

# Psicoterapia basada en la evidencia en un caso de distimia y crisis de pánico

## Evidence-based psychotherapy in a case of dysthymia and panic attack

Beatriz-Milagros Mendoza-Rincón<sup>1</sup>, Marcela Quiceno-Manosalva<sup>2</sup>, Lorena Cudris-Torres<sup>3</sup>, Annie Alvarez-Maestre<sup>4</sup>, Johana Cotrino<sup>5</sup>

### RESUMEN

*Se describe un estudio de caso único de una paciente de 23 años con un diagnóstico clínico de trastorno depresivo persistente (gravedad actual moderada), con ansiedad, específicamente episodios poco recurrentes de crisis de pánico. El objetivo del presente artículo, es estudiar los resultados obtenidos tras la aplicación de un esquema de terapia basado en la evidencia, a la luz de la evolución de los síntomas relacionados con el estado de ánimo y ansiedad; y los resultados encontrados por estudios previos. Se utilizaron como instrumentos de evaluación la entrevista clínica semiestructurada, lista de chequeo para evaluar las crisis de pánico y test estandarizados entre ellos el BDI, IDER, EROS. Los resultados obtenidos permitieron desarrollar un plan de tratamiento de 23 sesiones, aplicando técnicas de intervención soportadas con evidencia empírica como la reestructuración cognitiva,*

*exposición interoceptiva, exposición en vivo y técnicas de reforzamiento positivo de actividades para el manejo de la distimia y los ataques de pánico. Los resultados evidenciaron un avance significativo en la reestructuración de pensamientos, la disminución de la ansiedad y aumento en la activación del estado de ánimo, cumpliendo con los objetivos y corroborando la eficacia de las técnicas aplicadas para el tratamiento de la distimia y las crisis de pánico.*

**Palabras clave:** Ansiedad, trastorno de pánico, adulto joven, trastorno distímico, refuerzo, psicología, cognición.

### SUMMARY

*This paper presents a single case study of a 23-year-old woman with a clinical diagnosis of persistent*

DOI: <https://doi.org/10.47307/GMC.2021.129.1.16>

ORCID: 0000-0003-0450-0267<sup>1\*</sup>  
ORCID: 0000-0003-0952-7987<sup>2</sup>  
ORCID: 0000-0002-3120-4757<sup>3</sup>  
ORCID: 0000-0002-9432-8554<sup>4</sup>  
ORCID: 0000-0002-1723-9232<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Psicóloga, Docente Universidad Simón Bolívar, Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, Cúcuta, Colombia: [b.mendoza@unisimonbolivar.edu.co](mailto:b.mendoza@unisimonbolivar.edu.co)

**Recibido:** 17 de agosto de 2020  
**Aceptado:** 22 de diciembre 2020

<sup>2</sup>Psicóloga, Especialista en Psicología Clínica y de la Salud de la Universidad Autónoma de Bucaramanga: [mquiceno@unab.edu.co](mailto:mquiceno@unab.edu.co)

<sup>3</sup>Psicóloga, Docente Investigadora. Fundación Universitaria del Área Andina, Valledupar Colombia: [lcudris@areandina.edu.co](mailto:lcudris@areandina.edu.co)

<sup>4</sup>Coordinadora Académica de la Facultad de Educación y Ciencias Sociales. Tecnológico de Antioquia-Institución Universitaria: [coor.licenciaturas@idea.edu.co](mailto:coor.licenciaturas@idea.edu.co)

<sup>5</sup>Psicóloga, Especialista en Psicología Clínica de Niñez y Adolescencia de la Universidad de la Sabana de Bogotá, Magíster en Psicoterapia de la Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia: [johacotrino@gmail.com](mailto:johacotrino@gmail.com)

\*Correspondencia: [b.mendoza@unisimonbolivar.edu.co](mailto:b.mendoza@unisimonbolivar.edu.co)

*depressive disorder (Currently in a moderate level), with anxiety, specifically infrequent episodes of panic attacks, is described. The objective of this article is to study the results obtained after the application of an evidence-based therapy scheme, in light of the evolution of symptoms related to mood and anxiety; and the results found by previous studies. The semi-structured clinical interview, a checklist to evaluate panic attacks, and standardized tests were used as evaluation instruments, including the BDI, IDER, EROS. The results obtained allowed the development of a 23-session treatment plan, applying intervention techniques supported by empirical evidence such as cognitive restructuring, interoceptive exposure, live exposure, and techniques for positive reinforcement of activities for the management of dysthymia and panic attacks. The results showed a significant advance in the restructuring of thoughts, the decrease in anxiety and an increase in the activation of the mood, fulfilling the objectives and corroborating the efficacy of the techniques applied for the treatment of dysthymia and panic attacks.*

**Key words:** *Anxiety, panic disorder, young adult, dysthymic disorder, reinforcement, psychology, cognition.*

## INTRODUCCIÓN

El trastorno depresivo persistente o distimia se encuentra clasificado en los trastornos depresivos mencionados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM 5 (1) y en la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima versión, CIE 10 (2) donde se conceptualiza como la alteración del estado de ánimo, figurando síntomas emocionales, cognitivos, conductuales y fisiológicos; entre ellos: variación del apetito y el sueño, cansancio frecuente, autoestima baja, anhedonia, incapacidad o inseguridad al tomar decisiones y sentimientos de desesperanza que se presentan con alta frecuencia, en el que aparece la mayor parte del día y al menos durante dos años (1).

Las características generales que revelan a los pacientes con diagnóstico de distimia se exteriorizan por la indecisión, anhedonia, orientación pesimista y señales físicas como hiperfagia/ hipofagia, hipersomnolia/ insomnio, entre otras, que resultan en estrategias de afrontamiento como la evitación a situaciones de riesgo y dependencia a las redes vinculares

de apoyo (3).

Hay diversas teorías acerca de la aparición y mantenimiento de estos trastornos, como la de Fester, quien sustentó el origen de los trastornos depresivos como el resultado de la carencia de reforzadores positivos y ausencia de conductas adaptativas y funcionales (4).

El modelo cognitivo planteado por Beck, explica la depresión desde el origen causal psicológico sustentando tres conceptos puntuales: la tríada cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos representados por distorsiones en la interpretación de la información. Esta se forma por patrones cognitivos negativos que incitan a construir conceptualizaciones de sí mismos, del futuro y los demás. Otro concepto son los errores en el procesamiento de la información que son el resultado interpretativo del pensamiento depresivo, considerados “distorsiones cognitivas” (5).

