

**Formulación e intervención clínica de un caso de depresión y ansiedad asociado a
privación de la libertad desde una perspectiva transdiagnostica**

Irma Helena Baldovino Pérez

***Diana Melissa Quant**

Universidad del Norte

Maestría en psicología profundización en clínica

Neiva, 12 de septiembre de 2016

***Directora**

Agradecimientos

Agradezco a la Universidad del Norte por la oportunidad en mi formación como Magister.

A mi tutora la Dra. Diana Melissa Quant, por confiar en mí como ser humano, resaltar y apoyar el fortalecimiento de mis habilidades en la práctica clínica.

Agradezco a mi familia madre, esposo e hijos, por el apoyo permanente, compañía y muestra de amor que me fortalecieron en cada momento para el alcance de esta meta.

A la institución que me apoyó, la Universidad Cooperativa de Colombia, por el tiempo y recursos económicos al servicio de mi cualificación como profesional.

Tabla de contenido

Introducción	6
Justificación	6
Objetivo	7
Historia clínica	7
Evaluación clínica y Descripción del caso	7
Descripción del problema (historia del problema) y cumplimiento de criterios DSM-5	7
Áreas de ajuste	9
Objetivos terapéuticos del Consultante	12
Procesos transdiagnósticos asociados	13
Descripción de las sesiones	14
Sesiones de evaluación conductual y formulación clínica	14
Sesiones de intervención	18
Marco conceptual	21
Formulación, análisis del caso y plan de tratamiento	27
Comunalidades de análisis funcional y clases de respuestas (fisiológica, cognitiva-verbal y patrón de comportamientos)	27
Hipótesis de adquisición y mantenimiento	31
Propuesta de intervención	33
Relación de hipótesis de mantenimiento y metas clínicas	33
Actividades y resultados de las actividades clínicas	35
Metodología	41
Participante	41
VARIABLES	41
Instrumentos	42
Consideraciones éticas	43
Resultados, discusión y conclusiones	44
Medida de cambios finales	44
Objetivos terapéuticos y logros alcanzados	51
Referencias bibliográficas	57

Lista de tablas

Tabla 1 Comunalidades de análisis funcional.....	29
Tabla 2 Integración de hipótesis de mantenimiento y metas terapéuticas	33
Tabla 3 Integración de actividades clínicas	35

Lista de figuras

Figura 1. Puntuaciones de la Escala de Ansiedad de Beck (BAI) según fase del estudio .	45
Figura 2. Puntuaciones de la escala de depresión de Beck (BDI II) según fase del estudio	46
Figura 3. Puntuaciones de la Escala de Miedo a la Evaluación Negativa (FNE) según fase del estudio	47
Figura 4. Puntuaciones de la Escala Rathus Modificada según fase del estudio	48
Figura 5. Puntuaciones de las Escalas ODSIS y OASIS según fase de estudio	50

Introducción

En el presente documento, encontrara un estudio de caso único, desde el enfoque transdiagnóstico de un consultante con problemas emocionales de ansiedad y depresión, luego de su libertad por privación de la misma durante seis meses aproximadamente. El abordaje del caso se realiza desde el estudio de los procesos causales comunes a diferentes problemas psicológicos; a partir de la formulación y análisis del caso, con descripción de las comunalidades del análisis funcional y clases de respuesta; contrastación de hipótesis de adquisición y mantenimiento; para concluir con una propuesta de intervención que integra actividades clínicas y metas terapéuticas (Castro, 2013).

Justificación

El presente estudio de caso hace un aporte a la psicología desde el análisis de un caso clínico y su abordaje a partir de la perspectiva transdiagnostica, aportando como fuente de información teórica a este modelo multidimensional, así como a la investigación de la eficacia de tratamientos transdiagnosticos de problemas emocionales comorbidos de ansiedad y depresión en un consultante adulto. De igual forma, el estudio se presenta como una propuesta de intervención en problemas psicológicos que responde etiológicamente a problemas causales comunes. Esta triple función del estudio de caso en la contribución a la teoría, la investigación y la práctica son elementos que Kazdin (2001), presenta como el valor de este tipo de investigación a la psicología clínica.

Continuando con lo anterior, para el estudio de caso único se utilizaron instrumentos que han sido manejados en otras investigaciones y que permiten corroborar los cambios en el consultante con medidas pre y post tratamiento, ello de acuerdo a las metas terapéuticas propuestas, de esta forma se puede establecer la utilidad de este tipo de instrumentos y la evaluación a partir de las medidas realizadas.

Objetivo

Intervenir los problemas emocionales de ansiedad y depresión desde los procesos y mecanismos comunes, a partir de la perspectiva transdiagnostica.

Historia clínica

Evaluación clínica y Descripción del caso

Descripción del problema (historia del problema) y cumplimiento de criterios DSM-5

Miguel de 53 años de edad acude a consulta por iniciativa propia luego de su libertad por privación de la misma durante seis (6) meses aproximadamente, recluso en una cárcel de Bogotá-Colombia por proceso judicial. Reporta una historia de tristeza, problemas de concentración, anhedonia, aprehensión, tensión muscular, problemas de sueño; acompañada de crisis migraña desde el internamiento hasta el momento de la consulta, reporta un incremento de estos síntomas en las últimas semanas.

Miguel, durante los años previos a la internación en la prisión, gozaba de gran prestigio laboral, profesional y social, caracterizado por un alto reconocimiento por parte de la comunidad académica donde se desempeña como profesor de educación superior, al tiempo que concursaba para un cargo que le permitiría un crecimiento profesional. Desde el ámbito público y privado era reconocido por los clientes y colegas como uno de los mejores abogados de la región, con grandes ideales para hacer parte de estamentos reconocidos. En el ámbito familiar se ha considerado como protector y modelo para sus hijos. Socialmente ha sido reconocido por sus comportamientos de solidaridad, compañerismo, liderazgo entre otros. En general, percibía una estabilidad en los diferentes ámbitos de su vida y se concebía como un referente para los demás.

Ciertamente el consultante es aprehendido por la fiscalía y se dicta medida de aseguramiento que lo retira de su ambiente natural trabajo, familia, sociedad y precipita una serie de emociones asociadas a la privación de la libertad.

Durante la captura se experimentan sensaciones de vacío, maltrato por la institución acusatoria basado en el procedimiento “inhumano” percibido por el consultante, desamparo, impotencia, entre otros. Durante ese tiempo presento conductas de aislamiento, llanto continuo, rumiaciones constantes frente a su ausencia principalmente en el hogar.

A partir de la reclusión en centro penitenciario y los días siguientes a la recuperación de la libertad y vuelta a la cotidianidad, el consultante presenta un malestar intenso frente a la percepción de rechazo y pérdida del reconocimiento social, problema que se manifiesta en tres sistemas de respuestas específicas, desde lo fisiológicos experimenta cefalea intensa tipo migrañosa, insomnio, embotamiento, náuseas, falta de apetito, inquietud motora. Tal como lo menciona Barlow (2002; como se citó en Amaya, Cardona, Ramírez, Sánchez y Gantiva, 2008) las reacciones fisiológicas identificadas en Miguel podrían ser desencadenadas por el ingreso por primera vez a la cárcel, el cual es considerado un factor estresante en la vida de una persona. En relación al componente cognitivo, este se caracteriza por pensamientos: “He sido muy tranquilo con la situación que viví y ahora debo ser más agresivo, debo actuar, debo defenderme”, “las personas ya no me ven como un modelo”, “me siento estigmatizado”, “la fiscalía es mala y me tengo que defender”, “tengo que ser inteligente para poder demostrar el daño que me han ocasionado”, “no me puedo concentrar”. El malestar emocional se exterioriza en conductas guiadas por la emoción como: aislamiento de las situaciones sociales, interrupción de las actividades en el trabajo, conducta pasiva (callar) ante situaciones incómodas con compañeros e intranquilidad motora.

A ello se le suma, un segundo problema, el malestar que presenta Miguel frente a la dificultad generada en su familia, a partir de la medida de aseguramiento expresado tanto

fisiológicamente como a nivel cognitivo/verbal el cual podría estar asociada al alto nivel de sintomatología depresiva y ansiosa (Pimentel y Cova, 2011). Los pensamientos que se reportan son: “Mi familia sufrió mucho por estar recluido en la cárcel”, “A mi esposa le toco muy duro, a pesar que ella es muy fuerte”, “Mi hijo no tuvo lo que necesitaba cuando yo no estaba, sus terapias, el juego”. “Mis hijos se sintieron muy mal por mi ausencia”, “Mi mamá sufrió mucho porque yo estaba sufriendo”, “Si yo hubiese estado con mi hermano estuviera vivo”, “Yo pude haber hecho muchas cosas, sino hubiese estado recluido”. Como respuesta al malestar se presentan comportamientos como callar ante los comentarios invalidantes frente a sus sentimientos o comportamientos, así como ceder ante las peticiones de la pareja.

La sintomatología presentada en el consultante a partir de la experimentación de los problemas enunciados anteriormente, síntomas de depresión y algunos síntomas de ansiedad ausentes más días de lo que está presente. Entre los síntomas depresivos se destacan insomnio, tristeza, desanimo, sentimientos de soledad, anhedonia, falta de apetito, aislamiento, baja concentración e ideas de autoeliminación no estructuradas en un plan; paralelo a ello se presenta preocupación excesiva y anticipada, el embotamiento, sensación de aprehensión, tensión muscular, cefalea con crisis de migraña, inquietud motora. Los síntomas enunciados anteriormente hacen parte de un trastornos depresivo mayor, episodio único, moderado F296.22 (F32.1) y síntomas de otro trastorno de ansiedad especificado F300.9 (F41.8) (American Psychiatric Association, 2013).

Áreas de ajuste

Los reportes realizados por Miguel, dan cuenta del funcionamiento en las diferentes áreas. A continuación, se presenta un abreve descripción de las áreas de ajuste del consultante y su funcionamiento antes y después de la experiencia en prisión.

-Ámbito laboral y profesional, se había destacado como un excelente abogado de profesión y docente universitario. Reconocido por sus clientes en el área penal, desde la academia, reconocido por sus logros en la comunidad académica en general y con

aspiraciones de crecimiento laboral, opcionado para asumir un cargo de dirección en concurso durante la época previa a la medida de aseguramiento. De igual forma se encontraba adelantando estudio de doctorado, el cual debió quedar suspendido. A partir del ingreso a prisión es descalificado en el concurso y los casos que llevaba como abogado fueron dejados a un lado y tomado por otros profesionales.

Una vez retoma la libertad, se incorpora a la jornada laboral identificando dificultades para desarrollar una jornada laboral completa, debido a que interrumpe constantemente las actividades, no se logra mantener la concentración por constantes rumiaciones frente a la forma en que fue privado de la libertad y los problemas judicial que presenta, la percepción de ser perseguido para ser encarcelado nuevamente. Las dificultades en el ámbito laboral, estaría asociados a los síntomas depresivos y ansiedad, los cuales conllevan al deterioro en la productividad y de la calidad de vida de quien la padece y en este último aspecto podría afectar a sus familiares. (Birnbaum et al., 2010; como se citó en Newby, MacKinnon, Kuinked, Gilbody y Dalglish, 2015).

Paralelamente a las dificultades laborales, se presenta en Miguel dificultades económicas, debido a que era él quien proveía dinero a la familia nuclear y extendida para suplir necesidades básicas y de pertenencia, basada en alimentación y vinculación en reuniones familiares promovidas y solventadas por el consultante. A partir del encarcelamiento el aporte económico se limita a los ahorros y negocios previos; sin embargo, la pareja debió sufragar los gastos durante esa época y los meses posteriores a su libertad. De acuerdo a los planeamientos de Acevedo (2004; como se citó en Amaya, Cardona, Ramírez, Sánchez y Gantiva, 2008), la familia de la persona privada de la libertad, también sufre perjuicios, debido a la pérdida del principal soporte económico en el hogar, y a un luego de recobrar la libertad se mantienen las dificultades en el

mercado laboral. Nueve meses después de su libertad principia realmente a recuperar parte de la pérdida económica sufrida.

-Relaciones familiares. Miguel ocupa el quinto puesto entre 7 hermanos, de los cuales el menor falleció durante la época en la cual el consultante se encontraba privado de la libertad. En cuanto a la historia de pareja, tuvo una primera relación de la cual vive un hijo de 23 años con quien mantiene una relación cordial, sin mayores inconvenientes. La familia nuclear actual, está conformada por una segunda unión libre con su pareja de la cual nacieron dos hijos de 13 y 11 años de edad con quien forma una familia funcional. Antes del ingreso al centro carcelario las relaciones familiares se desarrollaban sin mayores dificultades; la participación de Miguel en su núcleo familiar se había caracterizado por ser el cuidador de su segundo hijo quien presenta una enfermedad congénita. Había sido él quien lideraba y proveía de mayores espacios de educación y recreación al menor desde pequeño, para mantener una adecuada calidad de vida, basada en la satisfacción no solo de necesidades básicas, sino también de afecto incondicional, apoyo especializado y actividades lúdicas. En la relación con el hijo menor, se presentaban espacios de dialogo, cariño y respeto mutuo, al igual que con la pareja caracterizando la relación como funcional, basada en el compartir y la compañía; aunque en algunas ocasiones se presentaban dificultades en la comunicación que no revestían mayor importancia. Las actividades desarrolladas en familia se caracterizaban por los juegos y otras actividades que generaban unión familiar como viajes, paseos entre otras. Una vez se presenta el encarcelamiento se da la ruptura momentánea de las relaciones entre los hijos y el padre, debido a la ausencia de vinculo durante ese periodo. En esa época el hijo menor asume el papel de protector en el hogar, lo cual genera una carga emocional y de responsabilidades que supera lo esperado para su edad. Posterior a ello se presenta la libertad del padre, quien al volver

al hogar empieza a actuar conforme a sus emociones, las carencias vividas, las rupturas e inicia con conductas de alta vinculación a la familia, como reparación del tiempo percibido como perdido y el cual es vivido con sentimiento de culpa.

