

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS



DILIA ARACELY MORALES CORDÓN

LILY FRANCISCA MONTENEGRO ARMAS

GUATEMALA, NOVIEMBRE 2004

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

Escuela de Ciencias Psicológicas

**“PSICOTERAPIAS COGNITIVA CONDUCTUAL Y BREVE DE EMERGENCIA EN EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR, EN PACIENTES ADULTOS INTERNOS”.**



**INFORME FINAL DE INVESTIGACION  
PRESENTADO AL HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO  
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS  
POR:**

**DILIA ARACELY MORALES CORDON  
LILY FRANCISCA MONTENEGRO ARMAS**

PREVIO A OPTAR EL TITULO DE  
PSICOLOGAS

EN EL GRADO ACADEMICO DE

LICENCIATURA

GUATEMALA, NOVIEMBRE 2004

## **CONSEJO DIRECTIVO**

Licenciado Riquelmi Gasparico Barrientos  
DIRECTOR ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

Licenciada Karla Emy Vela Díaz de Ortega  
SECRETARIO ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

Licenciada María Lourdes González Monzón  
Licenciada Liliana Del Rosario Álvarez de García  
REPRESENTANTES DEL CLAUSTRO DE CATEDRATICOS  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

Licenciado Evodio Juber Orozco Edelman  
REPRESENTANTE DE LOS PROFESIONALES EGRESADOS  
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

Estudiante Elsy Maricruz Barillas Divas  
Estudiante José Carlos Argueta Gaitán  
REPRESENTANTES ESTUDIANTILES

## NOMINA DE PADRINOS

*DILIA ARACELY MORALES CORDON*

Licenciado Lisandro Alvarado Tobar  
CONTADOR PUBLICO AUDITOR  
Colegiado 0766

Licenciada Ana Irasema López Reyes  
PSICOLOGA  
Colegiado 7843

*LILY FRANCISCA MONTENEGRO ARMAS*

Licenciada Sara Michelle Catalán Armas  
BIOLOGA  
Colegiado 2435

Hilda Fabiola Catalán Armas  
ARQUITECTA  
Colegiado 1770

## **DEDICATORIA**

### **DILIA ARACELY MORALES CORDON**

- A Dios                      Por iluminar mi camino.
- A mi Padre                Vicente Morales Cordón por sus sabios consejos.
- A mi Madre                Q.E.P.D. María del Carmen Cordón por sus enseñanzas
- A mi Hijo                    Ariel Estuardo Batres Morales por ser quien me motivó a superarme.
- A mis Hermanos        Vicente, Delmy, Meyran, Eli y Erick con quienes he compartido múltiples experiencias agradables
- A mis Sobrinos(a)      Especialmente: Erick, Eli y Diego las palabras convencen, el ejemplo arrastra.
- A mis Primos             Especialmente: Edgar Gilberto y Judith Aydee por su apoyo perenne.
- A mis Amigos            Especialmente: Licda. Ana Irasema López Reyes, Sr. Coronel de Artillería DEM. Edgar Noe Palacios Estrada, Lily Montenegro y Martita Cruz por acompañarme en todo momento.
- A mis Compañeros    Especialmente: William Castillo, Flor Meneses, Karina y Astrid por compartir buenas experiencias estudiantiles.
- Y a usted                 Que me honra con su presencia

## **LILY FRANCISCA MONTENEGRO ARMAS**

- A Dios y María      Por proveerme de las cualidades e instrumentos necesarios para mi formación.
- A mi Padre          Q.E.P.D. Sr. Abel Montenegro por sus sabias y múltiples enseñanzas, amor y entrega hacia su familia.
- A mi Madre          Sra. Lilia de Montenegro por su guía y apoyo incondicional en todo momento.
- A mi Hermana        Jennifer Montenegro Armas por su apoyo incondicional
- A mis Tíos            En especial a: Sara de Catalán, Efraín Catalán, Raúl Armas y Yolanda de Salazar por sus enseñanzas, apoyo y cuidados recibidos.
- A mis Abuelitos     En especial a: Sr. Raúl Arturo Armas y Sra. Sara Berducido de Armas por fomentar el conocimiento a través de su gran experiencia.
- A mis Primos        En especial a: Cynthia, Edwin, Fabiola y Michelle y Mario Julio por ser los paciente perfectos e incondicionales.
- A mis Amigos        En especial a: Dilia, Luis Fernando , Julio, Jorge y Juan José por su paciencia y escucha responsable que siempre me brindaron.
- A mi Asesora        Licda. Ana Irasema López Reyes. Las palabras convencen el ejemplo arrastra.
- Y a usted            De manera Especial.

## **AGRADECIMIENTO**

A la Universidad d San Carlos de Guatemala, Alma Mather de la Educación Superior en Guatemala, especialmente a la Escuela de Ciencias Psicológicas.

Al Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, por permitirnos realizar el Trabajo de Campo de nuestra Investigación en dicha Institución.

A la Licenciada Ana Irasema López Reyes, por el apoyo y asesoría incondicional brindada en todo momento.

Al personal médico y paramédico del Hospital Nacional Pedro Betancourt por su valiosa colaboración en beneficio de la Investigación

# INDICE

	Página
Prólogo.....	1
CAPITULO I.	
Introducción.....	3
Marco Teórico	
Contexto Cultural.....	5
Trastorno Depresivo Mayor.....	7
Psicoterapia.....	10
Psicoterapia Cognitiva – Conductual.....	12
Psicoterapia Breve de Emergencia.....	18
Supuestos de la Investigación.....	24
Variables e Indicadores.....	25
CAPITULO II	
Técnicas e Instrumentos	
Selección de la Muestra.....	26
Instrumentos de Recolección de Datos.....	26
Técnicas y Procedimientos de Trabajo.....	27
Técnicas de Análisis Estadísticos, Descripción e Interpretación De Datos.....	28
CAPITULO III	
Presentación, análisis e Interpretación de Resultados.....	30



CAPITULO IV	
Conclusiones.....	46
Recomendaciones.....	47
BIBLIOGRAFÍA .....	48
ANEXOS .....	49
RESUMEN .....	69

## PROLOGO

En la actualidad el desarrollo de la ciencia en especial la disciplina médica, en la que los modelos biológicos de interpretación y tratamiento de la psicopatología, los psicoterapeutas ven la necesidad de estructurar y elaborar estrategias de tratamiento cuyos resultados sean susceptibles de cambio y mejoramiento para el restablecimiento integral de todo ser humano.

Uno de los campos más efectivos en este panorama es la psicoterapia, que se define literalmente como el tratamiento de la psique. Es importante conocer los diversos sistemas de tratamiento psíquico que dependen principalmente del intercambio verbal, el más importante medio de comunicación humana. El tratamiento verbal del paciente se emprende generalmente cuando los pacientes o las personas con ellos relacionadas, consideran que sus psiques se hallan en condición insatisfactoria. El psicoterapeuta de cualquier escuela emprende el tratamiento de la mente y/o de las emociones de una persona después de haberse convencido ( por observación directa ) que ésta piensa, siente o actúa de un modo suficientemente indeseable ( o trastornado ) para merecer el tratamiento. El terapeuta debe estar convencido que el tipo particular de tratamiento que él practica, será útil para reducir o suprimir el trastorno psíquico del paciente.

La atención que se brinda al paciente en el Hospital Nacional Pedro Bethancourt, tiene una visión holística, por lo antes mencionado el Psicólogo Clínico como parte del equipo multidisciplinario que labora en el hospital, debe poseer conocimientos específicos de las Psicopatologías que más se presentan en pacientes internos; para poder abordarlos adecuadamente y contribuir al restablecimiento integral de los mismos.

Es por esta razón, que se hace indispensable que el psicólogo clínico determine y establezca las Psicoterapias más adecuadas en el tratamiento del Trastorno Depresivo Mayor (diagnóstico más recurrente en pacientes internos según estadística general del hospital) para desempeñar de forma eficaz la parte del tratamiento holístico que contribuye a la incorporación de los pacientes a su vida cotidiana.

El paciente diagnosticado con Trastorno Depresivo Mayor ve disminuida o interrumpida su recuperación física, causando que el tiempo de hospitalización se prolongue, así mismo se agudiza la distimia y recurrencia de la enfermedad orgánica y la disfuncionalidad en la dinámica familiar a la que pertenece, provocando improductividad en las diferentes esferas donde interactúa. Por lo antes mencionado, la intervención inmediata y eficaz a través de una psicoterapia adecuada, contribuirá al restablecimiento e integración del paciente al medio donde interactúa.

Si la estadía del paciente dentro del hospital se acorta, se aumenta la capacidad de atención al público y se reducen gastos innecesarios en el presupuesto hospitalario que limitan la compra de medicamentos y suministros para prestar un buen servicio, sobre todo a partir del tercer trimestre del año.

La reinserción del paciente integralmente recuperado a su dinámica familiar y esfera laboral, aumenta la productividad que genera desarrollo dentro de la comunidad a la cual pertenece, estableciéndose mejores expectativas de vida y aumento de salud física y mental.

Al comparar las Psicoterapias Cognitiva Conductual y Breve de Emergencia, se establecieron planes de tratamiento estandarizados para el abordaje terapéutico de los pacientes internos del Hospital Nacional Pedro Betancourt, externando las modificaciones a los mismos, para la reducción de síntomas y signos en menor tiempo.

Los capítulos que integran el presente informe son los siguientes:

Capítulo 1: Está integrado por la Introducción que expone de forma general lo que fue el estudio, continúa el Marco Teórico que contempla los antecedentes, conceptos, definiciones, teorías, categorías y leyes que sustentan la investigación, además se incluyen Supuestos, Variables e Indicadores que establecen la guía para la ejecución de la Investigación.

Capítulo 2: En éste se encuentran las Técnicas e Instrumentos utilizados, para llevar a cabo el procedimiento establecido para la recolección y análisis de resultados.

Capítulo 3: Aquí se desarrolla la presentación, análisis e interpretación de los resultados, proyectándose en las conclusiones y recomendaciones.

En este informe se resume de manera sencilla y didáctica, los conceptos más importantes para orientar al que se inicia en el estudio y abordaje de las Psicoterapias Cognitiva-Conductual y Breve de Emergencia para el tratamiento del Trastorno Depresivo Mayor en pacientes hospitalizados. Redactado en un lenguaje sencillo, se introducen los principales recursos y estrategias de los dos modelos terapéuticos, para la disminución de signos y síntomas en menor tiempo en pacientes hospitalizados. El objetivo general de la investigación fue la aplicación de las psicoterapias antes mencionadas en pacientes hospitalizados que presentaron Trastorno Depresivo Mayor, estableciendo las modificaciones de las mismas para la reducción de síntomas y signos. Dentro de los objetivos específicos que se trabajaron en la investigación se estableció el profundizar sobre la utilidad y comparación de ambas psicoterapias para determinar cual es la más efectiva en la reducción de síntomas y signos en menor tiempo, estableciendo un programa terapéutico estandarizado que facilite el abordaje del Trastorno Depresivo Mayor

# **CAPITULO I**

## **INTRODUCCION**

El estudio sobre psicoterapias Cognitiva Conductual y Breve de Emergencia en el tratamiento del Trastorno Depresivo Mayor en pacientes hospitalizados, obedeció a la necesidad de establecer por medio de la comparación de las dos psicoterapias en su aplicación a pacientes adultos hospitalizados en el hospital Nacional Pedro Betancourt y determinar cuál es la más eficaz en la disminución de síntomas y signos en menor tiempo.

El estudio comparativo se seleccionó puesto que se observó un gran número de pacientes referidos con diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor, por los médicos de los diferentes servicios ( Medicina de hombres y mujeres, Cirugía de hombres y mujeres), quienes argumentan que la distimia en el estado de ánimo presentado por el paciente interfiere en el tratamiento y recuperación orgánica del mismo. Esta observación se corroboró al desarrollar la práctica de Licenciatura de Psicología de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, durante los años 2001, 2002 y 2003.

La Depresión es un trastorno del estado de ánimo, que se caracteriza por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza, indefensión y desesperanza profundos. A diferencia de la tristeza normal o la del duelo que sigue a la pérdida de un ser querido, la depresión patológica es una tristeza sin razón aparente que la justifique y además grave y persistente. Puede aparecer acompañada de varios síntomas concomitantes, incluidos las perturbaciones del sueño y de la comida, la pérdida de iniciativa, el autocastigo, el abandono, la inactividad y la incapacidad para el placer.

La depresión, el más frecuente de todos los trastornos del estado de ánimo, afecta a hombres y mujeres de cualquier edad y clase social en ciertos periodos del ciclo vital, adolescencia, menopausia y andropausia, y en general los periodos de crisis o cambios importantes, parecen ser las más afectadas.

En psicopatología se reconocen dos grandes categorías dentro de la depresión, aunque en ambas la perturbación del estado de ánimo es el síntoma principal. En la primera, el trastorno depresivo mayor, donde aparecen sólo episodios de depresión. En la segunda, depresión bipolar o síndromes maníaco-depresivos, se alternan periodos depresivos con otros de ánimo exaltado y euforia (manía).

En las depresiones simples o en las fases depresivas de las bipolares, domina el ánimo depresivo, aunque el paciente puede no ser consciente de su tristeza. Suele haber pérdida de interés y abandono de las actividades habituales, y los síntomas pueden incluir: perturbaciones del sueño, pérdidas de apetito o apetito desmedido, incapacidad para concentrarse o para tomar decisiones, lentitud de ideación y energía decaída, sentimientos de inutilidad, culpa, desesperación y desprecio de uno mismo, disminución del interés sexual e ideas recurrentes de suicidio y muerte, que en ocasiones pueden llevar efectivamente al suicidio.

En la fase maníaca, el ánimo del paciente es elevado, exaltado, expansivo o irritable. El comportamiento es extravagante y en ocasiones ofensivo. Otros síntomas son el exceso de locuacidad, la fuga de ideas, las ideas de grandeza, una actividad sexual, social y laboral excesiva, incapacidad de concentración, pérdida del juicio y disminución desmedida del sueño.

El estudio comparativo se desarrolló a través de las siguientes etapas: un examen médico, realizado por los médicos responsables de los diferentes servicios para descartar la sintomatología del trastorno depresivo mayor por etiología orgánica (ciertos medicamentos, algunas enfermedades, etc.). Si las causas físicas son descartadas, el médico debe referir la consulta al área de salud mental para que se practique una evaluación psicológica. El Psicólogo a través de instrumentos y herramientas específicas, determinará los signos y síntomas del paciente que sufra de Trastorno Depresivo Mayor.

Una buena evaluación diagnóstica debe incluir un examen del estado mental para determinar si el lenguaje, pensamiento o memoria han sido afectados y una ficha clínica completa que indique el inicio del tratamiento psicoterapéutico.

Los terapeutas cognitivo-conductuales ayudan a los pacientes a cambiar los estilos negativos de pensamiento y comportamiento que se asocian con la depresión. Las terapias dinámicas o "de insight", que se usan en ocasiones para tratar personas deprimidas, apuntan a ayudar al paciente a resolver sus conflictos.

## MARCO TEORICO

### 1. CONTEXTO CULTURAL

*Guatemala, al igual que cualquier país del mundo, es producto de su historia. Todos los elementos de su personalidad como país, son explicados por la forma en que se ha forjado a lo largo de más de tres mil años.<sup>1</sup>*

La Guatemala de hoy es una resultante de múltiples y complejos fenómenos ocurridos en el pasado, cercano y lejano, y por eso, para entenderla, para entendernos, proyectarla y proyectarnos, es necesario aprehenderla de manera dinámica y ordenada.

La vida personal está llena de incontables eventos que cualquier ser racional abandona la idea de contarlos uno a uno, o uno tras otro, Más bien, lo que hace cuando tal tarea se acomete es tamizar los hechos, de tal manera que al final sólo trata los que considera importantes. Si esto es cierto para la vida de un individuo en particular, lo es con mayor razón cuando se trata de contar, entender y comprender la vida de una sociedad determinada.

Guatemala es un lindo país con elementos positivos, numerosos recursos naturales en especial la tierra de belleza natural que tiene una población espiritualmente rica en tradiciones hispanoamericanas y precolombinas de paz y libertad para lograr desarrollarse en el trabajo sostenido.

A lo anterior tan positivo hay que ponerle un pero ya que es una Nación deficitaria en educación, cultura, salud, alimentación, vivienda, trabajo, justicia social, etc. Al decir deficitaria se entiende que tiene algo de todo eso pero no lo suficiente para satisfacer las necesidades de la población.

Retrocediendo en la historia, ésta está plagada de esclavitud, dictaduras, golpes de estado, falta de libertad y que prácticamente el pueblo de Guatemala nunca o casi nunca ha vivido en democracia. Por lo anterior, no sabe como ejercitar y hacer valer sus derechos; en otras palabras no ha existido una vida democrática y por consiguiente no sabe vivir bajo ese sistema por lo tanto se tiene que aprender si el camino que desea es el de la Paz.

La sociedad guatemalteca históricamente siempre fue sujeto de explotación y destrucción, lo que comienza con la Conquista ( 1524 – 1600 ) período de fuerza bruta donde predomina la esclavitud.

Sigue el periodo de la Colonia ( 1600 – 1720 ) donde se da la abolición de la encomienda, trabajo forzado ( anulando todo Derecho Humano )

---

<sup>1</sup> Lic. Urizar M., Cesar A. Formación Social Guatemalteca 1, Guatemala 2000. Pag 37

Continúa un período de inicios de Independencia ( 1720 – 1800 ) con características de expansión humana al producirse nuevos asentamientos de la ciudad.

El período de Independencia ( 1821 ) periodo corto con apariencia de Paz por la separación que se da con España, pero este no benefició o anuló el respeto a la dignidad de la sociedad guatemalteca.

Históricamente transcurre el tiempo ( 1871 – 1944 ) donde se dan intentos de cambios políticos – sociales pero que no llega a la mayoría, la Nación con 300 años de Sistema Colonial y un producto hecho a base de esclavitud y tiranía no interrumpido, da un fenómeno de apatía y servilismo popular con el sello de carácter nacional.

En 1983 la situación del país es crítica por la corrupción gubernamental y el golpe más grave fue la devaluación de la moneda; es en este período cuando la violación de los derechos humanos se agrava para la población guatemalteca en general siendo más notoria o relevante en el interior de la república y principalmente con la población indígena desposeída de una participación activa dentro del poder económico del país.

Parte de la población guatemalteca perdió el derecho a vivir y crecer en su propio país, llegando al extremo de trasladarse en condiciones infrahumanas hasta llegar a territorio mexicano perdiendo con esto su derecho a la Nacionalidad, las personas que nacieron durante este período de violencia y de incertidumbre.

