



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIAS JURIDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACION  
CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA  
MODALIDAD PRESENCIAL**



**DOCUMENTO PROBATORIO (DIMENSION ESCRITA) DEL  
EXAMEN COMPLEXIVO DE GRADO  
PREVIO A LA OBTENCION DEL TITULO DE PSICOLOGIA CLINICA  
MENCION PSICOLOGIA CLINICA**

**PROBLEMA:**

**TECNICAS DE ESTIMULACION COGNITIVA Y ABORDAJE TEMPRANO DE  
LA DEPRESION EN UN PACIENTE.**

**AUTOR:**

**MAYRON SHADAN LUNA SUAREZ**

**TUTOR:**

**MSC. FELIX AGUSTIN BRAVO FAYTONG**

**BABAHOYO – SEPTIEMBRE**

**2019**

## **RESUMEN**

El presente trabajo investigativo está enfocado en las técnicas de estimulación cognitiva y en cómo estas influyen en el abordaje temprano en la depresión de un adulto, teniendo como punto de partida la conceptualización de las dos variables y definiéndolas, siendo así las técnicas de estimulación aquellas estrategias que permiten potencializar las habilidades cognitivas en el paciente, permitiendo que modifique sus pensamientos negativos o distorsionados y los intercambie por otros más positivos. También se utilizaron técnicas como la observación, la entrevista y una prueba psicométrica, además de contar con la ficha o historia clínica proporcionada por el departamento psicológico de la Universidad Técnica de Babahoyo. Dentro de las situaciones detectadas, se presentaron datos significativos en relación al caso y la problemática a lo largo del proceso, pero mediante la aplicación de estrategias y un plan terapéutico basado en la TCC se lograron alcanzar resultados positivos.

### **PALABRAS CLAVE:**

Estimulación cognitiva, abordaje temprano, depresión.

## **ABSTRACT**

The present research work is focused on cognitive stimulation techniques and how they influence the early approach in depression of an adult, having as a starting point the conceptualization of the two variables and defining them, thus being the stimulation techniques those strategies that allow to potentiate the cognitive abilities in the patient, allowing him to modify his negative or distorted thoughts and exchange them for more positive ones. Techniques such as observation, interview and a psychometric test were also used, in addition to having the file or medical history provided by the psychological department of the Technical University of Babahoyo. Within the situations detected, significant data were presented regarding the case and the problem throughout the process, but through the application of strategies and a therapeutic plan based on CBT, positive results were achieved.

### **KEYWORDS:**

Cognitive stimulation, early approach, depression.

## INDICE

CARATULA .....	I
RESUMEN .....	II
ABSTRACT .....	III
1. INTRODUCCIÓN .....	1
Justificación .....	2
Objetivo .....	3
2. DESARROLLO .....	3
3. CONCLUSIÓN .....	18
4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	20
5. ANEXOS .....	21

## 1. INTRODUCCIÓN

El presente estudio de caso se refiere a las técnicas de estimulación cognitiva y la manera en que estas permiten el abordaje temprano de la depresión en un adulto, entiéndase por técnicas de estimulación a aquellas herramientas o actividades que permiten una reinserción en la cognición teniendo como resultado una variación de tipo positivo en la estructura cognitiva del adulto en cuestión, mismo que al presentar un cuadro sintomatológico de depresión mayor o aguda corresponde intervenir.

Un episodio depresivo mayor de tipo agudo es aquel en el que el individuo presenta un estado de ánimo bajo, disminución en las actividades sociales, pérdida de interés por el placer y reducción de la energía, todo este cuadro sintomatológico estar presente por mínimo 2 semanas y crear malestar clínicamente significativo.

En el presente trabajo investigativo se ha fijado un objetivo concreto y factible, mismo en el que se planteó identificar como las técnicas de estimulación cognitiva influyen positivamente en el abordaje temprano de la depresión en un adulto, para lo cual se realizó una recolección de datos recientes que tengan relación con las dos variables descritas anteriormente.

En el estudio de caso fueron necesarias la utilización de herramientas como la observación, la entrevista, historia clínica del paciente y el Inventario de depresión de Beck(BDI-II), útiles en la recolección de datos e información para el posterior contraste y constatación con lo explorado mediante la observación. Además de evidenciar de qué manera se da un abordaje temprano en la depresión en un adulto mediante técnicas de estimulación cognitivas, se busca implementar un nuevo punto de vista sobre la utilización de dichas técnicas en futuros trabajos de esta índole.

Además, cabe destacar que se utilizó la investigación de tipo exploratoria, para la obtención de información relacionada y en congruencia con las teorías estudiadas. Por último y no menos importante, se creó un plan terapéutico para generar posibles soluciones al problema del paciente y evidenciar de qué manera se utilizaron las técnicas de estimulación cognitiva, luego se establecieron las conclusiones y recomendaciones debidas en el presente estudio de caso como aporte a las diferentes áreas involucradas.

## Justificación

La depresión es uno de los problemas que más afectan a la población en este caso ya sea adulta o menor de los 18 años, pero, aunque sea un tema común en la actualidad está de más dejar de prestar atención a la particularidad con la que se presenta en cada sujeto o individuo y de esta manera encontrar nuevas alternativas, técnicas o planes terapéuticos que ayuden a su tratamiento e incluso llegar a un abordaje temprano para evitar una evolución de tipo negativa en pacientes con un episodio depresivo grave o agudo o trastorno del estado de ánimo.