-Personal-social. Miguel se ha caracterizado por ser una persona solidaria, vinculado emocional y socialmente con las personas, rodeado de un gran número de “amigos”, lo cual en estos momentos pone en duda. Reconocido socialmente por su capacidad de colaboración y entrega a los demás. Durante el periodo de reclusión algunos conocidos lo visitan y establecen contacto con él. Sin embargo, otras personas no muestran ningún afecto durante ese tiempo. Al recobrar la libertad, nota la ausencia afectiva de algunas personas que anteriormente eran cercanas y reconoce que muchos dudaron de su honestidad, frente a lo cual se siente traicionado, evaluado negativamente, lo cual lo lleva a repensar en el significado de la amistad; debido a ello percibe rechazo por la experiencia en prisión, experimenta pérdida de las relaciones personales satisfactorias y pérdida del reconocimiento social; estas reacciones sociales ante el encarcelamiento de una persona, puede ser tan perjudicial como la misma privación de la libertad (Robert y Jackson, 1991). A partir de ese momento Miguel presenta conductas de aislamiento y baja vinculación social, como respuesta de evitación como rechazo a las emociones identificadas como desagradables.

Objetivos terapéuticos del Consultante

Durante las primeras sesiones se logra identificar en trabajo colaborativo con el consultante los objetivos específicos del proceso terapéutico; dada la importancia del involucramiento en el planteamiento de las metas y desarrollo de las tareas terapéuticas (Ezama, Fontanil, y Alonso, 2012).

Regular el sueño, realizar las actividades laborales sin interrupción, lograr disfrutar las mismas, expresar asertivamente sus pensamientos y emociones a quienes lo juzgan,

participar satisfactoriamente de las actividades sociales, aprender a manejar sus emociones de tristeza y ansiedad, participar satisfactoriamente de las actividades familiares, expresar asertivamente sus emociones y pensamientos y defenderlos, aceptar la muerte del hermano, por último, comenzar la proyección de un nuevo plan de vida.

Estos objetivos son planteados por el consultante con el fin de alcanzar una regulación emocional y lograr un mayor nivel de tranquilidad en la vida, que le permita trabajar en pro de la reconstrucción de su proyecto de vida y mejorar la calidad de vida.

Procesos transdiagnósticos asociados

Los procesos comunes a los problemas emocionales presentados por Miguel, se dan por una vulnerabilidad biológica y psicológica, desencadenada por la experiencia negativa en prisión. Entre los procesos se pueden identificar, la intolerancia a la incertidumbre y sensibilidad a la misma, dada por el constante temor y preocupación a una nueva situación de privación de la libertad y vivencias negativas como la experimentada bajo la medida de aseguramiento que incluye no solo situaciones de separación familiar, pérdida laboral, económica; sino también reaparición de sintomatología propia de la ansiedad y depresión. Miguel constantemente presenta atención autofocalizada a los síntomas desagradables, así como en las experiencias negativas interpretadas como aversivas; frente a lo cual presenta una reactivación emocional exagerada y disfuncional desconocida para él. Ello está acompañado de sesgos cognitivos que mantiene los errores de pensamiento y conducen a conductas de evitación. La existencia de alto afecto negativo y bajo afecto positivo se representada en la severidad de la sintomatología depresiva-ansiosa, caracterizada por la tristeza y la reactivación fisiológica, es realimentada por la catastrofización de las emociones, percepciones de daño y percepción de evaluación negativa por parte de los demás, lo

cual conduce a una severidad en la sintomatología y una disminución de la funcionalidad en las diferentes áreas de ajuste.

Descripción de las sesiones

Sesiones de evaluación conductual y formulación clínica

Se describen los objetivos iniciales y los aspectos tenidos en cuenta para la elección de la técnica utilizada.

El objetivo de estas sesiones es, describir ampliamente la sintomatología del consultante, así como comprender las emociones relacionada con los hechos más importantes que se asocian al motivo de consulta, la enfermedad actual, los aspectos generales de la historia clínica del consultante, para tener un panorama general de la situación o situaciones que lo aquejan y causan malestar. De igual forma se pretende establecer una relación terapéutica positiva, basada en el respeto y aceptación de sus emociones, y confianza para trabajar en equipo.

La entrevista inicial es semiestructurada en su primera parte, con presentación por parte del terapeuta, indagación por procesos anteriores, identificación del motivo de consulta, enfermedad actual, permitiendo la narración amplia de la sintomatología que incluye los descriptores fisiológicos identificados. A nivel cognitivo, se permite la descripción minuciosa de pensamientos, rumiaciones constantes en el usuario que están relacionados con la situación vivida y las consecuencias que el usuario ha percibido en el ámbito personal, social y profesional/laboral. A nivel motor, se identifican las conductas reiterativas que acompañan los pensamientos: aislarse de las situaciones sociales, interrumpir las actividades en el trabajo, callar ante situaciones incómodas con compañeros, intranquilidad. Las sesiones de evaluación se desarrollan entre la primera y la cuarta sesión, durante la quinta sesión se presenta la formulación del caso clínico, que tuvo como objetivo presentar al usuario de una forma integrada los problemas identificados que se traducen en síntomas y situaciones

presentadas que causan malestar; de igual forma se exponen los antecedentes que condujeron a la aparición de los problemas, así como las contingencias que los mantiene. Se presentan las hipótesis de mantenimiento del malestar identificado en el consultante y la explicación de los problemas del cliente. Se le permite a Miguel validar la verdadera naturaleza de los problemas, buscando verificar si lo planteado en la formulación del caso a partir del análisis de las conductas, así como de lo identificado en la evaluación corresponde a la naturaleza de lo vivido por el consultante.

De igual forma se presentan las metas terapéuticas y la relación con los objetivos de tratamiento propuestos por Miguel, se permite que exprese la opinión frente a la formulación presentada; mostrando aceptación por el planteamiento y expresando acuerdo con las metas señaladas y compromiso con el proceso terapéutico para la consecución de las mismas.

A continuación, se presenta un apartado de las primeras sesiones, la T se refiere al terapeuta y M a Miguel:

T: me gustaría conocer sobre la experiencia vivida durante la medida de aseguramiento. Podría usted narrar, como fue esa experiencia, las emociones que experimento; ¿así como los comportamientos que usted tenía?

M: ¡eso fue terrible!, desde el momento en que me aprehendieron, fue inhumano, lo que me decía, lo que salió en los periódicos. En prisión permanecía gran parte del tiempo solo, me aislé, leía mucho. En las noches no podía dormir y buscaba espacios donde recibiera aire frío para combatir las sensaciones desagradables a nivel corporal. Me sentía solo, humillado, maltratado, defraudado por el sistema. [Tono emocional de profunda tristeza y nostalgia durante la narración; expresión no verbal de dolor, hombros caídos, mirada evasiva, postura de pesadez y tensión muscular en rostro y brazos]

T: ¿podría usted describir como era su vida antes y después de la medida de aseguramiento? En una escala de 1 a 10 como era su satisfacción a nivel familia, laboral y social. 1 mínimamente satisfecho y 10 totalmente satisfecho.

M: antes totalmente 10 y ahora en promedio 4 o 5.

T: entiendo, usted quiere decir que su satisfacción se ha reducido a 4 o 5, es decir la mitad. Ahora bien, ¿en qué aspectos de su vida se presenta esta satisfacción disminuida?

M: ¡en todos!, en el trabajo, por ejemplo, perdí muchas oportunidades, porque estaba viviendo mi mejor momento antes de ir a la cárcel, antes que me hicieran el daño que me hicieron. Estaba concursando para un cargo importante en una universidad y yo era el más opcionado; tenía muchos procesos jurídicos que como abogado estaba llevando, estaba trabajando para lograr un sueño que tenía y era ser magistrado de la corte suprema y me estaba formando para ello. Era muy reconocido y admirado en la región como profesional; ahora no, me siento defraudado por el sistema, ese que tanto defendía y en el que creía. A nivel económico deje de proveerle a mi familia lo que necesitaba, y por eso hasta ahora me estoy levantando de las deudas, pero reduje considerablemente mis ingresos a la familia y ahora me ha costado recuperarme y tener la cantidad de trabajos, como yo litigo, antes tenía muchos casos ahora no me los dan.

Desde lo personal antes me sentía completamente satisfecho, le doy un 10 y ahora después de esta experiencia, me siento en un 3, porque antes llevaba una vida tranquila, sin tantas complicaciones fisiológicas y no me sentía triste, ni deprimido y no sentía esta aprehensión en el pecho, problemas de sueño y tanta migraña. En lo familiar, antes estaba todo bien, no era perfecto, pero ahora después de eso en la familia todo cambio, hay tensión, siento que me culpan de no haber estado en casa y yo también creo que soy culpable de lo que pasaron mis familiares mientras yo estuve allá, sobre todo de lo que les faltaba, yo creo que ahora estoy en un 4.

T: entiendo todo lo que usted menciona, observo lo mal que se siente al percibir que perdió todo lo que ha mencionado, ¿y a nivel familiar como lo vivió?

M: el dejar a mi hijo solo, mi hijo que no habla, que me necesitaba porque yo he sido todo para él, sé que los demás podían hacer muchas cosas para sobrellevar la situación, pero él por esa condición no puede expresarse y yo no estaba allí para atenderlo, cuidarlo, jugar con él. Yo soy la persona que lo acompaña todas las noches a dormir, el que lo llevaba a las terapias. Eso fue lo más duro. Mi mamá también sufrió mucho por mí, no poder estar pendiente yo de ella, ella está enferma y sin yo poder estar allí; además la muerte de mi hermano, la cual pude haber detenido y no hice nada. Todo eso me hace sentir culpable y me hace tener rabia con lo que tuve que vivir allá encerrado sin necesidad porque yo no era un peligro para la sociedad como lo decía la fiscalía, ellos me acusaron y me ultrajaron, me trataron como lo peor, violaron mis derechos como persona, me pisotearon. Mi esposa ha tenido que ser fuerte para poder hacer frente sola a la situación. Mo otro hijo le toco hacer el papel de hijo mayor para poder hacer frente a lo que se necesitaba.

T: y en lo social usted mencionaba que ya no es tan reconocido, ¿podría hablarme de ello?

M: es que antes yo era el modelo a seguir, tenía muchas personas cerca, luego de salir me doy cuenta que la gente habla mucho y me dañan. Se dice muchas cosas y eso que viví me marco y me quito el prestigio que tenía, ahora no quiero salir a reuniones sociales, no acepto invitaciones, no quiero hablar con los demás; sé que muchas personas dicen cosas cuando yo no estoy. Por ejemplo, la semana pasada me encontré con un amigo, bueno un conocido y me abrazo fuerte cuando me vio y él estaba con otro colega que le estaba hablando mal de mí antes que yo llegara, el otro me saludo como si me estimara, pero por lo que viví ahora estoy siendo maltratado, calumniado.

T: más adelante profundizaremos sobre estos aspectos y las emociones que se han presentado con cada uno de estos momentos.

Al finalizar la primera sesión se le presento un registro de observación de la respuesta emocional, el cual se diligencio con el consultante y luego se dejó para la casa, como trabajo entre sesiones con el fin de lograr una mayor conciencia de las respuestas emocionales ante diferentes situaciones, identificando los siguientes aspectos: las emociones identificadas son miedo o temor, rabia, tristeza, frente a eventos como visita al psiquiatra, comentarios de colegas, comentarios de la pareja, dificultades familiares. Las respuestas conductuales y el impulso que las acompaña son escuchar lo que le dicen y dialogar con colegas, no prestar atención a comentarios de los demás, tranquilizarse. Los pensamientos que aparecen en las situaciones son “es posible que este enfermo”, “las personas no me conocen”, “se aprovechaban de mí y yo lo permitía”. Es importante resaltar que también se presentaron situaciones agradables en el ejercicio de la docencia, donde se sentía complacido, feliz y alagado por los demás, con pensamientos opuestos a los anteriores relacionados “los estudiantes me aprecian”, “algunas personas sienten respeto y admiración por mí”, “algunas personas creen que conmigo fueron injustos”.

