continuaban”, aceptó que era cierto pero que su marido, no entraba en razón sobre este tema. La paciente presentó serios problemas de salud en todos sus embarazos, el déficit de oxitocina le produce inhibición de contracciones, además presentó serios cuadros puerperales, depresión grave y conductas de desatención de sus bebés. Por este motivo, además de la edad (está en el límite recomendado: 36), por problemas económicos, etc. Parecía que en ese momento tener otro hijo sería poco viable para este matrimonio. Entonces dijo esto hacia el final de sesión, “pero además parece haber poca idea de hijo, tampoco existe un deseo claro”. Es evidente que es una idea que surgió para tapar una crisis matrimonial latente.

La paciente manifestó insomnio, dijo que estaba limpiando todo dos veces, que estaba nerviosa. A las tres de la mañana se levantaba por pesadillas que no recuerda y luego no pudo dormirse, estaba muy angustiada por la relación con la suegra ya que esta y su marido le reclamaba que mantenga más diálogo con ellos. La paciente se sentía invadida y que no podía mantener sus cuestiones personales fuera del alcance de ellos. Declaraba estar evidenciando cambios positivos en su vida en relación a la terapia. Se trabajó sobre el posicionamiento que ella misma adoptaba para generar tanta demanda de parte de su madre, su suegra y su marido.

Se manifestaba muy alegre, decía estar feliz. Este estado estaba reafirmado por su madre, que según refiere la paciente, nunca la han visto así de feliz. El trabajo en sus

creencias negativas en relación a conversar con las madres de los hijos de los compañeros de sus hijos. Cuenta que ha podido superar ciertas barreras comunicacionales personales y converso con una de ellas, a tal punto que se refiere a ella como amiga. Esto en el lapso de diez días. Lo cual llama la atención por el lapso corto de tiempo transcurrido.

De cualquier modo es positivo el hecho que se haya permitido que le hablen y responder en ese sin sentirse invadida, ni menospreciada. Estaba preocupada porque padece insomnio tardío. Se le dijo que sería oportuno consulta con cardiología. Este hecho está fundamentado en que padece tetralogía de fallíos y esta patología cardiológica puede ocasionar variabilidad en el ritmo coronario ocasionando apneas de sueño que en última instancia provoca insomnio. Por otro lado, padece hipotiroidismo para lo cual esta medicada y en tratamiento médico. Pero este estado hormonal puede ser anterior a su estado depresivo crónico.

También comenta antes de irse que esta con problemas en la pareja. Cree que se deben a que ella estaba realizando cambios importantes en su personalidad y esto le molestaba a su marido porque ella ya no era el “títere” de nadie. El terapeuta debió juntar información adicional, es decir, intentó saber si la paciente está bajo medicación, saber si tiene algún tipo de adicción, controlar su estado de ánimo y verificar si esta bajo extrema desesperación o tiene actitudes suicidas. Como también detectar si existen riesgos hacia la paciente o hacia los demás, debe establecer confianza y rapport, ayudar a que la paciente se sienta valorada y comprendida por el terapeuta. Y también debe mostrar su compromiso con la paciente por medio de palabras, tono de voz, expresiones faciales y lenguaje corporal (Beck, 1964).

Por otro lado el terapeuta transmitió mensajes de forma implícita y explícita dado que se preocupa por la paciente, le transmite que podrán trabajar juntos, que cree poder ayudarla y que comprende su problema y no se siente abrumado. El terapeuta se ocupó de la percepción que tiene la paciente de el cómo terapeuta y del proceso en sí, dado que esto es lo que permite fortalecer la alianza terapéutica (Beck, 1964).

La paciente presentó alteraciones del estado de ánimo. Esta se presenta deprimida la mayor parte del tiempo. Manifiesta cansancio físico, fatiga, desganado para realizar las tareas diarias. En relación a su historia personal, sufrió abandonos desde muy pequeña y recién fue adoptada por una familia estable cuando tenía 10 años de edad. También este ánimo está relacionado a la situación actual de uno de sus hijos, quien manifiesta serias alteraciones del neurodesarrollo, particularmente en los procesos de aprendizaje y la conducta. Este último dato será comunicado por la psicóloga tratante del menor a su madre en próximas entrevistas.