Hallazgos obtenidos en estudios realizados en pacientes con trastornos depresivos clasifican la depresión como un síndrome compuesto de factores endógenos y exógenos, asimismo, su origen se justifica por causas genéticas, neuroquímicas y psicosociales (6). La evidencia científica (7) sostiene el origen biológico de la depresión a través de la función y la interacción de neurotransmisores, neurotrofinas y el sistema neuroendocrino; los cuales se convierten en factores de riesgo biológicos y ambientales causales de la depresión (8).

Los factores estresores ambientales a medida que son constantes y se perpetúan, son determinantes en la configuración en el nivel de gravedad y afectación en las áreas de funcionamiento en el trastorno depresivo (9).

Costello reafirma que lo que más caracteriza a las personas depresivas es la privación de respuestas que demuestren interés frente a las necesidades individuales y los estímulos del ambiente, por ejemplo: pérdida de apetito, realizar actividades gratificantes; dado a la nula efectividad de los reforzadores se precipita al cuadro depresivo (10).

De la misma manera, Martell (11) argumenta que la depresión se origina principalmente a partir de factores contextuales que resultan ser más determinantes que los factores individuales,

por lo tanto el modelo de terapia de activación conductual para la depresión realiza su intervención dirigida a evaluar y comprender las causas ambientales y además identificar las conductas que la mantienen y empeoran.

La teoría propuesta por Teasdale (12), “Hipótesis de activación diferencial” reconoce el vínculo entre la emoción y la cognición, propuesto anteriormente por Bower (1981). Por lo tanto este modelo representado por la configuración de vulnerabilidad – estrés responsabiliza a la predisposición emocional, el procesamiento de la información y el impacto de las situaciones estresantes, en el que se derivan los nodos depresivos y al propagarse se unen a los nodos cognitivos, formando el ciclo de depresión, que puede ser leve o más intenso dependiendo de la interpretación del individuo a los acontecimientos vividos (12).

En el caso de los trastornos depresivos, la tristeza es la emoción que está directamente relacionada con dicha psicopatología, debido a que puede reforzar un proceso cognitivo como lo representa Beck (1983) en su explicación de la tríada cognitiva, los esquemas y los errores de pensamiento; siendo provocadora de reacciones, cogniciones y actitudes como decepción, sensación de vulnerabilidad e indefensión, pérdida de control de las situaciones, dolor, evitación y ausencia de actividades gratificantes que represente refuerzos positivos (13).

En cuanto al desarrollo del trastorno depresivo persistente, en Estados Unidos se presenta una prevalencia de doce meses y aproximadamente el 0.5 % de la población padece distimia y el 1,5 % aplica para el trastorno depresivo mayor crónico (14). A nivel nacional la Encuesta Nacional de Salud Mental realizada en el año 2015, revela datos que corresponden al porcentaje de la población que padece distimia, el estudio se dirigió a población infantil, adolescente y adulta, aplicado a ambos sexos; los resultados concluyeron que no se detectó el trastorno en la población infantil, en la población adolescente apuntó un porcentaje de 0,1 % en hombres y 0,3 % en mujeres y en la población adulta el 0,5 % en mujeres y 0,4 % en hombres. Por último, se concluye que la distimia es más frecuente en población adulta entre 18 y 44 años (15).

El trastorno depresivo persistente presenta un

riesgo alto de comorbilidad con los trastornos de ansiedad, entre ellos el trastorno de pánico (14). Asimismo lo sustenta un estudio en donde el 76 % de personas con diagnóstico de depresión cumplen con los criterios de un trastorno de ansiedad y el 81 % de las personas que tenían un trastorno de ansiedad cumplían los criterios de depresión; entre el trastorno de pánico y depresión se presentó una tasa de comorbilidad entre el 41 % y 42 % (16).

Según el DSM 5, se describe el trastorno de pánico a partir de las siguientes manifestaciones “palpitaciones, sudoración, temblor, sensación de dificultad para respirar, sensación de ahogo, dolor en el tórax, náuseas, sensación de mareo, escalofríos o sensación de calor, sensación de hormigueo, desrealización o despersonalización, miedo a perder el control y miedo a morir” (14).

Los ataques de pánico se clasifican en esperados o inesperados y señalados o no señalados, según la percepción que se tiene de su aparición. Se menciona como “ataque señalado” a aquel que el individuo vincula directamente con los estímulos externos como eventos estresantes y “ataque no señalado” como el que aparece y no se logra identificar con anterioridad las manifestaciones asociadas con las crisis (Street, Craske & Barlow, 1989) (5,17). Posteriormente Klein y Klein, (1989) nombraron “espontáneos” a los ataques inesperados y no señalados, ataques situacionalmente predispuestos a los que son vulnerables a aparecer en situaciones específicas pero no es segura su aparición y los ataques ligados a estímulos que son comunes en los casos de fobias específicas (5,17).

Los ataques de pánico presentan un indicador de prevalencia de vida del 22,7 % y comorbilidad con el trastorno depresivo persistente, siendo en este caso el estado de ánimo un factor de riesgo que representa vulnerabilidad ante el malestar psicológico. De la misma manera también presenta comorbilidad con un aumento de incidencia ante el trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, fobia social y depresión mayor (17).

La práctica psicológica basada en la evidencia se basa en la integración de la investigación disponible sobre la experiencia en la evaluación e intervención clínica, las características del

paciente, la eficacia y la efectividad del tratamiento (14). Por lo tanto, se han demostrado modelos de evaluación, intervención y relación terapéuticas que resultan eficaces a las condiciones y necesidades de los pacientes, avalando una forma específica de intervención para un caso específico (18).

La evidencia en cuanto al tratamiento de los trastornos del estado de ánimo como el trastorno depresivo persistente, muestra soporte empírico sólido tanto para la terapia cognitiva, como para la conductual por separado y la terapia cognitiva conductual (5). Por lo anterior, se plantea el uso de un modelo de intervención con componentes cognitivos con el fin de intervenir en las interpretaciones erróneas del paciente, las conductas que desmejoran su bienestar y las actitudes que asumen frente a su realidad de vida; estas técnicas han mostrado eficacia y superioridad con respecto al grupo control, además una efectividad similar a la de la medicación (19).

En cuanto a las técnicas que sustentan el modelo, sobresalen las técnicas cognitivas y conductuales. Se identifican técnicas cognitivas como el auto-registro de pensamientos automáticos, emociones y conductas donde se evalúa las interpretaciones y reacciones frente a los eventos estresantes, reestructuración cognitiva y la técnica de retribución, entre otros. En el repertorio de las técnicas conductuales se reconocen las técnicas de dominio y agrado que estimulan las capacidades de manejar de una manera responsable y consecuente sus logros y estrategias de afrontamiento (20).

