

Stroop, J. R. (1935). Studies of interference in serial verbal reactions. *Journal of experimental psychology*, 18(6), 643.

Terapia Cognitivo Conductual para el tratamiento del Episodio Depresivo Mayor (EDM)

Dra. Alicia Hernández Montaña*
Mtra. Karla Patricia Valdes García*
Lic. Arianna Marquez O'Neal*
Lic. Eliezer Cerda Duran*
* *Universidad autónoma de Coahuila*

Descriptores: TCC, Depresion, Intervencion, Reestructuracion, Creencias

Los problemas clínicos relacionados con la depresión constituyen los trastornos del estado de ánimo que aparecen en el DSM con especificaciones que ponen en evidencia el papel que juegan los pensamientos disfuncionales en el origen y mantenimiento de la depresión clínica. Por ese motivo la Terapia Cognitiva Conductual (TCC) ha mostrado ser uno de los procedimientos más efectivos en su tratamiento, debido a que tiene como esencia que no son los hechos en sí los que causan el malestar, sino lo que se piense y el significado que se le confiere al acontecimiento. Además, la TCC tiene como característica que es un proceso activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que permite al paciente el análisis de su dinámica causal a partir de una conceptualización de caso que realiza con ayuda del terapeuta.

Por esta razón se presenta el siguiente estudio de caso que aborda la problemática de una paciente de sexo femenino de 21 años de edad, que se desenvuelve dentro de una familia nuclear, es soltera y trabaja como auxiliar de semiescolarizados en un centro de atención psicopedagógica para niños y adolescentes con Trastornos del Neurodesarrollo. La paciente llega a consulta con una facie que denotaba abatimiento refiriendo inestabilidad en su estado de ánimo, lo cual se presenta por temporadas en las que se sentía muy triste, desanimada, sin ganas de hacer las cosas que en otros momentos eran de su agrado y baja autoestima. Hacía alusión a situaciones conflictivas con sus padres causadas por autoritarismo y exigencias de perfeccionismo en todo lo que realizara lo que desencadenaba dificultades para la toma de decisiones, problemas en su relación de pareja y otras situaciones de la vida cotidiana ante las que tenía que cumplir con las expectativas de sus familiares. La paciente AJQ manifestaba pensamientos de inutilidad, poca valía, insuficiencia, pero también creencias de perfección en todas las esferas de su vida que han estado siendo disfuncionales en su cotidianidad. En este sentido la lleva a consulta el enojo que le provoca no comportarse como siempre lo había hecho, no realizar sus actividades manuales e incluso el agotamiento que experimentaba por permanecer respondiendo a las necesidades y demandas de los otros sin lograr satisfacción consigo misma. Su motivo de consulta nos llevó a utilizar la TCC en 14 sesiones de trabajo que incluyeron la evaluación y el tratamiento con 1 hora de duración, una vez por semana.

El proceso de evaluación se realizó en 3 sesiones que incluyeron la entrevista clínica de Manuel Muñoz (2001), así como las pruebas: Checklist de síntomas (SCL-90), el Inventario de Depresión de Beck (BDI), Inventario Situación-Rasgo de Ansiedad, Entrevista estructurada para los trastornos de personalidad del eje II del DSM IV (SCID-II) y el Test de Creencias de Ellis con el objetivo de identificar los problemas clínicos presentes, su intensidad, el sistema de respuesta de la paciente ante demandas del ambiente, y las creencias que se habían activado con la problemática en cuestión.