Las técnicas de estimulación cognitiva son aquellas que ayudan a potencializar las habilidades del cerebro humano, ya sea estas tareas o actividades ligadas a lo cotidiano, lo interesante de dichas técnicas es que son propuestas como parte del conductismo y modelamiento de la conducta y aunque son más utilizados en situaciones o casos de deterioro cognitivo y Alzheimer planteado por “(Orrell, Spector, Thorgrimsen & Woods, 2005; Spector et al., 2003; Woods, Thorgrimsen, Spector, Royan & Orrell, 2006)”, estas pueden ser creadas por el terapeuta en función de la necesidad o problema que presente el paciente y esta es la razón por la que resulta innovador implementar dichas técnicas de estimulación para una práctica diferente como se lo hizo en este caso.

Asimismo, el presente estudio de caso busca aportar un nuevo punto de vista acerca de la implementación y uso de las técnicas de estimulación cognitiva en el ámbito psicológico, es decir que no solo están direccionadas al deterioro cognitivo si no también orientadas a un paciente con un cuadro depresivo, para esto partimos desde el aporte del psiquiatra y profesor Aaron T. Beck propuesto en 1976 sobre la triada cognitiva y su estrecha relación con la parte afectiva en el ser humano.

El presente trabajo investigativo está basado en un adulto de 55 años con hipertensión que presenta un cuadro de depresión grave o agudo debido a la reciente pérdida de su trabajo y fallecimiento de un familiar cercano, lo que por lo general ocurre con la mayoría de personas expuestas a estrés y pérdida de algún familiar debido a circunstancias adversas y ajenas a su realidad.

## **Objetivo**

Identificar las influencias de las técnicas de estimulación cognitiva en el abordaje temprano de la depresión en un adulto de 55 años de edad de la clínica “Dial Ríos” del cantón Vinces - Provincia de Los Ríos, mediante técnicas de investigación como la entrevista, la observación y la historia clínica e implementar un plan terapéutico que permita la obtención de resultados positivos en el paciente.

## **2. DESARROLLO**

### **Sustento teórico**

#### **Los procesos cognitivos**

Son aquellos procesos mediante los cuales el ser humano incorpora conocimiento, recepta y procesa, en cuyos procesos intervienen la inteligencia, el lenguaje y la atención, dichos procesos se denominan procesos superiores, siendo los inferiores la sensación, percepción, atención, concentración y memoria. Asimismo, se ha demostrado que dichos procesos están estrechamente ligados a lo afectivo, es por eso que haciendo alusión a la teoría de la triada cognitiva propuesta por Aaron Beck 1976 en la cual el planteaba una manera concreta de entender lo que sucedía en la mente de una persona con depresión, que es de donde parte este trabajo investigativo.

La triada cognitiva planteaba tres tipos de concepciones negativas:

- El pensamiento negativo acerca de sí mismo.
- Visión negativa acerca del mundo.
- Visión negativa del futuro.

“Los procesos automáticos requieren muy poca capacidad de atención; de este modo, conseguimos algo a cambio de nada cuando somos automáticos” (Barret, Tugade y Engle, 2004; Stanovich, 2000; Sweller, 1999).

Estos expertos nos quieren decir que aquellos procesos cognitivos de tipo automáticos son muy distintos a aquellos de naturaleza afectiva, ya que a diferencia de los automáticos estos están ligados a la parte anímica y afectiva en función de las interacciones sociales o con el medio, es decir que todo lo que perciban y procese el cerebro ira con una carga de tipo afectiva que modificara el comportamiento dependiendo de la intensidad del estímulo, lo que en conclusión confirma el vínculo estrecho que hay entre lo cognitivo y lo afectivo o emocional.

### **Estimulación cognitiva**

La estimulación cognitiva es el conjunto de actividades y herramientas de las que se dispone para tratar de potencializar los procesos cognitivos como la atención, el lenguaje o la memoria y de esta manera disminuir el deterioro que se esté dando en un paciente, por lo general cuando se habla de estimulación cognitiva se hace alusión a fichas o imágenes con las que en algún momento hemos tenido contacto, o lo primero que nos viene a la mente es algún tipo de actividad que involucra figuras y formas para reconocer, pero en realidad es mucho más que eso, ya que involucra actividades cotidianas o la elaboración de una agenda de actividades orientadas a la intervención y posterior obtención progresiva de resultados positivos.

Además, lo interesante de esto, es que por lo general la estimulación cognitiva surge como parte de las teorías y bases del conductismo y cognitivismo, de donde proviene su nombre. Es importante mencionar que, al ser dirigidas a entrenar y potenciar las habilidades cognitivas de un sujeto o paciente, no han sido particularmente utilizadas para casos de depresión en adultos o niños, pero hace unas décadas se implementó una técnica llamada la AC o Activación Cognitiva este principio fue propuesto y planteado en primera instancia por Ferster en 1973 y Lewinsohn en 1974 cuyos enfoques fueron dirigidos al abordaje o intervención de la depresión.



En la AC se considera que el inicio de la depresión es consecuencia de un suceso desencadenante que, de forma súbita o progresiva, aparta de la vida del sujeto reforzadores importantes. Aunque se reconoce el posible concurso de factores genéticos, biológicos u otros en la génesis del cuadro, el modelo enfatiza el papel de las pérdidas vitales como elicitadores, al menos, de algunas depresiones (Dimidjian et al., 2008).