Sesiones de intervención

Las sesiones de intervención se desarrollaron a partir de la formulación del caso, es decir desde la sexta sesión hasta la sesión diez y nueve se realizan las actividades clínicas específicas para alcanzar las metas terapéuticas planteadas. Las intervenciones que se realizaron fueron a) la psicoeducación del problema, diagnóstico psiquiátrico y explicación de la naturaleza de emoción, b) el entrenamiento en conciencia plena mindfulness y respiración profunda c) relajación muscular y respiración profunda, d) reestructuración cognitiva, e) entrenamiento en autovalidación, modelamiento y juego de roles para entrenamiento en respuesta asertiva, y f) aceptación de la realidad a través de ejercicios simbólicos.

Se presenta un apartado del ejercicio de reestructuración cognitiva:

T: hoy vamos a trabajar la terapia de reestructuración cognitiva, el objetivo de la misma es la modificación de ideas/creencias irracionales. Recuerda usted que ha realizado un registro de pensamientos, a partir del cual se logró identificar algunos pensamientos automáticos, llegando a la creencia central “soy débil”, “soy vulnerable”.

M: sí, claro,

T: ¿en qué momentos, usted se ha sentido débil?

M: Esto parece cuando los demás se aprovechan de mí.

T: ¿en que otro momento, usted ha pensado “soy débil”?

M: cuando me atacan y yo no expreso lo que pienso.

T: en una escala de 1 a 10 cuanto cree usted que es débil. 1 es nada y 10 totalmente convencido.

M: en un 7.

T: es alto el valor de convencimiento que tienes de la creencia. Ahora bien, ¿qué evidencias o experiencias tiene usted que le confirma la creencia “soy débil”?

M: por ejemplo, cuando mi familia me pide que la ayude económicamente y yo no digo que no. Sé que debería decir que no, pero no soy capaz. Bueno realmente esto me pasaba antes. Ahora digo que no, pero me cuesta hacerlo.

T: Es decir, que cuando usted piensa que hace cosas por complacer a otros, significa ¿qué es débil?

M: si, es que soy sobreprotector con mi familia, es cierto lo que me han dicho soy idealista en eso.

T: ¿cuándo usted habla de sobreprotección, quiere decir que busca proteger a los demás?

M: si, pienso en lo que yo puedo hacer para ayudarlos, para protegerlos y si lo puedo hacer, es difícil decir que no.

T: Ha pensado. ¿Si una persona que protege a los demás, podría llamarse débil?

M: mmmmm. [Silencio]. Creo que no sería débil. Pero si no dice que no, sí lo es.

T: entonces, ¿las personas que tienen dificultades para decir que no, serían débiles?

M: débil, porque no dicen no.

T: ¿podría por favor citar los comportamientos de una persona débil?

M: es posible que sean sensibles a lo que los demás opinen, por ejemplo, yo soy más sensible que mi pareja.

T: el hecho que usted sea sensible y su pareja no, ¿lo hace débil? O ¿lo hace diferente?

M: ¡sí! Claro diferente.

T: entonces, ¿es posible que en lugar de pensar “soy débil”, pensar “soy diferentes”?

M: sí.

T: si usted actuara “como si”. “Soy fuerte”, o “no soy débil”, ¿cómo sería?

M: diría que no a las peticiones de los demás, sin sentirme mal. Expresaría inconformidades con el trato de otros.

T: ¿alguna vez usted ha dicho que no?

M: sí, claro, lo he hecho.

T: ¿alguna vez usted ha expresado sus inconformidades?

M: muchas veces.

T: entonces, ¿podríamos cambiar la idea “soy débil”, a “algunas veces me cuesta decir que no”, “algunas veces no expreso mis inconformidades”?, ¿está de acuerdo?

M: sí.

T: Ahora, ¿qué tan fuerte es la creencia “soy débil” de 1 a 10?

M: 4. Podría ser.

T: bueno veo, que la certeza que le daba disminuyo, aunque debemos seguir trabajando en ella, esto lo haremos en la próxima sesión.

Se finaliza la sesión explicando cómo se constituye la creencia y a partir de la generalización y la abstracción selectiva la creencia se fundamenta. Se le solicita al consultante realizar ejercicios en la vida diaria, utilizando el debate por lo menos con un pensamiento negativo que surja en el día.

Marco conceptual

En el estudio de la psicopatología y los problemas psicológicos se identifican diferentes modelos teóricos que buscan explicar la forma de entender la conducta y las formas de intervención. Para dar respuesta a estos elementos, se revisan los modelos categorial y dimensional en el estudio de los trastornos psicológicos.

El modelo categorial, se centra en la identificación de los signos y los síntomas que padece una persona, lo que concluye en un diagnóstico clínico, tal y como lo representa el manual diagnóstico y estadístico de los trastorno mentales DSM, actualmente en su quinta versión. El cual describe cada uno de los criterios que se presentan en un trastorno clínico específico.

Por su parte, el modelo multidimensional revela la forma de interacción de diferentes dimensiones y procesos causales comunes a un comportamiento funcional o disfuncional. Entre las dimensiones se encuentran la contextual-ambiental, la dimensión individual y la temporal-evolutivo, cada una de ellas se inter-relacionan dependiendo del problema psicológico que se presenta. La dimensión contextual involucra el ambiente físico y el ambiente sociocultural; la dimensión individual incluye las características biológicas (genética, morfológica, fisiológicas) y los procesos psicológicos básicos implicados en la relación del ambiente y la condición biológica del individuo. Por último, la dimensión temporal-evolutiva, contempla factores de maduración y desarrollo, historia de aprendizajes y vulnerabilidades. Aunque en algunos casos se referencia como punto de partida para el análisis del comportamiento una dimensión sobre las demás, no son entendidas como

procesos independientes, sino como factores susceptibles de ser descritos para hallar su interacción en los distintos trastornos del comportamiento (Castro, 2011).

Entendiendo la relevancia del estudio de caso, desde el análisis de procesos causales comunes a diferentes problemas psicológicos, se presenta el modelo transdiagnóstico como un enfoque que permite entender, clasificar e integrar los procesos biológicos, cognitivos y conductuales comunes a diferentes diagnósticos psicológicos, resaltando la etiología del problema y los factores mantenedores responsables, junto a las contingencias existentes en la conducta del individuo en un modelo dimensional; trascendiendo las limitaciones existentes en el estudio de los síntomas del sujeto desde un modelo categorial, e identificando los procesos comunes (Sandin, Choroy y valiente, 2012).

Acorde con lo anterior, en el análisis de caso desde la perspectiva transdiagnóstica, se aborda la explicación holística de la psicopatología y la relación entre los procesos, factores o dimensiones comunes a un grupo de trastornos clínicos (Sandin et al., 2012). Tal como lo menciona Craske (2012; como se citó en Newby, MacKinnon, Kuinked, Gilbody y Dalgleish, 2015) el enfoque transdiagnóstico se aleja de una concepción única del trastorno y trasciende los problemas de comorbilidad existentes en el estudio de la sintomatología clínica, resaltando su importancia en la conceptualización y tratamiento de los trastornos emocionales desde la explicación de la etiología común a los procesos mentales, permitiendo así un cambio de paradigma en el estudio de la psicopatología y sus formas de intervención.

La comorbilidad de los trastornos como un fenómeno frecuente, es una situación que no es ajena a los trastornos del estado de ánimo y los trastornos de ansiedad; lo cual podría explicarse no solo por la superposición de síntomas, sino por el riesgo existente de presentar un trastorno cuando ya preexiste otro (Krueger, Watson, Barlow; 2005 como se citó en Malicki, Ostaszewski, 2014). Esta elevada comorbilidad de trastornos clínicos, ha sido objeto de números estudios científicos. Entre los trastornos con mayor comorbilidad se

encuentran, los trastornos de ansiedad (trastorno de ansiedad generalizada, fobia social) y los trastornos del estado de ánimo (la depresión mayor y la distimia); sin embargo, el porcentaje de aparición de la comorbilidad de estas dos categorías depende del trastorno específico a estudiar, estos datos son revelados por los estudios de Mineka, Watson y Clark (como se citó en Sandín et al., 2012). De igual forma si se revisa la comorbilidad de los síntomas propios de los trastornos antes citados, como la anhedonia, los síntomas psicofisiológicos (tensión, cefalea, aprehensión entre otros), comportamentales como la evitación situacional, los índices de comorbilidad también son elevados (Sandín, Chorot, Valiente y Chorpita, 2010; como se citó en Sandín et al., 2012). Una explicación que surge para entender las altas tasas de comorbilidad, hace referencia a la existencia del denominado síndrome neurótico (Andrews, 1990, 1996; Brown y Barlow, 2009; Brown, Chorpita, y Barlow, 1998; Tyrer, 1989; como se citó en Farchione, Fairholme, Ellard, Boisseau, Thompson-Hollands, Carl, Gallagher, y Barlow, 2012).

Análogo a lo anterior, desde la perspectiva transdiagnóstica los trastornos clínicos como la ansiedad y la depresión son susceptibles de ser explicados en su etiología y su gravedad, a partir de la identificación de las dimensiones básicas comunes. Aparece así, el concepto de sensibilidad a la incertidumbre como elemento de la ansiedad, que en lugar de establecer una alta diferencia entre estas dos entidades, encuentra un punto en común entre las mismas, hallándose como una variable de vulnerabilidad a la aparición de estos dos problemas psicológicos (Taylor, 1999; como se citó en Sandín et al., 2012). Para Kendler, 1996; Kessler et al, 2005 (como se citó en Newby et al., 2015) los trastornos depresivos y los de ansiedad comparten factores de riesgo genéticos, familiares y ambientales, lo que afirma la existencia de procesos etiológicos y factores de mantenimiento comunes a ambos cuadros clínicos. Profundizando en el concepto de intolerancia a la incertidumbre como factor de vulnerabilidad cognitiva en la mayor parte de los trastornos de ansiedad y de los trastornos

depresivos (Carleton et al., 2012). Este concepto es definido por Sandin et al. (2012) como una “respuesta negativa a la ambigüedad; es la tendencia a reaccionar negativamente a los sucesos o situaciones percibidas como inciertas” (p. 194). Por lo tanto, la persona al experimentar como estresantes las situaciones inciertas, desarrollan conductas de evitación. Desde lo cognitivo se presentan creencias de incapacidad para enfrentar tal ambigüedad y de esa forma puede estar relacionada con el inicio del mantenimiento de la ansiedad.

Se debe agregar que, para Barlow (2000) y Barlow et al. (2004) (como se citó en Sandin et al., 2012) existen “cuatro principios psicopatológicos transdiagnósticos fundamentales que subyacen a los trastornos emocionales: la atención autofocalizada (auto-preocupación neurótica), la percepción de incontrolabilidad e impredecibilidad, las tendencias a la acción, y la evitación” (p. 194). Tanto la atención autofocalizada como la percepción de incontrolabilidad se fundamentan en las evaluaciones negativas, ante señales de peligro internas o externas. Estas evaluaciones erróneas de interpretación catastrófica de las situaciones, pueden conllevar a la evitación a través de rituales, rumiación, evitación social entre otras. La atención focalizada como factor de vulnerabilidad para la depresión y ansiedad también es precisado por Ingram (1990; como se citó en Barlow, 2002).

Avanzando en los modelos que estudian la relación entre el trastorno de ansiedad y el depresivo, se puede citar a Clark y Watson (1991) con el modelo tripartito, el cual pasa de ser un modelo diferenciador entre los dos trastornos a ser un modelo integrador del afecto. El cual explica la relación de estos dos problemas clínicos, a partir del factor general denominado afecto negativo, más allá de los factores específicos como el bajo afecto positivo (anhedonia) para los trastornos depresivos y el factor hiperactivación fisiológica propio del trastorno de ansiedad. A partir de la similitud entre los trastornos psicológicos, los autores proponen para estas problemáticas un diagnóstico mixto de ansiedad – depresión.

De manera semejante, Owel (2011) menciona los diferentes estudios de los trastornos de ansiedad y depresión, presentados como problemas emocionales, en los que se identificaron procesos comunes a los trastornos del eje I, entre ellos los sesgos atencionales, sesgos en el procesamiento de información, los sesgos de memoria y razonamiento; de igual forma pensamientos negativos recurrentes, creencias y alteraciones en los procesos de comportamiento como la evitación. Lo que significa que, más que explicaciones específicas a un problema, los procesos cognitivos y comportamentales son los mantenedores de los diferentes problemas psicológicos (Harvey et al., 2004; como se citó en Owen, 2011). Por su parte Mathews y MacLeod (2005; como se citó en Owen, 2011) sugieren que el sesgo interpretativo catastrófico y el sesgo atencional existente en los trastornos de ansiedad como el de pánico y la fobia social, así como el estilo de atribución y la rumiación en la depresión son los procesos cognitivos de tipo negativo común con el mantenimiento de estos trastornos clínicos.

Hay que mencionar además, que existe entre los factores comunes a los trastornos emocionales el aumento de la reactividad emocional que predispone al individuo a percibir las experiencias de vida como aversivas, por lo que el individuo busca alterar, eludir, o controlar la respuesta emocional. De allí que, los procesos comunes a los trastornos emocionales son susceptibles de responder a un conjunto de principios terapéuticos que permite el abordaje de las problemáticas existentes (Harvey, Watkins, Mansell, y Shafran, 2004; como se citó en Farchione, Fairholme, Ellard, Boisseau, Thompson-Hollands, Carl, Gallagher, y Barlow, 2012).