En un estudio de tratamiento de depresión crónica, se concluye que el tratamiento cognitivo conductual integrado con terapia interpersonal, demuestra eficacia en la intervención de pacientes con diagnóstico de depresión crónica o distimia (21).

Algunos principios fundamentales en el ejercicio de la activación conductual son la ayuda para generar cambios comportamentales, la relación funcional entre las conductas importantes de los clientes, debe llevar una estructura y programación independiente del estado anímico, hacer hincapié en actividades que sean reforzadores por naturaleza y proponer actividades graduales para facilitar la generación

del cambio (11).

Los principios de la terapia de activación conductual, siguiendo la principal premisa de desarrollar la acción, como un agente que garantiza el cambio. Asimismo, se consolida como un modelo terapéutico que combina los reforzadores positivos y se puede comparar con los resultados de las intervenciones propuestas desde la psicología positiva (22).

Los hallazgos empíricos que comprueban la eficacia de este tipo de intervención en el tratamiento de la depresión, muestran resultados comparables con a la medicación anti depresiva, e inclusive a la terapia cognitiva (23). Otros estudios como el de Kanter y col. (24) muestran que la terapia de activación conductual puede ser tan duradera como la terapia cognitiva; las cuales representan una opción terapéutica menos costosa y más duradera que la medicación.

Por otra parte, en relación con el tratamiento de los ataques de pánico la evidencia presenta mayor eficacia en el desarrollo de las técnicas de exposición interoceptiva y exposición en vivo combinada con TCC por encima de la aplicación única de la técnica de relajación, demostrando índices de cambio clínicamente significativos (25).

La exposición interoceptiva es una técnica que busca inducir en repetidas ocasiones las sensaciones físicas asociadas a las crisis de pánico, y progresivamente se realiza la exposición gradual hasta reducir el malestar de los síntomas, se modifican las interpretaciones de las crisis y se adoptan conductas más adecuadas (26).

La exposición en vivo es otra técnica aplicada a las crisis de pánico con el propósito de reducir la evitación del individuo frente a los estímulos temidos, logrando la reducción de la ansiedad mediante la presentación en vivo de los eventos y estímulos que generan malestar, al obtener como resultado final la modificación de las interpretaciones frente a las crisis (27).

El propósito del presente estudio es describir el proceso terapéutico, empleando un plan de tratamiento con componentes de la terapia cognitiva para la depresión, la terapia de activación conductual para la depresión y la exposición interoceptiva, aplicados a una paciente con diagnóstico de trastorno depresivo

persistente (distimia) y crisis de pánico.

## Presentación del caso

### Identificación de la paciente

Lina es una joven adulta de 23 años, estudiante de psicología en una Universidad de Cúcuta – Norte de Santander, actualmente vive sola en una habitación que tomó en alquiler por motivos de estudio, su familia vive en el Municipio de Ábrego – Norte de Santander. La paciente es soltera, no tiene hijos, actualmente no tiene trabajo, por lo que sólo se dedica a estudiar.

Lina solicitó iniciar un proceso psicoterapéutico de manera voluntaria, expresando como motivo de consulta: “siento que las personas me rechazan, me siento menos que los demás, por ejemplo cuando trabajo en grupo con mis compañeras veo que ellas lo hacen mejor y mi trabajo no es tan bueno, me he sentido deprimida desde hace mucho tiempo, anteriormente asistía a consulta psicológica pero no volví, esta depresión me quita las ganas de hacer las cosas”, adicionalmente, agrega otro motivo de malestar: “hay momentos en los que me siento muy mal, no puedo controlarme, me quedo con la mente en blanco, no puedo pensar, siento que mi alma sale del cuerpo y esto me da mucho miedo, porque no sé cómo será después sobre todo en las exposiciones en público, suelo quedarme con la mente en blanco, todo se me olvida, hasta el punto de olvidar quien soy”.

Lina no reporta asistencia a tratamiento psiquiátrico, ni tratamiento farmacológico actual; sin embargo, refiere que ha consumido amitriptilina en momentos de crisis, el cual le fue formulado por un médico general en un episodio en el que destaca los siguientes síntomas: aumento de la tasa cardíaca, desorientación, mente en blanco y dificultad para conciliar el sueño. También expresa antecedentes por línea materna, quien presentó episodios de depresión con ideación suicida, los cuales no han sido tratados. No refiere antecedentes de enfermedades físicas que alteren su funcionamiento, más informa que la madre presenta fibromialgia.

En el desarrollo de la primera sesión, Lina responde atentamente a estímulos externos, orientada en espacio tiempo y persona, presenta apariencia y arreglo personal adecuado para su

edad y sexo. Se evidencia con actitud cordial y colaboradora, proyecta un estado de ánimo triste. Pensamiento sin alteraciones en el curso, en el contenido expresa ideas sobrevaloradas de minusvalía (distorsiones cognitivas). No presenta alteraciones sensorio-perceptivas. Funciones mentales superiores normales, se encuentra orientada en tiempo, espacio y persona, memoria y curso del pensamiento conservados, presenta pensamientos de desesperanza.

### Historia del problema

Lina refiere tener síntomas depresivos desde hace 4 años, expresa sentirse inferior que los demás, siente pavor al expresarse con otras personas, pues considera que es poco importante lo que ella pueda aportar en una conversación y presenta conductas de evitación social. Resalta que la sensación de tristeza es constante, lo que le impide cumplir sus compromisos y realizar normalmente sus funciones, considera que ha logrado llegar a séptimo semestre gracias al apoyo que ha encontrado en una compañera de estudio, pues muchas veces se encuentra sin ganas de hacer sus actividades. En momentos se percibe como una persona postiza debido a que no se expresa con naturalidad. Hace 7 meses terminó su relación de noviazgo debido a infidelidad por parte del exnovio, ella tomó la decisión de terminar, sin embargo, refiere que el novio ya estaba cansado de la relación con ella, debido a que últimamente ella no demostraba interés por compartir actividades en pareja, proyectando constantemente irritabilidad, profunda tristeza e incapacidad de disfrutar actividades placenteras.