Guatemala inicia en 1996 la transición de la Guerra a la Paz, y en ella, la posibilidad de consolidar la democracia y de asumir el desafío de emprender la solución a los problemas sociales que dieron origen al Conflicto Armado Interno tan agravado y anulando los Derechos de la población en general.

Por lo anteriormente expuesto, un índice elevado de población guatemalteca manifiesta en la actualidad sintomatología de los trastornos del estado de ánimo, específicamente del Trastorno Depresivo mayor.

La población que reside en cada departamento de Guatemala, presenta psicopatologías distintas las cuales se desarrollan a través de la trayectoria histórica, formación y evolución a lo largo del tiempo; en el caso del departamento de Sacatepéquez, la población que presenta psicopatologías tiene su etiología en la estructuración social y patrones culturales, debido a patrones de crianza que enmarcan formas permanentes de interrelaciones en las diferentes esferas ( por ejemplo: sumisión de la mujer ante el machismo imperante del hombre dentro de la dinámica familiar; falta de oportunidad en el área laboral que frustra y disminuye la calidad de vida del hombre, violencia intrafamiliar por consumo desmesurado de bebidas alcohólicas ).

## **2. TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR**

El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta el organismo (cerebro), el ánimo, y la manera de pensar. Afecta la forma en que una persona come y duerme. Afecta cómo uno se valora a sí mismo (autoestima) y la forma en que uno piensa. Un trastorno depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza. No indica debilidad personal. No es una condición de la cual uno puede liberarse a voluntad. Las personas que padecen de un trastorno depresivo no pueden decir simplemente "ya basta, me voy a poner bien". Sin tratamiento, los síntomas pueden durar semanas, meses e incluso años. Sin embargo, la mayoría de las personas que padecen de depresión puede mejorar con un tratamiento psicoterapéutico adecuado.

Los trastornos depresivos interfieren con el funcionamiento cotidiano del paciente. Ellos causan dolor y sufrimiento no sólo a quienes los padecen, sino también a sus familiares. La depresión severa, puede destruir tanto la vida de la persona enferma como la de su familia.

### ***2.1 Características diagnósticas***

La característica esencial de un trastorno depresivo mayor, es un curso clínico caracterizado por uno o más episodios depresivos mayores sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos. Para realizar el diagnóstico de un trastorno depresivo mayor, no se toman en cuenta los episodios de trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias (debidos a los efectos fisiológicos directos de una droga, un medicamento o a la exposición a un tóxico) ni los trastornos del estado de ánimo debidos a enfermedad médica. Además, los episodios no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

### ***2.2 Curso***

El trastorno depresivo mayor puede empezar a cualquier edad, y la edad promedio de inicio es la mitad de la tercera década de la vida. Los datos epidemiológicos sugieren que la edad de inicio está disminuyendo entre las personas nacidas más recientemente. El curso del trastorno depresivo mayor, recidivante, es variable. Algunas personas tienen episodios aislados separados por muchos años sin síntomas depresivos, en tanto que otras tienen episodios agrupados, e incluso otras tienen episodios cada vez más frecuentes a medida que se hacen mayores.

Los episodios depresivos mayores pueden desaparecer completamente (aproximadamente en dos terceras partes de los casos) y no hacerlo o hacerlo sólo parcialmente (en aproximadamente un tercio de los casos). Los sujetos que presentan sólo una remisión parcial tienen más probabilidades de presentar otros episodios y de continuar con el patrón de recuperación parcial interepisódica. Algunos sujetos presentan un trastorno distímico previo al inicio del trastorno depresivo mayor, episodio único.



A menudo, los episodios de trastorno depresivo mayor se producen después de un estrés psicosocial grave, como la muerte de un ser querido o el divorcio. Algunos estudios sugieren que los acontecimientos psicosociales (estresores) desempeñan un papel importante en la precipitación del primer o el segundo episodios del trastorno depresivo mayor y que desempeñan un papel menor en el inicio de los episodios posteriores. Las enfermedades médicas crónicas y la dependencia de sustancias (especialmente la dependencia de alcohol o cocaína) pueden contribuir al inicio o la exacerbación del trastorno depresivo mayor.

### **2.2.1 Criterios para el diagnóstico de F32.x Trastorno depresivo mayor, episodio único<sup>2</sup>**

- A. Presencia de un único episodio depresivo mayor .
- B. El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco. **Nota:** Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos o si se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Codificar el estado del episodio actual o más reciente:

- .0 Leve
- .1 Moderado
- .2 Grave sin síntomas psicóticos
- .3 Grave con síntomas psicóticos
- .4 En remisión parcial/en remisión total
- .9 No especificado

---

<sup>2</sup> Pierre, Pichot, et.al. DSM-IV Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. España 1995.  
Pag 333

**Especificar (para el episodio actual o para el más reciente): Especificaciones de gravedad/psicosis/remisión**

- Crónico
- Con síntomas catatónicos
- Con síntomas melancólicos
- Con síntomas atípicos
- De inicio en el posparto

**2.2.2 Criterios para el diagnóstico de F33.x Trastorno depresivo mayor, recidivante [296.3x] (continuación)**

- A. Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- B. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco. **Nota:** Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos, o si son debidos a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

**Codificar el estado del episodio actual o más reciente:**

- .0 Leve
- .1 Moderado
- .2 Grave sin síntomas psicóticos
- .3 Grave son síntomas psicóticos
- .4 En remisión parcial/en remisión total
- .9 No especificado

**Especificar (para el episodio actual o el más reciente): Especificaciones de gravedad/psicosis/remisión**

- Crónico
- Con síntomas catatónicos
- Con síntomas melancólicos
- Con síntomas atípicos
- De inicio en el posparto

Especificar:

Especificaciones de curso (con y sin recuperación interepisódica) Con patrón estacional  
Criterios para el diagnóstico de F33.x Trastorno depresivo mayor, recidivante [296.3x]

- C. Presencia de dos o más episodios depresivos mayores.

**Nota:** Para ser considerados episodios separados tiene que haber un intervalo de al menos 2 meses seguidos en los que se cumplan los criterios para un episodio depresivo mayor.

### **3. PSICOTERAPIA**

*La palabra psicoterapia significa literalmente tratamiento de la psique. Es importante conocer los diversos sistemas de tratamiento psíquico que dependen principalmente del intercambio verbal, el más importante medio de comunicación humana.<sup>3</sup> El tratamiento verbal del paciente se emprende generalmente cuando los pacientes o las personas con ellos relacionadas consideran que sus psiques se hallan en condición insatisfactoria. El psicoterapeuta de cualquier escuela emprende el tratamiento de la mente y/o de las emociones de una persona después de haberse convencido ( por observación directa ) de que la persona piensa, siente o actúa de un modo suficientemente indeseable ( o trastornado ) para merecer el tratamiento. El terapeuta debe estar convencido, además, de que el tipo particular de tratamiento que él práctica será útil para reducir o suprimir el trastorno psíquico del paciente.*

---

<sup>2</sup> Harper, Robert A., 36 Sistemas de Psicoanálisis y Psicoterapia . Traducción Anna Muriá. SUCS.,S.A. 1966. Pag. 11

Quizá el punto más claro de diferenciación entre la psicoterapia y otras formas de intentos para cambiar la conducta es el factor de apreciación clara por parte del terapeuta y del paciente de que el objetivo de toda la empresa consiste en hacer que los pensamientos, sentimientos y/o acciones del paciente sean más deseables, aceptables y favorables para él y los que lo rodean.

La psicoterapia empieza cuando el paciente se presenta a pedir ayuda en ciertos problemas. Con frecuencia está parcial o totalmente equivocado sobre las causas o incluso la naturaleza específica de su perturbación, pero está convencido, por sus propias observaciones o las de las personas que lo rodean, de que necesita ayuda profesional. Un segundo componente de la psicoterapia es la presencia de una persona que tiene a su cargo la tarea de ayudar al paciente. Esta persona –el terapeuta- percibe que el paciente se halla en cierto estado de aprensión o angustia, sabe que él se encuentra en un estado relativo de armonía o falta de angustia y considera la relación entre él y el paciente como una situación en la que él tiene la habilidad y el dominio de la técnica que probablemente le permitirán ayudar eventualmente al paciente a alcanzar un estado de mayor armonía y menos angustia.

Los componentes comunes en todo proceso terapéutico son:

1. Una o más personas ( pacientes ) con cierta percepción de problemas vitales descuidados o erróneamente tratados.
2. Una o más personas ( terapeuta ) con relativa falta de perturbación que perciben la angustia de los pacientes y se creen capaces de ayudarlos a reducirla.
3. Una consideración positiva de los pacientes por los terapeutas y viceversa.
4. Comprensión y empatía del terapeuta por el paciente
5. Percepción por el paciente de la consideración positiva y la comprensión empática del terapeuta hacia él.
6. Provisión por el terapeuta de información más exacta para que el paciente considere las realidades de su ambiente.
7. Ayuda para que el paciente pueda lograr mejor autoestima.
8. Catarsis emocional.
9. Un número gradualmente creciente de tareas que el paciente ha de realizar entre las sesiones de terapia, aplicando la nueva información sobre sí mismo y lo que lo rodea.
10. Un proceso gradual por el que el paciente aprende a independizarse del terapeuta.

### 3.1 PSICOTERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL

Los orígenes más remotos de la psicoterapia cognitiva provienen de la filosofía estoica (350 a. C al 180 d. C) y de las religiones orientales budista y taoísta. La filosofía estoica fundada por el griego Zenón consideraba indispensable la ciencia para dirigir la vida, a través del ejercicio de la virtud. Esta última era el bien supremo, pues su práctica llevaba a la felicidad. Para alcanzar esta meta debían gobernarse los estados emocionales extremos (las pasiones) a través del autodomínio.

La tradición cognitiva es continuada ya en el siglo XX por dos importantes psicólogos clínicos: Adler y Kelly. Es Alfred Adler quien verdaderamente crea un método de terapia cognitiva estructurado (aunque no exactamente similar a la terapia actual cognitiva) basado en la concepción de los trastornos psicológicos como problema derivado de la forma en que las personas buscan sus metas o propósitos en la vida, generalmente inconscientes y estructuradas mentalmente mediante guiones, esquemas o estilos de vida personales. Kelly generó una teoría cognitiva del funcionamiento personal. Su tesis central es que las personas miran al mundo y a ellos mismos, a través de pautas o categorías cognitivas, los llamados "constructos personales".

Estos constructos se utilizan para categorizar los acontecimientos y representan la forma personal de interpretar y construir la experiencia del sujeto. Arnold Lazarus crea una terapia cognitiva - conductual llamada "terapia multimodal" en la década de los 80. Plantea la necesidad de adaptar la terapia a las características personales del individuo en cuestión, el análisis de la demanda de tratamiento (sobre la base de las expectativas, necesidades del paciente, actitudes personales y aspectos socioculturales) y el empleo de técnicas cognitivas en la evaluación y tratamiento de casos. Las modificaciones que hace a la terapia de conducta daría lugar a la llamada terapia multimodal.

Luego Aaron T. Beck en la Universidad de Pensilvania durante la década de los setenta, desarrolla la psicoterapia cognitiva-conductual dándole vuelta a la psicología freudiana. Freud había dicho que lo que sentimos influye en lo que pensamos, mientras que Beck postulaba que lo que pensamos influye en lo que sentimos. Según las investigaciones llevadas a cabo por Beck, los pensamientos negativos inapropiados o distorsiones cognitivas, pueden conducir a la depresión. De esta forma, la terapia cognitiva-conductual se dirige a la exploración del inconsciente, de los esquemas de pensamiento automático y cómo estos esquemas afectan a su propia imagen, su entorno y su futuro. Un ejemplo de este pensamiento distorsionado es llamarse a uno mismo estúpido por haber perdido la estilográfica favorita. Además de considerar que uno es estúpido, también presupone que perderá siempre la estilográfica y todo aquello que tenga importancia y valor. En la terminología empleada en la terapia cognitiva, este tipo de pensamiento distorsionado se conoce como una CONCLUSIÓN DE TIPO TODO O NADA.

El método conductual de Beck supone hacer tareas en casa. Su terapeuta puede pedirle que lleve un registro escrito de lo que piensa y cómo reacciona frente a determinadas circunstancias. Posteriormente, podrá volver a escribir sus conductas distorsionadas en un lenguaje más positivas y realista. Por ejemplo, “Soy un estúpido por haber perdido mi estilográfica favorita” puede convertirse en “He extraviado mi estilográfica y estoy seguro de que ya aparecerá”.

La evolución de la terapia cognitiva ha sido evidente, porque en la búsqueda de una terapia para la depresión, el Dr. Aaron Beck, se dio cuenta que esta terapia no es exclusiva para tratamiento de depresión, sino que puede ser aplicada en trastornos de ansiedad, trastornos de personalidad, trastornos de alimentación y adicciones, así como también en la esquizofrenia en un tratamiento combinado con psiquiatría.

*La característica más importante de la terapia cognitiva es que visualiza los trastornos por medio de la conceptualización cognitiva, para poder conocer que técnica es más efectiva para cada paciente.*<sup>4</sup> Existe un modelo cognitivo para el tratamiento de cada trastorno. El Manual de Terapia Cognitiva presenta un esquema general sobre el modelo cognitivo y el tratamiento para trastornos como depresión, crisis de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo, manejo del suicidio, adicciones y terapia cognitiva en esquizofrenia.

### **3.1.1 PRINCIPIOS DE LA TERAPIA COGNITIVA-CONDUCTUAL**

1. Se basa en el modelo cognitivo: Los pensamientos influyen las emociones, conducta y reacciones corporales. Posee las siguientes características:
  - Orientación hacia el presente.
  - Limitada en tiempo a un número determinado de sesiones.
  - Estructurada.
  - Colaborativa ( Se le explica el modelo al paciente, quien lo acepta).
  - Educativa.
2. Requiere los mismos ingredientes esenciales de las otras psicoterapias, como una buena alianza terapéutica y una evaluación de diagnóstico extensa.
3. La terapia se deriva y procede de la conceptualización del terapeuta, quién la obtiene de datos provenientes del paciente.
4. Usa las técnicas de resolución de problemas:
  - Rompe los problemas mayores en unidades manejables.
  - Identifica los pensamientos y creencias en la resolución de problemas.

---

<sup>4</sup> Quinto Barrera, See King Emilio. Manual de Terapia Cognitiva . Guatemala 2002. Pag. 41

5. Usa una variedad de técnicas cognitivas:

- Utiliza para identificar los pensamientos automáticos e imágenes el recuerdo, el cambio en las emociones y el afecto, roleplaying, imaginación inducida etc.)
- Usa el descubrimiento guiado para encontrar significados.
- Identifica las creencias centrales.
- Reestructura los pensamientos y creencias disfuncionales ( a través del empirismo colaborativo)

6. Utiliza también, varias de las técnicas conductuales:

- Control y agenda de las actividades.
- Tareas asignadas en forma gradual.
- Experimentos conductuales para poner a prueba las creencias y pensamientos.
- Jerarquía de estímulos y exposición.
- Relajación.

El modelo cognitivo se desarrolla a través de diversas etapas:

I. La percepción individual de una situación lleva pensamientos automáticos que tienen influencia en nuestras emociones.

Situación → Pensamientos automáticos → Emoción.

II. Los pensamientos automáticos no influyen sólo la respuesta emocional, sino también las respuestas conductuales y fisiológicas.

Situación → Pensamiento automático → Emoción  
Conducta  
Respuesta fisiológica

III. La percepción individual está bajo la influencia de creencias subyacentes.

Situación → Pensamientos automáticos → Emoción  
↑  
Creencias

*Para comprender la depresión desde el punto de vista cognitivo se deben considerar 3 aspectos importantes:*

- ψ *La triada cognitiva.*
- ψ *Los esquemas de la depresión.*
- ψ *Las distorsiones cognitivas predominantes.*<sup>5</sup>

La triada cognitiva son tres patrones cognitivos importantes que inducen al paciente a considerarse así mismo, su futuro y sus experiencias de un modo idiosincrásico negativo y que van a tener influencia sobre la emoción (tristeza, desánimo), conducta (aislamiento social, abandono del cuidado de sí mismo, etc.), y fisiología (trastorno del sueño, pérdida o aumento de peso, fatiga, etc.).

La visión negativa de sí mismo consiste en que la persona se mira desgraciada, enferma, con poca valía, le atribuye las experiencias desagradables a un defecto suyo y cree que a causa de estos defectos es inútil y carece de valor.

En la visión negativa de las experiencias la persona cree que el mundo le hace demandas exageradas o le presenta obstáculos insalvables. También interpreta sus interacciones con el medio en términos de derrota o frustración, la persona anticipa que las dificultades o sufrimientos actuales continuarán indefinidamente.

Cada vez que piensa hacerse cargo de una tarea en el futuro, inevitablemente sus expectativas son de fracaso. La visión negativa del futuro puede producir una inhibición psicomotriz. El resto de síntomas como motivación, suicidio, dependencia hacia los otros y los fisiológicos pueden ser consecuencia de los patrones cognitivos.

Las distorsiones cognitivas más frecuentes en la depresión, representan los tipos más comunes de pensamientos automáticos en la depresión y son las siguientes:

1. Inferencia Arbitraria: Adelantar determinada conclusión en ausencia de evidencia.
2. Abstracción selectiva: Centrarse en un detalle abstraído de su contexto, ignorando otras características relevantes de la situación.
3. Generalización excesiva: Elaborar una conclusión general a partir de uno o varios hechos aislados, aplicar el contexto a situaciones relacionadas e inconexas.
4. Maximización y minimización: Se reflejan en los errores que constituyen una distorsión.
5. Personalización: Tendencia y facilidad del cliente para atribuirse a sí mismo fenómenos externos, cuando no existe base firme para hacer tal conexión.
6. Pensamiento absolutista dicotómico: Se manifiesta en la tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas.

---

<sup>5</sup> Quinto Barrera, See King Emilio. Manual de Terapia Cognitiva . Guatemala 2002. Pag 39



De la misma manera en que se inicia proceso terapéutico estableciendo metas y objetivos con el paciente, el fin de la terapia también debe ser planificado. A mitad del proceso se debe ir anunciando al paciente cuantas sesiones faltan para finalizar, considerando que ya se establecieron las metas de parte del paciente y se le ha dado un estimado de sesiones sobre la base de esas metas y su estado clínico. A medida que se acerca el fin de la terapia, las sesiones se pueden realizar cada vez en intervalos más largos de tiempo, hasta llegar a la última. En la última sesión, se evalúa el grado de logro con respecto a la meta del paciente, se abordan temas como signos de alarma de las recaídas y evitar distorsiones cognitivas del tipo de catástrofe en caso se dieran las mismas, el plan de medicamentos y las sesiones de refuerzo en las que se da una retroalimentación de parte del paciente acerca de las habilidades adquiridas a través de la terapia cognitiva.