Por su parte Barlow (2002), menciona las vulnerabilidades a los trastornos emocionales, como son la vulnerabilidad biológica general, que se refiere a la transmisión genética de mutaciones o del temperamento, la cual aparece en el individuo con trastorno de ansiedad y afecto negativo como neuroticismo, inhibición conductual y la vulnerabilidad psicológica

general que corresponden a experiencias de falta de control, y predicción como en el abuso, el abandono y el maltrato. Estas vulnerabilidades podrían representar un factor crucial en la aparición de trastornos de ansiedad y depresión.

Considerando la hipótesis de la existencia de comunalidades y vulnerabilidad general, en los trastornos de ansiedad y depresión, se sustenta la posibilidad de desarrollar y aplicar protocolos integrativos y unificados para estos trastornos emocionales, por la presencia de procesos y mecanismos comunes en ambos cuadros clínicos. (Barlow, Allen y Choate, 2004; como se citó en Sandin et al., 2012).

Por su parte, Barlow et al. (2004) proponen tres componentes terapéuticos en el tratamiento unificado transdiagnóstico para el abordaje de los trastornos emocionales (ansiedad, depresión, ira), así: a) modificar las evaluaciones erróneas antecedentes como son la probabilidad de que ocurra un suceso negativo llamada “sobreestimación”, el catastrofismo, pensar en consecuencias negativas si un suceso negativo llegase a ocurrir. b) Prevenir la evitación emocional en sus diversas formas, como son la evitación cognitiva, la evitación conductual y la evitación somática; c) Modificar las tendencias a la acción emocionales, prevenir las tendencias a la acción alterada asociadas a la ansiedad y facilitar otras a acciones más adaptativas. A este protocolo se le agregó un cuarto módulo para incrementar la conciencia emocional. Sin embargo, el aspecto central del tratamiento se mantiene en la prevención de respuesta, exposición conductual e interoceptiva y la identificación y modificación de las cogniciones (Ellard, Fairholme, Boisseau, Fairchione y Barlow, 2010; como se citó en Sandin, et al., 2012).

Entre los objetivos del protocolo unificado para el tratamiento de los trastornos de ansiedad desde el enfoque transdiagnóstico y con intervenciones basadas en la terapia cognitivo conductual, se encuentra el desarrollo de habilidades de conciencia y regulación emocional; así como facilitar la flexibilidad cognitiva y disminuir las conductas de evitación

en el consultante que potencializa conductas desadaptativas (Ellard, Fairholme, Boisseau, Farchione, y Barlow, 2010; como se citó en Newby et al., 2015). El uso de atención plena-mindfulness, conduce a una menor evitación de experiencias emocionales negativas, aunque al inicio del tratamiento se perciba un incremento en la angustia cuando el consultante no es experimentado, percibiendo una reactividad emocional, mientras que los consultantes experimentados ganan mayor estabilidad con menor esfuerzo consciente; ello se presenta al practicar continuamente la estrategia y así se disminuyen los impulsos destinados a la evitación de la emoción (Harvey, 2004).

Continuando con lo anterior, la perspectiva transdiagnóstica permitiría la eficacia de tratamiento, bajo la especificidad de un tratamiento único, para varios trastornos. Esto fue evidenciado por Tsao et al. (2002; Como se citó en Harvey, 2004) con la aplicación de un tratamiento de terapia cognitivo conductual basado en la focalización para el trastorno de pánico y agorafobia, disminuyeron la gravedad de los síntomas de ansiedad y depresión, así como su prevalencia. De igual forma, Harvey (2004) citó otros estudios realizados por Brown y Barlow (1992), Borkovec et al. (1995), Brown (1995) y Belanger et al. (en prensa); que evidenciaron resultados similares logrando la remisión total de síntomas de trastornos comorbidos, con mantenimiento de resultados en un periodo de 6 meses postratamiento; lo anterior podría merecer la explicación de procesos comunes que dan relevancia a tratamientos transdiagnósticos.

Formulación, análisis del caso y plan de tratamiento

Comunalidades de análisis funcional y clases de respuestas (fisiológica, cognitiva-verbal y patrón de comportamientos)

En la siguiente figura se muestran las conductas actuales que presenta el consultante como aislarse de las situaciones sociales, interrumpir las actividades laborales, callar ante situaciones incómodas y permitir la invalidación por parte de compañeros y pareja; así como

la experiencia de intranquilidad permanente; estas se pueden considerar clases de respuestas funcionales debido a que cumplen una misma función, aunque su topografía sea diferente (Castro, 2011). Las respuestas anteriores son antecedidas usualmente por la activación interoceptiva previa del sistema nervioso, como lo es la falta de un sueño reparador e inadecuada alimentación; al igual que la activación exteroceptiva expresados en la percepción de comentarios negativos hacia él, la percepción de daño y los antecedentes verbales identificados como: “Soy débil”, “Soy vulnerable”, “soy culpable”. Ahora bien, las conductas mencionadas como actuales responden a contingencias mantenidas por refuerzo negativo, como a evitación emocional de la ansiedad que genera una percepción de alivio al malestar ante la anticipación a la exposición en situaciones vividas que son reconocidas como displacenteras, culminando en una respuesta de evitación situacional. De igual forma a nivel cognitivo, se mantiene un número de distorsión como son la catastrofización, la abstracción selectiva que se presentan cuando el usuario percibe como devastadoras las posibles consecuencias de las situaciones, por ejemplo, al percibir que lo vigilan, entonces piensa que es probable que logren otro complot y vuelva a la cárcel, creer que perdió el prestigio y no lo volverá a recuperar. Por su parte, la abstracción selectiva se presenta en los momentos en que observa solo los aspectos negativos en la cotidianidad, entre ellos “las personas hablan mal de mí”, de igual forma se presenta la inferencia arbitraria así: “alguien está atento a mis comportamientos para hacerme daño”. Otra distorsión que aparece es la minimización que se identifica en el pensamiento “no podré hacerle frente a la situación” en la medida en que se le dificulta la identificación de habilidades propias para enfrentar la situación, este sesgo aparece a la par que la catastrofización de la situación, al verla como algo catastrófico como su nombre lo indica. Estos estilos de procesamiento de la información se identifican como indicadores de vulnerabilidad de la depresión y se caracterizan por ser rumiativos y difícil de abandonar (Nolen-Hoeksema, Wisco y Lyubomirsky, 2008; como se citó en Duque; López-

Gómez; Blanco y Vázquez, 2015). Siguiendo con lo anterior, el procesamiento de esta información negativa en el consultante y su dificultad por apartarse de esos pensamientos, podría estar asociado a las dificultades inhibitorias corticales relacionadas con la depresión (Disner, Beevers, Haigh y Beck, 2011; como se citó en Sánchez y Vázquez, 2012).

De otro lado, las conductas opuestas cumplen la función de ser conductas alternativas en las cuales se centra el tratamiento, entre ellas: participar en actividades sociales, realizar las actividades laborales sin interrupción, expresar asertivamente sus incomodidades, auto validarse y no permitir invalidación de los demás. Estas formas de respuesta tienden a presentarse con menor frecuencia por el temor a ser castigadas por lo que las conductas actuales se mantienen y aún podrían incrementarse.

Las respuestas que aparecen comunes a los problemas revelados por el usuario desde lo orgánico, como la activación del sistema nervioso simpático, se relacionan y actúan con la evaluación negativa y percepción de daño que controlan la aparición de las conductas del individuo. Por otra parte, ante la percepción de síntomas de ansiedad y tristeza el usuario tiende a evitar las situaciones para disminuir las sensaciones anticipadas que generan malestar.

Tabla 1. Comunalidades de análisis funcional

ANTECEDENTES	CONDUCTAS	CONSECUENCIAS			
		Refuerz o -	Refuerz o +	Feedback	Casti go
				Distorsión cognitiva:	
Interoceptivos Activación previa por falta de sueño reparador e	Actuales Aislarse de las situaciones sociales	X		Catastrofiza ción	
	Interrumpir las actividades laborales		X	Abstracción selectiva e	

inadecuada
alimentación

inferencia
arbitraria

Callar ante situaciones
incomodas y permitir la
invalidación por parte de
compañeros y pareja,
intranquilidad

X

Minimizació
n

Exteroceptivos

Opuestas

Comentarios

negativos hacia
él Percepción de
daño

Participar de actividades
sociales

C
+

Realizar las actividades
laborales sin interrupción
Expresar asertivamente sus
incomodidades

C
+
C
+

Auto validarse y no perimir
invalidación de pareja y
compañeros

C
+

Verbales

“Soy débil”, “Soy
vulnerable”, “soy
culpable”

CLASES DE RESPUESTA IDENTIFICADAS

Estructurales	Variables Control	Funcionales	Variables Control
	Evaluación negativa	Evitación emocional	Ansiedad y tristeza
Activación del sistema nervioso simpático	Percepción de daño	Evitación situacional	Situaciones sociales (donde perciba evaluación negativa de los demás)

Fuente. Castro, 2013. Guía de formulación clínica.

Hipótesis de adquisición y mantenimiento

Las vulnerabilidades y factores protectores relacionados con los problemas identificados permiten explicar la hipótesis.

Los problemas que presenta Miguel, se desarrollan a partir de una situación de privación de la libertad por medida carcelaria, manifestado como malestar de índole emocional que afecta las áreas de funcionamiento. Las problemáticas son el resultado de un proceso complejo, multidimensional que parte de una posible vulnerabilidad psicológica, expresada en comunicación pasiva mantenida en su historia de aprendizaje, sensibilidad emocional, interpretaciones negativas de acontecimientos; así como vulnerabilidades ambiental/Contextual centrada en la pérdida de reconocimiento social y laboral/profesional y la presencia de conductas de invalidación por parte de la pareja y compañeros de trabajo. De acuerdo con los postulados de Sandín et al. (2012), este tipo de vulnerabilidad psicológica, podría desarrollarse complementaria a la vulnerabilidad biológica (inhibición conductual-pasividad) a través de experiencias de estrés psicosocial, que llevan al individuo a generar un sentido de incontrolabilidad, como aspecto fundamental del afecto negativo y los trastornos emocionales que de ello se deriva. Desde lo Biológico, con historial de crisis migrañosas esporádicas, que no alteraba el funcionamiento en las diferentes áreas de ajuste.

Durante la consulta se evidencia, alta capacidad de insight y habilidades para expresar sus emociones, autoobservación de las mismas, pensamientos y comportamientos. Este elemento se relaciona a la adecuada capacidad intelectual y alta sociabilidad previas al trauma. En experiencias anteriores, se destaca el auto-reconocimiento y reconocimiento de su grupo de apoyo por adecuada capacidad laboral-profesional y social, una crianza fundamentada en reglas y valores familiares como la unión y el respeto.

Las hipótesis de mantenimiento resultan de los análisis funcionales realizados a las conductas del usuario, el análisis funcional es entendido como:

La hipótesis dinámica (es decir, que puede cambiar con el tiempo) que mantiene un clínico sobre: (a) los problemas de comportamiento y los objetivos del tratamiento del cliente, (b) las relaciones funcionales entre ellos, (c) las variables que influyen en los problemas y en las metas del cliente y son influidas por ellos, (d) la fuerza y la forma de las relaciones causales y no causales relacionadas con dichos problemas y objetivos de intervención y (e) las facetas y atributos importantes de todas estas variables (Keawé'aimoku Kaholokulaa, Godoyb, O'Brienc, Haynesa y Gavino, 2013, p.120).

El resultado de los análisis, permite identificar las siguientes hipótesis de mantenimiento: la respuesta emocional condicionada ante la percepción de daño y evaluación negativa, déficit en la comunicación asertiva, por lo cual se le dificulta hacer frente a los comentarios negativos e invalidante por compañeros, invalidación emocional por parte de la pareja frente a las emociones experimentadas luego de la medida carcelaria; déficit en el control de emociones negativas, relacionadas con la ansiedad; desconocimiento de la problemática y los factores que la mantienen; existencia de un conjunto de creencias intermedias “si no me defiendo, entonces me siguen juzgando mal”, “si esto no me hubiera pasado, entonces yo sentiría la misma pasión por mi trabajo”. “si no hay pasión las cosas, es porque no las estoy haciendo bien”, “si yo hubiera sido más astuto, esto no hubiera pasado” “si yo hubiera estado con mi hermano, él no se hubiere muerto” “si yo hubiera estado mi mamá no sufriría”- “si creo en las personas, entonces, me defraudarán”, “si me alejo, entonces no me harán daño”. Los pensamientos son soportados por los errores cognitivos y distorsiones del tipo atención selectiva que se presentan en percepción específica de hechos negativos y mantención de pensamientos relacionados con los mismos. Miguel coloca gran carga emocional a las sensaciones

experimentadas y catastrofiza los hechos que ocurren, frente a los cuales percibe la pérdida del control y pocas posibilidades de responder a ellos por lo que se visualiza la minimización de capacidades. Las Creencias centrales que sostiene el pensamiento de Miguel se basan en “soy vulnerable” esto mantiene la forma de comportarse y las percepciones de daño mencionadas; frente a lo cual se experimenta un “soy débil” al percibir pocas habilidades para hacer frente a las situaciones y ante las que aparecen los síntomas de depresión y ansiedad. La creencia “soy culpable” es la atribución que se hace de los eventos negativos sucedidos en su familia durante y después del encarcelamiento. Las conductas presentadas por Miguel se mantienen por refuerzo negativo en la evitación del malestar emocional y situacional.