Esto nos proporciona un aporte enriquecedor al respecto de la utilización de técnicas cognitivas en el abordaje de un cuadro depresivo, aunque esta posea enfoques particulares y otro nombre como tal, se origina en el cognitivismo y conductismo. Algo semejante ocurre al emplear técnicas de estimulación cognitiva que a diferencias de la antes mencionada no están establecidas con el nombre de terapia como tal, pero son complementarias y en lo referente primordiales para el tratamiento o implementación de un plan terapéutico cognitivo conductual o TCC en la depresión.

A continuación, conoceremos que tipos de técnicas de estimulación cognitiva son las más utilizadas en el ámbito clínico para intervenciones en enfermedades degenerativas de la cognición en adultos.

### **Tipos de técnicas de estimulación cognitiva**

**Técnicas de estimulación a través de tareas cotidianas.** \_Consisten en que las actividades van a estar relacionadas con una agenda diaria o cotidiana que el paciente debe cumplir, implica actividades como aseo personal y del hogar, elaboración de alimentos, compra de víveres en el mercado con el objetivo de que progresivamente se vaya integrando a un ámbito ocupacional y puede sentirse útil de esta manera.

**Técnicas de estimulación a través de la actividad física.** \_ Este tipo de estimulación en particular es uno de los más recomendados y difíciles de lograr que el paciente en un cuadro depresivo mayor acepte utilizar, ya que involucra actividades físicas o deporte que son en especial las actividades de las que un individuo depresivo se aleja y evita.

**Técnicas de estimulación a través de la música.** \_ Por lo general no son las más empleadas en casos de depresión mayor ya que debido al cuadro, al paciente estará reacio a escuchar música alegre en función a su persona y condición, consiste en elegir un repertorio musical que haya sido de preferencia del paciente en cuestión y establecer cierta hora del día en la que dicha lista deberá ser escuchada ya sea en compañía de su familia como apoyo o el terapeuta.

Dichas técnicas mencionadas son parte complementario dentro de un esquema o plan terapéutico en el tratamiento del problema del paciente, las mismas que pueden ser creadas o acondicionadas por el terapeuta en labor dependiendo de las necesidades y objetivos que se busca alcanzar en dicha intervención, es decir pueden ser enviadas como tareas de casa y labores cotidianas a manera de reforzamiento.

“Se promueve que el cliente se comprometa a actuar en dirección a una meta y, para ayudarlo, se le invita a que se imagine como si fuera capaz de alcanzarla y la alcanzase de hecho” (Martell et al., 2001)

Lo que quiere decir este experto es que ningún objetivo en una terapia puede ser alcanzado si el paciente no se compromete a trabajar con su problema, es decir que lo primordial en la primera sesión previa a la intervención terapéutica es dejar claro el panorama al paciente, por lo tanto está en la obligación de brindar una explicación clara, concreta y en un lenguaje entendible acerca de lo que es el problema o alteración que presenta, logrando así hacer un desplazamiento de la responsabilidad de la situación hacia él, algo que es crucial en el camino a la obtención del objetivo más importante, enseñar al paciente a ser su propio terapeuta.

### **Definición de Depresión**

La depresión como comúnmente se la conoce en el ámbito social o bien llamado episodio depresivo leve, moderado o grave en el área clínica, se caracteriza por presentar un estado de ánimo bajo, disminución de la actividad y reducción de la energía en el paciente.

Ahora bien, siendo este un tema que alrededor de los últimos años se ha vuelto tan común y que afecta por lo general a individuos que se encuentran expuestos a situaciones de estrés, pérdida de familiares y demás eventos activadores que afectan la parte afectiva en la cognición del ser humano, está de más decir que sigue siendo un tema o problema que necesita atención por parte de los expertos en dicha área, y es precisamente donde surgen los diferentes abordajes dependiendo del estilo de terapeuta y pues de dicha terapia en la que este se especialice.

No obstante, existen definiciones de autores que en el camino y desarrollo del presente trabajo realizan aporte y sustento primordial de lo que se quiere plasmar en el mismo, es así como como a continuación citamos parte de un enunciado de la autora Sara Baringoltz.

La depresión es un estado complejo que transita con variedad de grados de severidad, cursos variables, manifestando diversidad sintomática y caracterizado por una alta reactividad a circunstancias de la vida actual. Una multiplicidad de factores biológicos, psicológicos y sociales interactúan en la patogénesis de la depresión. (Sara Baringoltz, 2007)

Según esta autora la depresión es un estado de complejidad que se manifiesta o evoluciona en varios grados de severidad, tomando en cuenta el curso y cuadro sintomatológico del mismo en relación a su entorno, algo que es muy cierto, basándonos en la definición y codificación de dicha alteración en el manual CIE-10 en donde consta los criterios diagnósticos, tipos o grados en este caso y como es lógico su definición. El episodio depresivo se encuentra codificado como F32 en el manual de antes mencionado y los subtipos o grados de severidad como F32.0 Episodio depresivo leve, F32.1 Episodio depresivo moderado, F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos, F32.3 con síntomas psicóticos, F32.8 Otros trastornos depresivos y F32.9 Episodio depresivo sin especificación.

Sin embargo, este estudio de caso está basado en el abordaje temprano de un F32.2 codificación que en base a la información recolectada en las diferentes sesiones pre-

diagnósticas y mediante la utilización de una prueba de tipo psicométrica específica para dicha situación se llegó en primera instancia a un presuntivo y posterior diagnóstico de un Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos. Entonces una vez expresado esto, es necesario conocer más acerca del mismo.