Los resultados de las pruebas realizadas arrojaron que la paciente presentaba problemas clínicamente significativos que se mostraban por encima de 1 que es el punto de corte de la gráfica del SCL-90. Estábamos frente a una joven que tenía rumiaciones constantes en torno a su poca valía y su incapacidad para enfrentar situaciones cotidianas con sus padres por el nivel de exigencia que estos le ponían, la cuales no se podían acompañar de fracasos. Todo ello hace que AJQ presentara una sintomatología que incluía apatía, tristeza, llanto, desesperanza y pérdida de interés

por las cosas que antes le interesaban. Los resultados también hablaban de una depresión moderada con un valor de 22 puntos, y unos niveles severos de ansiedad que se disparaban generalmente ante situaciones de la vida cotidiana y las que tienen que ver con la evaluación que otros puedan hacer de ella, ante las cuales responde de forma cognitiva y motora esencialmente. En cuanto al estilo de personalidad, las pruebas muestran que hay predominio del estilo evitativo, depresivo, el obsesivo compulsivo y el límite, todos ellos bajo creencias de perfección, de aprobación de los demás, de ansiedad ante lo desconocido y evitación.

Una vez efectuada la evaluación en la que se contrastaron los datos de las diferentes pruebas se le diagnosticó un Episodio Depresivo Mayor (EDM) teniendo en cuenta la etiología, la duración y la intensidad con que se presentaban los síntomas. El tratamiento de la problemática se hizo con técnicas fisiológicas que permitieran disminuir los niveles de ansiedad; cognitivas para modificar los pensamientos que originan y mantienen la problemática; y conductuales para fomentar la activación y movilización de la paciente hacia la resolución del problema. En este sentido se comenzó trabajando con el aspecto conductual, ya que los pacientes deprimidos precisan de acciones que le permita la activación comportamental antes de comenzar a trabajar cognitivamente para que se movilicen y puedan comprender lo que les ocurre.

La paciente inició realizando el ejercicio “Mi mejor yo” con el objetivo de trabajar sobre los bajos niveles de autoestima y aprovechar su interés por las artes plásticas. Se utilizó también la reestructuración cognitiva como técnica fundamental dentro del proceso terapéutico, la cual permitió la identificación y modificación de las ideas irracionales en torno a ella, los demás y el mundo que la rodea a partir del modelo ABC. También se utilizó la técnica de las 7 preguntas, el debate socrático y el formulario ZIGZAG para fortalecer los pensamientos racionales todas ellas con la intención de someter a debate las ideas disfuncionales y encontrar alternativas de respuestas más desarrolladoras y saludables a la situación que presentaba. Para disminuir la producción de los pensamientos negativos que se suscitaban durante el proceso se le enseñó como técnicas cognitivas la parada de pensamiento, técnicas distractoras y autoinstrucciones. Se le entrenó en habilidades sociales y se llevó a cabo exposición en imaginación y en vivo sin perder de vista los ejercicios de respiración para disminuir los niveles de ansiedad y la psicoeducación que estuvo presente en diferentes momentos dentro del proceso.

La efectividad del proceso terapéutico fue visible en la medida que avanzaba el tratamiento. Uno de los elementos que permitía evaluar los avances eran las tareas que después de cada encuentro se le dejaban para hacer fuera de la terapia, las que se orientaban a partir de lo trabajado en la sesión. La revisión de la tarea en cada uno de los encuentros, en los que también se evaluaban el grado de dificultad presentado e incluso los obstáculos para realizarla, nos daban una noción no solo del nivel de comprensión del contenido, sino de la manera en que se apropiaba de ellos para ponerlo en práctica. Como muestra de los avances se pudo evidenciar la mejora del estado de ánimo en tanto se le comenzó a ver más animada, retomó sus actividades de artes plásticas, adquirió habilidades para expresar sus opiniones incluida el desacuerdo, pedir favores y aceptar las críticas.