### **3.1.2 TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL**

Los modelos cognitivos consideran al hombre un sistema que procesa información del medio antes de emitir una respuesta. El hombre clasifica, evalúa y asigna significado al estímulo en función de su conjunto de experiencias provenientes de la interacción con el medio y de sus creencias, suposiciones, actitudes, visiones del mundo y autovaloraciones.

Beck afirma que en los trastornos emocionales existe una distorsión sistemática en el procesamiento de la información, de este modo la perturbación emocional depende del potencial de los individuos para percibir negativamente el ambiente y los acontecimientos que les rodean.

Los objetivos a conseguir durante la terapia cognitiva conductual son:

1. Aprender a evaluar las situaciones relevantes de forma realista.
2. Aprender a atender a todos los datos existentes en esas situaciones.
3. Aprender a formular explicaciones alternativas para el resultado de las interacciones.
4. Poner a prueba los supuestos desadaptativos llevando a cabo comportamientos diferentes que proporcionan oportunidades para un repertorio mas amplio de cara a la interacción con otras personas y a la resolución de problemas.

El tratamiento consiste en el establecimiento de un programa para modificar las conductas, pensamientos y sentimientos que son relevantes en el mantenimiento del problema. La psicoterapia consiste entonces en acompañar al paciente en el camino que tiene que hacer para llevar a cabo el programa.

Con esta visión se puede decir que la terapia cognitiva conductual es directiva en el cumplimiento del programa, pero siempre adaptándose a las capacidades y limitaciones del paciente; pero es una terapia no directiva a la hora de fijar el problema, puesto que es el paciente quien lo plantea y se acepta su planteamiento.

Se pueden mencionar dos pasos importantes en el tratamiento:

1. Corrección de la distorsión cognitiva: La distorsión cognitiva se puede denominar culpabilización, tiene mucha relación con la distorsión de personalización, donde se atribuyen la responsabilidad de eventos externos a uno mismo, aunque esto no tenga relación. Para ayudar a corregir la distorsión se le explica a la persona que para que se tenga una culpa o responsabilidad verdadera, se deben dar las siguientes condiciones: Que exista un reconocimiento de que el acto a realizar es malo, que a pesar de dicho reconocimiento de maldad, la persona con su libre voluntad lo realice o consienta, que el acto sea intrínsecamente malo.
2. Reparación de la culpa: Se puede ayudar a la persona, mostrándole alternativas por las cuales puede reparar dicho sentimiento, siendo importante que la persona misma sea la que encuentre la mejor manera de reparar la culpa no que sea impuesta por el terapeuta.

El tratamiento de los trastornos psicológicos a través de las psicoterapias es el resultado de la participación activa del paciente en un tratamiento diseñado por un terapeuta entrenado. Todo paciente interactúa en diferentes esferas empleando determinadas características: la personalidad, aspectos biológicos y el ambiente que le son propias. La importancia de lo anterior radica en que el terapeuta debe tener conocimiento de este triángulo de características individuales de todo ser humano para poder establecer un procedimiento psicoterapéutico adecuado cuando exista algún desequilibrio en el paciente.

La psicoterapia puede utilizarse de diferentes modos, con diversos objetivos y con puntos de vista distintos por la complejidad que encierra lo holístico del ser humano. Entre los principios generales de toda psicoterapia no determina el cambio sino que el paciente con ayuda de ésta y del terapeuta produce el cambio. Dentro de los factores esenciales de la psicoterapia se encuentran:

Por parte del terapeuta:

- a) Interés por el paciente
- b) Respeto por el paciente
- c) Contacto cálido
- d) Tolerancia y aceptación del paciente
- e) Receptividad y capacidad de escucha
- f) Empatía

Por parte del paciente:

- a) Confianza en el terapeuta
- b) Cooperación en el trabajo terapéutico
- c) Comprensión del objetivo y método del tratamiento
- d) Motivación para efectuar el cambio
- e) Delimitación de las sesiones
- f) Contrato

### **3.2 PSICOTERAPIA BREVE DE EMERGENCIA**

Existe una diferencia entre la psicoterapia psicodinámica, la psicoterapia psicoanalítica, la psicoterapia breve de orientación psicoanalítica, la psicoterapia breve, la psicoterapia profunda y el psicoanálisis. Sin poder entrar a describir tales diferencias, lo que es evidente es que existen en cuanto son diversos los objetivos a alcanzar y los encuadres terapéuticos (tiempo, tipo de contrato, forma relacional).

Haciendo un pequeño repaso histórico es S. Freud, en un texto de 1918, quién señala cómo el psicoanálisis limita su acción a las clases pudientes de la sociedad, aboga porque el Estado asuma el tratamiento gratis y coherentemente exhorta, para que ello sea posible, modificar la técnica: "en la aplicación popular de nuestros métodos, habremos de mezclar quizá, el oro puro del análisis al cobre de la sugestión directa, y también el influjo hipnótico pudiera volver a encontrar aquí un lugar en el tratamiento de las neurosis de guerra. Pero cualesquiera que sean la estructura y composición de esta psicoterapia para el pueblo, sus elementos más importantes y eficaces continuarán siendo, desde luego, los tomados del psicoanálisis propiamente dicho, riguroso y libre de toda tendencia".

Hay psicoanalistas que continúan investigando y trabajando con tratamientos breves. En 1946 Alexander y French, –intentando mantener los esquemas teóricos psicoanalíticos clásicos y retomando, entre otras (aunque sin reconocerlo en su obra) algunas aportaciones de Reich (principio de identidad psicosomática y la importancia de la expresión emocional de las experiencias traumáticas en el espacio terapéutico)– publican su obra "Psychoanalytic Therapy" donde se refleja la experiencia de varios años de práctica de terapia breve en el instituto de Chicago. También en Estados Unidos junto con Lindemann, Kardiner y Wolberg, destaca la labor de Bellak y Small, que en la década de los 50 investigan aspectos básicos en terapia breve como son: el "foco", la forma de interpretación para favorecer el "insight" y el encuadre específico para esta forma de trabajo clínico y para el abordaje de las crisis.

Es en la Tavistock Clinic de Londres donde en 1950 se ponen los cimientos sólidos para la práctica clínica de la psicoterapia breve, a través de las investigaciones y seguimientos clínicos realizados por M. Balint y D. H. Malan. La inclusión del diagnóstico y selección de pacientes, la identificación del "focus terapéutico" y la interacción emotiva que se produce en la relación terapéutica son algunas de sus aportaciones fundamentales.

Hoy en día, esta psicoterapia va dirigida al aquí y al ahora. El terapeuta proporciona más ayuda, apoyo y orientación que la que aporta cualquier otro tipo de terapia psiquiátrica. La duración del tratamiento oscila entre 4 y 6 sesiones o abordajes, según el nivel de complejidad de la depresión del paciente. La psicoterapia Breve de Emergencia está estructurada en 6 fases: 1. Sugestión, donde el terapeuta de forma adecuada sugiere al paciente para que exprese su malestar o sentir; 2. Ventilación o Abreacción, donde el paciente aflora sus sentimientos y emociones que le ocasionan conflictos o problemas, 3. Apoyo, donde el terapeuta trata de guiar al paciente para la búsqueda de soluciones a conflictos o problemas, 4. Confrontación, en esta fase el terapeuta provoca el "insight" en el paciente, para que identifique la causa del desequilibrio emocional, 5. Clarificación, el paciente categoriza su problemática y le adjudica una jerarquización para las soluciones; 6. Interpretación, donde el terapeuta explica al paciente el porqué de sus síntomas y signos y los sentimientos y emociones que afloran en sus conflictos y problemas. Para el abordaje de la Depresión se utilizan, por lo regular solo las tres primeras fases. Las terapias dinámicas o "de insight", que se usan en ocasiones para tratar personas deprimidas, apuntan a ayudar al paciente a resolver sus conflictos.

La mayoría de las personas se presentan a psicoterapia sólo en los momentos de crisis y una vez superado el conflicto dejan de asistir por múltiples razones, el psicoterapeuta tiene la obligación de atender a una persona lo mejor que pueda; observando el panorama anterior, la Psicoterapia Breve de Emergencia es óptima para establecer un tratamiento efectivo que establezca las reglas mínimas de una eficaz psicoterapia. Todo profesional debe hacer cuanto esté en sus manos para atender el mayor número de personas que requieran su intervención y se establece bajo esta psicoterapia que el desarrollo y utilización de procedimientos terapéuticos rápidos contribuye de manera eficaz a aliviar los enormes problemas de la higiene mental.

### **3.2.1 PACIENTES HOSPITALIZADOS**

*Cuando a una persona se le va a amputar algún miembro o se le va a realizar alguna intervención quirúrgica, emocionalmente se desequilibra al verse impotente ante la situación a la que se enfrenta, por lo que resulta indispensable la atención psicoterapéutica. Se debe establecer la preparación preoperatoria y postoperatoria, por ejemplo durante la preoperatoria, la psicoterapia breve se dirige al significado del trauma o pérdida dependiendo de lo que se trate.<sup>6</sup>*

Si hablamos de psicoterapia breve ésta exige que el terapeuta opere partiendo de un conjunto de hechos firmemente asentados y de hipótesis bien fundamentadas, también deberá cumplir sus fines de 2 a 6 sesiones como máximo con el tiempo acostumbrado por sesión ( 45 – 50 min. )

---

<sup>6</sup> Bellak M. D., Leopold y Small S. D., Leonard , Psicoterapia Breve de Emergencia. Traducción Mauricio González de la Garza. México 1980. Pag 141

Dentro de las reglas de la psicoterapia breve que deberá cumplir el terapeuta es estar alerta para percibir cada comunicación significativa y formular al mismo tiempo la intervención más fructífera. En esta psicoterapia el terapeuta no tiene tiempo para esperar a que se desarrolle el insight, tiene que crearlo, y debe estimular la elaboración, ya que son los 2 aspectos básicos del proceso terapéutico.

Podemos concluir que la Psicoterapia Rápida es una aplicación esforzada de la psicoterapia tradicional, que cobra vida por la situación vital del paciente o por el medio en el que se ofrece el tratamiento y la Psicoterapia de Emergencia se aplica en situaciones especiales de crisis y exigencia.

La psicoterapia de emergencia es un método de tratamiento para síntomas o desadaptaciones que exigen el alivio más rápido posible por su naturaleza destructora o peligrosa, y la meta de la psicoterapia rápida se limita a quitar o reducir un síntoma determinado.

En la orientación dirigida al síntoma la psicoterapia rápida intenta mejorar la situación psicodinámica individual lo suficientemente como para permitir a la persona que continúe funcionando, permitiendo a la naturaleza que continúe el proceso de curación.

La psicoterapia rápida se interesa en grados de mejoría con la limitada meta de conseguir por lo menos algún mejoramiento en el funcionamiento. En la psicoterapia rápida el dolor o el peligro al que se expone al paciente requiere que la intervención sea inmediata con algún grado de alivio obtenido tan rápidamente cuanto sea posible, con gran frecuencia en la primera sesión terapéutica.

Dentro de los instrumentos que utiliza la psicoterapia rápida está la interpretación como medio principal para facilitar el insight. Esta interpretación va unida a intervenciones como: médicas, ambiente, etc. La psicoterapia rápida presenta al terapeuta como una persona benigna, interesada, servicial y participante. Esta psicoterapia está indicada para situaciones de dolor emocional agudo y desgarrado para circunstancias seriamente destructivas y en los casos de situaciones que activamente ponen en peligro la vida del paciente o de otras personas.

Las indicaciones para la psicoterapia rápida se encuentran en:

- ψ Lo agudo de la situación que se presenta, o su relativa ligereza.
- ψ La circunstancia real del paciente.
- ψ La naturaleza de la situación en la que la psicoterapia se hace accesible.

En la psicoterapia rápida el diagnóstico es una fase inicial necesaria del proceso. En todas las psicoterapias dinámicas orientadas psicoanalíticamente, hay tres procedimientos básicos que le son comunes: la comunicación, el insight y la elaboración.

En el diagnóstico se incluye la determinación de la relación entre la persona que encontramos en la situación terapéutica y los sucesos pasados y actuales de su vida, el diagnóstico debe elaborarse en términos de probabilidad. El resultado del diagnóstico debe habilitar al terapeuta para que pueda identificar los factores más susceptibles de cambio y seleccionar y aplicar los métodos que verifiquen el cambio. Dentro de las tareas que tiene el diagnóstico se encuentra la de entender los síntomas. En conclusión, se puede decir que la formulación del diagnóstico intenta la comprensión del padecimiento y del paciente de una manera dinámica, y a establecer una serie de hipótesis relacionadas con la causalidad que posteriormente deben fundamentarse con los datos históricos.

Los requisitos personales para la práctica de la Psicoterapia Rápida son los siguientes:

- Un análisis personal exitoso.
- Una experiencia clínica supervisada.
- Poseer un equilibrio emocional e intelectual.
- Entrenamiento en la teoría psicodinámica.
- Capacidad bien desarrollada para hacer diagnósticos.
- Conocimiento de los aspectos de la teoría del Aprendizaje.
- Capacidad para razonar rápida y lógicamente de forma inductivas y deductiva.
- Capacidad para cambiar la forma de iniciar según el paciente.
- Poseer flexibilidad.
- Capacidad de experimentar regresión al servicio del yo.

Además debe ser capaz de identificar los procesos primarios operantes en el pensamiento de los pacientes, capacidad para identificar y comprender los impulsos instintivos y la respuesta de impulsos a los estímulos diversos.

*En el proceso psicoterapéutico hay puntos básicos que pueden asentarse y que son válidos para casi todas las situaciones individuales. Los puntos básicos de la psicoterapia rápida proceden de “sugestiones de relación” y de la identificación del problema<sup>7</sup>. El problema que se presenta es muy claro, el paciente sufre angustia, despersonalización, depresión, dudas, confusión o cualquier otro estado identificable.*

La naturaleza del problema se transforma en guía para el psicoterapeuta en la búsqueda por medio de la historia de la vida y la situación actual para establecer los factores determinantes del desequilibrio emocional para luego iniciar con la búsqueda de los cimientos que permitan identificar la etiología. Las dificultades para identificar un problema surgen cuando los síntomas expresados ocultan la verdadera situación. El

---

<sup>7</sup> Bellak M. D., Leopold y Small S. D., Leonard, Psicoterapia Breve de Emergencia. Traducción Mauricio González de la Garza. México 1980. Pag 160

problema que presenta el paciente inicia una serie de formulaciones y de expectativas conceptuales que la historia confirma, modifica o niega.

**LA HISTORIA:** Su elaboración sirve para la obtención de datos que ilustren las experiencias personales del paciente, permitiendo la formulación de un diagnóstico fidedigno. Dentro de los requisitos de la psicoterapia rápida en la primera sesión exige que se elabore una historia detallada con los pasos siguientes:

1. Obtener información de la historia de la molestia principal, su descripción y de los aspectos disponibles relacionados con su iniciación.
2. Elaboración de una exhaustiva historia de desarrollo, donde se integra la historia escolar, laboral, social y sexual.

Una historia sólo se considera completa si como resultado de ella, el origen del padecimiento actual se puede comprender completamente en términos dinámicos y se puede relacionar con los sucesos genéticos, de desarrollo y culturales que lo precedieron.

Para muchos pacientes el que se les haga la historia se convierte en una experiencia catártica, en el sentido de que es posible que sea la primera oportunidad de contarle a alguien lo que les está molestando, información que tal vez han ocultado a su familia o amigos.

Una vez obtenida una historia significativa, el analista no debe vacilar en proporcionar inmediatamente alguna ayuda terapéutica al paciente. Esto puede hacerse asegurando al paciente que su problema ha sido entendido y que puede manejarse mediante alguna interpretación.

El terapeuta tiene que delinear un camino que esté entre un tipo de comunicación absolutamente libre y sin guía y una situación de entrevista totalmente basada en preguntas y respuestas, la mayoría de los individuos son capaces de comunicar información suficiente en una sola sesión de historia, si se hace mediante una combinación de estímulos estructurados del terapeuta y brindando la oportunidad para que se conteste libremente cada pregunta.

En la comunicación psicoterapéutica, por lo general hay dos conversaciones simultáneas, una debajo de la otra. El psicoterapeuta está acostumbrado a buscar el significado latente que está implícito en el contenido manifiesto. Sin llegar al cinismo, el psicoterapeuta debe operar más o menos como el código napoleónico: lo que el paciente dice manifiestamente debe ponerse en duda, y debe examinarse para buscar posible contenido latente.”

La elección de la intervención se establece después de determinar los síntomas, el terapeuta debe dedicarse a deshacer, se deben establecer aquellos factores que requieren cambio o que se presentan más fácilmente para ello. Estos a su vez llevan a la elección de la intervención.

**IMPARTIENDO INSIGHT:** es una intervención tradicional intentando curar o mejorar al paciente proporcionándole un insight de la naturaleza y las causas de sus temores y preocupaciones, sobre sus impulsos y sus defensas contra ellos, sobre sus motivaciones preconscientes e inconscientes.

El terapeuta mediante la interpretación, imparte insight, lo cual junto con su aptitud para la formulación diagnóstica, es una de sus grandes virtudes.

**LA INTERVENCIÓN:** El éxito de la psicoterapia usualmente requiere que se produzca en un cambio simultáneo en diversos vectores o variables. Al mismo tiempo que el paciente va adquiriendo insight sobre las causas de sus síntomas, tiene que desarrollar un sentido de separación de ellos.

Lo más importante en cuanto a la interpretación, concierne en el evitar el peligro de la simplicidad excesiva, es decir el tener como meta un solo propósito. El terapeuta debe intentar predecir el efecto de su interpretación y si lo considera necesario debe estructurar salvaguardias. La psicoterapia, en el caso de que tenga que descubrir, debe fortalecer al mismo tiempo que descubre.