### **Episodio depresivo grave o mayor**

Según el manual CIE-10 en el episodio depresivo grave o mayor sin síntomas psicóticos se presentan varios de los síntomas descritos en el F32 diferenciándolo de este el grado e intensidad con que estos se presentan, en el que la pérdida de autoestima e ideas de negativas sobre sí mismo, sobre sus capacidades y desempeño más las ideas o actos suicidas son los principales y más resaltantes, sin embargo, suelen venir acompañados con síntomas somáticos. A continuación, algunos de los criterios diagnósticos del F32.2 en el CIE-10:

- A. Deben cumplir los criterios generales del episodio depresivo (F32).
- B. Presencia de los tres síntomas del criterio B del F32.0.
- C. Presencia de los síntomas adicionales del criterio C del F32.0, hasta un total de al menos ocho.
- D. Ausencia de alucinaciones, ideas delirantes o estupor depresivo. (CIE-10)

Existen varios enfoques desde los cuales la depresión como tal puede ser abordada de manera temprana, la mayoría de ellas con bases y origen en el conductismo, la cuales fueron de vital importancia para la elaboración de este documento, partiendo de la idea de que no existe terapia cliché de modo que depende del estilo del terapeuta, es decir que aunque exista un largo historial de técnicas aplicadas y estudios realizados referente a un abordaje en depresión, existe particularidades y aportes innovadores y de diferente naturaleza dependiendo de la procedencia y preparación del autor de dicho trabajo.

En este caso se realizó el abordaje de un episodio depresivo mediante la utilización de técnicas cognitivas de origen conductista con la particularidad de que no existen muchos

registros de que estas hayan sido aplicadas en este tipo de casos. Es necesario conocer cómo se realiza un abordaje temprano en la depresión.

### **Abordaje en un caso de depresión**

Por lo general una vez obtenido el diagnóstico y en pleno conocimiento de este, se inicia el proceso terapéutico o de intervención al paciente, tomando en cuenta las características diagnósticas, ¿que trato de decir con esto?, conociendo que el abordaje que se va a realizar es temprano debido al tiempo de evolución del episodio, se debe elaborar un plan terapéutico junto con el paciente teniendo en cuenta las áreas que se necesita trabajar y reforzar, luego de esto se procede a fijar la hora y fecha en que se dará la primera sesión de terapia misma que debe ser acordada con el paciente.

Pero no siempre fue así, durante los inicios en los tratamientos de la depresión los pioneros en la terapia como tal, se basaron en la escuela conductista, creando y proponiendo así técnicas cognitivas o estrategias, misma que combinadas con la terapia constituyeron una forma de intervención efectiva en esa época.

Los primeros tratamientos puramente conductuales obtuvieron unos resultados sobresalientes, durante la década de los ochenta y aun de los noventa la terapia combinada con estrategias cognitivas y conductuales se asumió como el tratamiento psicológico de elección para los cuadros depresivos. (De Rubeis y Crits-Christoph, 1998) (Jorge Barraca Mairal, 2009)

Es decir que desde entonces la terapia combinada con técnicas y estrategias se constituyeron como la elección preferida y más utilizada en el abordaje y tratamiento de la depresión, permitiendo así que cada terapeuta elabore o cree una terapia, implementando lo antes mencionado como el crea conveniente en relación con las áreas que se necesitan trabajar con el paciente.

En el transcurso de estos años se han creados técnicas que permitan el tratamiento de la depresión, como antes fue mencionada en este documento, por ejemplo, la AC o Activación Conductual trabaja de similar manera que otras técnicas gracias a sus fundamentos conductuales, en la que el objetivo es que el paciente primero se comprometa con el proceso y esté dispuesto a trabajar en su problema.

Por lo tanto, queda más que claro que las técnicas de estimulación cognitivas son en particular óptimas para un abordaje temprano en la depresión, junto con la terapia, debido a que mientras la una es trabajada con el paciente en sesión las otras permiten que este haga un refuerzo de lo trabajado como tareas para casa.

La Terapia Cognitiva- Conductual es un modelo de tratamiento de diversos trastornos mentales, que trabaja ayudando al paciente a que cambie sus pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas disfuncionales por otras más adaptativas para combatir sus problemas o en este caso la depresión. (Juliana Vanessa Puerta Polo y Dancy Eliana Padilla Díaz,2011)

Y aquí tenemos una explicación más concreta de lo que es la terapia cognitiva, y de la manera en que esta se la aplica en el tratamiento de diferentes alteraciones, como por ejemplo la depresión. En fin, dicho esto podemos concluir que en un F32.2 podemos aplicar técnicas de estimulación cognitiva como refuerzo de lo que se trabaja en la sesión de terapia propiamente dicha.

## **Técnicas aplicadas para la recolección de información.**

**Entrevista semiestructurada:** Descrita como un banco de preguntas que permiten al entrevistado en este caso aportar más información referente a lo que se le pregunte, este tipo de entrevista es la más recomendada, debido a que posee preguntas abiertas y cerradas dando opción a que el paciente exteriorice más datos que son de gran valor para el entrevistador.

**Observación:** Dicha técnica fue utilizada para identificar patrones de comportamiento en el paciente, durante y después de la entrevista y de esta manera poder contrastar los datos recolectados en la investigación.

**Historia clínica:** Técnica mediante la cual tenemos acceso a registro clínico de un paciente datos personales, escolaridad, historia de la enfermedad, edad, sexo, información acerca de su familia y otros datos complementarios necesarios para realizar nuestra intervención.