El malestar ante la percepción del poco apoyo familiar y social se presenta como resultado de unas expectativas poco realistas, idealizando los vínculos. La pérdida del refuerzo social, por el encarcelamiento, es vista como pérdida de reforzadores de las relaciones interpersonales, las cuales pueden ser consideradas como dolorosa (Scully, Tosin y Banning, 2000; como se citó en Kamenetzky, Cuenya, Elgier, López, Fosachecha, Martin, y Mustaca, 2009), puede ser vivida como una experiencia de estrés negativo debido al distanciamiento en este caso real de un grupo social (Einsenber y liberman; como se citó en Kamenetzky et al., 2009).

Propuesta de intervención

Relación de hipótesis de mantenimiento y metas clínicas

A continuación, se presentan las hipótesis de mantenimiento y las metas terapéuticas que se proponen para el caso clínico.

Tabla 2. Integración de hipótesis de mantenimiento y metas terapéuticas

Hipótesis de Mantenimiento	Metas Terapéuticas
-----------------------------------	---------------------------

Desconocimiento de la problemática y

factores que la mantienen.

Se presenta por un proceso de aprendizaje- condicionamiento e información

Respuesta emocional condicionada ante la percepción de daño y evaluación negativa, se presenta por proceso biológico:

Problemas de sueño

Migraña

Déficit en la comunicación asertiva. Se presenta por proceso cognoscitivo

Creencias Centrales e intermedias. Se presenta por proceso cognoscitivo: “soy débil”, “soy vulnerable”, “soy culpable”

Malestar frente a la percepción de daño. Se presenta por un proceso motivacional

Ampliar conocimiento sobre la naturaleza de las emociones-

Adherencia al tratamiento

Aumentar la tolerancia y aceptación emocional

Desarrollar habilidades comunicativas para responder a comentarios invalidantes

Autovalidación

Reestructuración cognitiva para la modificación de creencias intermedias y centrales

Aceptación del nuevo estilo de vida

Expectativas realistas de apoyo social

Fuente. Castro, 2013. Guía de formulación clínica.

Las hipótesis de mantenimiento surgen del análisis funcional y están organizadas en los procesos transdiagnósticos biológico, aprendizaje/condicionamiento y repertorios, aprendizaje/cognitivo/ información y motivacional. Frente a estos procesos responsables de la presencia de síntomas depresivos y ansiosos se presentan metas terapéuticas, las cuales junto a las metas del consultante buscan lograr los objetivos planteados para el tratamiento del caso.

Actividades y resultados de las actividades clínicas

Tabla 3. Integración de actividades clínicas

Metas terapéuticas	Descripción de la actividad	En sesión		Fuera de sesión
		Psicoeducación /Información	Entrenamiento	
Ampliar conocimiento sobre la naturaleza de las emociones-	Se realiza explicación sobre la naturaleza de las emociones	x		Observación conductual
Adherencia al tratamiento	Psicoeducación		X	Registro de Observación respuesta emocional
Lograr que el consultante se relacione de una manera diferente con sus emociones	Entrenar en conciencia plena- Mindfulness		X	Aplicación de las técnicas una vez al día
Modificación de creencias intermedias y centrales	Entrenar en relajación muscular progresiva			
	Reestructuración cognitiva a través del análisis de responsabilidades, descubrimiento guiado, re-atribución y conceptualización alternativa, actuar como sí,		X	Registro de pensamientos

	comprobación de validez de pensamientos		
	Se entrena al usuario		
Desarrollar habilidades comunicativas para responder a comentarios invalidantes	(autovalidación) y hacer frente a la invalidación de pareja y compañeros (Se realiza modelamiento y juego de roles que permite el desarrollo de habilidades)	x	Validación durante las crisis y ante la respuesta emocional del usuario
Autovalidación			
Aceptación del nuevo estilo de vida	Aceptación de la realidad a través de ejercicios simbólicos	X	Identificación de nuevos proyectos laborales y consolidar relaciones sociales adecuadas
Expectativas realistas de apoyo social			

Fuente. Castro, 2013. Guía de formulación clínica.

Las actividades clínicas planteadas para el caso se desarrollaron durante 25 sesiones terapéuticas en consultorio y el desarrollo entre sesiones, durante un periodo de 12 meses. Antes de dar inicio a las sesiones de intervención, se realizaron 6 sesiones previas correspondientes a la evaluación conductual y realización de análisis funcional, como elementos sustanciales en la formulación del caso clínico, debido a la utilidad y al fundamento científico en la evaluación clínica (Keawé'aimoku et al., 2013).

Se realizó la identificación de situaciones y problemáticas, a través de la evaluación de cada una de las áreas del funcionamiento; así como la aplicación de los instrumentos

mencionados en el apartado de referencia y la explicación de la formulación clínica realizada, con los hallazgos e hipótesis identificadas, las cuales fueron validadas por el consultante.

Las actividades clínicas y los resultados, se detallan a continuación:

- Psicoeducación y explicación sobre la naturaleza de las emociones: se le explico a Miguel el origen de las emociones experimentadas de ansiedad y depresión, su forma de presentación en síntomas; así como los factores que las mantenían. Entre sesiones se entrena a Miguel en el uso de registros de observación de la respuesta emocional, este registro es usado para ampliar la capacidad de auto-observación en cuanto a las emociones, su relación con la cognición y la conducta. El resultado de esta actividad fue el uso apropiado y continuo de las tareas entre sesiones, con aumento de la autoobservación identificada en los registros y reportes en consulta, con identificación de situaciones diarias relacionadas con la ansiedad y sentimientos de tristeza, que le permitieron comprender sus reacciones emocionales y los factores mantenedores de las mismas.
- Entrenar en conciencia plena - mindfulness: el entrenamiento en mindfulness se realizó en tres sesiones, a través de ejercicios de conciencia plena en consultorio, con modelamiento y guiadas por el terapeuta. Estos ejercicios eran replicados en casa tres veces por semana en actividades elegidas en consulta y explicadas previamente por el terapeuta. El entrenamiento en mindfulness era precedido por ejercicios de respiración. Se realizaba seguimiento a las actividades entre sesiones solicitando reporte verbal al inicio de las mismas; así como identificación de dificultades en el desarrollo de los ejercicios. El mindfulness empleado con Miguel incluía el componente cognitivo; buscando modificar la respuesta de rumiación asociada al bajo estado de ánimo, pasando del pensamiento reiterativo sobre las sensaciones que causan malestar, a percibir las como algo relacionado con

situaciones y no con el consultante como persona (Nolem-Hoeksema, 1991; como se citó en Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

- Relajación muscular progresiva: la relajación muscular progresiva es la técnica original de Jacobson; sin embargo, se utilizó la técnica modificada por Bernstein y Borkovec (Bernstein y Borkovec, 1983; Bernstein, Borkovec y Hazlett-Stevens, 2000) como se citó en Ruiz, et al. (2012). Se realizaron ejercicios en consultorio para entrenar al consultante y luego se dieron las indicaciones para el desarrollo en casa mínimo una vez al día. Esta técnica era precedida por ejercicios de respiración diafragmática, los cuales se recomendaron para las noches antes de conciliar el sueño. Se logró que el consultante realizara los ejercicios durante las sesiones en consultorio (tres sesiones continuas). En cuanto a las actividades inter sesiones, el consultante reportaba la realización del ejercicio por lo menos una vez por semana; sin embargo se motivaba constantemente su realización. Se realiza aplicación de los instrumentos entre sesiones para hacer seguimiento a los cambios.
- Reestructuración cognitiva. Se realizaron sesiones de reestructuración cognitiva que iniciaron con la explicación de la terapia, a partir de la identificación en consulta de pensamientos automáticos, creencias intermedias y creencias centrales; con el fin de comprender el comportamiento que tienen, teniendo en cuenta el grado de conciencia de lo que les sucede a nivel cognitivo (Beck, 2007). Se utilizaban los registros de pensamientos, entre sesiones, para lograr conciencia en la relación entre cognición y afecto. Se utilizaron técnicas como análisis de responsabilidad, para identificar patrones arbitrarios en el sentimiento de culpa, frente a las situaciones que se presentaron durante el encarcelamiento. Logrando la reducción del sentimiento en un 80%, en aquellas situaciones que se dieron durante la privación de la libertad y otras luego de recuperada la misma. De igual forma se utilizó el

descubrimiento guiado, con el método socrático y flecha descendente para identificar las distorsiones y los sesgos, hasta llegar a las creencias irracionales intermedias y centrales, para ello se hallaron las reglas y deberías. El consultante identifico las distorsiones, así como las creencias disfuncionales. Se utilizaron técnicas de re atribución y conceptualización alternativa para modificar la estabilidad del pensamiento frente a sucesos vividos, ampliando las posibilidades de interpretación de los mismos. Se logró una interpretación más realista de los hechos vividos. De igual forma se utiliza la repetición de metas, para lograr facilitar la ejecución de las mismas. Se logra trabajar en nuevos proyectos, así como retomar algunos que se habían aplazado. Con el fin de modificar creencias irracionales, se registraron datos antiguos y nuevos para identificar como cambiarlos. Se utilizan tarjetas de apoyo para fortalecer las nuevas creencias, “soy capaz”, “soy importante”. Se fortalecen las nuevas creencias con la técnica actuar “como si” y la proyección en el tiempo para consolidar nuevas conductas. Las tareas para la casa, se presentaron para comprobar la validez de pensamientos; así como para fortalecer las nuevas creencias (Ruiz, et al., 2012).

- Entrenamiento en autovalidación, modelamiento y juego de roles para entrenamiento en respuesta asertiva: Durante los periodos de crisis se valida a Miguel, sin juzgar las emociones y comportamientos de evitación. Se permite que él mismo se valide, aceptando las experiencias que vive. Se realizan juegos de roles durante los entrenamientos cognitivos para hacer frente a la invalidación de los demás y reconociendo los cambios conductuales que presentan, mayor asertividad en situaciones en las que era pasivo, a nivel familiar principalmente.
- Aceptación de la realidad a través de ejercicios simbólicos. Se identifica en Miguel los continuos reproches y añoranzas de experiencias anteriores y las pérdidas

originadas por la medida de aseguramiento, lo cual limitaba la posibilidad de aceptación de un nuevo estilo de vida, a partir de las nuevas metas. A partir de los elementos identificados, se realizaron diferentes ejercicios que permitían una reflexión y apertura de conciencia de estancamiento emocional, a partir de apegos a experiencias pasadas, que frustraban a Miguel, una vez percibía el cambio que había tenido su vida en los diferentes ámbitos, debido a las pérdidas por la privación de la libertad. La aceptación de una nueva forma de enfrentar las pérdidas y asumir una nueva experiencia, fue el inicio para lograr emprender un nuevo proyecto laboral, con el fin de obtener un ingreso adicional y el logro de nuevos propósitos familiares. Se logra dar continuidad a metas anteriores que son realistas y contribuyen a su formación profesional y laboral. Se identificaron relaciones familiares y sociales que no correspondían a realidades; sino a idealización de los vínculos. Se logran consolidar relaciones adecuadas, que le permitan un mayor crecimiento personal.

- Seguimiento: se realiza seguimiento permanente durante las sesiones de intervención, con el fin de validar los cambios y el mantenimiento de los mismos. Durante las sesiones se revisan las tareas para casa o inter sesiones al inicio de las mismas y en sesiones específicas se administran los instrumentos de medidas repetidas OASIS Y ODSIS. Al finalizar las actividades clínicas propuestas se revisan los cambios en el consultante, a través de la revisión de medidas pre, post de los 6 instrumentos utilizados y las medidas repetidas de los dos instrumentos mencionados anteriormente. Los resultados se detallan en el apartado medidas de cambios finales.

Metodología

Estudio de caso único, estudio experimental, que puede utilizar también métodos cuantitativos, cualitativos o ambos, para corresponder a estudios mixtos (Hernández, Fernández, Baptista, 2010); de igual forma contribuyen a la investigación y a la práctica, convirtiéndose en la base para el desarrollo de técnicas terapéuticas específicas para los trastornos clínicos (Kazdin, 2001). Por su parte, Roussos (2007) presenta una clasificación de los estudios de caso, entre ellos el diseños experimentales de caso único, el cual fue elegido, debido a que se da la manipulación de la variable independiente, con la aplicación de la intervención clínica, la evaluación a través de las medidas pre y postratamiento, así como las repetidas y las predicciones del comportamiento intracaso.