Cuando tenía 20 años vivió una crisis asociada a síntomas de pánico, Lina recuerda que fue cuando se trasladó de Cúcuta a su pueblo natal, estaba en el autobús y empezó a sentir malestar a partir de los siguientes síntomas fisiológicos: palpitaciones, sudoración y mareo; a nivel conductual presentó llanto repentino, inquietud motora; además de cogniciones como “soy una boba” y “no puedo controlarme”. Posterior a esta crisis, presentó dos episodios más.

Los síntomas presentados se categorizan de la siguiente manera de acuerdo a la respuesta: síntomas emocionales como el temor, irritabilidad, tristeza, desesperanza, ansiedad

y preocupación. A nivel cognitivo, presenta rumiaciones, falta de concentración, creencias de incapacidad, minusvalía (siento que lo que apporto no es importante), distorsiones cognitivas como el pensamiento “todo o nada”, descalificar o dejar de lado lo positivo, catalogar con etiquetas, magnificar/minimizar, filtro mental, leer la mente, sobre generalización, personalización, afirmaciones de tipo “debo y tengo que”.

Los síntomas conductuales manifiestos son el llanto, sumisión, pasividad y aislamiento; y por último respuestas y síntomas fisiológicos como el agotamiento, aumento de la tasa cardíaca, sudoración, fatiga, dolor de cabeza, insomnio. Hace un año asistió a un proceso psicoterapéutico donde fue diagnosticada con depresión mayor, asistió 3 a tres sesiones, las cuales se emplearon en la evaluación y ejercicios de relajación para regular el estado de ánimo.

Lina pertenece a una familia nuclear, compuesta por sus padres, un hermano de 18 años y una hermana de 27 años, ella es la segunda hija, sus padres están casados hace 24 años. Refiere que ha sido educada con “disciplina” y señala que tienen un vínculo cercano con sus padres; sin embargo, siente que sus padres la comparan constantemente con su hermana, debido a que acentúan que ella tiene mayores habilidades para interactuar con los demás y Lina siempre evita las situaciones y a las personas, perdiendo espontaneidad y naturalidad. Recuerda que, en su infancia, el padre siempre estaba ausente por asuntos laborales, lo que generaba tristeza. En cuanto a la relación con su hermana mayor, expresa que ha existido rivalidad, pues constantemente la crítica y la etiqueta con defectos y debilidades, situaciones por las cuales presentó ideación suicida a los 15 años.

Adicionalmente, expresa que en su infancia era una niña callada, tímida a partir de algunas experiencias vividas en el colegio, caracterizadas por el rechazo y la exclusión que percibía por parte de la profesora; igualmente sucedió en la adolescencia con sus pares. Lina tuvo una relación de noviazgo de cinco años, la cual terminó hace siete meses, convirtiéndose en un factor estresante y doloroso en su vida, puesto que su ex su novio representó una figura protectora, que, al no encontrarse, la hace sentir vulnerable.

## Evaluación

La metodología de evaluación se orientó en las conductas problemas expresadas por la paciente desde la primera sesión, a partir de esa información se determinaron hipótesis explicativas que aportaron a la formulación del caso clínico y al desarrollo del plan de intervención. En segunda medida se aplica el plan de tratamiento y finalmente se realizan las mediciones de la conducta y se contrasta con la línea base. El modelo metodológico corresponde a un informe de caso de tipo ABA (28).

La evaluación se desarrolló a partir de instrumentos como la entrevista clínica semiestructurada y test estandarizados entre ellos el *Inventario para la Depresión de Beck* (29), el *Inventario de Depresión Estado Rasgo– IDER* (30) y la *Escala de Observación de Recompensa desde el Entorno* versión Colombiana– EROS (31) con la finalidad de realizar una valoración antes y después del plan de tratamiento.

La entrevista Clínica Semiestructurada: La entrevista se utilizó como un recurso para explorar sobre la historia de la paciente, focalizando su problemática y factores asociados a esta, siendo una herramienta determinante en la aproximación del diagnóstico y la constitución del plan de intervención (32).

- *Inventario para la Depresión de Beck (BDI)*, versión adaptada al español: La presente escala corresponde a una versión adaptada al español del inventario que fue creado inicialmente por Beck y col. (29), el propósito del inventario es evaluar el estado anímico y por lo tanto el nivel de aproximación a los síntomas, constatando si existen episodios depresivos. El BDI muestra una puntuación de 0,83 en el Alfa de Cronbach, lo cual sugiere indicadores positivos de confiabilidad.
- *El Inventario de Depresión Estado Rasgo (IDER)*: Es una escala creada por Spielberger en 2005, con una versión en español propuesta por Buena Casal y Agudelo en 2008 (30). El objetivo del inventario es evaluar el grado de afectación (estado) y la frecuencia de ocurrencia (rasgo) en la depresión (30). Este inventario se aplicó dos veces, iniciando el plan de intervención, específicamente en la

sesión dos, Lina puntuó 20 en la evaluación que corresponde a alto en depresión estado y 24 que corresponde a alto en depresión rasgo, posteriormente se volvió a aplicar en la sesión diecinueve (30).

- *La Escala de Observación de Recompensa desde el Entorno versión colombiana – EROS*: Es un instrumento que evalúa la disponibilidad y los medios de acceso que el individuo tiene a los reforzadores ambientales y el impacto que estos generan en la vida. Se basa principalmente en los tres criterios propuestos por Lewinsohn en 1974 (33), los eventos con alto nivel de reforzamiento, la disponibilidad de reforzamiento en el contexto y la conducta del individuo que permite inducir los reforzadores. Presentando un Alfa de Cronbach de 0,87. Esta escala se aplicó en dos momentos, la primera vez se aplicó en la tercera sesión y la segunda vez se aplicó en la sesión diecisiete; en la primera aplicación la paciente obtuvo un puntaje de 15, lo cual indica el débil aporte de los reforzadores de ambiente (31).
- También se empleó una lista de chequeo para evaluar las crisis de pánico (14), que muestra el cumplimiento de los criterios, la medición se hizo de 1 a 10, siendo 1 el indicador de menor intensidad y 10 el indicador de mayor intensidad, en la primera aplicación se confirmaron síntomas como miedo a perder el control (8), despersonalización (8), aumento de la tasa cardiaca (7), sudoración (6), mareo (8), temblor (7), fatiga (10) e hiperventilación (8). Posteriormente se aplicó nuevamente la lista de chequeo en la sesión 13.