### **Técnicas psicométricas aplicadas**

Se utilizaron técnicas tales como:

Inventario de Depresión de Beck(BDI-2):

El Inventario para la Depresión de Beck (Beck Depression Inventory; BDI), tanto en su versión original de 1961 (BDI-I; Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961) como en su versión revisada de 1978 (BDIIA; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979; Beck y Steer, 1993), ha sido ampliamente utilizado como medida de sintomatología depresiva en pacientes con trastornos psicológicos y en población normal, hasta constituirse en el instrumento autoaplicado para evaluar la depresión más utilizado en la práctica clínica y en investigación (Beck, Steer y Garbin, 1988; Piotrowski, 1996; Sanz, Navarro y Vázquez, 2003).

Luego de la debida entrevista y recolección de datos en las primeras sesiones, pasamos a la aplicación del Inventario de Beck del cual se encuentra una breve reseña de su historia y descripción de su uso, consta de 21 ítems o preguntas, sirve para medir la depresión en niños y adultos, cuya sintomatología se encuentra en el manual DSM-VI y CIE-10. (BDIIA; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979; Beck y Steer, 1993)

## **Resultados obtenidos**

La H.C o historia clínica es de un adulto de 55 años, de profesión agricultor y trabajador de una hacienda, de sexo masculino que acude a consulta junto a su esposa, remitido por el departamento de psicología de la clínica “Dial-Ríos” de Vinces en donde actualmente se dializa, vive en Guare sector “Porvenir” vía Baba.

Para el presente estudio de caso se realizaron 5 entrevistas mismas que se dieron de la siguiente manera:

En la primera entrevista se llevó a cabo el 5 de junio del 2019 en el horario de 10 am a 11 am, se procedió a recabar datos de identificación, edad, motivo de consulta y además algunos datos acerca de su topología familiar. Además de establecer el rapport necesario para el proceso.

La segunda entrevista fue realizada el día 7 de junio del 2019 en el horario de 10:30 am a 11:00 am en la misma que se obtuvo parte de la información personal que hacía falta sobre su identificación, además de los antecedentes del paciente y un poco de la historia de su enfermedad.

En la tercera entrevista, el día 12 de junio del 2019 entre las 10 am hasta las 11 am en la que estuvo presente su esposa, se buscó constatar parte de la información antes mencionada y conocer sobre su comportamiento en el hogar, en su entorno social y datos más explícitos a cerca de su enfermedad renal.

La cuarta entrevista fue realizada el día 14 de junio del 2019 en la que mediante preguntas abiertas indagamos más sobre su comportamiento y conducta que había presentado el paciente desde hace dos semanas atrás y cuál era la sintomatología.



En la quinta y última entrevista el día 16 de junio del 2019 se aplicó un test o prueba psicométrica llamada Inventario de Depresión de Beck(BDI-II), creado en su primera versión por el psiquiatra a quien se debe el nombre, consta de 21 ítems con 4 opciones puntuadas de 0 a 4; permite medir el grado de depresión en un adulto o niño.

Gracias a las técnicas empleadas en este caso, se corroboró los datos acerca del cuadro sindrómico que presentaba el paciente en cuestión, toda la información permitió el análisis de las alteraciones conductuales y emocionales manifestadas por el sujeto, asimismo contribuyó a la elaboración de los diagnósticos diferenciales para llegar al diagnóstico final y posteriormente al planteamiento de conclusiones y un plan terapéutico.

### **Situaciones detectadas**

El presente estudio de caso consta de 5 sesiones en las cuales participó tanto el paciente como miembro principal y su esposa quien también colaboró en la recolección de la información en las ya mencionadas sesiones.

En la primera sesión el paciente se mostró decaído, presentaba un ánimo bajo, al realizarle las debidas preguntas no aportaba mucha información y evitaba hablar de su enfermedad y aún más sobre la situación actual en ese entonces. El motivo de consulta era porque manifestaba que se sentía sin ganas de hacer algo, no se sentía útil desde su enfermedad y más que todo por la pérdida de su trabajo en la hacienda donde trabajó por más de 20 años y que además de sus tres hijos solo uno vivía con ellos, es decir con él y su esposa, de la misma manera se trató de establecer un rapport mientras se recababa ésta información.

La segunda sesión se llevó a cabo con el sujeto, en la cual se exploró más sobre sus datos de identificación, escolaridad y parte de la historia de su enfermedad, algo que por lo general es complicado ya que ellos se abstienen de emitir comentarios al respecto, sin embargo, expresó que su enfermedad fue a raíz de la medicación que recibía para su presión y que su comportamiento actual se debía a circunstancias por la que atravesaba últimamente.

En la tercera sesión estuvo presente su esposa y como es de esperarse pues el paciente, esta manifestaba que su esposo ya no era el mismo desde hace dos semanas atrás, que desde que perdió su trabajo se ve decaído, ya no quiere salir ni realizar las actividades que comúnmente hacía con sus amigos, también mencionó que, aunque ya había aceptado lo de su enfermedad renal, todo se vino dando desde que lo despidieron. También constató los datos proporcionados por el, en relación a su círculo familiar.

La cuarta sesión se llevó a cabo nuevamente solo con el paciente, el mismo que ya aportaba más información sobre lo que le aquejaba, expresaba que ya nada era igual, que se sentía un inútil y que ya no podía sobrellevar los gastos de su esposa e hijo con el que vive, ni ser el sustento del hogar. Asimismo, manifestaba que se sentía un fracasado y que ya no era lo suficientemente joven para encontrar otro trabajo, ya no le daban ganas de salir o compartir con sus amistades.

En la quinta sesión fue utilizada para la aplicación de una prueba psicométrica referente a la sintomatología que presentaba el paciente, con el objetivo de descartar posibles diagnósticos teniendo como base los criterios del CIE-10, es así como se obtuvo los diagnósticos diferenciales de F31 Trastorno bipolar, F33 Trastorno depresivo recurrente y F34.1 Distimia.