## SUPUESTOS DE LA INVESTIGACIÓN

1. La Depresión es un trastorno del estado de ánimo, que se caracteriza por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza, indefensión y desesperanza profundos. A diferencia de la tristeza normal o la del duelo, que sigue a la pérdida de un ser querido, la depresión patológica es una tristeza sin razón aparente que la justifique, y además grave y persistente.
2. Los pacientes hospitalizados referidos por el personal médicos y paramédico, que presentan síntomas y signos característicos del trastorno depresivo mayor, disminuyen la cooperación e interés para su recuperación física y restablecimiento a las diferentes esferas donde interactúa, generando varias consecuencias, como por ejemplo: el tiempo de hospitalización se prolonga más del esperado, aumento de gastos de alimentación y escasez de camas para la atención de la población necesitada.
3. El estado depresivo en pacientes hospitalizados genera la falta de cooperación e interés para la recuperación de la salud y el restablecimiento en el ambiente donde interactúa, aumenta su nivel de ansiedad o tristeza que genera nuevos síntomas.
4. La terapia cognitiva conductual, logra identificar que son los pensamientos negativos acerca de sí mismo, de los demás y el futuro, los que hacen que las personas se depriman.
5. La psicoterapia Breve de Emergencia es un método de tratamiento para síntomas o desadaptaciones que exigen el alivio más rápido posible por su naturaleza destructora o peligrosa y la meta de la psicoterapia Breve de Emergencia, se limita a quitar o reducir un síntoma determinado.

## VARIABLES E INDICADORES

VARIABLES	INDICADORES	
	T. COGNITIVA-CONDUCTUAL	T. BREVE DE EMERGENCIA
<b>Plan de Tratamiento</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Establecer Rapport</li> <li>2. Admisión: paciente referido por personal médico y paramédico.</li> <li>3. Contrato: Socialización terapéutica: Se explica la relación pensamiento-afecto – conducta y la finalidad de la terapia cognitiva.</li> <li>4. Objetivos Terapéuticos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajar con los síntomas presentes</li> <li>• Trabajar con los esquemas cognitivos ligados al trastorno</li> </ul> </li> <li>5. Establecer Agenda de trabajo</li> <li>6. Valoración de los Problemas</li> <li>7. Programar número de sesiones</li> <li>8. Modificación de la Triada Cognitiva</li> <li>9. Identificación de los pensamientos automáticos a través de técnicas</li> <li>10. Educación en esquemas cognitivos</li> <li>11. Modificar esquemas cognitivos a través de técnicas.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Establecer Rapport</li> <li>2. Admisión: paciente referido por personal médico y paramédico.</li> <li>3. Contrato: Explicación de las necesidades y expectativas de la terapia para que el paciente tenga conciencia de las mismas.</li> <li>4. Objetivos Terapéuticos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fomentar y desarrollar la comunicación, el insight y la elaboración para la disminución de síntomas .</li> </ul> </li> <li>5. Sugestión por parte del terapeuta</li> <li>6. Abreacción del paciente</li> <li>7. Aconsejamiento del terapeuta</li> <li>8. Confrontación</li> <li>9. Clarificación</li> <li>10. Interpretación</li> </ol>
<b>Técnicas Terapéuticas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Técnicas Conductuales: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrenamiento en Relajación</li> <li>- Agenda de Actividades</li> <li>- Actividades Graduadas <ul style="list-style-type: none"> <li>• Técnicas Cognitivas:</li> </ul> </li> <li>- Autorregistros ( Verbales )</li> <li>- Identificar los Pensamientos Negativos</li> <li>- Resolución de Problemas</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La Comunicación</li> <li>• Insight</li> <li>• Elaboración de la Experiencia Terapéutica</li> </ul>
<b>Relación Terapéutica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Empatía</li> <li>• Escucha Responsable</li> <li>• Interés y Aceptación hacia el paciente</li> <li>• Atención y concentración hacia información del paciente</li> <li>• Entrevista Psicológica</li> <li>• Examen Mental</li> <li>• Manejar Valores sin ser moralista</li> </ul>	
<b>Dinámica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Análisis del Expediente Médico</li> <li>• Observación ( lista de cotejo )</li> <li>• Entrevista Psicológica</li> <li>• Examen Mental Pre y Post</li> <li>• Abordamiento con Psicoterapia</li> <li>• Elaboración de Historia Clínica</li> <li>• Evaluación Diagnóstica</li> </ul>	
<b>Agenda Terapéutica</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Chequeo del ánimo y síntomas</li> <li>2. Establecer agenda de trabajo</li> <li>3. Recordar sesión previa</li> <li>4. Discusión de puntos de agenda</li> <li>5. Tareas asignadas</li> <li>6. Resumen</li> <li>7. Retroalimentación</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Observación del estado de animo</li> <li>2. Recapitulación del tema abordado anteriormente.</li> <li>3. Selección del nuevo tema a través de la abreacción</li> <li>4. Aconsejamiento sobre solución de conflictos.</li> <li>5. Capacidad de Insight</li> </ol>
<b>Condiciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención en los Servicios de Medicina y Cirugía</li> <li>• Sesiones en Pabellones</li> <li>• Abordamiento al costado de la cama</li> </ul>	
<b>Habilidades Terapéuticas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Flexibilidad del Terapeuta</li> <li>• Necesidad de tomar tiempo</li> <li>• Importancia del detalle</li> <li>• Aceptación completa del paciente</li> <li>• Actividad mínima por parte del terapeuta</li> <li>• Entendimiento de la dinámica de los síntomas del paciente</li> <li>• Manejo de síntomas propios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un análisis personal exitoso.</li> <li>• Poseer un equilibrio emocional e intelectual.</li> <li>• Capacidad bien desarrollada para hacer diagnósticos.</li> <li>• Capacidad para razonar rápida y lógicamente de forma inductivas y deductiva</li> <li>• Poseer flexibilidad.</li> </ul>

## **CAPITULO II**

### **TECNICAS E INSTRUMENTOS**

#### **SELECCIÓN DE LA MUESTRA**

Muestra:

La muestra de la investigación fue de tipo no aleatorio: muestreo intencional o de juicio ( la idea básica que involucra este tipo de muestra es que la lógica; el sentido común o el sano juicio, pueden usarse para seleccionar una muestra que sea representativa de una población), con un número de 30 pacientes hombres y mujeres mayores de edad, internos en el Hospital Nacional Pedro Betancourt, en los servicios de Cirugía y Medicina, cuya hospitalización sea de 2 semanas, no importando su grado académico, pertenecer a cualquier estrato social y padecer enfermedad orgánica.

#### **INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS**

Los instrumentos de recolección de datos que se utilizaron en esta investigación fueron los siguientes:

- **ANALISIS DEL EXPEDIENTE MEDICO:** La acción multidisciplinaria en el área de la salud, propicia al trabajo eficaz en beneficio de la salud integral de todo ser humano, por lo que la referencia del médico a cargo del servicio, justificará el abordaje de los pacientes que conformen la muestra.
- **OBSERVACIÓN:** Esta técnica se aplicará a los pacientes adultos internos del Hospital Nacional Pedro Bethancourth, para identificar signos y síntomas que determinen la presencia del Trastorno Depresivo Mayor. Se ejecutará por medio de una lista de cotejo que integre los diferentes síntomas estandarizados del Trastorno Depresivo Mayor, para verificar y comprobar su candidatura en la muestra de la investigación después de la referencia hecha por el médico.
- **ENTREVISTA PSICOLÓGICA:** Esta entrevista será de tipo estandarizada no programada con items semi-estructurados de forma individual, que permita la sugestión, abreacción y ventilación del paciente, proporcionando la información necesaria para la elaboración de la Historia Clínica.

- **EXAMEN MENTAL:** Su aplicación, contribuirá a reflejar el estado actual de las funciones corticales superiores del paciente y a recabar información para la elaboración de la Historia Clínica.
- **EVALUACION DIAGNOSTICA:** Estableciéndose por medio del CIE 10 Clasificación de Internacional de las Enfermedades.

## **TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO**

Seleccionada la muestra, ( 30 pacientes ) se agruparon en 2, asignando a cada grupo una técnica, con la cual se abordó individualmente al paciente, llevando un registro en su expediente psicológico, de la evolución positiva o negativa que el paciente presentó ante la aplicación de la técnica seleccionada.

- ψ Terapia Cognitiva – Conductual
- ψ Terapia Breve de Emergencia.

## **PROCEDIMIENTO**

La investigación se realizó en dos fases:

- ψ La primera una exploración y determinación de la existencia del Trastorno Depresivo Mayor en los pacientes hospitalizados, a través de: La Referencia Médica, una observación de signos y síntomas de los pacientes; aplicación del Examen Mental que reflejó el estado actual de las funciones corticales superiores del paciente y una entrevista psicológica que recopiló información adecuada para determinar un diagnóstico basado en el CIE 10 ( Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades ).
- ψ La segunda fase, experimentación controlada de aplicación de las 2 psicoterapias seleccionadas a grupos de 15 pacientes, que fueron utilizadas en el abordaje de la depresión, determinando cual de las dos es más eficaz. Para el abordamiento, se llevó un control de evoluciones del paciente en tiempo y disminución de los signos y síntomas depresivos, lo que proporcionó la determinación de cual fue la más efectiva (disminución de signos y síntomas seleccionados en la observación a través de la lista de cotejo).

## **TECNICAS DE ANALISIS ESTADISTICOS, DESCRIPCION E INTERPRETACION DE DATOS**

En la investigación se utilizó estadística descriptiva para ordenar, clasificar y tabular adecuadamente los resultados obtenidos de la comparación de las psicoterapias.

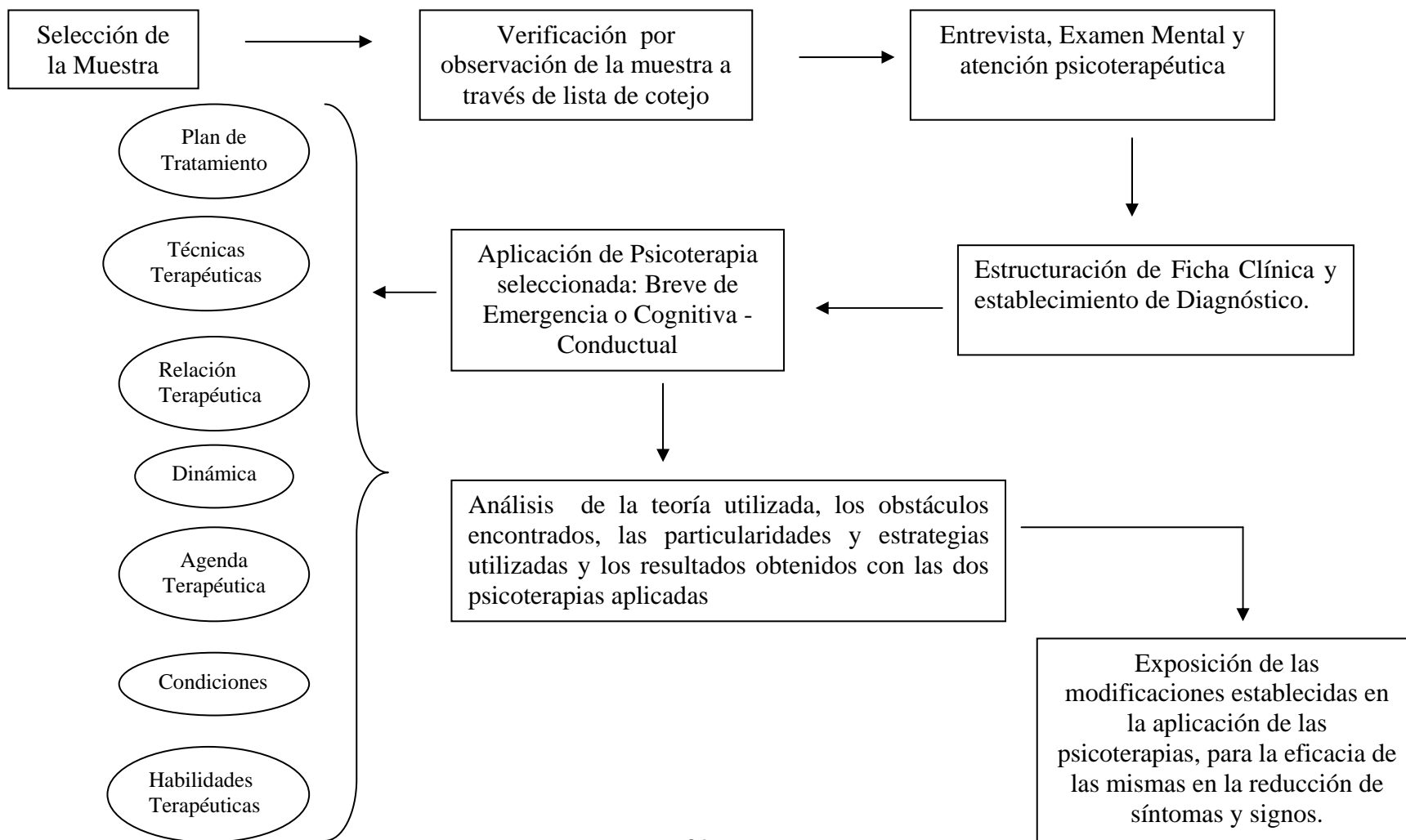
Con la información recabada se procedió a:

- Ordenamiento
- Clasificación
- Tabulación
- Análisis e interpretación de datos

El análisis estadístico para la descripción e interpretación de los datos se realizó de la forma siguiente:

1. Selección del paciente para la muestra a través de la referencia médica o paramédica, analizando el expediente correspondiente a su hospitalización.
2. Se verificó la referencia con la observación que se realizó través de una lista de cotejo, estableciendo si el paciente era apto para entrar en la muestra de la investigación.
3. Al establecer por medio de la observación que el paciente presentaba la sintomatología del trastorno Depresivo Mayor, se procedió a realizar la entrevista Psicológica y el Examen Mental.
4. Se procedió a estructurar la Ficha clínica con la información recopilada. Además se estableció la Evaluación diagnóstica.
5. Se aplicó el plan terapéutico de la Psicoterapia seleccionada para el tratamiento psicológico del paciente dividido en 5 sesiones y según la evolución del mismo, se estableció la eficacia de los indicadores seleccionados, para la realización de la investigación.

**ACTIVIDADES DESARROLLADAS  
EN EL PROCESO DE INVESTIGACION PARA LA RECOLECCIÓN, INTERPRETACION Y ANALISIS DE  
RESULTADOS**



## **CAPITULO III**

### **PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

El análisis e interpretación de los resultados que se obtuvieron en el trabajo de campo de la investigación, se realizaron de la manera siguiente:

1. En base a la Lista de Cotejo se desglosó cada uno de los síntomas y signos para determinar los padecidos por cada paciente de la muestra.
2. Cuantificación en número y porcentaje, de los signos y síntomas de cada paciente según el grupo asignado ( 15 hombres: 7 Breve de Emergencia y 8 Cognitiva – Conductual; 15 mujeres: 8 Breve de Emergencia y 7 Cognitiva-Conductual ).
3. Unificación de datos por psicoterapia aplicada, estableciendo la disminución de signos y síntomas en menor tiempo a través de las Hojas de Evolución de cada uno de los pacientes de la muestra.
4. Graficación de los resultados obtenidos por signo y síntoma, después del abordaje durante 5 sesiones con cada una de las Psicoterapias.
5. Graficación General de la disminución de signos y síntomas por psicoterapia

A continuación, se presentan cuadros y gráficas de la disminución de signos y síntomas a través del abordaje psicoterapéutico con las psicoterapias seleccionadas, en pacientes adultos internos del Hospital Nacional Pedro Betancourt.

## CUADRO No. 1

### DISMINUCION DEL SINTOMA DE SENSACION DE DESESPERACION

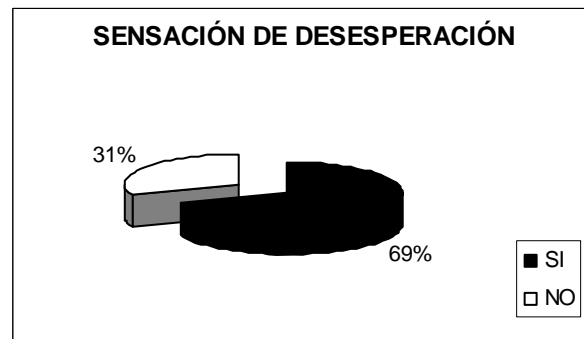
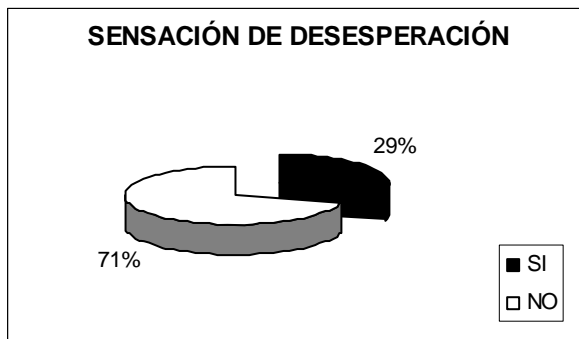
El síntoma de Sensación de Desesperación es una vivencia simple producida por la acción de un estímulo ( hospitalización ) sobre un órgano. Hay pérdida de la esperanza, cólera y enojo, el paciente puede sentirse desahuciado y padecer incomodidad general. Al haberse trabajado con la Psicoterapia Cognitiva - Conductual (Entrenamiento en Relajación), la relajación de los grupos musculares en secuencia produjo en el paciente bienestar y automáticamente modificó su cognición y conducta ante la situación que estaba viviendo. Al trabajarse con Psicoterapia Breve de Emergencia ( 6 fases ) se creó el insight y estimuló la elaboración en el paciente para indicarle la circunstancia real y así disminuir el síntoma.

#### PSICOTERAPIA BREVE DE EMERGENCIA

	No. Px.	%
SI	4	28.6
NO	10	71.4

#### COGNITIVA-CONDUCTUAL

	No. Px.	%
SI	9	69.2
NO	4	30.8



Se observó a través de la tabulación y graficación de resultados, que los pacientes adultos internos del Hospital Nacional Pedro Betancourt con diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor por medio del abordaje psicoterapéutico, que el síntoma de Desesperación disminuyó en un 28.6% con psicoterapia Breve de Emergencia y en un 69.2% con psicoterapia Cognitiva – Conductual; por lo que se concluyó que para la disminución del síntoma antes mencionado es más efectiva la psicoterapia Cognitiva – Conductual siguiendo los pasos establecidos en el programa estandarizado.