Su ánimo estaba deprimido y lo estuvo desde hace varios años. Cuando sus hijos nacieron manifestó síntomas depresivos muy severos. Declara haber estado 5 años deprimida en cama y medicada por un psiquiatra de la parroquia a la que concurre. Durante este tiempo no pudo hacerse cargo de la crianza de sus niños. En su lugar estuvo muy presente la abuela materna. Actualmente no está medicada. Por otro lado tiene ciertas alteraciones de memoria. Su pensamiento por momentos es muy concreto y operatorio. También declara episodios de ira y enojo incontrolable. En relación al sueño, la paciente actualmente sufre de insomnio casi todas las noches. Se levanta a las tres o cuatro de la mañana y no puede volver a conciliar el sueño. También tiene problemas hormonales.

El terapeuta no debe seguir el plan o no necesita seguirlo, solo debe informar y hacer explícita la digresión y solicitar el acuerdo de la paciente. Durante la sesión el terapeuta puede sugerir cambios en la distribución del tiempo. Puede surgir un tema nuevo que requiera particular relevancia. El cambio debe efectuarse porque la paciente empeoró el estado de ánimo. El terapeuta puede tocar temas que no tienen relevancia para levantarle el estado de ánimo, para facilitar la alianza y para evaluar habilidades cognitivas y sociales (Beck, 1964).

Diversos estudios revelan (Beck, 1964) que los pacientes que hacen regularmente sus tareas para el hogar mejoran más que aquellos que no las hacen. Revisar las tareas para el hogar en cada sesión refuerza el comportamiento y pone de manifiesto el valor de las efectuadas en la semana. Si las tareas no se controlan en las sesiones la paciente comienza a creer que no son importantes y descende su cumplimiento.

El terapeuta preguntó a la paciente con que tema del plan desea comenzar. De esta forma otorga a la paciente la responsabilidad de ser más activo y asertivo y le permite tomar más responsabilidades. En algunas ocasiones el terapeuta asume la iniciativa de seleccionar algún punto en particular para comenzar, especialmente cuando considera que esta selección llevara a un mayor avance de la sesión (Feixas, 1993) El terapeuta introduce sus propios objetivos en los momentos adecuados, es decir busca ayudar en la resolución de los problemas relacionando el tema con los objetivos para la terapia.

Refuerza el modelo cognitivo y continua enseñando a identificar problemas automáticos, busca el alivio de los síntomas ayudando a controlar pensamientos automáticos, invitándola a ponerle límites a sus pensamientos, tratando de que los reprima o en todo caso que trate de generar un pensamiento paralelo. Este implica un pensamiento contrario al que se manifiesta en el momento, acrecienta el rapport y busca tener un panorama más amplio del problema. De este modo le da a la paciente el Modelo de cómo expresar el problema en una síntesis, luego trata de identificar mas pensamientos automáticos por lo tanto la ayuda a identificar, evaluar y controlar aquellos que son específicamente angustiantes, facilita el alivio de los síntomas y produce una disminución de la ansiedad. Finalmente, asigna las tareas para el hogar y previene a la paciente para que tenga expectativas realistas respecto del aprendizaje de una nueva habilidad (Fernández, 1992).

En el resumen final el terapeuta se abstiene de activar pensamientos negativos y perturbadores en la paciente. El objetivo es aclarar a la paciente los puntos principales tratados durante la sesión de una manera sencilla. Al principio el terapeuta realiza la síntesis a medida que el tratamiento avanza la síntesis pasa a manos de la paciente.