El diagnóstico obtenido según el manual CIE-10 es el código F.32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.

Una vez obtenido el diagnóstico se procedió a la elaboración del plan terapéutico o esquema, necesario para ésta condición o problema, la terapia en primera instancia no tuvo resultados positivos, debido a la falta de compromiso y algunas calamidades por parte de la parte beneficiaria, pero cabe destacar que después esta situación cambió.

Como logro puedo acotar que dentro de la terapia como tal, se trabajaron en su mayoría las áreas en las que el paciente presentaba malestar, aunque se dieron inconvenientes con su compromiso al principio, en las demás sesiones mostró estar más comprometido e interactuaba más, afirmando que se sentía cómodo con las estrategias que fueron utilizadas para el refuerzo y tareas para el hogar. Además, expresaba que había recobrado el gusto por compartir con sus amistades y crear un mejor vínculo con su familia.

### **Soluciones planteadas**

Refiriendo los datos obtenidos mediante las diferentes técnicas utilizadas, y al contar con un psicodiagnóstico, se procedió a la elaboración de un esquema terapéutico basado en la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), para trabajar con el paciente y de manera complementaria con su familia en las tareas para el hogar.

La terapia consistió en primer lugar en plantear un objetivo o meta específica a la cual llegar, cabe recalcar que ésta meta vendría a ser la misma del esquema terapéutico, además de especificar desde cuando se presentaron estos pensamientos egodistónicos o también llamados pensamientos automáticos o disfuncionales. Según su esposa estos empezaron a aparecer a raíz de la pérdida del que había sido su trabajo por más de 20 años, sumado a la situación en la que se encontraba por su enfermedad, aunque expresó que había sido más por lo reciente.

Como segundo paso se procedió a identificar el tipo de pensamiento disfuncional y de dónde provenía, lo que según la TCC describe como la manera en la que interpreta el suceso o circunstancia por la que atravesó el paciente o sujeto, creando así esas distorsiones cognitivas que lo afectan.

Una vez planteada la meta estructural en función del pensamiento disfuncional o egodistónico, se fijan las metas estructurales dentro del esquema, lo que en otras palabras vendría a ser los pasos o estrategias con las que alcanzaremos la meta general.

Luego dichas metas son propuestas al paciente en función a su problema, para que de esta manera él pueda dar su aprobación o desaprobación. De igual manera se le explica que dichas metas solo serán alcanzadas si se compromete a trabajar en ellas, se lo logra persuadir al respecto manifestándole que seremos su guía en el proceso y que lo que se busca alcanzar es que él tome control sobre el problema y pueda manejarlo desde su posición.

Después se procede a trabajar con la primera meta estructural fijada en el esquema terapéutico, misma que consiste en aplicar la Terapia de resolución de problemas en la que se le enseña al paciente a enfocarse en los problemas que piensa que lo afectan, definirlos y ayudarlo a generar alternativas o soluciones para aplicarlas y de esta manera resolverlos.

Una vez trabajada la primera meta, por las sesiones necesarias, se procede a trabajar en la segunda, ésta consiste en la aplicación de técnicas de relajación y concentración, que a continuación describiremos:

Se le pide al paciente que se siente, luego se le pide que piense en cada uno de sus músculos y proceda a tensarlos para conocer su ubicación, luego se le indica que empiece a relajar progresivamente cada uno de esos músculos. Asimismo, se le indica que empiece a inhalar profundo y exhalar lento mientras piensa en algo que le produzca alegría o en alguna fecha especial; todo esto se lo lleva a cabo por alrededor de 15 minutos en las sesiones que sean necesarias y requeridas.

Y por último se trabajó en la tercera meta estructural que ha sido la causa y base de éste trabajo investigativo, es decir la aplicación de técnicas de estimulación cognitiva y como agregado las de autocontrol.

Las técnicas de estimulación cognitiva fueron dirigidas al paciente a manera de refuerzo y tareas de casa; consistió en elaborar una agenda de actividades que tengan como finalidad la interacción con el medio y lo más importante que permitan crear al paciente pensamientos egosintónicos o positivos, referentes a su autoestima, autovaloración y utilidad.

Estas actividades compendian: compra de víveres, prestar ayuda a su esposa en la cocina y las tareas del hogar, dialogar más con sus hijos, empezar a realizar algo de actividad física y frecuentar lugares que sus amistades también frecuentan, ya que la interacción social crea constructos que son de beneficio para el área afectiva que es la afectada.

Al mismo tiempo se aplicó la terapia de autocontrol como complemento a las técnicas de estimulación, ya que una vez en progreso le sería más fácil al paciente dominar aquellos pensamientos automáticos que creaban malestar.

Una vez logradas cada una de las metas estructurales, es como se consigue alcanzar nuestra meta general, disminuyeron los pensamientos disfuncionales y la percepción de sí mismo, lo que se describe como un buen proceso, tomando en cuenta que se cumplió con el lema propuesto por la TCC, “enseñar al paciente a ser su propio terapeuta”.