Participante

Sujeto de 53 años de edad, que acude a tratamiento por iniciativa propia al obtener la libertad luego de permanecer en condición de reclusión durante seis (6) meses en centro carcelario. Para efectos del trabajo en este estudio de caso llamaremos al consultante Miguel, tomando en cuenta las consideraciones éticas dispuestas para este tipo de estudios.

Variables

La variable independiente es el programa de intervención basado en la perspectiva transdiagnóstica de los problemas emocionales, se desarrollan la psi coeducación y explicación sobre la naturaleza de las emociones, entrenamiento en conciencia plena- mindfulness, relajación muscular progresiva, reestructuración cognitiva, entrenamiento en autovalidación, modelamiento de la respuesta asertiva, aceptación de la realidad. Por otra parte, la variable dependiente es el nivel de severidad y disfuncionalidad de la depresión y la ansiedad en las áreas de ajuste del consultante en los ámbitos personal, familiar, profesional, laboral y social.

Instrumentos

Para la evaluación se utilizaron cinco instrumentos, centrándose en la sintomatología actual del consultante:

-El inventario de depresión de Beck BDI-II elaborado por Brenlla, M. y Rodríguez, C; (2006), adaptado al español de Beck, A., Steer, R., y Brown, G. (1996). Este inventario consta de 26 grupos de enunciados, con puntuaciones de 0 a 3 para cada uno de ellos.

-El inventario de ansiedad de Beck BAI, fue desarrollado por Beck (1988), con el objeto de poseer un instrumento capaz de discriminar de manera fiable entre ansiedad y depresión. Es un cuestionario auto aplicado de 21 ítems, con puntuaciones de 0 a 3 y es utilizado específicamente para identificar la severidad de los síntomas de ansiedad.

-Temor a la evaluación negativa, se aplicó una escala cuyas iniciales son FNE trabajada por Chaves, L. & Castaño, C; (2008), Adaptado por David Watson y Ronald Friend (1969). Es un instrumento autoaplicado, en una escala dicotómica, con un número de 30 ítems. Esta escala ha sido sometida a procesos de adaptación y validación en español (Pérez y Valenzuela, 1991; Villa, Botella, Quero, Ruipérez y Gallardo, 1998; Bobes, Badía, Luque, García, González, Dal-Ré, Grupo de validación en español de cuestionarios de evaluación de la fobia social, 1999; García-López, Olivares, Hidalgo, Beidel & Turner, 2001; como se citó en Chávez y castaño (2008).

-Escala de asertividad modificada de Rathus original (Rathus, 1973; como se citó en Chaves y Castaño, 2008); para la evaluación de la respuesta asertiva en las variables cognitiva y conductual, que se asumen en situaciones personales, familiares, sociales y laborales. Consta de 18 ítems, la cual es una forma abreviada de la original de 30 ítems con un rango de 0-90, desarrollada por Carrasco, Clemene & Llanova, 1984 (Aguilar, Robayo y Urrego, 2011). Según estudios realizados por Chaves et al. (2008), la confiabilidad total de la

escala obtenida por el método alfa fue de 0,81 y la validez externa por correlación con escala semántica para el concepto asertivo fue de 0,45.

Los anteriores instrumentos se utilizaron en medidas pre-tratamiento y post-tratamiento. La medida pre y post para las escalas BDI II, BAI, FNE y Rathus modificado, se realizaron en las sesiones 2 y 3; las medidas post se tomaron en las sesiones 17 y 19.

Otras escalas administradas para obtener medidas continuas de los síntomas de depresión y ansiedad en cuanto a la severidad y disfuncionalidad de los mismos, se trabajaron al finalizar las sesiones 2, 4, 7, 12, 17 y 20, estas son:

-La escala general de severidad y disfuncionalidad de la depresión ODSIS, en versión castellana desarrollada por Castro (2014).

-La escala general de severidad y disfuncionalidad de la ansiedad OASIS (Norman et al, 2006; como se citó en Campbell, Norman, Craske, Sullivan, Lang, Chavira, Bystritsky, Sherbourne, Roy-Byrne and Stein, 2010) que busca medir a través de un autoinforme la ansiedad clínica, su gravedad y disfuncionalidad. Campbell et al (2010) desarrollaron un estudio sobre la propiedades psicométricas de la OASIS y encontraron que las personas que presentaban un trastorno de ansiedad, tenían calificaciones más altas en el OASIS que aquellos sin diagnóstico de este trastorno; demostrando así buena fiabilidad y validez de muestras clínicas. De igual forma la dimensionalidad y consistencia interna de la OASIS para este estudio, fue similar a la hallada en los estudios de Norma (2006).

Consideraciones éticas

El presente estudio se desarrolla bajo los parámetros de la ley 1090 (2006, art.2), resaltado el respeto por la dignidad y preservando el bienestar del participante, contemplado en el numeral (9) dela investigación con participantes humanos. De los principios generales, título II disposiciones generales. De igual forma, se mantiene una utilización adecuada de la

metodología aplicada para este estudio, así como de las técnicas (capítulo VII de la investigación científica, la propiedad intelectual y las publicaciones, art. 49, 50, 51 de dicha Ley). De la misma manera, se cumple con lo dispuesto en el capítulo 1 de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, art. 5, 6, (resolución 008430 de 1993), entre los aspectos mencionados se logró obtener el consentimiento informado por parte del participante, para el desarrollo de la investigación. La cual se puede categorizar como una investigación con riesgo mínimo, por cuanto el estudio es prospectivo con registro de datos a través de procedimientos y tratamientos psicológicos (art. 11, literal b. de la resolución 008430, 1993).

Resultados, discusión y conclusiones

Medida de cambios finales

Dada la naturaleza metodológica del estudio, se procedió a realizar el respectivo análisis de los resultados obtenidos. Sanz & García-Vera (2015), destacan que el modelo tradicional de análisis de la información para las investigaciones con diseños de caso único se basa principalmente en un análisis de tipo visual a partir de la presentación gráfica de los datos tomados durante las diferentes fases de la recolección de información, con lo que se busca identificar y determinar si el tratamiento aplicado es consistente y fiable, es decir, si ha tenido un efecto sobre la problemática abordada y la magnitud relativa de dicho efecto. Para ello se empleó la representación gráfica de los resultados utilizando las puntuaciones directas obtenidas por el sujeto en la aplicación de los instrumentos de medición psicológica, entre los que se encuentran el Inventario de Depresión de Beck BDI-II el Inventario de Ansiedad de Beck BAI para medir las alteraciones a nivel emocional, la Escala de Miedo a la Evaluación Negativa (*FNE* en sus siglas en inglés) empleada para estimar la intensidad de temor experimentado por el sujeto ante las posibles evaluaciones negativas de los demás y RATHUS modificado para valorar la asertividad en oposición. Los resultados de estos instrumentos se

compararon respectivamente en cuanto a las puntuaciones obtenidas por el sujeto en las fases pre-tratamiento y pos-tratamiento.

De forma complementaria al análisis de las variables emocionales se incluyó la evaluación continua de los síntomas de depresión y ansiedad en función de la severidad y disfuncionalidad de dichos síntomas a través de las escalas ODSIS y OASIS respectivamente. Para este instrumento se empleó una evaluación pre-tratamiento, cuatro evaluaciones control (realizadas durante la aplicación del tratamiento) y una evaluación pos tratamiento.

Ansiedad

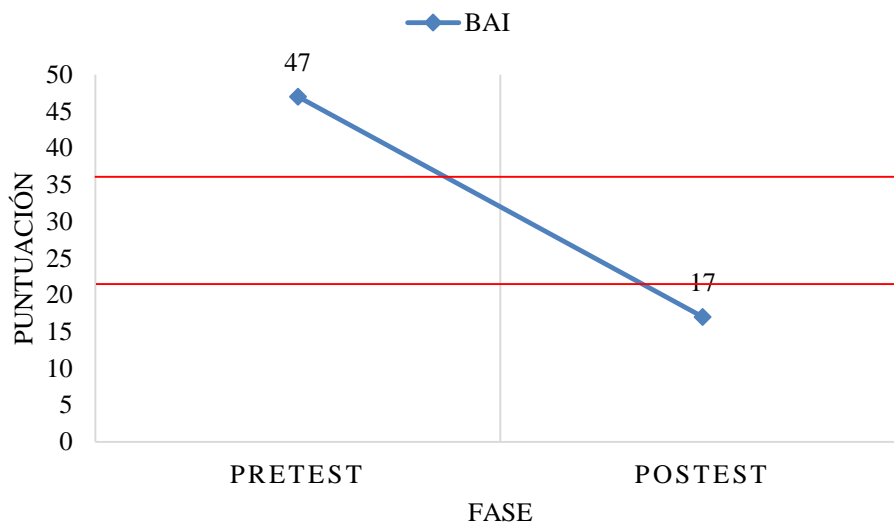


Figura 1. Puntuaciones de la Escala de Ansiedad de Beck (BAI) según fase del estudio

Nota: Las líneas rojas representan los puntos de corte para la identificación de sintomatología ansiógena. Por debajo de 21 puntos se establece como ansiedad leve; entre 21 y 36 ansiedad moderada y por encima de 36 puntos ansiedad severa (Gantiva, Luna, Dávila & Salgado, 2010).

En cuanto a la variable de ansiedad, se observa en la figura 1 que el sujeto al momento de iniciar el tratamiento presentaba un nivel de ansiedad severa, lo cual se corrobora con las verbalizaciones durante la consulta, mencionando sintomatología fisiológica de ansiedad, tensión, problemas de concentración, aprehensión que se proyectaba en baja productividad

laboral por interrupción de actividades, insomnio, inquietud motora; lo cual era coherente con lo observado por el terapeuta.

Mientras que posterior a la aplicación del tratamiento, se observó un cambio a nivel funcional con la disminución de la puntuación en la escala llegando a ubicarse en un rango de ansiedad leve. Esto se evidenció en disminución en problemas de sueño, baja recurrencia de cefaleas, sin tensión muscular, las cuales se limitan a momentos en los que se presentan situaciones particulares, según lo narrado por Miguel. A nivel laboral adecuada concentración, sin interrupción de tareas. Durante la consulta no se observa inquietud motora, pese a que se encontraba transitando por un periodo de reactivación del proceso judicial, relacionado con indagatoria; así como tensión familiar.

Depresión

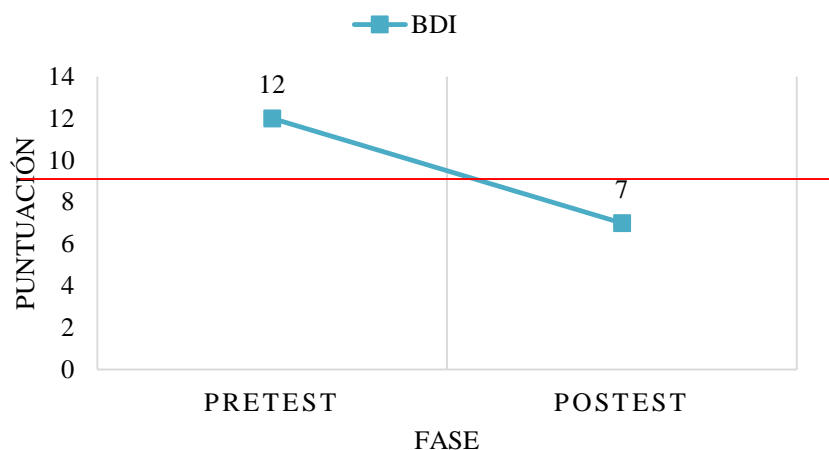


Figura 2. Puntuaciones de la escala de depresión de Beck (BDI II) según fase del estudio

Nota: La línea roja representa el punto de corte para la identificación de sintomatología depresiva clínicamente relevante (Gantiva, Luna, Dávila & Salgado, 2010)

En la figura 2, se presentan los resultados de la aplicación de la Escala de Depresión de Beck (BDI-II). Al iniciar el tratamiento, se evidenció en Miguel sintomatología depresiva caracterizada por tristeza, desanimo, anhedonia, pérdida del apetito, abatimiento, pensamientos

autodestructivos hacia el futuro, sin un plan estructurado (de volver a experimentar una privación de la libertad). Esta sintomatología se manifiesta en el ámbito social por aislamiento, baja productividad, pensamientos automáticos congruentes con el estado de ánimo negativo, entre otros; lo cual es corroborado en la puntuación obtenida por Miguel en la escala. Al finalizar el tratamiento, se aplicó nuevamente el instrumento, arrojando como resultado la disminución de la puntuación de la BDI-II lo que representó en Miguel cambios a nivel personal, pues se observa un estado de ánimo positivo, optimista, reporta pensamientos adaptativos; así como reducción en la evitación de situaciones socialmente positivas como actividades deportivas, culturales y sociales, se da un aumento en la satisfacción laboral y mejora en la productividad; a pesar de algunas dificultades mencionadas anteriormente.