La estructura de las anteriores sesiones varía según los problemas y objetivos de la paciente y los propósitos del terapeuta. El terapeuta al comienzo se hace cargo de gran parte de las sugerencias para el plan de cada sesión, ayudando a la paciente a identificar y modificar los pensamientos automáticos, diseñando tareas que se asignan y resumiendo la sesión. A medida que la terapia progresa se produce una transferencia de las

responsabilidades a la paciente (Feixas, 1993). Hacia el final de la terapia es la paciente quien designa la mayor parte de los temas de las sesiones, utiliza herramientas como el Registro de Pensamiento Disfuncional para evaluar sus pensamientos y diseña su propia asignación de tareas y resume la sesión.

De a poco se va pasando del trabajo de los pensamientos automáticos al trabajo de las creencias subyacentes. También se va poniendo énfasis en los cambios de comportamiento, una vez que conocemos las creencias llegamos a las estrategias de afrontamiento que la paciente pudo crear para afrontar sus problemas (Riso, 2009) . Desde el comienzo se alienta a los pacientes para que programen actividades y se tornen más activos. Se dedica a los cambios de la conducta para que el paciente pueda poner a prueba ciertos pensamientos o creencias y además que practique nuevas habilidades tales como la asertividad.

Cuando la terapia llega a la etapa final se produce otro cambio, se prepara al paciente para el alta y la prevención de las recaídas. Cuando el terapeuta planifica cada sesión, siempre tiene en cuenta en que etapa de la terapia se encuentra. Se vale de la conceptualización del paciente que es un hilo conductor de la terapia, anota ítems antes de cada sesión y el paciente le informa acerca de su estado de ánimo, revisa lo ocurrido en la semana y especifica los temas por tratar, el terapeuta piensa el objetivo de la sesión. En la tercera sesión los objetivos del terapeuta son comenzar a enseñar al paciente de una manera más estructurada a evaluar sus pensamientos automáticos y a seguir programando actividades placenteras (Beck, 1964).

5.3- Descripción de las técnicas utilizadas por el terapeuta.

El desarrollo del conocimiento del terapeuta presupone la capacidad para demostrar empatía, preocupación y competencia. El terapeuta debe seguir dos pasos fundamentales para poder llegar a desarrollar el tratamiento de manera eficaz y efectiva:

A- Aprende a estructurar la sesión y a utilizar las técnicas básicas para aliviar síntomas (Beck, 1964).

B- El terapeuta aprende a integrar la conceptualización con el conocimiento de técnicas, afianza la capacidad para comprender el desarrollo de la terapia y logran identificar los objetivos más importantes, adquieren mayor habilidad para conceptualizar pacientes y profundizan la conceptualización durante las sesiones y la utilizan para tomar decisiones acerca de las intervenciones que aplican con el paciente. (Beck, 1964).

5.3.1- Técnicas cognitivas

-Detección de pensamientos automáticos:

Consiste en un entrenamiento en base a un autorregistro en la detección de los pensamientos que acompañan a sus reacciones emocionales y conductuales ante determinados eventos internos y externos. Esta técnica se le aplicó constantemente para dar cuenta de los pensamientos automáticos que predominan en la paciente. Tales como “Yo siempre soy la culpable”, “soy el títere de los demás”.

El modelo cognitivo sostiene que la interpretación de una situación, expresada en forma de pensamientos automáticos influye sobre las emociones, el comportamiento y la respuesta fisiológica. Las personas con trastornos psicológicos a menudo perciben mal situaciones neutras o hasta positivas inclusive y deforman sus pensamientos automáticos. Al examinar críticamente estos pensamientos y corregir los errores, en muchos casos se sienten mejor.

-Clasificación de las distorsiones cognitivas

Implica enseñarle al sujeto las distorsiones del pensamiento que utiliza automáticamente a partir de los registros anteriores, a evaluar determinados eventos y sus alternativas. Esta técnica se utilizó con la paciente para evaluar el grado de validez que le

otorga la paciente a los eventos. Por ejemplo la tendencia a dramatizar situaciones que no requirieran tal magnitud.