## CUADRO No. 2

### DISMINUCIÓN DEL SIGNO DE ABATIMIENTO

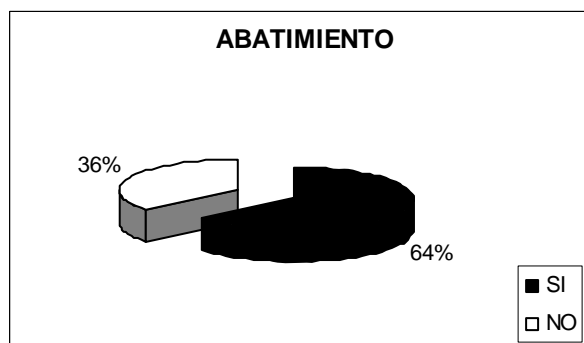
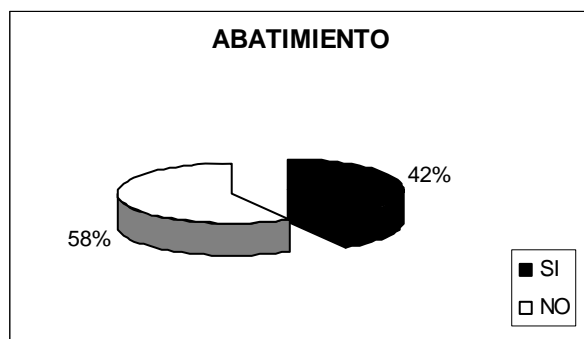
El signo de abatimiento produce en el paciente desaliento y falta de ánimo, lo que impide su recuperación física, prolongándose la estadía dentro del hospital, se trabajó con Psicoterapia Cognitiva- Conductual (identificación de pensamientos automáticos ) ejercitando al paciente para lograse controlar los pensamientos que están asociados a su desaliento y desánimo. Con la Psicoterapia Breve de Emergencia ( 6 fases ) se orientó al paciente a elaborar y clarificar la etiología del signo padecido.

#### PSICOTERAPIA BREVE DE EMERGENCIA

	No. Px.	%
SI	5	41.7
NO	7	58.3

#### COGNITIVA-CONDUCTUAL

	No. Px	%
SI	9	64.3
NO	5	35.7



De los datos anteriormente tabulados, se determinó que el signo de Abatimiento en la muestra seleccionada para el abordaje psicoterapéutico, disminuyó en un 41.7% con psicoterapia Breve de Emergencia y 64.3% con psicoterapia Cognitiva – Conductual; estableciendo que la psicoterapia Cognitiva – Conductual es más efectiva en la disminución del signo antes mencionado, *no obstante la psicoterapia Breve de Emergencia es factible para el tratamiento del referido síntoma por la diferencia porcentual poco significativa.*

### CUADRO No. 3

#### DISMINUCIÓN DEL SINTOMA DE INUTILIDAD

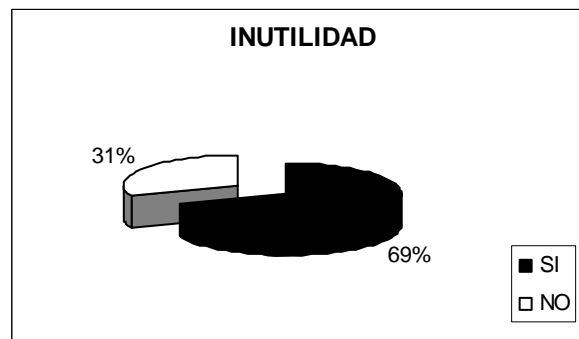
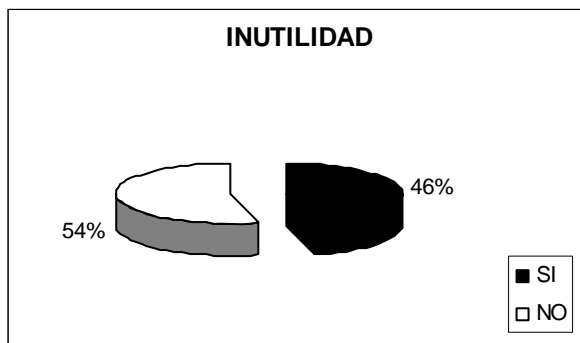
El síntoma de inutilidad le hace sentir al paciente que no sirve para nada y que toda actividad que realice en beneficio o desarrollo de sí mismo o allegados es en vano trayendo como consecuencia distimia y reducción de metas y objetivos. Se trabajó con Psicoterapia Cognitiva – Conductual (contrarrestar el pensamiento) donde el terapeuta y el paciente tomaron roles en los cuales se le pidió al paciente que argumentara en contra de su mismo pensamiento negativo. Con Breve de Emergencia ( 6 fases ) se elaboró insigth para que el paciente determinara si era correcto o no lo que sentía en ese momento y si contaba con fundamentos para padecer el síntoma.

#### PSICOTERAPIA BREVE DE EMERGENCIA

	No. Px	%
SI	6	46.2
NO	7	53.8

#### COGNITIVA-CONDUCTUAL

	No. Px	%
SI	9	69.2
NO	4	30.8



Las gráficas establecidas a través del ordenamiento, clasificación y tabulación de los datos obtenidos evidenciaron que la psicoterapia Breve de Emergencia disminuyó el síntoma de Inutilidad en un 46.2% y la psicoterapia Cognitiva – Conductual en un 69.2%. Determinando que la psicoterapia Cognitiva – Conductual es más efectiva en la disminución del síntoma antes mencionado; sin embargo *el abordaje psicoterapéutico con Breve de Emergencia es factible de acuerdo al porcentaje que evidenció la disminución del síntoma.*

## CUADRO No. 4

### DISMINUCION DEL SINTOMA DE CULPABILIDAD

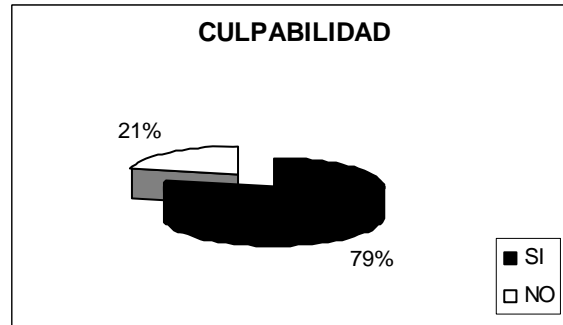
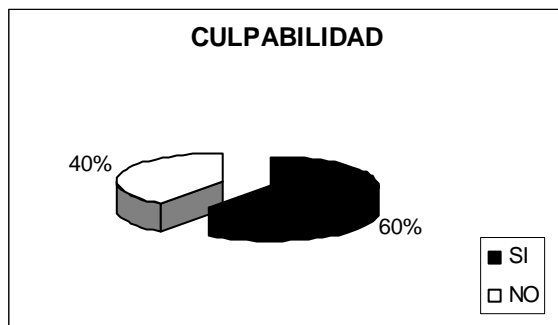
El síntoma de culpabilidad es una sensación de cometer faltas más o menos graves donde la causa y los efectos son responsabilidad de quien lo padece. Se trabajó con Psicoterapia Cognitiva – Conductual ( Explicación Alterna ) donde se indujo al paciente que propusiera y examinara causas alternas y consecuencias como le fuera posible, especialmente las menos negativas para modificar el esquema congnitivo de adjudicarse por completo la responsabilidad de la situación o fenómeno que atravesaba. La Psicoterapia Breve de Emergencia ( 6 fases) trabajó en la confrontación y clarificación del síntoma a través de la presentación de la situación de forma real y con relativa ligereza para producir insigth.

#### PSICOTERAPIA BREVE DE EMERGENCIA

	No. Px	%
SI	9	60
NO	6	40

#### COGNITIVA-CONDUCTUAL

	No. Px	%
SI	11	78.6
NO	3	21.4



Con los datos anteriormente descritos, se observó que la disminución del síntoma de Culpabilidad en los pacientes abordados se reflejo en un 60% a través de la aplicación de la psicoterapia Breve de Emergencia y en un 79% con psicoterapia Cognitiva – Conductual, por lo que se determinó que ambas psicoterapias son efectivas en la disminución del síntoma antes mencionado.

**CUADRO No. 5**

DISMINUCIÓN DEL SIGNO DE PESIMISMO

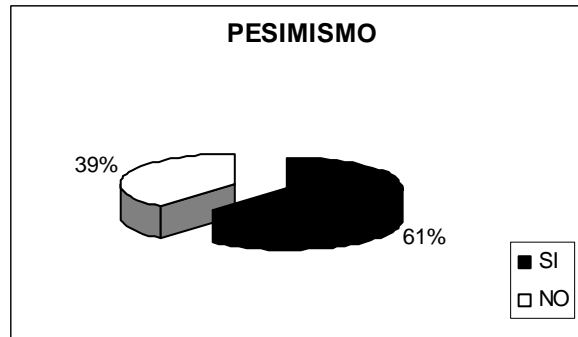
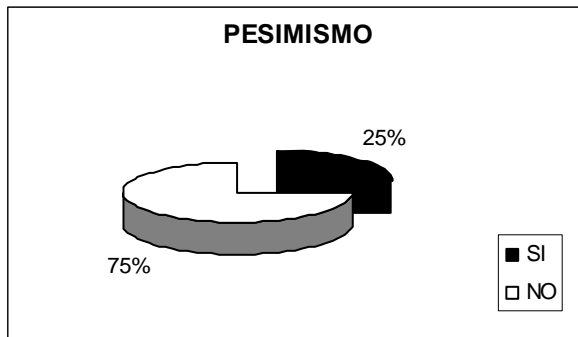
El signo de pesimismo se identifica en el paciente por la opinión que tiene sobre el mañana, indicando que todo es malo en este mundo y se manifiesta a través de ideas desfavorables hacia si mismo y el contexto que le rodea. Se trabajó con Psicoterapia Cognitiva – Conductual ( Identificación de Pensamientos Automáticos ) donde se ejercitó al paciente para que controlara los pensamientos que le ocasionan la opinión de que todo es malo. En la Psicoterapia Breve de Emergencia ( 6 fases ) se estableció la identificación del problema y se procedió a la sugestión de relación para clarificar la situación y disminuir el signo.

**PSICOTERAPIA BREVE DE EMERGENCIA**

**COGNITIVA-CONDUCTUAL**

	No. Px	%
SI	3	25
NO	9	75

	No. Px	%
SI	8	61.5
NO	5	38.5



Se observó a través de la tabulación y graficación de resultados, que los pacientes abordados terapéuticamente con psicoterapia Breve de Emergencia disminuyeron el signo de pesimismo en un 25% y con Cognitiva – Conductual en un 61.5%; por lo que se concluyó que para la disminución del síntoma antes mencionado es más efectiva la psicoterapia Cognitiva – Conductual, siguiendo los pasos establecidos en el programa estandarizado.

## DISMINUCIÓN DEL SINTOMA DE TRISTEZA

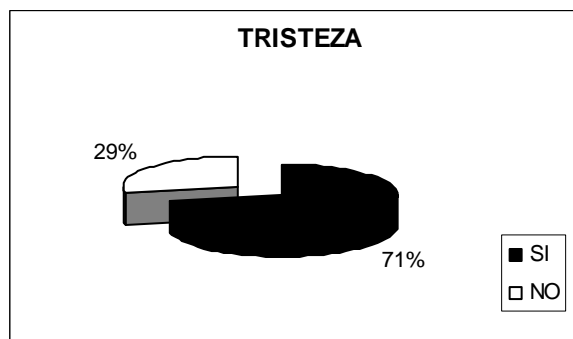
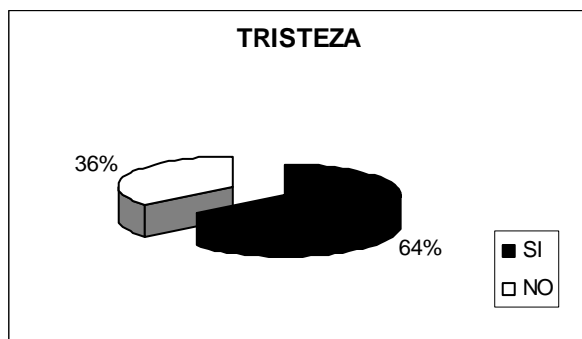
El síntoma de tristeza se padece a través de un sentimiento de opresión y de vacío a la no consecución de la aspiración a encontrar un sentido en el mundo que pueda apoyar la existencia y obtener su plenitud. La Psicoterapia Cognitiva –Conductual (Identificación de Pensamientos Automáticos ), se enseñó al paciente a controlar los pensamientos que están relacionados con su tristeza induciendo al paciente a considerarse a sí mismo como a su futuro y sus experiencias de un modo distinto al que lo había estado esquematizando. La Psicoterapia Breve de Emergencia enfatizó su tratamiento en la naturaleza de la situación para que por medio de la misma se hiciera más accesible y real para la elaboración e insight del paciente.

### PSICOTERAPIA BREVE DE EMERGENCIA

	No. Px	%
SI	9	64.3
NO	5	35.7

### COGNITIVA-CONDUCTUAL

	No. Px	%
SI	10	71.4
NO	3	28.6



De acuerdo con lo datos anteriores, se evidenció que el síntoma de Tristeza disminuyó en un 64.3% con la aplicación de psicoterapia Breve de Emergencia y en un 71.4% con psicoterapia Cognitiva – Conductual, por lo que se determinó que ambas psicoterapias son efectivas en la disminución del síntoma antes mencionado.

## CUADRO No. 7

### DISMINUCION DEL SÍNTOMA DE FATIGA

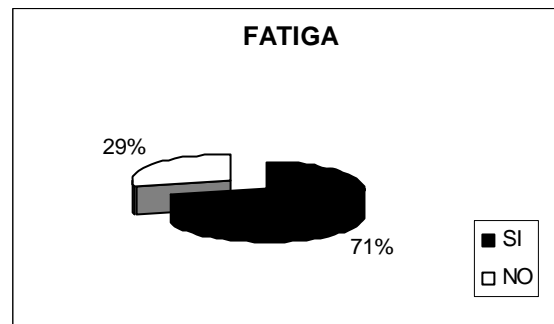
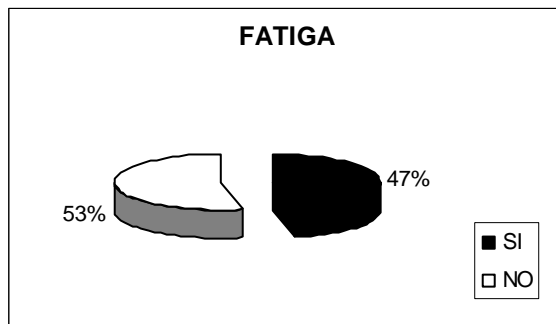
La fatiga es una disminución de la capacidad de trabajo corporal o espiritual como consecuencia de un esfuerzo de consideración. Dentro de sus características psíquicas está la disminución de la capacidad de pensamiento, del placer, del trabajo realizado, excitabilidad, etc. Con la Psicoterapia Cognitiva - Conductual ( Metas Conductuales ) se trabajó en propiciarle al paciente el establecimiento de conductas que deseaba modificar a través de una reestructuración de esquemas cognitivos que conducían a emociones, conductas y respuestas fisiológicas asociadas al síntoma antes mencionado. La Psicoterapia Breve y de Emergencia ( 6 fases ) se orientó en la elaboración para un mejoramiento en el funcionamiento a través de la confrontación y clarificación.

#### PSICOTERAPIA BREVE DE EMERGENCIA

	No. Px	%
SI	7	46.7
NO	8	53.3

#### COGNITIVA-CONDUCTUAL

	No. Px	%
SI	10	71.4
NO	4	28.6



A través de los datos obtenidos, se determinó que el síntoma de la Fatiga que presentaron los pacientes de la muestra disminuyó en un 46.7% con la aplicación de psicoterapia Breve de Emergencia y en un 71.4% con psicoterapia Cognitiva – Conductual. Con estos resultados se determinó que la psicoterapia Cognitiva – Conductual es más efectiva en la disminución de dicho síntoma.

## CUADRO No. 8

### DISMINUCION DEL SINTOMA DE IRRITABILIDAD

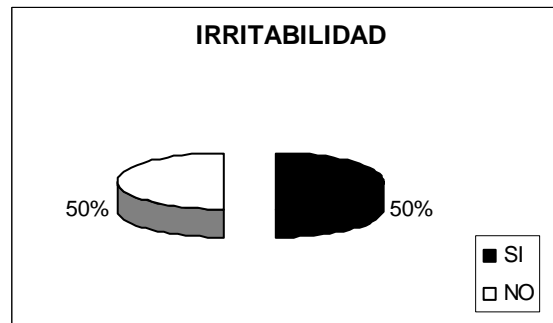
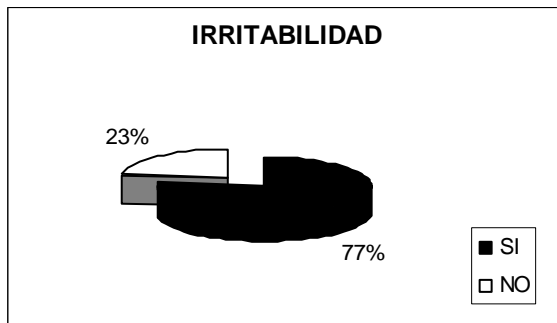
La irritabilidad es una propensión a encolerizarse y a reaccionar ante un estímulo. Es una respuesta afectiva, es decir designa la mayor o menor disposición a reaccionar con movimientos afectivos. Con Psicoterapia Cognitiva – Conductual ( Metas Conductuales ) se propició en el paciente el establecimiento de las conductas que deseaba modificar para disminuir el síntoma antes mencionado. La Psicoterapia Breve de Emergencia ( 6 fases ) se le presenta las circunstancias reales de la situación para establecer insight y elaboración que disminuyen el síntoma.