### Consideraciones éticas

La presente investigación se realizó bajo las siguientes consideraciones éticas emanadas por el Colegio Colombia de Psicólogos (34): presentación y firma del consentimiento informado en el cual se explica el objetivo de la investigación y los principios éticos en coherencia con el manejo de la información, de tal manera que los datos del sujeto se exponen en concordancia al principio de confidencialidad, por lo tanto, el nombre utilizado en la presente publicación es ficticio. Adicionalmente, conforme a la Ley

1090 (35) y al Capítulo 7 sobre la investigación científica, la propiedad intelectual y las publicaciones, el respeto, dignidad y autonomía, se garantizó la confidencialidad de la identidad la paciente, se le informó sobre los objetivos e implementación de las actividades y estrategias empleadas a lo largo del proceso. Adicionalmente, se tuvieron en cuenta los parámetros estipulados en la Resolución 8430 expuesta por el Ministerio de Salud en el artículo 11 explica que la presente se ubica en la categoría de investigación con riesgo mínimo (36).

### Diagnóstico clínico

A partir de la información obtenida a través de los instrumentos de recolección, como la entrevista y los test aplicados, se determina el siguiente diagnóstico, tomando como referencia los criterios del DSM 5<sup>1</sup>, 300.4 (F 34.1): Trastorno depresivo persistente (gravedad actual moderada), con ansiedad, específicamente episodios poco recurrentes de crisis de pánico. También se ubican problemas relativos al grupo primario de apoyo y problemas relativos al ambiente social.

### RESULTADOS

De acuerdo a los hallazgos generados a partir de la evaluación, se consideran como factores de predisposición para el desarrollo de la problemática actual, el estilo de crianza de sobreprotección y alto control por parte de ambos padres, el modelamiento de conductas depresivas y la enfermedad crónica por línea materna.

Como factores precipitantes de las alteraciones en el estado de ánimo y sintomatología de ansiedad, se identifican las situaciones percibidas como bajo control, vulnerabilidad y de posible crítica; estos dos factores, junto con las situaciones desencadenantes de ruptura sentimental, demandas sociales y experiencias tempranas de rechazo y crítica por parte de la hermana, profesora y pares, configuran una serie de sintomatología cognitiva, emocional, comportamental y fisiológica que se mantienen por refuerzo negativo por el uso de estrategias de afrontamiento de evitación; así como por las distorsiones cognitivas y creencias disfuncionales.

Dichas respuestas emocionales, fisiológicas, conductuales y de procesamiento de la información como las creencias: “soy una persona débil y defectuosa”, estas creencias se activan cuando se siente presionada por su entorno, en situaciones ante la exigencia por demostrar competencia y resultados, de igual manera en situaciones que requieren interacción social. Tales creencias se ven representadas por pensamientos como, “siento que no lo encuentro sentido a mi vida” y emociones como tristeza dolor, impotencia y conductualmente busca aislarse, no hablar con nadie y presenta llanto incontrolado; por lo tanto,

resulta amenazante el juicio que considera que los demás hacen sobre ella.

Lo anterior configura el trastorno depresivo persistente, el cual está encadenado a los síntomas de ansiedad dado por las crisis de pánico. A continuación, se muestra gráficamente la relación entre los factores de predisposición, aparición y mantenimiento (Figura 1).

Como fortalezas, se identifica que la paciente tiene un proyecto de vida claro, desea ser profesional y cuenta con el apoyo de los padres y compañeras de estudio.

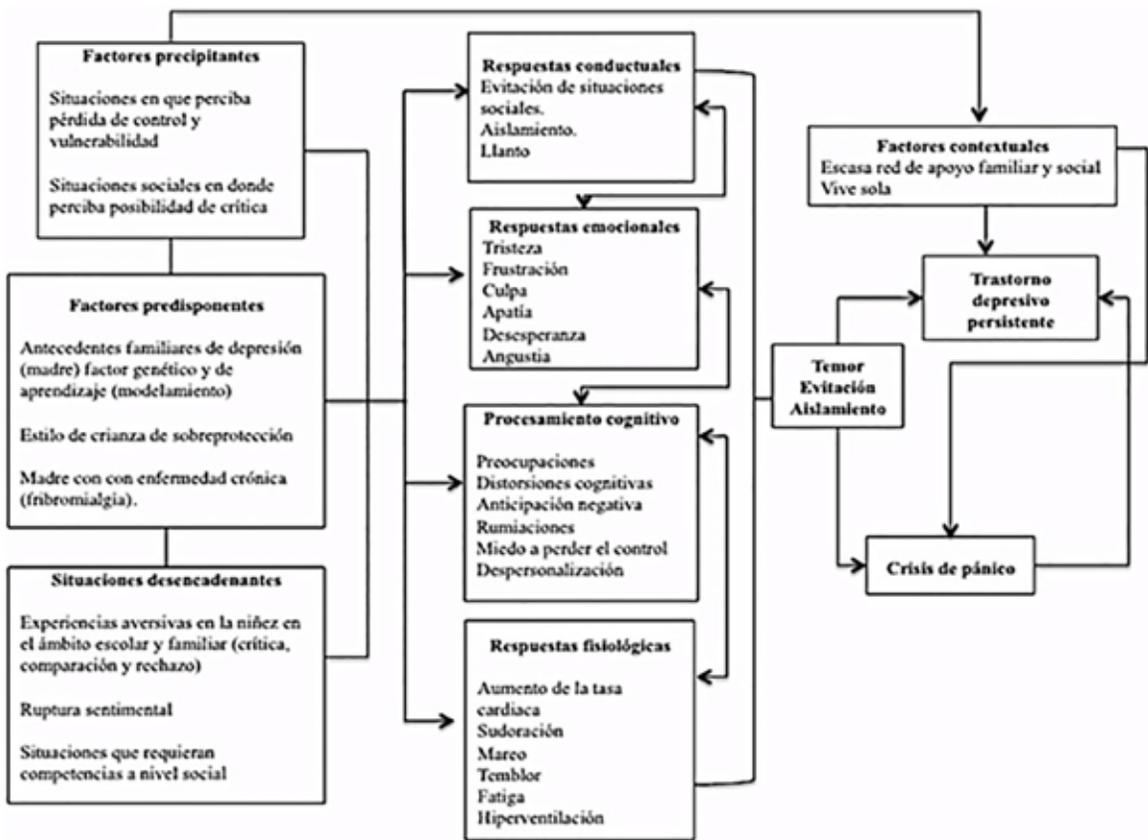


Figura 1. Esquema de conceptualización de caso. Factores predisponentes, desencadenantes, precipitantes, sintomatología y mantenedores que dan origen a los trastornos psicológicos actuales.