-Búsqueda de evidencias de los pensamientos automáticos

Implicaría básicamente comprobar el grado de validez de las interpretaciones personales relacionadas con alteraciones emocionales. Esto se hace buscando evidencias a favor y en contra en la propia experiencia, utilizando evidencias provenientes de terceros, diseñando experimentos personales para comprobar una hipótesis o detectando los errores lógicos de las interpretaciones o utilizando diarios predictivos donde se anota la evidencia de la confirmación diaria o no de un esquema. Esta técnica fue muy utilizada por el terapeuta para que la paciente pueda evaluar la validez de los pensamientos automáticos de la paciente.

Por ejemplo a las situaciones en las cuales se debía comunicar con los padres de los otros compañeros del colegio de sus hijos. Esta paciente siempre antes de relacionarse se generaba un estereotipo o prejuicio hacia el otro que no le permitía relacionarse con normalidad (Beck, 1964). Por otro lado se puede llegar a indagar la validez de los pensamientos y acciones distorsionadas a través del Método Socrático que implica el descubrimiento guiado, de estos elementos disfuncionales (Beck, Wright, Newman & Liese, 1999).

-Detección y trabajo con los supuestos o creencias personales

Desde los pensamientos automáticos y siguiendo una especie de asociación a partir de ellos se hipotetizan los esquemas que los sustentan que luego se intentan revisar de manera parecida a los pensamientos automáticos, por ejemplo esa creencia de que ella era el títere de los demás, se trabajo de manera que el terapeuta pudo lograr que la paciente no se viera así misma como tal. Esto fue manifestado por ella como producto del avance terapéutico durante el proceso.

-Disputa racional de creencias disfuncionales

Implicaría que el sujeto aprenda a cuestionarse el grado de validez de sus actitudes disfuncionales en base a las evidencias a favor de una exigencia. Esta técnica se le aplicó a la paciente para evaluar sus propias actitudes disfuncionales. Esta técnica le sirvió mucho para poder relacionarse mejor con sus hijos y el resto de su familia.

-Resolución de problemas

Implica enseñarle al sujeto a identificar problemas, generar soluciones alternativas, ponerlas en práctica y seleccionar las mejores.

5.3.2- Técnicas Emocionales y Conductuales

- Identificación de las Emociones

Las emociones son fundamentales para el terapeuta cognitivo, el objetivo de la terapia es lograr el alivio de síntomas y reducir el nivel de estrés a partir de la modificación del pensamiento disfuncional. Las emociones negativas son dolorosas y pueden ser disfuncionales cuando interfieren con la capacidad para pensar con claridad, resolver problemas, actuar de manera eficaz y lograr satisfacción. El paciente que posee un trastorno psiquiátrico experimenta una intensidad excesiva o inadecuada de sus emociones (Feixas, 1993). El terapeuta reconoce el exceso o carácter inadecuado de una emoción pero evita rotularlo más al principio de la terapia, la actitud es de aceptación y empatía hacia los sentimientos del paciente.

El terapeuta no desafía sino evalúa los pensamientos y creencias disfuncionales que subyacen en el malestar para reducir la disforia, como tampoco analiza todas las situaciones en las que el paciente se siente disfórico si no que se trata de apuntar a la reducción del distress emocional relacionado con interpretaciones equivocadas de situaciones. Las emociones negativas normales forman junto con las positivas partes de la vida y tienen una función importante (Miro, 1992). El terapeuta intenta incrementar las emociones positivas del paciente a través del diálogo acerca de intereses del paciente, de recuerdos gratificantes

y otros elementos positivos (Beck, 1964). El terapeuta aplicó estas técnicas de manera *Socrática* es decir realizando preguntas y de manera *Didáctica* informando y educando al paciente.