No obstante, para tener resultados más fiables del proceso terapéutico se le aplicaron pruebas postratamiento para medir la efectividad del mismo. De ahí obtuvimos que la paciente había tenido cambios clínicos significativos, puesto que los componentes del SCL-90 se mostraron por debajo del punto de corte, solo lo obsesivo compulsivo continuo por encima, pero esto se debe a una característica de su personalidad, pero es válido destacar que no muestra valores que hablen a favor de un Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC). Los valores de depresión bajaron hasta 9 puntos, dando cuenta de ausencia de depresión, la cual se había presentado de forma moderada. Los resultados del ISRA se mostraron al final del tratamiento de manera moderada, puesto que la paciente experimenta incertidumbre ante presentaciones en público, aunque cabe destacar que ya no las evita, sino que cada vez despliega más estrategias para controlar las manifestaciones fisiológicas que aparecen. Por medio de la reestructuración cognitiva, se logró debatir e invalidar algunas de las creencias que dificultaban el desempeño de la paciente y ponían en riesgo su autoconfianza. En este sentido dejó de estar en problema la creencia de que se debe ser indefectiblemente competente y casi perfecto en casi todo lo que emprende; la creencia que tiene que ver con el tremendismo de los efectos si las cosas no suceden como le gustaría que fueran, así como la que tiene que ver con la evitación, la inactividad y la ansiedad ante todo lo desconocido.

Efectos de un Taller para uso adecuado del celular en padres y adolescentes

Lic. Andrea Hernández Rangel*

Dr. Roberto Oropeza Tena*

* *Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo*

Descriptores: intervención cognitivo conductual, situaciones de riesgo, uso de celular, padres, adolescentes

EFFECTOS DE UN TALLER PARA USO ADECUADO DEL CELULAR EN PADRES Y ADOLESCENTES

Lic. Andrea Hernández Rangel y Dr. Roberto Oropeza Tena
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

El celular se ha convertido en una herramienta que se usa en la vida cotidiana, especialmente por los adolescentes, quienes pueden llegar a utilizarlo por periodos de tiempo prolongados, cuando lo ideal sería que se utilizara por sólo 2:30 horas diarias (Berrios, Buxarris y Garcés, 2015). Para reducir esta conducta en los adolescentes el apoyo de los padres es fundamental y mediante su involucramiento pueden disminuir el tiempo que ellos mismos utilizan el celular.

Los adolescentes tienen a su alcance nuevas tecnologías que permiten recibir información, platicar con amigos, familiares y en general invertir de otra manera su tiempo de ocio (Repetto, 2018). El uso de estas tecnologías, en especial de los celulares, se ha intensificado en los últimos años (Berrios, Buxarris y Garcés, 2015). Los medios de pantalla son una actividad atractiva porque ofrecen ideas novedosas y promueven estilos de vida diferentes gracias a su variedad de aplicaciones.

Eventualmente, el uso de celular se ha vuelto un hábito que aunque parece inofensivo, puede llegar a convertirse en una conducta que afecta otras esferas de la vida del individuo, como la familiar, la social, entre otras (Echeburúa, Corral y Amor, 2005; Labrador y Villadangos, 2010; Echeburúa, 2012;) por lo que es importante comenzar a estudiar la manera en la que su uso puede medirse.

La manera que parece ser la más eficaz para controlar sobre todo el tiempo que se invierte en el uso del celular, es mediante los tratamientos cognitivo conductuales (Echeburúa, 2012; Echeburúa, Corral y Amor, 2005; González, 2010; Labrador y Villadangos, 2010), que aplican técnicas orientadas al cambio del estilo de vida, como técnicas de distracción cognitiva, desarrollo de la comunicación, afrontamiento adecuado del estrés, ocupación adecuada del tiempo libre y control de estímulos, entre otras.

Por lo tanto, el objetivo de ésta investigación es evaluar el efecto que tendría un taller para el uso adecuado del celular en padres y adolescentes.

MÉTODO

Diseño

Se trata de un estudio cuasiexperimental, con medición de grupos pre y postest.

Participantes

Se propone trabajar con una muestra no probabilística por conveniencia, conformada por 24 padres de familia (o cuidadores primarios) y sus 24 hijos adolescentes, estudiantes de secundaria. Se dividirá la muestra en 4 grupos, con 12 participantes cada grupo, 6 padres y 6 adolescentes. Grupo1: padres toman el taller y los adolescentes no. Grupo2: padres no toman el taller, los adolescentes sí. Grupo3: tanto padres como adolescentes toman el taller. Grupo Control: nadie toma el taller (pasan a lista de espera).