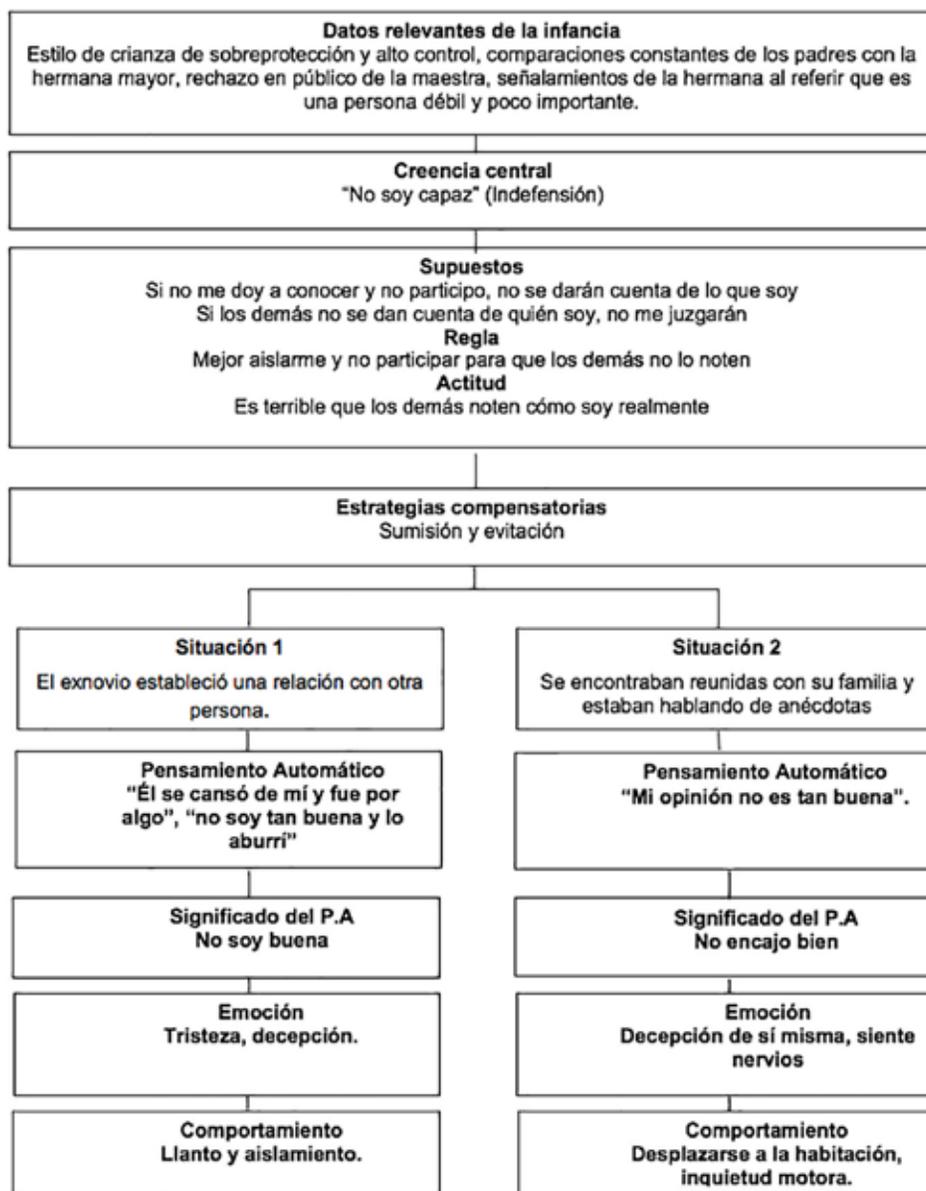


Figura 2. Conceptualización cognitiva. Adaptado de Terapia Cognitiva. Copyright 2000 by Ph.D. Judith S. Beck, p. 177.

**Intervención**

A partir de los resultados suministrados a través de los instrumentos de evaluación, se establece un plan de intervención sustentado en dos modelos terapéuticos: la terapia cognitiva para la depresión, tratamiento breve de activación conductual para

la depresión y se agrega también la técnica de exposición en vivo e interoceptiva para abordar las crisis de pánico. A continuación, se da a conocer la estructura del plan de tratamiento, describiendo los problemas del paciente, los objetivos de las sesiones, la estrategia de intervención y el número de la sesión.

Cuadro 1

Tratamiento propuesto para la intervención

<b>Problemas</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Estrategia de Intervención</b>	<b>Sesión</b>
<b>Exploración de problemas y aproximación diagnóstica</b>	Evaluación clínica	Entrevista clínica semiestructurada Autorregistro de pensamientos	1-2
<b>Depresión</b>	Modificar la intensidad de los pensamientos disfuncionales	Autorregistro de pensamientos Flecha descendente Reestructuración cognitiva Diálogo socrático Registro de actividades cotidianas Planificación y construcción de actividades proactivas y gratificantes	3-7
<b>Desesperanza ante el sentido de vida</b>	Aumentar los índices de reforzamiento positivo	Distracción de pensamiento Modificación de hábitos Reforzamiento de actividades placenteras y productivas	4 - 8
<b>Temor ante el juicio y la percepción de los demás</b>	Fortalecer autoesquemas	Reestructuración cognitiva Diálogo socrático Resolución de problemas Biblioterapia Entrenamiento en habilidades sociales	5 - 10
<b>Crisis de pánico</b>	Modificar la interpretación cognitiva y sintomatológica de las crisis de pánico	Psicoeducación Técnica de relajación Exposición en vivo e interoceptiva	10 - 13
<b>Dificultad para tomar decisiones</b>	Fortalecer habilidades de pensamiento crítico y resolución de problemas	Debate de creencias Distracción de pensamiento Diálogo socrático Entrenamiento autoinstruccional Técnica de resolución de problemas	14 - 20
<b>Falta de constancia en prácticas de autocuidado</b>	Construir hábitos de vida saludable	Psicoeducación Identificación de reforzadores positivos en la construcción de hábitos Programación de actividades que promuevan los hábitos saludables Evaluación de seguimiento en el desarrollo de las actividades Cierre de entrenamiento en habilidades sociales.	20 - 23

**Resultados de la intervención**

Se realizó una comparación de puntuaciones antes y/o después de tratamiento en base a la

terapia cognitiva con el objetivo de observar la eficacia de esta terapia en un caso único en un paciente con distimia y ataques de pánico.