-Empleo de la dramatización

Es utilizada para superar inhibiciones y desarrollar habilidades. También para adoptar empáticamente otras perspectivas alternativas. Se puede hacer de situaciones actuales, pasadas o anticipadas. Actualmente es llamada *Roll-Play* y se le aplicó en las primeras sesiones de terapia (Keegan, 2008). Aquí se pudo ver lo difícil que le resulta relacionarse con los demás. Para eso se pudo llevar adelante esta técnica que pudo poner en evidencia las fallas en la comunicación con los demás. Evaluando posteriormente el tono de voz, la postura y la forma de pedir, hablarle a los demás y dirigirse de manera digital y analógica con el resto de su familia.

-Entrenamiento en habilidades sociales

Se emplean para modificar las expectativas de auto eficacia en situaciones sociales de los pacientes desarrollando sus habilidades en este terreno. Esta técnica se le aplico a la paciente para que pueda aprender a mejorar las relaciones interpersonales. Las *habilidades sociales* son como un conjunto de comportamientos eficaces en las relaciones interpersonales (Keegan, 2008).

La conducta socialmente habilidosa es aquel conjunto de conductas emitidas por un individuo en contacto interpersonal, que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones y derechos de un modo adecuado a la situación, respetando estas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas (Keegan, 2008)

Estas maneras o formas de afrontar estas situaciones son *aprendidas*, esto quiere decir que no vale justificarnos diciendo que somos así y ya está, sino que hasta este momento hemos estado usando determinadas estrategias (conscientes o inconscientes), pero

que en cualquier momento, cuando descubrimos que no nos aportaron un buen resultado podemos cambiarlas por otras más adaptables y que en definitiva, nos aporten más calidad de vida. Las habilidades sociales son esenciales para obtener 2 tipos de objetivos:

- Objetivos afectivos: consiguiendo relaciones satisfactorias con los parientes y con los demás, estableciendo amistades y relaciones amorosas (Keegan, 2008).
- Objetivos instrumentales: permitiendo actividades con éxito en la comunidad incluyendo comprar, vender, la utilización de instituciones sociales y prestaciones, entrevistas de trabajo y trabajar. (Keegan, 2008)

Pueyo en 1996 postulo que todo sujeto posee inteligencia es decir la capacidad o aptitud que le permite al sujeto procesar información que se recibe del medio externo e interno por medio de un conjunto de procesos cognitivos gracias a los cuales se construyen y se crean nuevos contenidos mentales que son aplicados por la conducta del sujeto humano para determinados fines adaptativos.

6-CONCLUSIONES

Desde el comienzo de este trabajo final se detallaron los objetivos que se desarrollaron a lo largo del mismo, que consiste en un Trastorno Esquizoafectivo Tipo 1 Corte Depresivo. Como se explicó anteriormente el objetivo general y principal fue ayudar a mejorar la calidad de vida del paciente, luego se continuó con los objetivos específicos que fueron desarrollados; presentación del caso, tratamiento aplicado y análisis de técnicas empleadas por el terapeuta.

Desde un principio se dejó sentado el tipo de enfoque terapéutico que se aplicó para analizar este caso único, en el Marco Teórico del mismo se abordaron diferentes apartados donde se deja sentado el tipo de trastorno que se observó, que tratamiento se llevó a cabo, y para este caso fue el cognitivo en donde se pudieron trabajar pensamientos y creencias de la paciente así como conductas disfuncionales para poder mejorar la calidad de auto percepción y la forma de relacionarse con los demás.

Las técnicas que se utilizaron para este caso obtuvieron resultados favorables para la paciente y para el trabajo del terapeuta también aunque no se pudo observar dado que la pasantía tenía un plazo de cierta cantidad de horas por lo que hubo sesiones que no se pudieron observar por lo tanto no se pudo obtener información de manera directa. Se pudo obtener información acerca de la Historia Clínica del paciente y de los registros de las entrevistas tomados por el terapeuta, esto nos permitió realizar un análisis acerca del trabajo del terapeuta y de la evolución del paciente, teniendo en cuenta historia de vida, creencias y esquemas cognitivos del paciente. No fue objeto de indagación y de análisis el trabajo de otros profesionales que intervinieron en el caso; como el trabajo y aporte del psiquiatra, medico clínico y otros terapeutas a quienes se les realizaron interconsulta.