Miedo a la evaluación negativa



Figuran 3. Puntuaciones de la Escala de Miedo a la Evaluación Negativa (FNE) según fase del estudio

Al evaluar el grado en que el consultante experimenta temor ante la posibilidad de ser juzgado negativamente por otros como síntomas de ansiedad social, se encontró que tanto antes como después de aplicado el tratamiento el consultante no presentó sintomatología clínicamente significativa en este componente lo cual se evidenció en las puntuaciones obtenidas por el sujeto en la escala FNE que lo ubican en el percentil 40 con una puntuación

de 12 en el pretest y percentil 70 con una puntuación de 14 en el pos test (Chávez y castaño, 2008). Pese a que las puntuaciones no son altas, durante el proceso terapéutico Miguel expresaba verbalmente inquietud constante frente a los comentarios que algunas personas hacían de él abiertamente a colegas, quienes comentaban en presencia del consultante las apreciaciones y otros comentarios negativos que el asumía se presentaban en los demás. Durante las semanas cercanas a la prueba pos tratamiento, Miguel experimentaba algunas situaciones desagradables en el medio familiar, recibiendo mayores conductas de invalidación y desaprobación por parte de otros; de igual forma la presencia de situaciones que lo colocaban en evaluación por parte de otros y generaban alguna preocupación. De igual forma se podría pensar en una mayor autoconciencia del consultante, a partir de un auto monitoreo aprendido en consulta, que le permitió la identificación más clara de sus preocupaciones; tal como lo menciona Karakashian, Walter, Christopher & Lucas, (2006; como se citó en Chavez et al., 2008) “El auto-monitoreo incrementa la autoconciencia, y con ella la actuación social se torna rígida, poco espontánea, elementos que producen un ciclo de realimentación negativa, ansiedad y preocupación sobre situaciones sociales futuras”.

Asertividad

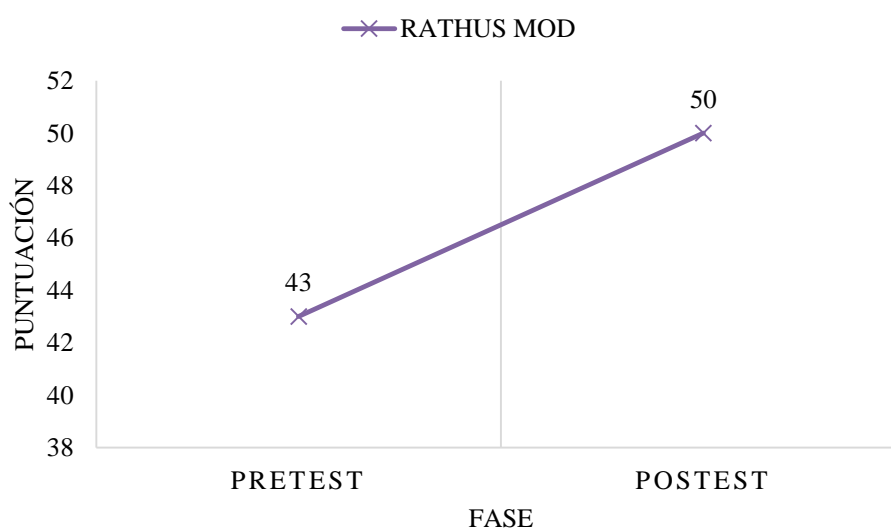


Figura 4. Puntuaciones de la Escala Rathus Modificada según fase del estudio

Al valorar la asertividad en oposición que posee el consultante para expresar asertivamente sentimientos negativos y habilidades sociales, presenta una modificación leve. Sin embargo, tanto en el pretest como el postest de asertividad se puede considerar media aproximándose a 53 en la última medida y se mantuvo en el rango de 31 a 60 interpretada como asertividad media (Aguilar et al., 2011), dados los valores en escala de 0-90. Existen referentes utilizados para la ansiedad incluyen la aserción negativa y la positiva, la primera, es la expresión de sentimientos negativos y la segunda de sentimientos positivos (Aguilar, et al., 2011). El instrumento mide los cambios conseguidos en programas de tratamiento, ha sido uno de los instrumentos más utilizados en la evaluación de la conducta asertiva (Díaz, Ruiz & Villalobos, 2012; como se citó Madrigal, 2014). Durante las sesiones desarrolladas, se evidenciaban malestar y dificultades mencionadas por Miguel cuando se trataba de enfrentarse a comentarios invalidantes o desagradables. Sin embargo, este malestar fue disminuyendo tras el tratamiento, aunque no presenta un aumento considerable en la puntuación de la escala; si se observa una tendencia a una mayor conducta asertiva tras un periodo de tiempo, coherente con cambios funcionales en las actividades durante las sesiones y reporte de situaciones familiares, donde ha hecho frente a conductas invalidantes.

ODSIS y OASIS

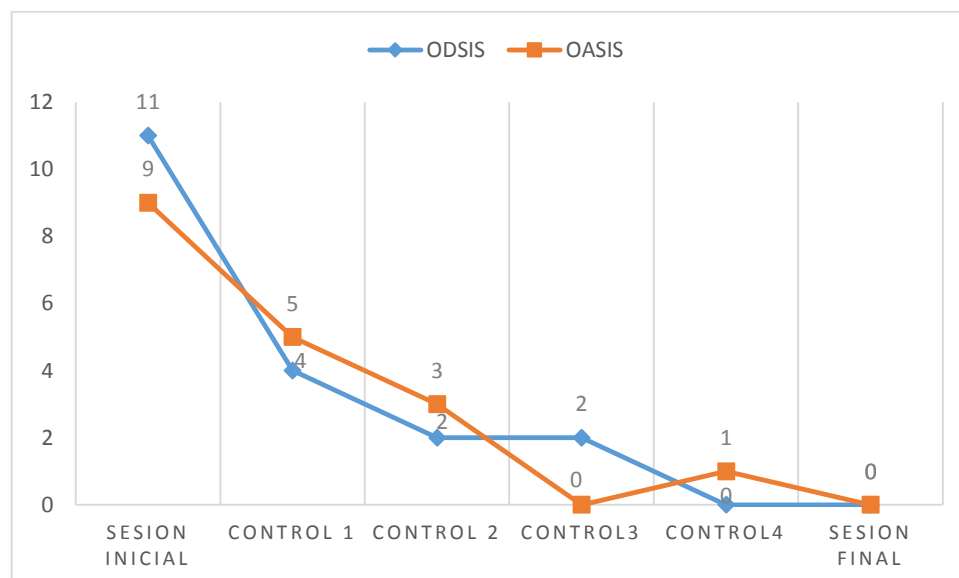


Figura 5. Puntuaciones de las Escalas ODSIS y OASIS según fase de estudio

Al evaluar la sintomatología de depresión y ansiedad en función de la severidad y disfuncionalidad se observa que al iniciar el tratamiento el consultante presentó puntuaciones altas en las escalas ODSIS y OASIS lo que podría indicar que existía una presencia de sintomatología para ambas emociones negativas y la interferencia en las áreas de funcionamiento social y laboral; sin embargo, al continuar con la aplicación del tratamiento se pudo evidenciar una disminución progresiva de las puntuaciones en ambas escalas, lo que puede representar una mitigación de la severidad y disfuncionalidad de la sintomatología asociada a la depresión y la ansiedad presentes en Miguel. Asimismo, esto se observó a nivel funcional un cambio en las conductas emitidas al iniciar el tratamiento y durante las intervenciones, denotando emociones cada vez más positivas en relación a estas dos variables, expresadas en cambio fisiológicos que pasaron de una presencia permanente de sintomatología depresiva y ansiosa, así como la presencia de pensamientos y creencias disfuncionales, coherentes con conductas de evitación emocional y situacional, la presencia de malestar intenso y respuestas condicionadas frente a la percepción de rechazo, así como conducta pasiva no solo referidas por Miguel en consulta; sino también evidenciados a través de la observación durante el proceso, en los reportes y en la realización de tarea entre sesiones, que denotaron logros en la puesta en marcha de planes en su proyecto de vida.

El mínimo incremento presentado en la escala de ansiedad durante el control cuatro, podría estar relacionado la presencia de situaciones familiares incómodas para Miguel, así como la reactivación del proceso judicial; sin embargo estas situaciones no son experimentadas en esos momentos como disparadores fuertes de sintomatología clínica.

Objetivos terapéuticos y logros alcanzados

Frente a los objetivos y metas terapéuticas planteados durante las primeras evaluaciones, es preciso mencionar que se produjo el cumplimiento en los objetivos planteados en relación con una mayor regulación emocional que se observa en una forma de relación diferente con sus emociones, disminuyendo la sintomatología clínica desde lo fisiológico (sueño reparador, disminución de cefaleas, aumento del apetito), así como desde lo cognitivo el manejo y modificación de pensamientos negativos y rumiaciones constantes. Se puede precisar que, Miguel luego del tratamiento no cumple con los síntomas del diagnóstico inicial. De igual forma se presenta aceptación de experiencias negativas, conducta habilidosa con mayor frecuencia en la expresión asertiva de pensamientos y emociones ante la invalidación; así como una mayor satisfacción de actividades laborales y sociales.

Los anteriores logros, le han permitido experimentar un mayor nivel de tranquilidad, reconstrucción de su proyecto de vida y la mejora en la calidad de la misma.

La formulación clínica de los trastornos emocionales desde el enfoque transdiagnóstico permite reconocer la existencia de variables y factores causales comunes a diferentes problemas psicológicos, entre ellos la ansiedad y depresión (Sandin, et al., 2012). Los problemas psicológicos de Miguel se presentan como entidades clínicas independientes, ello debido a que se cumplen los criterios diagnósticos para ambos trastornos psicológicos y no se da la existencia de algunos síntomas de ansiedad como parte del trastorno depresivo. Para los problemas hallados en Miguel se presentan hipótesis comunes como responsables de la sintomatología de ansiedad y depresión identificada en los reportes en consulta, en los valores hallados a partir de la administración de los instrumentos y la observación. Estos métodos incluyen medidas con garantías psicométricas adecuadas que permiten una evaluación conductual completa (Haynes, Godoy et al., 2011; Haynes, O'Brien et al., 2011; como se citó en Keawe'aimoku Kaholokulaa et al., 2013).

La intervención terapéutica aquí planteada es coherente con la formulación clínica realizada y los elementos contemplados en el protocolo unificado de Barlow para los trastornos emocionales. Los resultados encontrados en este estudio de caso presentan reducciones significativas para los síntomas de depresión - ansiedad, su severidad y la disfuncionalidad en las áreas personales, familiar/social y laborales. Ello debido a la integración de actividades clínicas formuladas a partir de la identificación y análisis de los factores mantenedores de ansiedad y depresión, entre ellos respuesta emocional condicionada ante la percepción de daño y evaluación negativa, déficit en la comunicación asertiva, déficit en la regulación de emociones, desconocimiento de la problemática, así como las creencias intermedias y centrales presentes en Miguel; frente a los cuales se plantearon metas terapéuticas dirigidas a trabajar sobre los factores mencionados los cuales son comunes a los problemas psicológicos del consultante. Este efecto global, es similar al precisado en el análisis de 47 estudios que evidencian los tratamientos psicológicos transdiagnósticos y su eficacia relativa en comparación con grupos controles para los trastornos de depresión y ansiedad en adultos, así como los efectos sutilmente mayores a otros tratamientos (Newby, et al., 2015). Del mismo modo, Haynes et al. (2009; como se citó en Keawe'aimoku Kaholokulaa et al., 2013), indican que la formulación del caso se relaciona con resultados en las medidas para evaluar la efectividad del tratamiento. Debido a que la intervención ha sido diseñada para trabajar sobre los problemas, las variables causales de forma que mejorar la sintomatología. De esta forma se logra una máxima utilidad de las estrategias de evaluación en los procesos de intervención.

El resultado obtenido en el FNE, en las dos medidas, revela bajo índice de temor a la evaluación negativa pese a la existencia de preocupaciones asociadas a otros estados de ansiedad en Miguel. Debido a la inexistencia de síntomas de un problema de fobia social, por lo que los valores hallados no alcanzan el percentil que indica el cumplimiento de este

problema específico, así como tampoco se evidencia el cumplimiento de criterios diagnósticos para el mismo. Es decir que la escala aplicada puede ser útil para el diagnóstico de fobia social y su puntuación baja en Miguel, demuestra que no presenta este diagnóstico específico, aunque presenta síntomas de ansiedad. Este resultado es contrario a lo mencionado por Stra-vynski, Basoglu, Marks, Sengun & Marks (1995; como se citó en Chavez y Castaño, 2013), quienes sustentan una polémica existente sobre la utilidad de la escala FNE en la diferenciación entre sujetos con fobia social y quienes presentan otros trastornos de ansiedad.

Durante la aplicación de la escala FNE, el consultante precisaba dificultades en el momento de responder debido a la redacción de ítems. Aspecto similar encontrado en lo expuesto por Rodebaugh et al. (2004; como se citó en Chávez et al., 2013) quien menciona una crítica sobre el FNE por la redacción negativa de los ítems que tienden a confundir a los participantes y generar una disminución de su exactitud y validez del instrumento. Por su parte Cichetti, Showalter y Tyrer (1985, como se citó en Chavez, 2013, la fiabilidad de la escala se podría incrementar sustituyendo la estructura de respuestas dicotómicas por un modelo de siete respuestas.