### 3. CONCLUSIONES

Las técnicas de estimulación cognitivas siendo estas generalmente utilizadas en casos de deterioro cognitivo y Alzheimer, mostraron ser las indicadas para el abordaje temprano en un episodio depresivo grave o mayor, siendo complementarias dentro de un esquema terapéutico, permitiendo al paciente realizar un refuerzo de lo trabajado en la sesión, contribuyendo a la obtención de resultados positivos, asimismo como el logro de alcanzar tanto las metas estructurales como la general del plan terapéutico. Además, cabe destacar que siendo la cognición una función que está estrechamente ligada con el área afectiva es inminente que al ser aplicadas técnicas de esta naturaleza no se logre modificar pensamientos disfuncionales o negativos ligados a un evento o circunstancia adversa que posteriormente desemboca en una depresión.

Los tipos de técnicas que se pueden utilizar en un caso como éste, no están establecidas en un plan previo de trabajo, sino más bien dependen única y exclusivamente de las áreas que el terapeuta crea conveniente trabajar en función al motivo de consulta y cuadro sindrómico que presenta el paciente. Es decir que serán establecidas según el caso y alteración codificada en los manuales DSM-IV o CIE-10.

Existen algunos tipos de técnicas de estimulación cognitiva; están las que van desde fichas e imágenes en el caso de un deterioro cognitivo, hasta aquellas que implican actividades cotidianas, otras que involucran la actividad física y por último aquellas que involucran el arte o la música, permitiendo así que el sujeto interaccione nuevamente con su entorno y cambie la concepción que tiene acerca de sí mismo y de sus habilidades, lo que le ayudara a fortalecer su autoestima y generar más pensamientos egosintónicos que egodistónicos. Los pensamientos disfuncionales son aquellas concepciones erróneas que elaboramos en relación a un evento adverso y el resultado o consecuencia de dichas concepciones viene a ser el problema a tratar.

Es necesario expresar que la depresión como problema o alteración ha sido abordada por algunas de las diferentes corrientes y terapias conductistas, entre las más sobresalientes esta la AC o Activación Conductual y por supuesto la TCC o Terapia Cognitivo Conductual, de modo que queda demostrado que desde un principio las técnicas cognitivas y conductuales han obtenido hallazgos y resultados sobresalientes a lo largo de la historia.

En el presente estudio de caso se utilizaron varias técnicas para la recolección de datos e información, como por ejemplo la observación, la entrevista, misma que fue dirigida al paciente y su esposa para constatar la veracidad de lo proporcionado por ellos y argumentar la problemática. De igual manera se utilizó a la observación para estudiar la conducta, comportamiento y emociones que eran expresadas por el sujeto en las diferentes circunstancias de las sesiones realizadas y por ultimo como herramienta también se utilizó la historia clínica del paciente, como un apartado para la corroboración de datos.

Al momento de finalizar el estudio y habiendo identificado de qué manera influyen las técnicas de estimulación cognitiva en el abordaje temprano de la depresión en un adulto mediante las técnicas utilizadas, se procedió al planteamiento soluciones optimas y factibles para el caso, contando con el compromiso del paciente y su familia en el trabajo desarrollado. Resulta importante mencionar que en este tipo de casos es necesario el compromiso y disposición por parte del paciente para lograr alcanzar las metas propuestas en la terapia y tener como resultado un buen proceso tanto diagnostico como terapéutico, ya que el resultado del proceso no depende solo del terapeuta.

Las recomendaciones en este tipo de casos varían dependiendo de la particularidad del sujeto o paciente, se recomienda el fortalecimiento del autoestima, las habilidades y aspectos interpersonales, elaborar una proyección positiva de sí mismo y sobre todo la intervención y apoyo familiar es de vital importancia, ya que esto le genera más confianza y seguridad al sujeto que atraviesa por un problema de depresión y al ser este recurrente en algunos casos, se deberá llevar un seguimiento, de igual manera es necesario que la familia del paciente busque y tenga información sobre lo que es y en que consiste la alteración. La información recabada ayudo a la comprensión de la problemática y gracias a la sustentación teórica y empírica este trabajo servirá de apoyo a futuras investigaciones. También es importante mencionar que el correcto manejo de la teoría y el buen uso de las técnicas permiten obtener resultados positivos y facilitan la intervención terapéutica.

#### 4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barraca, J. (2006). Editorial. *Las terapias de conducta de tercera generación: ¿parientes políticos o hermanos carnales?* Edupsykhé. Revista de Psicología y Educación, 5, 147-157. Obtenido de

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2147830>

Bruning, R (2011) *Psicología Cognitiva Y De La Instrucción* 5ta Edición. Obtenido de:

<http://www.spacediseno.com/cursos/procesoscognitivos/actividad4/BruningMemoriasensoBruningMemoriasensorialaC.pdf>

Camacho, J (Año 2003) *El ABC De La Terapia Cognitiva*. Obtenido de

<http://psicologiavirtual.com.mx/Aula1/Biblioteca/Psicologia%20y%20Consejeria/el%20abc%20de%20la%20terapia%20cognitiva.pdf>

Pérez Álvarez, M (2, mayo-agosto, 2007) *La Activación Conductual Y La Desmedicalización De La Depresión Papeles Del Psicólogo*, Vol. 28, Núm. 2, Pp. Consejo General De Colegios Oficiales De Psicólogos Madrid, España. Obtenido de

<https://www.redalyc.org/pdf/778/77828207.pdf>

Sanz, J., Pergigón A., y Vázquez C. (2004). *Adaptación Española Del Inventario Para La Depresión De Beck-Ii (Bdi-Ii): 2. Propiedades Psicométricas En Población General Clínica Y Salud*, Vol. 14, Núm. 3, Pp. 249-280. Obtenido de: <https://www.redalyc.org/pdf/1806/180617972001.pdf>