Durante las sesiones de terapia observadas en cámara Gessell no se pudo participar de manera directa dentro de la misma sino detrás de esta para preservar la estabilidad emocional y la comodidad del paciente. Como tampoco se pudo continuar observando una vez finalizada la práctica profesional el caso hasta llegar al alta del paciente.

Esto podría haber sido más que interesante e importante dado que hubiera aportado más información acerca de la evolución del paciente y de los cambios logrados en su tratamiento.

Como se anticipó al principio de este trabajo no fue objeto de análisis la intervención farmacológica ni los cambios producidos una vez que el psiquiatra alteraba las dosis de los fármacos que le indico ingerir al paciente. Durante todo el trabajo de observación solo se pudo tomar detalles de las entrevistas y realizar preguntas al terapeuta acerca del tratamiento y de posibles cambios que podría realizar el paciente luego de las intervenciones del terapeuta. Como Wainstein (2006) sostiene que en muchos casos las intervenciones solo se componen de palabras y gestos con el objeto de afectar y orientar las creencias y la conducta de las personas. En algunos casos el psicólogo es convocado solo para evaluar la conducta humana, preparar diagnósticos e informes acerca de individuos y grupos. Su tarea algunas veces lo exime de un papel orientador de la conducta de otros.

Cualquier acto de conducta ya sea motora, cognitiva, o psicofisiológica debería ser entendida como un acto de influencia sobre el sí mismo o sobre otros. Por lo tanto se podría llegar a concluir que toda actividad de consultoría, orientación psicológica y la psicoterapia misma son formas de diálogo especializadas en contextos específicos mediante las cuales se busca modificar la conducta humana en dirección a objetivos más o menos acordados. Las intervenciones para lograr eso se aplican a conductas consideradas como atributos, trastornos, aprendizajes, pensamientos, interacciones, construcciones de la realidad, etc. (Wainstein, 2006).

Las entrevistas al ser estructuradas en algunos casos no permitían obtener más información acerca del estado de ánimo y de la historia de vida del paciente. Si el terapeuta hubiera, al ser un caso muy complicado y rígido a nivel estructura cognitiva del paciente, dejado de lado un poco la estructura de la sesión. Permitiendo que la entrevista sea un poco menos estructurada y más cómoda para el paciente, de esta forma la cantidad de información a nivel digital y analógico hubiera sido mucho más abundante.

Del mismo modo se podría haber aplicado el enfoque sistémico con el objeto de invitar a sus familiares a participar de las entrevistas para obtener más información acerca de la vida del paciente y de cómo este construyó y llevó adelante las relaciones con sus familiares más directos. Teniendo en cuenta que el objetivo es ayudar a mejorar la calidad de vida de la paciente. El terapeuta cognitivo solo tuvo en cuenta para este caso el trabajo a nivel individual el abordaje de la problemática del paciente.

Como es posible lograr un cambio entonces? Wainstein (2006) sostiene para lograr un cambio o por lo menos para comenzar a cambiar una estructura es necesario comunicarse, hacer público o manifestar algo que sucede en el individuo, los sistemas cognitivos y los sistemas de creencias se caracterizan por su persistencia. Los cambios de un sistema dependen de la pérdida de esa persistencia, de la pérdida de coherencia, de la fractura de aspectos de su identidad, debido a un conflicto de ideas del pensamiento de un individuo, algo se debe destruir creativamente. Por lo tanto los cambios ocurridos en las percepciones, actitudes, sentimientos y acciones ocurren al consultante en un marco que llamamos sistema consultante. Son el resultado del impacto de los mensajes del consultor sobre su pensamiento, sus percepciones y sobre el contexto de interacciones habituales en las que el consultante participa. Se cambian actitudes, constructos, y descripciones y también se modifican acciones.