A diferencia de lo hallado en el presente estudio donde no se observa relación entre los resultados del BDI y el FNE. En un estudio correlacional de Musa et al., (2004; como se citó en Chávez et al., 2013) se presentaron correlación significativa de estos dos instrumentos y otros más que no son pertinente revisar en este momento. Los autores concluyen que es esperable encontrar correlaciones significativas entre medidas de ansiedad social y otras generales de ansiedad y depresión, ya que los fóbicos sociales suelen manifestar altos niveles de ansiedad. Sin embargo, es posible que esta relación no se presente en este caso clínico debido a que el consultante presenta el diagnóstico de ansiedad y depresión; con ausencia de diagnóstico de ansiedad social específicamente.

Por otra parte, la medida obtenida en el Rathus modificado evidencia la presencia de conductas asertivas con puntuación media, aunque la variación en las medidas no es altamente significativa, ya que tanto en pre como el posttest, las puntuaciones se encuentran en el mismo rango. Lo cual podría indicar que, las sesiones planteadas para la intervención en el déficit de la conducta asertiva no fueron suficientes para lograr un cambio sustancial en la forma de comunicación del consultante. También es necesario mencionar que, las intervenciones no se plantearon para un entrenamiento amplio y profundo en habilidades sociales en general; debido a que la meta clínica, estaba limitada a entrenar en autovalidación y conducta asertiva para hacer frente a la validación de pareja y entre las principales conclusiones y limitaciones del estudio se encontró que, la ejecución de un programa de intervención a partir de una formulación transdiagnóstica, permitió abordar los problemas identificados en Miguel, demostrando una alta eficacia para la disminución de sintomatología depresiva y ansiosa, en cuanto a la severidad y disfuncionalidad de ambas emociones negativas; así como en el nivel de gravedad clínica para ambos problemas psicológicos.

Para este caso de estudio, las metas clínicas se plantearon de acuerdo a las hipótesis de mantenimiento enfocadas en los problemas funcionales del consultante y no exclusivamente en la sintomatología del mismo, aunque las medidas responden a la disminución de síntomas. Los problemas relacionados con el malestar emocional, disminuyeron en el consultante al lograr una nueva forma de relación con sus emociones que le permite reconocerlas, experimentarlas, auto validarse frente a las sensaciones experimentadas, sin evitación de las mismas; lo cual aumenta la tolerancia frente a las emociones. En cuanto a las conductas de evitación situacional, que conllevaban al aislamiento disminuyeron considerablemente, por lo tanto, se observa una mayor vinculación en el ámbito social y laboral, sin conductas de aislamiento. Además, para el déficit en repertorios específicos en comunicación, se

desarrollaron habilidades que fueron aplicadas a situaciones particulares en el contexto familiar y social para hacer frente a la invalidación.

Continuando con lo anterior, a nivel cognitivo se lograron la modificación de las cogniciones a partir de la identificación y contrastación de las distorsiones que soportan las creencias intermedias y centrales, las cuales fueron remplazadas por creencias adaptativas. Con las estrategias implementadas y el trabajo en la aceptación del nuevo estilo de vida, el consultante retoma los proyectos anteriores que se encontraban en desarrollo; así como un nuevo proyecto familiar/laboral.

En relación con la depresión clínica, se presentan cambios en el afecto negativo, disminución en el nivel de gravedad y disfuncionalidad, que incluye factores cognitivo, afectivo y somático-motivacional. Los cambios arrojados por las medidas son coherentes a los reportados y observados en consulta. De igual manera, se presentan cambios en la ansiedad clínica, con una disminución a la reacción emocional y reactivación fisiológica, interrupción de actividades laborales que conllevaba a una baja productividad.

Por otra parte, ante la presencia de preocupación frente a la evaluación negativa, los síntomas manifestados por el consultante no cumplen los criterios diagnósticos para la ansiedad social y la escala utilizada no revela cambios significativos en cuanto a la aplicación de la intervención para este problema específico de ansiedad. Sin embargo, se observa en Miguel, una mínima preocupación frente a los comentarios de los demás lo cual eran percibidos como una evaluación negativa, que le generaba malestar, aunque este no era clínicamente relevante.

Frente a la comunicación asertividad, es importante concluir que las dificultades presentadas ante conductas de invalidación no denotan una problemática seria en expresión de sentimientos negativos y habilidades en general. Para este caso los hallazgos permiten evidenciar habilidades medias para responder asertivamente en oposición a situaciones

incomodas. Los cambios demuestran una leve tendencia al incremento de conductas asertivas en las comparaciones de medidas, relacionadas con la aplicación del tratamiento; que podrían relacionarse a situaciones particulares y no a comunicación asertiva generalizada a múltiples situaciones sociales.

El estudio presenta algunas limitaciones, entre ellas:

Se debe considerar la medición más continua de la severidad y disfuncionales de síntomas depresivos y de ansiedad, que permita un mayor análisis de los datos. Se debe agregar que, es importante superar algunas limitaciones para la generalización de resultados por el tipo de estudio, por lo que conviene replicar a diferentes estudios de tipo experimental con grupo control, que permita analizar diferencias significativas a partir de cambios relacionados con la intervención aquí planteada.

De igual forma, es importante realizar estudios con la aplicación de estas estrategias de intervención en personas con otros trastornos específicos de ansiedad y depresión, con el fin de revisar, la eficacia del tratamiento en otros grupos de estudio.

En relación con la utilización del FNE para problemas de ansiedad y depresión, es propicio expresar que se corrobora la alta sensibilidad del instrumento en la identificación de problemas clínicos para trastornos específicos en la categoría de fobia/ansiedad social.

Por último, una limitación presentada en los resultados del Rathus modificado, puede estar asociado a un entrenamiento para conductas de autovalidación y habilidades para hacer frente a la invalidación en situaciones específicas, por lo que no se logró una generalización en otras situaciones sociales; posiblemente porque no era una meta terapéutica. Se recomienda para superar esta limitación, incluir en el tratamiento una meta más amplia para el entrenamiento en habilidades sociales que permita la generalización de los resultados de intervención a otros escenarios de la vida del consultante. Acompañado, de la ampliación en el tiempo de desarrollo del entrenamiento.

Referencias bibliográficas

- Aguilar, N., Robayo, P., Urrego, Y. (2011). Programa de prevención de factores de riesgo psicosocial asociados a depresión en estudiantes universitarios. *Universidad piloto de Colombia*. Recuperado de <http://www.contextos-revista.com.co/revista%206/a4-programa%20de%20prevencion%20de%20factores%20de%20riesgo%20psicosocial.pdf>.
- Amaya, M., Cardona, S., Gantiva, C., Ramírez, S., Sánchez, L. (2008). Evaluación de la efectividad de un programa de intervención breve para la disminución de la ansiedad en personas que ingresan por primera vez a un centro penitenciario. *Psychologia avances de la disciplina, [en línea]* 2008, 2 (Enero-Junio): [Fecha de consulta: 22 de abril de 2016] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297224999004>> ISSN 1900-2386.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: Author. doi: 9/4/2013.
- Beck, J. (2007). *Terapia cognitiva para la superación de retos*. España: Gedisa, S.A. 1ª.edición.
- Barlow, D. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. 2nd. Edition. New york:Guilford Press.
- Castro, L. (2011). Modelo integrador en psicopatología: un enfoque transdiagnóstico. En Vicente C., Salazar, I. y Carrobles, J. *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*. (P.p. 45-51). Bogotá, Colombia: Edición Pirámide.
- Castro, L. (2013) Guías de formulación clínica.
- Chávez, L. y Castaño, M. (2008). Validación de las escalas de evitación, ansiedad social y temor a la evaluación negativa en población colombiana. *Acta colombiana de*

psicología, 11 (2), 65-76, 2008. ISSN 0123-9155. Recuperado de:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552008000200007.

Clark, L.; Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100 (3), Aug 1991, 316-336. <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.100.3.316>.

Duque, Almudena; López-Gómez, Irene; Blanco, Iván; Vázquez (2015). Modificación de Sesgos Cognitivos (MSC) en depresión: Una revisión crítica de nuevos procedimientos para el cambio de sesgos cognitivos. *Terapia psicológica*, 3 (2), 103-115. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78540403005>

Ezama, E., Fontanil, Y. y Alonso, Y. (2012). Calidad de la sesión, ajuste en las tareas y efectividad de las sesiones. *Psicoterapéuticas International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12 (2), 245-260.

Farchione, T.; Fairholme, C.; Ellard, K.; Boisseau, C.; Thompson-Hollands, J.; Carl, J.; Gallagher, M.; Barlow, D. (2012). Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: A Randomized Controlled Trial. *Behavior Therapy*, 43 (2012) 666–678. doi:0005-7894/43/666-678/\$1.00/0.

Gantiva, C.; Luna, A.; Dávila, A. & Salgado, M. (2010). Estrategias de afrontamiento en personas con ansiedad. *Psychologia: Avances de la disciplina*, 4 (1), 63-70.

Harvey, A.; Watkins, E.; Mansell, W.; Shafran, R. (2004). Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment: Oxford University Press.

Hernandez, R., Fernandez, C. y Baptista, P. (2010). Metodología de la investigación. México: Mc. Graw –Hill.

- Kamenetzky, G. V.; Cuenya, L.; Elgier, A. M.; López Seal, F.; Fosachea, S.; Martin, L.; Mustaca, A. E. (2009). Respuesta de frustración en humanos. *Terapia psicológica (en línea)*, 27 (2), 2009. pp. 191-201. ISSN 0718-4808.
- Kazdin, A. (2001). Métodos de investigación en psicología clínica. 3ª.ed. México: Pearson education.
- Keawé'aimoku Kaholokulaa, J., Godoyb, A., O'Brienc, W., Haynesa, S., y Gavino, A. (2013). Análisis funcional en evaluación conductual y formulación de casos clínicos. *Clínica y Salud*, 24 (2013), 117-127. doi: <http://dx.doi.org/10.5093/cl2013a13>.
- Madrigal, M. L. (2014). Revisión de la escala de asertividad de Rathus adaptada por León y Vargas (2009). *Reflexiones*, 93(1), 8.
- Malicki, S.; Ostaszewski, P. (2014). Experiential avoidance as a functional dimension of a transdiagnostic approach to psychopathology. *Postepy pshychiatrii neurologii*, 23 (2014), 61-71. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pin.2014.04.002>.
- Ministerio de la protección social de Colombia. (6 de septiembre de 2006). Ley 1090 de 2006. doi: 46.383.
- Ministerio de salud de Colombia (4 de octubre de 1993) Resolución No. 008430 de 1993.
- Newby A., McKinnon A., Kuyken, W., Gilbody, S., Dalgleish, T., (2015). Systematic review and meta-analysis of transdiagnostic psychological treatments for anxiety and depressive disorders in adulthood. *Clinical Psychology Review*, 40 (2015), 91–110. doi.org/10.1016/.
- Owen, J. (2011). Transdiagnostic cognitive processes in high trait anger. *Clinical Psychology Review*, 31 (2011), 193–202. doi:10.1016/j.cpr.2010.10.003.
- Pimentel, M., Cova, F., (2011). Efectos de la Rumiación y la Preocupación en el Desarrollo de Sintomatología Depresiva y Ansiosa en Estudiantes Universitarios de la Ciudad de Concepción, Chile. *Terapia psicológica (en línea)*, 29 (1), 43-52. ISSN 0718-4808.

- Riso, W., Pérez, G. M., Roldán, L. & Ferrer, A. (1988). Diferencias en ansiedad social, creencias irracionales y variables de personalidad, en sujetos altos y bajos en asertividad (tanto en oposición como en afecto). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 20 (3), 391-400.
- Roberts, J., Jackson M., (1991). Boats Against the Current: A Note on the Effects of Imprisonment. *Law and Human Behavior*, 15 (5), 1991. American Psychological Association. doi: 0147-7307/91/1000-0557506.50/0.
- Roussos, Andrés J., El diseño de caso único en investigación en psicología clínica. Un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, [en línea] 2007, XVI (Noviembre-Sin mes): [Fecha de consulta: 20 de abril de 2016] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921790006>> ISSN 0327-6716.
- Ruiz, M., Diaz, M y Villalobos, A. (2012). Manual de intervención cognitivo conductuales. España: Cedro. ISBN: 978-84-330-2535-7.
- Sandin, B., Choroty, P. y Valiente, R. (2012) Transdiagnóstico: nueva frontera en psicología clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17 (3), 185-203. ISSN 1136-5420/12. DOI: <http://dx.doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012>.
- Sánchez, Á; Vázquez, C; (2012). Sesgos de Atención Selectiva como Factor de Mantenimiento y Vulnerabilidad a la Depresión: Una Revisión Crítica. *Terapia Psicológica*, 30() 103-117. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78524692019>.
- Sanz, J. & García-Vera, M. (2015). Técnicas para el análisis de diseños de caso único en la práctica clínica: ejemplos de aplicación en el tratamiento de víctimas de atentados terroristas. *Clínica y Salud*, 26(1), 167-180.