Vázquez, F. Muñoz, R. Becoña, E (2000) *Depresión: Diagnóstico, Modelos Teóricos Y Tratamiento A Finales Del Siglo XX - Psicología Conductual*, Vol. 8, Nº 3, 2000, Pp. 417-449. Obtenido de

[https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/40581873/teorias\\_de\\_la\\_depresion.pdf](https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/40581873/teorias_de_la_depresion.pdf)



**5. ANEXOS**  
**ANEXO 1. HISTORIA CLINICA**

**CASO N°**

**1.- DATOS DE IDENTIFICACION**

**NOMBRES Y APELLIDOS:**

**EDAD:**

**LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:**

**INSTRUCCIÓN:**

**OCUPACION:**

**ESTADO CIVIL:**

**FECHA DE EVALUACION:**

**TELÉFONO:**

**REMITENTE:**

**2.-MOTIVO DE CONSULTA**

**MANIFIESTO:**

**LATENTE**

**3.-SÍNTESIS DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO:**

**4.-IRRUPCIÓN DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO:**

**5.-TOPOLOGÍA FAMILIAR: FAMILIA EXTENDIDA**

**6.-TOPOLOGÍA HABITACIONAL:**

**7.-ANTECEDENTES PSICOPATOLÓGICOS FAMILIARES:**

**8.-HISTORIA EVOLUTIVA: ANAMNESIS**

**AFECTIVIDAD:**

**EMBARAZO:**

**PARTO:**

**LACTANCIA:**

**MARCHA**

**LENGUAJE**

**CRISIS VITALES**

**CRISIS EXISTENCIALES**

**9.-ESCOLARIDAD: (PRIMERA INFANCIA)**

**10.-ADAPTACIÓN ESCOLAR**

**11.-RELACIONES INTERPERSONALES**

**12.-ADAPTACIÓN SOCIAL**

**13.-JUEGOS**

**14.-CONDUCTA SEXUAL**

**15.-ACTIVIDAD ONÍRICA**

**16.-HECHOS TRAUMATIZANTES**

**ADOLESCENCIA Y MADUREZ:**

**17: APARICIÓN DE LOS CARACTERES SEXUALES**

**18.-CONDUCTA SEXUAL**

**19.-ACTIVIDAD ONÍRICA**

**20.-ADAPTACIÓN SOCIAL**

**21.-ADAPTACIÓN FAMILIAR**

**22.-RELACIONES INTRAFAMILIARES**

**23.-ACTIVIDAD, INTERESES Y AFICIONES**

**24.-PENSAMIENTO**

**CONTENIDO DEL PENSAMIENTO**

**CURSO DEL PENSAMIENTO**

**MEMORIA**

**25.-LENGUAJE**

**26.-PRUEBAS PSICOLOGICAS APLICADAS**

## ANEXO 2. IMAGEN, FORMATO DEL INVENTARIO DE BECK

1

### INVENTARIO DE BECK – DEPRESIÓN

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

En este cuestionario hay varios grupos de afirmaciones. Estudie cuidadosamente cada grupo. Luego escoja la afirmación de cada grupo que describa mejor la manera en que Ud. se ha sentido durante la semana pasada, incluyendo el día de hoy. Si varias de las afirmaciones en el grupo parecen aplicarse igualmente, escoja ambas (o incluso tres).

1.   0.    No me siento triste.  
      1.    Me siento triste.  
      2.    Estoy triste todo el tiempo y no puedo salir de mi tristeza.  
      3.    Estoy tan triste e infeliz que no puedo soportarlo.
  
2.   0.    No estoy particularmente desanimado(a) acerca del futuro.  
      1.    Me siento desanimado(a) acerca del futuro.  
      2.    Siento que no puedo esperar nada bueno del futuro.  
      3.    Siento que no hay esperanzas para el futuro y que las cosas no pueden mejorar.
  
3.   0.    No me siento como un fracasado(a).  
      1.    Siento que he fracasado más que la mayoría.  
      2.    Cuando pienso en el pasado, sólo veo un fracaso tras otro.  
      3.    Siento que soy un fracaso total como persona.
  
4.   0.    Las cosas me satisfacen tanto como antes.  
      1.    No disfruto de las cosas de la misma manera que solía.  
      2.    No obtengo verdadera satisfacción en nada.  
      3.    Me siento insatisfecho(a) o aburrido(a) con todo.
  
5.   0.    No me siento particularmente culpable.  
      1.    Me siento culpable una buena parte del tiempo.  
      2.    Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.  
      3.    Me siento culpable todo el tiempo.
  
6.   0.    No siento que estoy siendo castigado(a).  
      1.    Siento que puedo ser castigado(a).  
      2.    Espero ser castigado(a).  
      3.    Siento que estoy siendo castigado(a).
  
7.   0.    No me siento decepcionado(a) o desilusionado(a) de mí mismo(a).  
      1.    Me siento decepcionado(a) o desilusionado(a) de mí mismo(a).  
      2.    Siento aversión hacia mí mismo(a).  
      3.    Me odio a mí mismo(a).
  
8.   0.    No siento que yo sea peor que nadie.  
      1.    Me critico a mí mismo(a) por mis debilidades y errores.  
      2.    Me culpo continuamente por mis faltas.  
      3.    Me culpo por todo lo malo que pasa.
  
9.   0.    No tengo ningún pensamiento acerca de matarme.

### **ANEXO 3. FOTOS**



**ENTREVISTA AL PACIENTE**

**APLICACIÓN DEL INVENTARIO  
DE DEPRESION DE BECK**



#### ANEXO 4. FOTOS EN TUTORIAS