Se logró disminuir la sintomatología depresiva, según lo abordado desde la terapia cognitiva, disminuyó la recurrencia de pensamientos automáticos como “soy una boba”, “no soy importante”, “no apporto nada positivo”, al identificar las distorsiones cognitivas de pensamiento de tipo “todo o nada”, descalificación, razonamiento emocional, catalogar, sobre generalización y afirmaciones del tipo “Debo” y “Tengo que”, se logró confrontar la validez de los pensamientos, evocando la disminución de los pensamientos disfuncionales. De igual manera se trabajó el segundo problema “Desesperanza ante el sentido de vida”, al reforzar estímulos gratificantes que moldearan su estilo de vida, construyendo un significado de mayor plenitud. En la segunda aplicación del inventario BDI la puntuación arrojó un resultado de 15 depresión leve contrastado con el puntaje de la primera aplicación 25 depresión moderada y en el inventario IDER anotó 15 en depresión estado leve y 16 en depresión rasgo leve, lo cual evidencia significativamente la disminución de los síntomas depresivos y pensamientos de desesperanza ante el sentido de vida.

Ante el temor por el juicio y la percepción de los demás, Lina se muestra más segura de sí misma y con estrategias para interactuar a nivel social. En el presente destaca que está expuesta a recibir juicios positivos y negativos por las demás personas y lo más importante es el valor que le da a los juicios, se resalta que actualmente Lina comprende y aplica lo abordado en terapia cognitiva desde el procesamiento que le da a la información.

Por otra parte, respecto a las crisis de pánico Lina ha logrado modificar las interpretaciones que antes consideraba “catastróficas” de la activación del pánico, se ha reducido la activación fisiológica y de acuerdo al entrenamiento en técnicas de relajación, se ha apropiado en el desarrollo de la misma, realizándola en el hogar. Se confirma la reducción del malestar vinculado a las crisis de pánico a través de la medición de la lista de chequeo, en la primera aplicación se identificó la gravedad de los síntomas puntuando así, miedo a perder el control 8, despersonalización 8, aumento de la tasa cardiaca 7, sudoración 6, mareo 8, temblor 7, fatiga 10 e hiperventilación 8. En la segunda aplicación los resultados demostraron evolución positiva en los síntomas,

miedo a perder el control 4, despersonalización 3, aumento de la tasa cardiaca 4, sudoración 2, mareo 3, temblor 2, fatiga 4 e hiperventilación 3.

Referente al problema “Dificultad para tomar decisiones”, se mejoró notoriamente su capacidad de autonomía y de pensamiento crítico frente a las situaciones externas y las actitudes de los demás, por lo tanto Lina concluye que ella es la protagonista de su historia de vida y de tal manera asume el proceso de cambio y transformación como individual sin buscar la aprobación de las demás personas. Estos logros se reafirman también con la segunda aplicación de la *Escala de Observación de Recompensa desde el Entorno* – EROS en la cual puntuó 25 a diferencia de la primera aplicación que puntuó 15, proyectando una asimilación positiva de los reforzadores del ambiente y adecuadas estrategias de afrontamiento frente a las circunstancias externas.

Se logró establecer y fortalecer las prácticas de autocuidado para la obtención de hábitos saludables como nutrición saludable, actividades que promuevan la creatividad y proactividad, el entrenamiento físico, inclusión de habilidades en su repertorio de actividades como cocinar, pintar, cantar; lo cual se logró con técnicas como la psicoeducación, se identificaron reforzadores positivos como el fortalecimiento de autoesquemas y reconocimiento para la construcción de hábitos. Por último, se evaluó el desarrollo de hábitos con una lista de chequeo que generó resultados en la obtención de hábitos como cocinar, entrenamiento físico, pintar, nutrición saludable, asertividad en el desarrollo de habilidades sociales.

En el desarrollo del plan de tratamiento se presentaron dos obstáculos. Al inicio del proceso se sintió resistencia por parte de Lina, debido a que anteriormente había asistido a otro proceso que según ella no había sido exitoso. De acuerdo a esto, las primeras sesiones se orientaron principalmente a fortalecer la alianza entre paciente – terapeuta y trazar el plan de tratamiento. El segundo obstáculo fue la poca disponibilidad de la paciente por las actividades académicas, ante este obstáculo se modificó la programación de actividades de la consultante, siendo este un ejercicio del plan de tratamiento, en el cual se enfocó a la planificación de actividades.

A continuación, se presentan ejemplos del desarrollo de las técnicas aplicadas en el plan de tratamiento.

Cuadro 2  
Autorregistro de pensamientos

Fecha/ Hora	Situación	Pensamientos automáticos	Emociones	Respuesta	Resultado
12 pm	“Estaba preparando un almuerzo familiar, cuando saboreamos los alimentos la comida no tenía sal”.	“No sé cocinar, cuando cocino siempre fallo en algo”. “Los demás pensarán que soy una pésima cocinera”. Credibilidad del pensamiento: 90 %	Decepción y tristeza  Intensidad de la emoción: 90 %	Distorsión cognitiva: Afirmaciones del tipo “Debo” y “tengo que”, etiquetaje.	“Pensarán que no sirvo para nada” 25 % de credibilidad.  Puedo enmendar mis errores, al buscar soluciones a mis problemas.

Cuadro 2.1  
Ejemplo de diálogo socrático

- T:** ¿Cuál es la evidencia de que el pensamiento automático es cierto?  
**P:** Los alimentos no tenían sal – Creencia: 90 %  
**T:** ¿Cuál es la evidencia de que no es cierto?  
**P:** Anteriormente he cocinado recetas sabrosas – Creencia: 85 %  
**T:** ¿Crees que hay una explicación alternativa?  
**P:** Sí, estaba ocupada revisando otros oficios y no noté el momento en que no agregué sal a los alimentos. – Creencia: 95 %  
**T:** ¿Qué es lo peor que puede pasar?  
**P:** Que mi familia no se coma los alimentos que preparé. – Creencia: 75 %  
**T:** ¿Podría sobrevivir a eso?  
**P:** Sí - Creencia: 100 %  
**T:** ¿Qué es lo mejor que podría pasar?  
**P:** Reparar el error, buscando la manera de mejorar el sabor. – Creencia: 95 %  
**T:** ¿Cuál es el resultado más realista?  
**P:** Sazonar nuevamente los alimentos. – Creencia: 100 %  
**T:** ¿Cuál es el efecto de creer en el pensamiento automático?  
**P:** No disfrutar al cocinar una receta o al hacer otras cosas. – Creencia: 85 %  
**T:** ¿Cuál es el efecto de cambiar de manera de pensar?  
**P:** Comprender que puedo cometer errores y más adelante mis recetas serán mejores, sólo debo estar más atenta. – Creencia: 90 %  
**T:** ¿Qué debería hacer?  
**P:** Practicar más, para ser mejor cocinera. – Creencia: 100 %  
**T:** Si alguien conocido estuviera en una situación parecida y tuviera pensamientos parecidos, ¿qué le dirías?  
**P:** Si mi prima viviera una situación similar, le diría que todos en un momento cometemos errores y que lo importante es aprender y mejorar cada vez. Intentarlo y disfrutar de los resultados obtenidos. – Creencia: 100 %

## DISCUSIÓN

A continuación se contrastan los resultados del proceso terapéutico, a la luz de los hallazgos empíricos de la eficacia del tratamiento para la depresión recurrente y crisis de pánico.