De todos modos llegamos a la conclusión de que ningún enfoque terapéutico es más eficaz y efectivo que otros, sino que siempre dependerá del caso en particular que se trabaje. Como también la predisposición del paciente a aceptar la ayuda que le pueda brindar el terapeuta, sin dejar de tener en cuenta que es muy importante la alianza terapéutica con el paciente, del mismo modo es muy importante la capacidad del terapeuta para abordar el caso, realizar un diagnóstico y llevar adelante un tratamiento que ayude al paciente a mejorar su calidad de vida.

7- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Asociación Psiquiátrica Americana (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM IVTR*. Barcelona: Masson
- Ávila, A. (1995). Sobre Psicoterapeutas y psicólogos clínicos. Reflexiones en la encrucijada entre Europa y España. Papeles del Psicólogo. Revista del Colegio Oficial de Psicólogos. Época III. Pág. 61.
- Baringoltz, S. (1996): *Integración de Aportes Cognitivos a la Psicoterapia* Bs As.: Belgrano.
- Beck, A. T. (1964). Thinking and depression: Theory and therapy. Archives of General Psychiatry, 10, 561-571.
- Beck, A. T y Freeman, A (1990): *Terapia cognitiva de los trastornos de la personalidad*. Barcelona: Paidós.
- Beck, A., Rush, J. A., Shaw, B. F. & Emery, G. (2005). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Bilbao: Desclee de Browner.
- Beck, A., Wright, F.D., Newman, F& Liese, B. (1999). *Terapia Cognitiva de las drogodependencias: técnicas de terapia*. Buenos Aires: Paidós.
- Bruner, J. (1984). *Acción, pensamiento y lenguaje*. Madrid: Alianza.
- Bruner, J. (1998). *Actos de significado: mas allá de la revolución cognitiva*. Madrid: Alianza.
- Bulacio, J.M. (2011). *Ansiedad, Estrés y Práctica Clínica*. Buenos Aires: Akadia.
- Bulacio, J.M. (2004). *Ansiedad, Estrés y Práctica Clínica. Un enfoque Moderno, Humanitario e Integral*. Buenos Aires: Akadia.
- Bulacio, J.M. (2006). *Factores Inespecíficos de la psicoterapia según el modelo cognitivo constructivista realista*. Buenos Aires: Akadia.

- Camerini, J. (2005): *Introducción a la Terapia Cognitiva*. CATRC, Buenos Aires: Argentina.
- Chazenbalk, L. (1998). *Psicología Cognitiva*. Buenos Aires: E.C.U.A.
- Ellis A.; Abrahms, E. (2005). *Terapia racional emotiva*. México: Pax.
- Guidano, V. (1991). *El sí mismo en proceso: hacia una terapia cognitiva pos racionalista*. Barcelona: Paidós.
- Hewstone, M. (1992). *La atribución social: del proceso cognitivo a las creencias cognitivas*. Barcelona-Buenos Aires: Paidos.
- Keegan, E. (2008). *Escritos de Psicoterapia Cognitiva*. Buenos Aires: Paidos.
- Kaplan, H y Sadolk, B. (1995). *Tratado de Psiquiatría*. Buenos Aires: Intermédica.
- Lave, J. (1991). *La cognición en la práctica*. Barcelona: Paidos.
- Lemos, S. (1995). *Psicopatología*. Madrid: Síntesis.
- Mahoney, M. & Freeman, A. (1985): *Cognición y Psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Pueyo, A.A. (1996). *Inteligencia y Cognición*, Buenos Aires: Paidos
- Pozo, J.I. (1990). *Teorías Cognitivas del Aprendizaje*. Madrid: Morata.
- Riso, W. (2009). *Terapia Cognitiva*. Madrid: Paidós.
- Wainstein, M. (1997). *Comunicación: un paradigma de la mente*. Oficina de publicaciones del CBC: Universidad de Buenos Aires.
- Wainstein, M. (2006). *Intervenciones para el cambio*. Buenos Aires: JCE.