#### PSICOTERAPIA BREVE DE EMERGENCIA

	No. Px	%
SI	10	76.9
NO	3	23.1

#### COGNITIVA-CONDUCTUAL

	No. Px	%
SI	7	50
NO	7	50



De los datos anteriormente tabulados, se determinó que el síntoma de Irritabilidad en la muestra seleccionada para el abordaje psicoterapéutico, disminuyó en un 76.9% con psicoterapia Breve de Emergencia y 50% con psicoterapia Cognitiva – Conductual; estableciendo que la psicoterapia Breve de Emergencia es más efectiva en la disminución del signo antes mencionado, *no obstante la psicoterapia Cognitiva - Conductual es factible para el tratamiento del referido síntoma por la diferencia porcentual poco significativa.*

## CUADRO No. 9

### DISMINUCION DEL SINTOMA DIFICULTAD PARA CONCENTRARSE

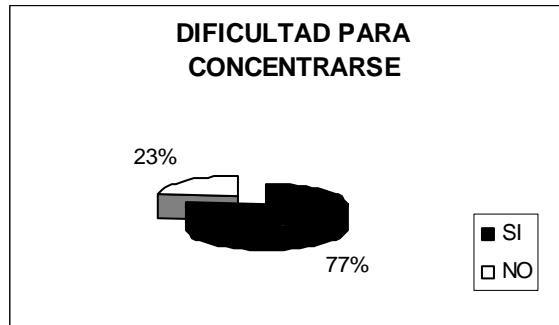
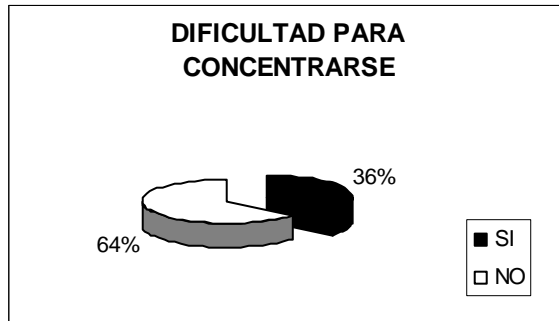
La dificultad de concentración se define como la incapacidad de la orientación activa y delimitación de la observación como la centralización de las actividades psíquicas o corporales. La Psicoterapia Cognitiva – Conductual ( Resolución de Problemas donde el paciente determinó el problemas, las metas, los medios, la información, habilidades y acciones relevantes para poder establecer planes que resolvieron el problema. La Psicoterapia Breve de Emergencia ( 6 fases ) donde por medio de la interpretación se facilitó el insight estableciéndose los puntos básicos de esta psicoterapia como lo son la sugestión de relación y la identificación del problema.

#### PSICOTERAPIA BREVE DE EMERGENCIA

	No. Px	%
SI	5	35.7
NO	9	64.3

#### COGNITIVA-CONDUCTUAL

	No. Px	%
SI	10	76.9
NO	3	23.1



Con los datos anteriormente descritos, se observó que la disminución del síntoma de Dificultad para Concentrarse en los pacientes abordados se reflejó en un 35.7% a través de la aplicación de la psicoterapia Breve de Emergencia y en un 76.9% con psicoterapia Cognitiva – Conductual, por lo que se determinó que la psicoterapia Cognitiva – Conductual es más efectiva en la disminución del síntoma referido.



## CUADRO No. 10

### DISMINUCION DEL SINTOMA DE ALTERACIONES FÍSICAS

Las alteraciones físicas son consecuencia de la distimia que presenta el paciente y se puede considerar como un cambio en la esencia o forma, perturbación e inquietud. La Psicoterapia cognitiva – conductual (Análisis Funcional o lógico) se incentivó al paciente a proponer conclusiones libres de garantía determinando si su conducta y comportamiento son apropiados para su bienestar. La Psicoterapia Breve de Emergencia trabajó en la sugestión y abreacción para producir catarsis y que el paciente por medio de la conversación disminuya la alteraciones físicas que le producen la carga afectiva.

#### PSICOTERAPIA BREVE DE EMERGENCIA

	No. Px	%
SI	11	78.6
NO	3	21.4

#### COGNITIVA-CONDUCTUAL

	No. Px	%
SI	7	53.8
NO	6	46.2



De los datos anteriormente tabulados, se determinó que el síntoma de Alteraciones Físicas en la muestra seleccionada para el abordaje psicoterapéutico, disminuyó en un 78.6% con psicoterapia Breve de Emergencia y 53.8% con psicoterapia Cognitiva – Conductual; estableciendo que la psicoterapia Breve de Emergencia es más efectiva en la disminución del signo antes mencionado, *no obstante la psicoterapia Cognitiva - Conductual es factible para el tratamiento del referido síntoma por la diferencia porcentual poco significativa.*

## CUADRO No. 11

### DISMINUCIÓN DEL SÍNTOMA PÉRDIDA DE INTERÉS POR ACTIVIDADES COTIDIANAS

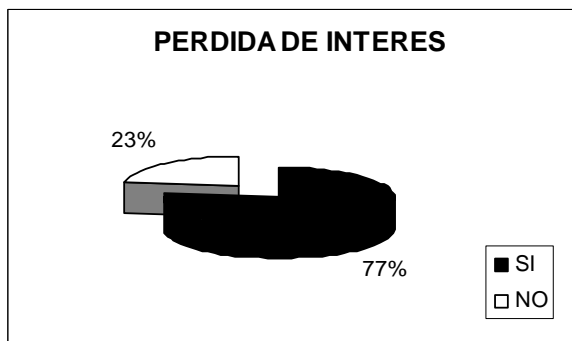
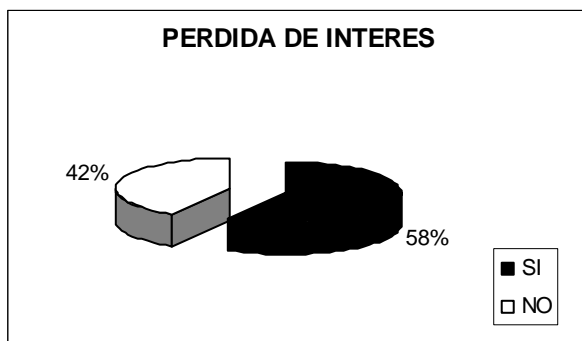
La pérdida de interés por las actividades cotidianas es una falta de atención a las mismas, disminuyendo el valor subjetivo y la importancia que tiene para el paciente. La Psicoterapia Cognitiva – Conductual (Contrarrestar el pensamiento donde el terapeuta y el paciente tomaron roles para poder argumentar en contra de su mismo pensamiento negativo y reestructurarlo a uno más conveniente. La Psicoterapia Breve de Emergencia ( 6 fases ) se enfatizó en la Abreacción y apoyo estructurándole por medio de la elaboración e insight metas motivo y objetivos que promuevan el interés hacia actividades dentro de las diferentes esferas donde interactúa.

#### PSICOTERAPIA BREVE DE EMERGENCIA

	No. Px	%
SI	7	58.3
NO	5	41.7

#### COGNITIVA-CONDUCTUAL

	No. Px	%
SI	10	76.9
NO	3	23.1



A través de los datos obtenidos, se determinó que el síntoma de Pérdida de Interés en la muestra seleccionada para el abordaje psicoterapéutico, disminuyó en un 58.3% con psicoterapia Breve de Emergencia y 76.9% con psicoterapia Cognitiva – Conductual; estableciendo que la psicoterapia Breve de Emergencia es más efectiva en la disminución del signo antes mencionado, *no obstante la psicoterapia Cognitiva - Conductual es factible para el tratamiento del referido síntoma por la diferencia porcentual poco significativa.*

## CUADRO No. 12

### DISMINUCION DEL SINTOMA DE EVITACION DE REUNIONES SOCIALES

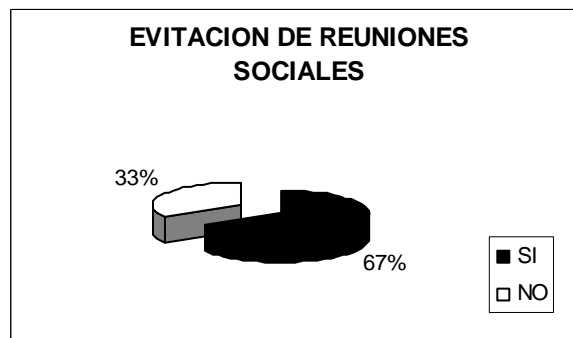
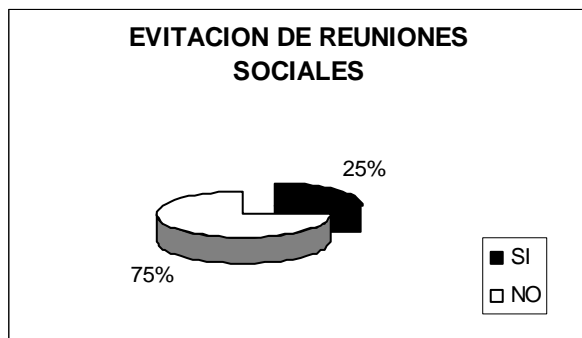
La evitación de reuniones sociales se puede considerar como el aislamiento que establece el paciente ante interactuar en la esfera social a la cual pertenece. La Psicoterapia Cognitiva – Conductual (Categorizar el Pensamiento Negativo) donde el paciente clasificó el pensamiento de acuerdo a la distorsión cognitiva ejemplificada con el pensamiento. La Psicoterapia Breve de Emergencia (6 fases) estableció a través de la confrontación, clarificación e interpretación del porqué de su pensar y accionar conforme a la interacción en la sociedad.

#### PSICOTERAPIA BREVE DE EMERGENCIA

	No.	%
SI	3	25
NO	9	75

#### COGNITIVA-CONDUCTUAL

	No.	%
SI	8	66.7
NO	4	33.3



A través de los datos obtenidos, se determinó que el síntoma de Evitación de Reuniones Sociales que presentaron los pacientes de la muestra disminuyó en un 25% con la aplicación de psicoterapia Breve de Emergencia y en un 66.7% con psicoterapia Cognitiva – Conductual. Con estos resultados se determinó que la psicoterapia Cognitiva – Conductual es más efectiva en la disminución de dicho síntoma.

## DISMINUCION DEL SINTOMA DE FALTA DE APETITO

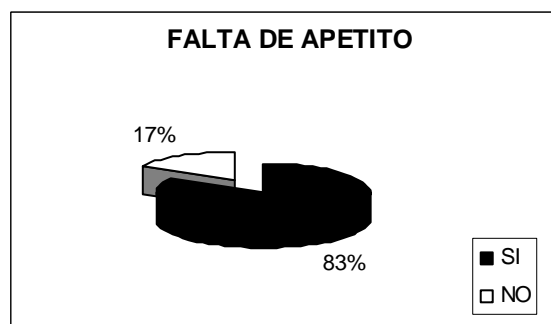
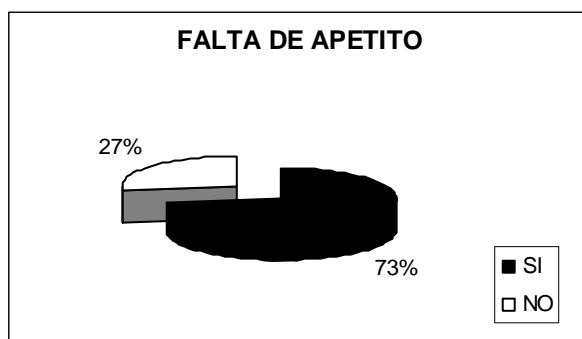
La falta de apetito se puede considerar como la ausencia del impulso que hace desear una cosa (deseos de comer). La Cognitiva – Conductual (Análisis Funcional o Lógico) donde se incentivó al paciente a que propusiera conclusiones libres de garantía para determinar si su conducta y comportamiento eran los apropiados para su bienestar. La Psicoterapia Breve de Emergencia ( 6 fases ) enfatizó el abordaje en la confrontación de los problemas que conducen al incremento del síntoma.

### PSICOTERAPIA BREVE DE EMERGENCIA

	No.Px	%
SI	8	72.7
NO	3	27.3

### COGNITIVA-CONDUCTUAL

	No. Px	%
SI	10	83.3
NO	2	16.7



Se observó a través de la tabulación y graficación de resultados, que los pacientes abordados terapéuticamente con psicoterapia Breve de Emergencia disminuyeron el síntoma de Falta de Apetito en un 72.7% y con Cognitiva – Conductual en un 83.3%; por lo que se concluyó que ambas psicoterapias son efectivas en la disminución del síntoma antes mencionado.

**CUADRO No: 14**

DISMINUCION DEL SINTOMA PERDIDA O AUMENTO DE PESO

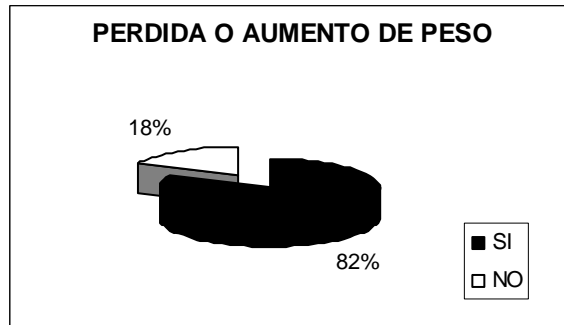
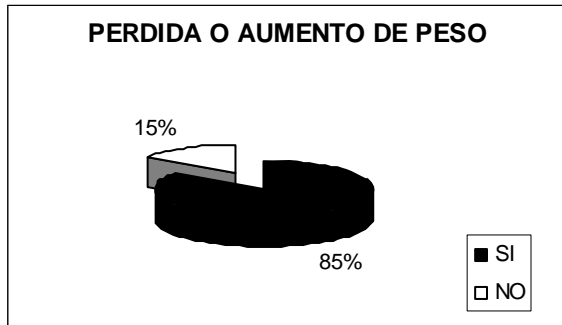
La pérdida o aumento de peso se puede definir como la inestabilidad que el paciente presenta para mantener un equilibrio en el peso corporal, ya sea por ingestión compulsiva de alimentos o inapetencia total de los mismos. La Psicoterapia Cognitiva Conductual (Actividades Graduadas) se apoyó al paciente en la planificación y programación de actividades que aumenten su bienestar según sea el caso; pérdida de peso: ingesta de alimentos con mayor cantidad de nutrientes. Aumento de peso: Control de ingesta compulsiva, implementado actividad motora. La Psicoterapia Breve de Emergencia ( 6 fases ) se enfatizó en confrontar lo agudo de la situación y el insight para promover el cambio.

**PSICOTERAPIA BREVE DE EMERGENCIA**

	No. Px	%
SI	11	84.6
NO	2	15.4

**COGNITIVA-CONDUCTUAL**

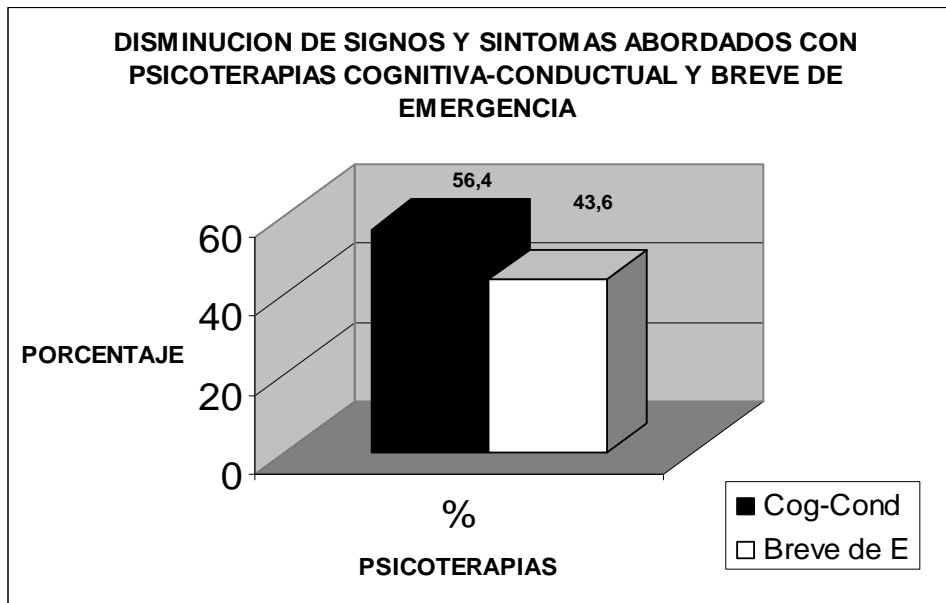
	No. Px	%
SI	9	81.8
NO	2	18.2



De acuerdo a los datos obtenidos, se observó que los pacientes abordados terapéuticamente con psicoterapia Breve de Emergencia disminuyeron el síntoma de Pérdida o Aumento de Peso en un 84.6% y con Cognitiva – Conductual en un 81.83%; por lo que se concluyó que ambas psicoterapias son efectivas en la disminución del síntoma antes mencionado.

**CUADRO 15**  
**SIGNOS Y SINTOMAS DISMINUIDOS A TRAVES DEL ABORDAJE CON**  
**PSICOTERAPIAS COGNITIVA CONDUCTUAL Y BREVE DE EMERGENCIA**

	No.de signos y síntomas	%
Cognitiva Conductual	127	56.4
Breve de Emergencia	98	43.6



El objetivo General de la Investigación fue la aplicación de las psicoterapias Cognitiva Conductual y Breve de Emergencia, en pacientes adultos hospitalizados que presentaron Trastorno Depresivo Mayor, estableciendo las modificaciones de las mismas, para la reducción de síntomas y signos en menor tiempo. Después de la ordenación, clasificación y tabulación de los datos, se estableció que a nivel general la psicoterapia Cognitiva Conductual con un 56.4% es más efectiva que la psicoterapia Breve de emergencia con un 43.6%. Sin embargo la diferencia de porcentaje no es significativa por lo que las dos psicoterapias son factibles para la aplicación en la reducción de signos y síntomas del Trastorno Depresivo Mayor con los programas estandarizados preestablecidos.

## **CAPITULO IV**

### **CONCLUSIONES**

Posteriormente a la presentación y análisis obtenidos en el trabajo de campo que se realizó en el Hospital Nacional Pedro Betancourt con los treinta (30) pacientes diagnosticados con Trastorno Depresivo Mayor y abordados terapéuticamente con las psicoterapias Breve de Emergencia y Cognitiva – Conductual, se establecieron las siguientes conclusiones:

1. Se comprobó que la psicoterapia Cognitiva-Conductual con un 56% es más efectiva a nivel general en la disminución de signos y síntomas padecidos por los pacientes adultos internos del Hospital Nacional Pedro Betancourt con diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor que conformaron la muestra.
2. Se comprobó que a través de los programas estandarizados preestablecidos para cada una de las psicoterapias disminuyeron signos y síntomas específicos en mayor o menor porcentaje.
3. Tanto la psicoterapia Breve de Emergencia como Cognitiva – Conductual disminuyeron signos y síntomas en los pacientes que conformaron la muestra en tiempos relativamente cortos de abordaje ( cinco sesiones ), corroborando su efectividad en el tratamiento del Trastorno depresivo Mayor.
4. Se estableció a través de la observación y lista de cotejo que los pacientes hospitalizados y diagnosticados con Trastorno Depresivo Mayor presentan similitud en los signos y síntomas padecidos, aunque difieren en su disminución de acuerdo al abordaje psicoterapéutico establecido para su tratamiento.
5. La muestra de pacientes hospitalizados (hombres y mujeres) evidenció notable mejoría en la disminución específica de signos y síntomas, elaborando insight a distintos niveles y modificación de esquemas cognitivos en diferentes grados, lo cual refleja que la capacidad modificadora del paciente se logró establecer a través de los programas puestos en práctica en el proceso psicoterapéutico.

## RECOMENDACIONES

1. El hospital Nacional Pedro Betancourt debe contar con un Psicólogo específico que aborde al paciente adulto interno en los diferentes servicios que presta la institución, para que el efecto distímico que causa el encamamiento no interfiera en la recuperación orgánica y estadía del mismo dentro del hospital.
2. Incrementar programas específicos estandarizados de tratamiento psicológico que optimice el trabajo del psicólogo como parte del equipo multidisciplinario que atiende al paciente y así aumentar la salud mental en general, lo que redundará en un desarrollo integral de la comunidad.
3. A la Coordinación de Práctica de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, para que incluya dentro de los programas curriculares la elaboración e incrementación de planes y programas específicos estandarizados para los distintos trastornos observados en los centros clínicos y así profesionalizar el trabajo que el estudiante realiza dentro de los mismos, aumentando la credibilidad de la Psicología en el país como una ciencia responsable de mantener y desarrollar la salud mental, indispensable para la interacción del ser humano.
4. Brindar psicoterapia de fácil comprensión para el paciente, que minimice el esfuerzo de éste y lograr una recuperación en periodos de corta duración, extinguiendo la idea en el paciente que la psicoterapia es un proceso largo, oneroso y sin resultados inmediatos efectivos.



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Bellak M. D., Leopold y Small S. D., Leonard , Psicoterapia Breve de Emergencia. 2da edición Traducción Mauricio González de la Garza. México 1980 pag 356
- Ferri Fred F. , Consultor Clínico. 1ª Edición, España 2000 pp 2130
- Gleenboa D. Padesky C. El Control de tu Estado de Ánimo. 1era edición. Mexico 1998. Pag. 246
- Gonzalez Rey, Fernando Luis Investigación Cualitativa en Psicología. 1era edición. México 2,000 pag. 223
- Dr. Granet, Roger y Levinson, Robin K., Si crees que tienes Depresión. 1era edición. Traducción de Gregorio M. Vilches. España: Barcelona 1994 pp 244
- Harper, Robert A., 36 Sistemas de Psicoanálisis y Psicoterapia . 2da edición. Traducción Anna Muriá. SUCS.,S.A. 1966 pp 182
- Hernandez Sampieri, Roberto Metodología de la Investigación. 1era edición. México, 1999 Pag. 530
- Kolb Lawrence C., Psiquiatría Moderna 6ta edición. México 1983 pp 1243
- Mendels, Joseph, Biblioteca de Psicología 11 La Depresión. 3ra edición. Traducción Antonio Martínez Riu. España Barcelona 1982 pp 198
- Monedero, Carmelo, Psicopatología General. 2da edición, Madrid 1978 pag 1230
- Pancheri., Paolo Manual de Psiquiatría Clínica. 1era edición. México 1987 pag 1546
- Quinto Barrera, See King Emilio. Manual de Terapia Cognitiva .1era Edición Guatemala 2002. Pag. 78
- Lic. Urízar M., Cesar A. Formación Social Guatemalteca 1. 1era Edición, Guatemala 2000.
- Yankura Joseph , Windy Dryden, Terapia Conductual Racional Emotiva. 1era edición. Traducción Jasone Aldekoa. España 2000. pp 475
- Dr. Yves Wuidart, Dr, jean-Mnarc Bordeleau y Dr. Vicent Mauriello La Depresión Nerviosa. 3ra edición. Traducción José Miguel Yurrita. España Editorial 1979 pag 312

# *ANEXOS*

PSICOTERAPIA	PLAN DE TRATAMIENTO				
	TEORIA	OBSTACULOS	PARTICULARIDADES	ESTRATEGIAS	RESULTADOS
COGNITIVO – CONDUCTUAL	1. Establecer Rapport 2. Admisión: paciente referido por personal medico y paramédico. 3. Contrato: Socialización terapéutica se explica la relación pensamiento-afecto - conducta y la finalidad de la terapia cognitiva. 4. Objetivos Terapéuticos: *Trabajar con los síntomas presentes *Trabajar con los esquemas cognitivos ligados al trastorno 5. Establecer Agenda de trabajo 6. Valoración de los Problemas 7. Programar número de sesiones 8. Modificación de la Triada Cognitiva 9. Identificación de los pensamientos automáticos a través de técnicas 10. Educación en esquemas cognitivos 11. Modificar esquemas cognitivos a través de técnicas.	1. Ambiente inadecuado para la aplicación psicoterapéutica  2. Temporalidad de estadía del paciente  3. Seguimiento de los pasos teóricos a cabalidad  4. Dificultad para el cierre del proceso terapéutico por el egreso del paciente.	1. Dificultad en la modificación de esquemas cognitivos debido a la idiosincrasia de la población.  2. Diversidad de dialectos de los pacientes.	Estas se establecerán de acuerdo a los obstáculos referidos anteriormente, así como los que se presentarán en la investigación cuando se apliquen las psicoterapias establecidas.	*Disminución de síntomas y signos en menor tiempo.  *Modificación de esquemas cognitivos.
BREVE DE EMERGENCIA	1. Establecer Rapport 2. Admisión: paciente referido por personal médico y paramédico. 3. Contrato: Explicación de las necesidades y expectativas de la terapia para que el paciente tenga conciencia de las mismas. 4. Objetivos Terapéuticos: *Fomentar y desarrollar la comunicación, el insight y la elaboración para la disminución de síntomas. 5. Sugestión por parte del terapeuta 6. Abreacción del paciente 7. Aconsejamiento del terapeuta 8. Confrontación 9. Clarificación 10. Interpretación	5. Dificultad para determinar contrato y establecer rapport con el paciente, por la poca privacidad donde se desarrolla el proceso terapéutico.  6. Ubicación de camas dentro de los pabellones donde se encuentran los pacientes.	1. Poca capacidad de Insight en el paciente.  2. Represión ante la abreacción de sentimientos y emociones.		*Disminución de síntomas y signos en menor tiempo.  *Lograr insight para la comprensión de la causa de los conflictos.

PSICOTERAPIA	TECNICAS TERAPEUTICAS				
	TEORIA	OBSTACULOS	PARTICULARIDADES	ESTRATEGIAS	RESULTADOS
COGNITIVO – CONDUCTUAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>Técnicas Conductuales:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrenamiento en Relajación</li> <li>- Agenda de Actividades</li> <li>- Actividades Graduadas                   <ul style="list-style-type: none"> <li>Técnicas Cognitivas:                       <ul style="list-style-type: none"> <li>- Autorregistros ( Verbales )</li> <li>- Identificar los Pensamientos Negativos</li> <li>- Resolución de Problemas</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Ambiente inapropiado para aplicar tecnicas de relajación.</li> <li>Falta de material adecuado para las actividades graduadas</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Dificultad en la modificación de esquemas cognitivos debido a la idiosincracia de la población.</li> <li>Diversidad de dialectos de los pacientes</li> </ol>	<p>Estas se estableceran de acuerdo a los obstaculos referidos anteriormente, así como los que se presentarán en la investigación cuando se apliquen las psicoterapias establecidas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Disminución de síntomas y signos en menor tiempo.</li> <li>*Modificación de esquemas cognitivos</li> </ul>
BREVE DE EMERGENCIA	<ul style="list-style-type: none"> <li>La Comunicación</li> <li>Insight</li> <li>Elaboración de la Experiencia Terapéutica</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>No existe privacidad en los ambientes donde se desarrolla el proceso terapéutico.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Poca capacidad de Insight en el paciente</li> <li>Represión ante la abreacción de sentimientos y emociones</li> </ol>		<ul style="list-style-type: none"> <li>*Disminución de síntomas y signos en menor tiempo.</li> <li>*Lograr insight para la comprensión de la causa de los conflicto.</li> </ul>

PSICOTERAPIA	RELACIÓN TERAPEUTICA				
	TEORIA	OBSTACULOS	PARTICULARIDADES	ESTRATEGIAS	RESULTADOS
COGNITIVO – CONDUCTUAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>Empatía</li> <li>Escucha Responsable</li> <li>Interés y Aceptación hacia el paciente</li> <li>Atención y concentración hacia información del paciente</li> <li>Entrevista Psicológica</li> <li>Examen Mental</li> <li>Manejar Valores sin ser moralista.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Interrupción constante por tratamientos médicos y paramédicos.</li> <li>Distractores auditivos y visuales.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Variedad de dialectos que minimizan la escucha responsable y la atención y concentración del proceso terapeutico.</li> </ol>	<p>Estas se establecerán de acuerdo a los obstáculos referidos anteriormente, así como los que se presentarán en la investigación cuando se apliquen las psicoterapias establecidas.</p>	<p>Formación del contrato y establecimiento de Rapport.</p>
BREVE DE EMERGENCIA					

PSICOTERAPIA	DINÁMICA				
	TEORIA	OBSTACULOS	PARTICULARIDADES	ESTRATEGIAS	RESULTADOS
COGNITIVO – CONDUCTUAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Análisis del Expediente Médico</li> <li>• Observación ( lista de cotejo )</li> <li>• Entrevista Psicológica</li> <li>• Examen Mental</li> <li>• Abordamiento con Psicoterapia</li> <li>• Elaboración de Ficha Clínica</li> <li>• Evaluación Diagnóstica</li> </ul>	1. Inaccesibilidad al expediente del paciente  2. Dificultad para la obtener información por parte del paciente para elaborar historias clínicas completas.	Confusión de patrones de crianza con alguna sintomatología del paciente.	Estas se establecerán de acuerdo a los obstaculos referidos anteriormente, así como los que se presentarán en la investigación cuando se apliquen las psicoterapias establecidas.	Elaboración completa de expedientes psicológicos de los pacientes abordados.
BREVE DE EMERGENCIA					

PSICOTERAPIA	AGENDA TERAPEUTICA				
	TEORIA	OBSTACULOS	PARTICULARIDADES	ESTRATEGIAS	RESULTADOS
COGNITIVO – CONDUCTUAL	Chequeo del ánimo y síntomas Establecer agenda de trabajo Recordar sesión previa Discusión de puntos de agenda Tareas asignadas Resumen Retroalimentación	Dificultad total para asignar tareas	Dificultad para llevar a cabo la agenda de actividades debido a las multiples interrupciones	Estas se establecerán de acuerdo a los obstáculos referidos anteriormente, así como los que se presentarán en la investigación cuando se apliquen las psicoterapias establecidas.	Llevar un orden y control sobre el proceso terapéutico logrando el restablecimiento del paciente de forma eficaz.
BREVE DE EMERGENCIA	Observación del estado de animo .Recapitulación del tema abordado anteriormente. .Selección del nuevo tema a través de la abreacción Aconsejamiento sobre solución de conflictos. Capacidad de Insight	Dificultad para lograr insight por la falta de atención debido a los distractores audiovisuales	Represión de sentimientos y emociones en la abreacción		

PSICOTERAPIA	CONDICIONES				
	TEORIA	OBSTACULOS	PARTICULARIDADES	ESTRATEGIAS	RESULTADOS
COGNITIVO – CONDUCTUAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención en los Servicios de Medicina y Cirugía</li> <li>• Sesiones en Pabellones</li> <li>• Abordamiento al costado de la cama</li> </ul>	Dentro de los pabellones no se cuenta con la privacidad necesaria para el abordaje terapéutico	Deficiencia en las relaciones interpersonales por parte del personal médico y paramédico	Estas se establecerán de acuerdo a los obstáculos referidos anteriormente, así como los que se presentarán en la investigación cuando se apliquen las psicoterapias establecidas.	*Abordaje terapéutico
BREVE DE EMERGENCIA					

PSICOTERAPIA	HABILIDADES TERAPEUTICAS				
	TEORIA	OBSTACULOS	PARTICULARIDADES	ESTRATEGIAS	RESULTADOS
COGNITIVO – CONDUCTUAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Flexibilidad del Terapeuta</li> <li>• Necesidad de tomar tiempo</li> <li>• Importancia del detalle</li> <li>• Aceptación completa del paciente</li> <li>• Actividad mínima por parte del terapeuta</li> <li>• Entendimiento de la dinámica de los síntomas del paciente</li> <li>• Manejo de síntomas propios</li> </ul>	Tiempo limitado para la atención del paciente	Personalidad y carácter del terapeuta	Estas se establecerán de acuerdo a los obstáculos referidos anteriormente, así como los que se presentarán en la investigación cuando se apliquen las psicoterapias establecidas	Un adecuado abordaje terapeutico
BREVE DE EMERGENCIA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un análisis personal exitoso.</li> <li>• Poseer un equilibrio emocional e intelectual.</li> <li>• Capacidad bien desarrollada para hacer diagnósticos.</li> <li>• Capacidad para razonar rápida y lógicamente de forma inductivas y deductiva</li> <li>• Poseer flexibilidad.</li> </ul>				

## PSICOTERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL PROGRAMACION

SESION No.	PICOPATOLOGIAS A TRABAJAR	PROCEDIMIENTO TERAPEUTICO	ACTIVIDADES
1	<p>Signos y Síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tristeza</li> <li>• Falta de Apetito</li> <li>• Pérdida o Aumento de peso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecimiento de Rapport</li> <li>• Contrato Terapéutico</li> <li>• Chequeo de ánimo y síntomas y signos presentes</li> <li>• Establecer agenda de trabajo (el terapeuta la elabora anticipadamente):</li> </ul> <p><u>Tristeza:</u> identificación de pensamientos automáticos,</p> <p><u>Falta de Apetito:</u> Análisis funcional o lógico</p> <p><u>Pérdida o Aumento de Peso:</u> Actividades Graduadas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Resumen y Retroalimentación</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Conversación con el paciente sobre aspectos generales (como durmió la noche anterior, el por que de su hospitalización, etc )</li> <li>2. Se explica al paciente el porqué de la visita del terapeuta y se le informa del trabajo que se va a realizar con él.</li> <li>3. Por medio de la observación a través de la conversación y gestos, se determina la existencia de signos y síntomas a trabajar con el paciente.</li> <li>4. Tristeza: se enseña al paciente a controlar los pensamientos que están asociados a su tristeza.</li> <li>5. Falta de Apetito: Se incentiva al paciente a que proponga conclusiones libres de garantía para determinar si su conducta y comportamiento son los apropiados para su bienestar.</li> <li>6. Pérdida o Aumento de Peso: se apoya al paciente para que él planifique y programe actividades que aumenten su bienestar, según sea el caso ( pérdida de peso: ingesta de alimentos con mayor cantidad de nutrientes; Aumento de peso: control de ingesta compulsiva, implementación de actividad motora )</li> <li>7. Resumen y Retroalimentación: se plantea al paciente lo trabajado durante la sesión para fortalecer el aprendizaje adquirido a través de la</li> </ol>

			comprensión de su propio pensar, sentir y actuar.
SESION No.	PICOPATOLOGIAS A TRABAJAR	PROCEDIMIENTO TERAPEUTICO	ACTIVIDADES
2	Signos y Síntomas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Culpabilidad</li> <li>• Alteraciones Físicas</li> <li>• Sensación de Desesperación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chequeo de ánimo, síntomas y signos presentes</li> <li>• Recordar sesión previa</li> <li>• Establecer agenda de trabajo (el terapeuta la elabora anticipadamente):</li> </ul> <p><u>Culpabilidad:</u> explicación alterna.</p> <p><u>Alteraciones Físicas:</u> Análisis funcional o lógico</p> <p><u>Sensación de Desesperación:</u> Entrenamiento en Relajación</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Resumen y Retroalimentación</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Por medio de la observación a través de la conversación y gestos, se determina la existencia de signos y síntomas a trabajar con el paciente. Así como la disminución de los ya trabajados.</li> <li>2. Se hace un recordatorio de lo trabajado en la sesión anterior para que el paciente se familiarice con el sistema de trabajo.</li> <li>3. Culpabilidad: Se induce al paciente a que proponga y examine causas alternas y consecuencias como le sea posible, especialmente la menos negativas.</li> <li>4. Alteraciones Físicas: Se incentiva al paciente a que proponga conclusiones libres de garantía para determinar si su conducta y comportamiento son los apropiados para su bienestar.</li> <li>5. Sensación de Desesperación: Se enseña al paciente a relajar sus grupos musculares en secuencia, imaginar lugares relajantes y respiraciones lentas.</li> <li>6. Resumen y Retroalimentación: se plantea al paciente lo trabajado durante la sesión para fortalecer el aprendizaje adquirido a través de la comprensión de su propio pensar, sentir y actuar.</li> </ol>



SESION No.	PICOPATOLOGIAS A TRABAJAR	PROCEDIMIENTO TERAPEUTICO	ACTIVIDADES
3	Signos y Síntomas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abatimiento</li> <li>• Pesimismo</li> <li>• Inutilidad</li> <li>• Pérdida de Interés por las actividades cotidianas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chequeo de ánimo y síntomas y signos presentes</li> <li>• Recordar sesión previa</li> <li>• Establecer agenda de trabajo (el terapeuta la elabora anticipadamente):</li> </ul> <p><u>Abatimiento y Pesimismo:</u> identificar pensamientos automáticos.</p> <p><u>Inutilidad y Pérdida de Interés:</u> Contra restar el pensamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Resumen y Retroalimentación</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Por medio de la observación a través de la conversación y gestos se determina la existencia de signos y síntomas a trabajar con el paciente. Así como la disminución de los ya trabajados.</li> <li>2. Se hace un recordatorio de lo trabajado en la sesión anterior para que el paciente se familiarice con el sistema de trabajo.</li> <li>3. Abatimiento y Pesimismo: Se ejercita al paciente para que logre controlar los pensamientos que están asociados a su pesar y abatimiento.</li> <li>4. Inutilidad y Pérdida de Interés: El terapeuta y el paciente toman roles en el cual el paciente se le pide que argumente en contra de su mismo pensamiento negativo.</li> <li>5. Resumen y Retroalimentación: se plantea al paciente lo trabajado durante la sesión para fortalecer el aprendizaje adquirido a través de la comprensión de su propio pensar, sentir y actuar.</li> </ol>

SESION No.	PICOPATOLOGIAS A TRABAJAR	PROCEDIMIENTO TERAPEUTICO	ACTIVIDADES
4	<p>Signos y Síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fatiga</li> <li>• Irritabilidad</li> <li>• Dificultad de Concentración</li> <li>• Evitación de Reuniones Sociales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chequeo de ánimo y síntomas y signos presentes</li> <li>• Recordar sesión previa</li> <li>• Establecer agenda de trabajo (el terapeuta la elabora anticipadamente):</li> </ul> <p><u>Fatiga e Irritabilidad:</u> Metas Conductuales.</p> <p><u>Dificultad de Concentración:</u> Resolución de problemas</p> <p><u>Evitación de Reuniones Sociales:</u> Categorizar el pensamiento negativo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Resumen y Retroalimentación</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Por medio de la observación a través de la conversación y gestos se determina la existencia de signos y síntomas a trabajar con el paciente. Así como la disminución de los ya trabajados.</li> <li>2. Se hace un recordatorio de lo trabajado en la sesión anterior para que el paciente se familiarice con el sistema de trabajo.</li> <li>3. Fatiga e Irritabilidad: Se debe propiciar en el paciente establecer conductas que desea modificar.</li> <li>4. Dificultad de Concentración: El paciente debe determinar el problema, las metas, los medios, la información, habilidades y acciones relevantes ¿qué planes puede tomar el paciente para resolver el problema?.</li> <li>5. Evitación de Reuniones Sociales: El paciente clasifica el pensamiento de acuerdo a distorsión cognitiva ejemplificada por el pensamiento.</li> <li>6. Resumen y Retroalimentación: se plantea al paciente lo trabajado durante la sesión para fortalecer el aprendizaje adquirido a través de la comprensión de su propio pensar, sentir y actuar.</li> </ol>

SESION No.	PICOPATOLOGIAS A TRABAJAR	PROCEDIMIENTO TERAPEUTICO	ACTIVIDADES
5	Signos y Síntomas que no disminuyeron durante las sesiones anteriores o situaciones y emociones nuevas, producto del tratamiento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chequeo de ánimo y síntomas y signos presentes</li> <li>• Recordar sesión previa</li> <li>• Establecer agenda de trabajo (el terapeuta la elabora anticipadamente):</li> <li>• Resumen y Retroalimentación</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Por medio de la observación a través de la conversación y gestos se determina la disminución y erradicación de los signos y síntomas trabajados durante las sesiones anteriores.</li> <li>2. Se hace un recordatorio de lo trabajado en la sesión anterior para que el paciente se familiarice con el.</li> <li>3. Resumen y Retroalimentación: se plantea al paciente lo trabajado durante todas las sesiones para fortalecer el aprendizaje adquirido a través de la comprensión de su propio pensar, sentir y actuar.</li> </ol>

**PSICOTERAPIA BREVE DE EMERGENCIA  
PROGRAMACION**

SESION No.	PICOPATOLOGIAS A TRABAJAR	PROCEDIMIENTO TERAPEUTICO	ACTIVIDADES
1	Signos y Síntomas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tristeza</li> <li>• Falta de Apetito</li> <li>• Pérdida o Aumento de peso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecimiento de Rapport</li> <li>• Contrato Terapéutico</li> <li>• Observación del estado de ánimo.</li> <li>• Selección del tema a trabajar a través de la abreacción:</li> <li>• El trabajo incluye las tres primeras fases:</li> <li>• Sugestión</li> <li>• Abreacción</li> <li>• Apoyo</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Conversación de aspectos generales con el paciente (como durmió la noche anterior, el por qué de su hospitalización, etc )</li> <li>2. Se explica al paciente el porqué de la visita del terapeuta y se le informa del trabajo que se va a realizar con él.</li> <li>3. Por medio de la observación a través de la conversación y gestos se determina la existencia de signos y síntomas a trabajar con el paciente.</li> <li>4. Sugestión: el terapeuta de forma adecuada sugestiona al paciente para que exprese su malestar o sentir</li> <li>5. Abreacción: donde el paciente aflora sus sentimientos y emociones que le ocasionan conflictos o problemas</li> <li>6. Apoyo: el terapeuta trata de guiar al paciente para la búsqueda de soluciones a conflictos o problemas</li> </ol>

SESION No.	PICOPATOLOGIAS A TRABAJAR	PROCEDIMIENTO TERAPEUTICO	ACTIVIDADES
2	<p>Signos y Síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tristeza</li> <li>• Falta de Apetito</li> </ul> <p>Pérdida o Aumento de peso</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Culpabilidad</li> <li>• Alteraciones Físicas</li> </ul> <p>Sensación de Desesperación</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observación del estado de ánimo.</li> <li>• Selección del tema a trabajar a través de la abreacción:</li> <li>• El trabajo incluye las tres fases restantes para los síntomas y signos tratados en la sesión anterior:</li> <li>• Confrontación</li> <li>• Clarificación</li> <li>• Interpretación</li> <li>• Trabajo con los nuevos signos y síntomas con las tres fases primeras</li> <li>• Sugestión</li> <li>• Abreacción</li> <li>• Apoyo</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Por medio de la observación a través de la conversación y gestos se determina la existencia de signos y síntomas a trabajar con el paciente.</li> <li>2. Confrontación: el terapeuta provoca el “insigth” en el paciente, para que identifique la causa del desequilibrio emocional</li> <li>3. Clarificación: el terapeuta provoca el “insigth” en el paciente, para que identifique la causa del desequilibrio emocional</li> <li>4. Interpretación: el terapeuta explica al paciente el porqué de sus síntomas y signos y los sentimientos y emociones que afloran en sus conflictos y problemas</li> <li>5. Sugestión: el terapeuta de forma adecuada sugestiona al paciente para que exprese su malestar o sentir</li> <li>6. Abreacción: donde el paciente aflora sus sentimientos y emociones que le ocasionan conflictos o problemas</li> <li>7. Apoyo: el terapeuta trata de guiar al paciente para la búsqueda de soluciones a conflictos o problemas</li> </ol>

SESION No.	PICOPATOLOGIAS A TRABAJAR	PROCEDIMIENTO TERAPEUTICO	ACTIVIDADES
3	<p>Signos y Síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Culpabilidad</li> <li>• Alteraciones Físicas</li> <li>• Sensación de Desesperación</li> <li>• Abatimiento</li> <li>• Pesimismo</li> <li>• Inutilidad</li> <li>• Pérdida de Interés por las actividades cotidianas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observación del estado de ánimo.</li> <li>• Selección del tema a trabajar a través de la abreacción:</li> <li>• El trabajo incluye las tres fases restantes para los síntomas y signos tratados en la sesión anterior:</li> <li>• Confrontación</li> <li>• Clarificación</li> <li>• Interpretación</li> <li>• Trabajo con los nuevos signos y síntomas con las tres fases primeras</li> <li>• Sugestión</li> <li>• Abreacción</li> <li>• Apoyo</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Por medio de la observación a través de la conversación y gestos se determina la existencia de signos y síntomas a trabajar con el paciente.</li> <li>2. Confrontación: el terapeuta provoca el “insigth” en el paciente, para que identifique la causa del desequilibrio emocional</li> <li>3. Clarificación: el terapeuta provoca el “insigth” en el paciente, para que identifique la causa del desequilibrio emocional</li> <li>4. Interpretación: el terapeuta explica al paciente el porqué de sus síntomas y signos y los sentimientos y emociones que afloran en sus conflictos y problemas</li> <li>5. Sugestión: el terapeuta de forma adecuada sugestiona al paciente para que exprese su malestar o sentir</li> <li>6. Abreacción: en donde el paciente aflora sus sentimientos y emociones que le ocasionan conflictos o problemas</li> <li>7. Apoyo: el terapeuta trata de guiar al paciente para la búsqueda de soluciones a conflictos o problemas</li> </ol>

SESION No.	PICOPATOLOGIAS A TRABAJAR	PROCEDIMIENTO TERAPEUTICO	ACTIVIDADES
4	<p>Signos y Síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abatimiento</li> <li>• Pesimismo</li> <li>• Inutilidad</li> <li>• Pérdida de Interés por las actividades cotidianas</li> <li>• Fatiga</li> <li>• Irritabilidad</li> <li>• Dificultad de Concentración</li> <li>• Evitación de Reuniones Sociales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observación del estado de ánimo.</li> <li>• Selección del tema a trabajar a través de la abreacción:</li> <li>• El trabajo incluye las tres fases restantes para los síntomas y signos tratados en la sesión anterior:</li> <li>• Confrontación</li> <li>• Clarificación</li> <li>• Interpretación</li> <li>• Trabajo con los nuevos signos y síntomas con las tres fases primeras</li> <li>• Sugestión</li> <li>• Abreacción</li> <li>• Apoyo</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Por medio de la observación a través de la conversación y gestos se determina la existencia de signos y síntomas a trabajar con el paciente.</li> <li>2. Confrontación: el terapeuta provoca el “insigth” en el paciente, para que identifique la causa del desequilibrio emocional</li> <li>3. Clarificación: el terapeuta provoca el “insigth” en el paciente, para que identifique la causa del desequilibrio emocional</li> <li>4. Interpretación: el terapeuta explica al paciente el porqué de sus síntomas y signos y los sentimientos y emociones que afloran en sus conflictos y problemas</li> <li>5. Sugestión: el terapeuta de forma adecuada sugestiona al paciente para que exprese su malestar o sentir</li> <li>6. Abreacción: donde el paciente aflora sus sentimientos y emociones que le ocasionan conflictos o problemas</li> <li>7. Apoyo: el terapeuta trata de guiar al paciente para la búsqueda de soluciones a conflictos o problemas</li> </ol>

SESION No.	PICOPATOLOGIAS A TRABAJAR	PROCEDIMIENTO TERAPEUTICO	ACTIVIDADES
5	<p>Signos y Síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fatiga</li> <li>• Irritabilidad</li> <li>• Dificultad de Concentración</li> </ul> <p>Evitación de Reuniones Sociales</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observación del estado de ánimo.</li> <li>• Selección del tema a trabajar a través de la abreacción:</li> <li>• El trabajo incluye las tres fases restantes para los síntomas y signos tratados en la sesión anterior:</li> <li>• Confrontación</li> <li>• Clarificación</li> <li>• Interpretación</li> <li>• Elaboración de Insight</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Por medio de la observación a través de la conversación y gestos se determina la existencia de signos y síntomas a trabajar con el paciente.</li> <li>2. Confrontación: el terapeuta provoca el “insighth” en el paciente, para que identifique la causa del desequilibrio emocional</li> <li>3. Clarificación: el terapeuta provoca el “insighth” en el paciente, para que identifique la causa del desequilibrio emocional</li> <li>4. Interpretación: el terapeuta explica al paciente el porqué de sus síntomas y signos y los sentimientos y emociones que afloran en sus conflictos y problemas</li> <li>5. Se elabora el Insight pues el tiempo es relativamente corto para que el paciente lo elabore. El insight será general para el restablecimiento del equilibrio emocional.</li> </ol>



**OBSERVACION**  
**LISTA DE COTEJO PARA DETERMINAR SIGNOS Y SÍNTOMAS**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
 Área: \_\_\_\_\_ Referido por: \_\_\_\_\_

SIGNOS Y SÍNTOMAS	SI	NO
Sensaciones de desesperación		
Abatimiento		
Inutilidad		
Culpabilidad		
Pesimismo		
Tristeza ( episodios de llanto constantes )		
Fatiga		
Irritabilidad		
Dificultad para concentrarse		
Alteraciones físicas (dolor abdominal, palpitaciones, dolor de cabeza y trastornos digestivos).		
Pérdida de interés por actividades cotidianas ( trabajo, etc.)		
Evitación de reuniones sociales		
Falta de Apetito		
Perdida o aumento de peso		

ENTREVISTA PSICOLOGICA  
ADULTOS

I. DATOS GENERALES:

Nombre: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Tiempo: \_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_  
Escolaridad: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_  
Lugar de Trabajo: \_\_\_\_\_ Labor: \_\_\_\_\_  
Fecha de Ingreso: \_\_\_\_\_ Etnia: indígena: \_\_\_\_\_ ladina: \_\_\_\_\_  
Referido por: \_\_\_\_\_ Servicio: \_\_\_\_\_

II. MOTIVO DE CONSULTA

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

III. MOTIVO DE LA ENFERMEDAD ACTUAL:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

IV. INFORMACIÓN FAMILIAR:

Personas con que vive: \_\_\_\_\_  
Lugar que ocupa en la familia: \_\_\_\_\_  
No. De Hijos: \_\_\_\_\_ No. De hermanos: \_\_\_\_\_  
Nombre del Padre: \_\_\_\_\_  
Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_  
Nombre del Cónyuge: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Escolaridad: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_  
Vida Sexual: \_\_\_\_\_

V. ANTECEDENTES:

Enfermedades Padecidas: \_\_\_\_\_  
Intervenciones Quirúrgicas: \_\_\_\_\_  
Enfermedades Nerviosas: \_\_\_\_\_  
Antecedentes Tóxicos: \_\_\_\_\_  
Enfermedades Mentales: \_\_\_\_\_  
Otro tratamiento psicológico: \_\_\_\_\_

VI. DESARROLLO DE HABITOS:

Calidad de Alimentos: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_  
Se alimenta bien: \_\_\_\_\_ Duerme bien: \_\_\_\_\_  
Eliminación: \_\_\_\_\_  
Higiénicos: \_\_\_\_\_

VII PSIDODIAGNOSTICO:

---

VIII. PRUEBAS O TEST:

---

IX. PSICOTERAPIAS:

---

X. MEDICAMENTOS:

---

Evaluated por: \_\_\_\_\_

## EXAMEN MENTAL

**A  
S  
C  
A  
L  
E**

- Aspecto general y conducta
- Sensorio
- Contenido del Pensamiento
- Autocognición y juicio
- Lenguaje
- Estado de Animo

**Aspecto General y Conducta:** como se observa al paciente de forma cefalo caudal

ASPECTO Y CONDUCTA	OBSERVACIÓN
Cara: forma, cicatrices, lunares, textura, tez	
Cabello: textura, conformación, color, corte	
Ojos: forma, color, pestañas, cejas, maquillaje	
Nariz: tamaño, forma, configuración	
Orejas: tamaño, forma, configuración	
Boca: configuración, tamaño, forma, dentadura, limpieza, pintura.	
Configuración corporal: Asténico, Atlético o Pícnico	
Peso y estatura	
Manos: manejo, transpiración, uñas: limpieza, recorte	
Utilización de joyas, lentes, tatuajes, acné.	
Vestuario: limpio, apropiado a la edad, zapatos.	
Forma de caminar y sentarse	
Defectos Físicos	
Ademanes y gestualizaciones, tic	
Tono de Voz.	

**Sensorio:** Como el paciente interactúa con su entorno y como interpreta esa relación.

Observación de la practica que tienen los sentidos.

ALUCINACIONES	{	Kinéticas <input type="checkbox"/> Olfatorios <input type="checkbox"/> Visuales <input type="checkbox"/> Auditivas <input type="checkbox"/>	MEMORIA	{	Inmediata <input type="checkbox"/> Mediata <input type="checkbox"/> Remota <input type="checkbox"/>
---------------	---	--	---------	---	---

INTELIGENCIA {  
 Que habla \_\_\_\_\_  
 Congruencia de lo que habla \_\_\_\_\_  
 Se entiende lo que habla \_\_\_\_\_  
 Como resuelve problemas \_\_\_\_\_

ORIENTACIÓN {  
 Persona   
 Espacio   
 Tiempo

ATENCIÓN	SI	NO
CONCENTRACION	SI	NO

**Contenido del Pensamiento:** Observación de las ideas y forma de pensar del paciente, la cantidad de pensamientos está condicionado por la experiencia y cantidad de años vividos del paciente.

TIPO DE PENSAMIENTO PSICOPATOLOGICO	SI	NO
Suicidas		
Ideas de Referencia ( el px. Cree que hablan de él )		
Ideas Paranoides ( sumamente desconfiado)		
Ideas de Persecución		
Ideas de Grandeza		
Ideas de Inferioridad		
Ideas Culpables		
Ideas Fóbicas		
Ideas dentro de la Normalidad		

PENSAMIENTO: Tangencial  Circunstancial

**Autocognición y Juicio:**

I Autcognición: el px se da cuenta de las condiciones o circunstancias en las que se encuentra y reconoce fallas, defectos y si está o no enfermo, además acepta que necesita o requiere de ayuda.

SI  NO

I Juicio: Capacidad del px para discernir al respecto en cuanto a la proveniencia de estímulos externos e interpretarlos.

SI  NO

**Lenguaje:** La manera como expresa las ideas y pensamientos el paciente.

<b>LENGUAJE</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Coherente		
Fluidez		
Entendible		
Estructurado		
Verborrea		
Ininteligible		
Pausado		
Cortado		
Ensalada de palabras		
Neologismo ( palabras raras o nuevas )		

**Estado de Animo:** Condición bajo la cual se puede establecer como se siente el paciente

EUTIMICO:

DISTIMICO:  \_\_\_\_\_

## RESUMEN

El trabajo de investigación estableció por medio de la comparación entre las psicoterapias Cognitiva-Conductual y Breve de Emergencia, cuál es la más eficaz en la disminución de Síntomas y Signos en menor tiempo.

Se aplicaron las psicoterapias Cognitiva Conductual y Breve de Emergencia, a treinta pacientes adultos hombres y mujeres en los servicios de Cirugía y Medicina que presentaron Trastorno Depresivo Mayor, cuya hospitalización alcanzó las 2 semanas, estableciendo las modificaciones de las mismas, para la reducción de síntomas y signos en menor tiempo. Se estableció por medio de la comparación de las dos psicoterapias, un programa terapéutico estandarizado para pacientes adultos del Hospital Nacional Pedro Bethancourt, en el tratamiento del Trastorno Depresivo Mayor.

La investigación se realizó en dos fases: la primera por medio de una exploración y determinación del Trastorno Depresivo Mayor en los pacientes que integraron la muestra. La segunda fase, fue la experimentación controlada de la aplicación de las dos psicoterapias seleccionadas a grupos de quince pacientes, determinando cual de las dos es más eficaz. Para el abordaje, se llevó un control de evoluciones del paciente por sesión y disminución de los signos y síntomas depresivos, lo que proporcionó la determinación que la Psicoterapia Cognitiva- Conductual es más eficaz, con una diferencia del 12.8 % en relación a la Breve de Emergencia.

Analizados e Interpretados los resultados, se concluyó que aunque las dos Psicoterapias seleccionadas son eficaces en el tratamiento del Trastorno Depresivo Mayor en el Hospital Nacional Pedro Betancourt, resultó ser más eficiente la Cognitiva – Conductual en la disminución de signos y síntomas en menor tiempo.