Los resultados en cuanto a la modificación de la intensidad de los pensamientos disfuncionales a través de la reestructuración cognitiva, mostraron una disminución de la recurrencia de pensamientos automáticos negativos; así como las distorsiones de etiquetas globales, sobre-generalización, los “debo y tengo”, razonamiento emocional, catalogar, descalificación y pensamiento de tipo “todo o nada”. Dichos hallazgos son congruentes con los de De Rubeis y col. (19), quienes demostraron la eficacia de la terapia cognitiva en pacientes con depresión.

En cuanto al objetivo de aumento de los índices de reforzamiento positivo, trabajado con activación conductual, se obtuvieron resultados positivos en la frecuencia y aumento de las medidas subjetivas de placer con la actividad, lo cual se vio expresado en la vinculación de actividades como la pintura, cocinar, ejercitarse, escribir, entablar conversaciones, realizar visitas, entre otras. Los resultados positivos del uso de esta técnica, son congruentes con los de Dimidjian S y col. (23), quienes encontraron que su eficacia es comparable con la medicación y sus resultados muestran mantenerse a través del tiempo (24).

El objetivo de fortalecimiento de auto esquemas mostró resultados positivos, los cuales se alcanzaron a través del uso de técnicas cognitivo conductuales para la depresión, como la resolución de problemas, reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales, entre otras; las cuales han mostrado su eficacia en el tratamiento de trastornos del estado de ánimo (37).

La modificación de la interpretación cognitiva y sintomatológica de las crisis de pánico, mostró efectos positivos, relacionados con la reducción de la activación fisiológica y del malestar vinculado a esta por medio de la exposición en vivo, interoceptiva y técnicas de relajación; estos resultados, son congruentes con los de (25), quienes encontraron índices de cambio

clínicamente significativos en pacientes con ataques de pánico.

Entre las limitaciones que presenta este estudio, se resalta el tipo de diseño de investigación, ya que no permite realizar generalizaciones de los resultados, por ser de caso único, teniendo en cuenta el N=1. Por otra parte, no todos los instrumentos empleados para la evaluación son estandarizados, ya que se tomaron en cuenta para la medición de atributos cognitivos y comportamentales, el registros de pensamiento, lista de chequeo, entre otros, los cuales no tienen un rigor investigativo; así como la no culminación del proceso, lo cual impide dar cuenta de la evolución final del caso.

## CONCLUSIONES

La terapia cognitiva para la depresión demostró ser efectiva en la regulación del estado de ánimo y disminución de pensamientos disfuncionales, mediante el análisis de creencias nucleares, intermedias y pensamientos automáticos asociados al procesamiento de la información. De igual manera la terapia breve de activación conductual para la depresión fue determinante en la construcción y desarrollo de estrategias de afrontamiento y su relación con los reforzadores del entorno. Por otra parte, en cuanto al tratamiento de las crisis de pánico la aplicación de las técnicas de exposición interoceptiva y exposición en vivo fueron útiles en la disminución de los síntomas producidos por las crisis.

## REFERENCIAS

1. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5). 5ª edición. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.
2. Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. España: Editorial Médica Panamericana S.A.; 2000.
3. Chappa HJ. Distimia y otras depresiones crónicas. Tratamiento psicofarmacológico y cognitivo social. Argentina: Editorial Médica Panamericana S.A.; 2003.
4. Clark D, Beck A, Alford B. Scientific Foundations of Cognitive Theory and Therapy of Depression. John Wiley & Sons.; 1999.

5. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Terapia cognitiva de la depresión*. 19ª edición. España: Desclée de Brouwer; 2010.
6. Guadarrama L, Escobar A, Zhang L. Bases neuroquímicas y neuroatómicas de la depresión. *Rev Fac Med*. 2006;49(2):66-67.
7. Sequeira Cordero A, Fornaguera Trías J. Neurobiología de la depresión. *Rev Mex Neuroci*. 2009;10(6):462-478.
8. Jiménez-Maldonado ME, Gallardo-Moreno GB, Villaseñor-Cabrera T, González-Garrido AA. La distimia en el contexto clínico. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2013;42(2):212-218.
9. Quiñones R, Sandoval M. Procesos verbales y desórdenes depresivos: marcos relacionales y seguimiento de instrucciones. *Suma Psicol*. 1996;3:147-172.
10. Costello CG. Depression: Loss of Reinforcers or Loss of Reinforcer Effectiveness? - Republished Article. *Behav Ther*. 2016;47(5):595-599.
11. Martell C, Dimidjian S, Herman -Dunn R. *Activación Conductual para la Depresión*. 6ª edición. España: Desclée de Brouwer; 2013.
12. Teasdale J. Cognitive vulnerability to persistent depression. *Cognition and Emotion*. 2008;2(org/10.1080/02699938808410927):247-274.
13. Chóliz M. *Psicología de la emoción: el proceso emocional*. Universidad de Valencia; 2005.
14. Evidence-based practice in psychology. *Ame Psychol*. 2006;61:271.
15. MINSALUD. Encuesta nacional de salud mental. Colombia; 2015. Disponible en: [http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud\\_mental\\_tomoI.pdf](http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomoI.pdf)
16. Lamers F, van Oppen P, Comijs HC, Smit JH, Spinhoven P, van Balkom AJ, et al. Comorbidity patterns of anxiety and depressive disorders in a large cohort study: The Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *J Clin Psychiatry*. 2011;72(3):341-348.
17. Kinley D, Walker J, Enns M. Panic attacks as a risk for later psychopathology: Results from a nationally representative survey. *Depression and Anxiety*. 2011;28:412-419.
18. Daset LR, Cracco C. *Psicología basada en la evidencia: algunas cuestiones básicas y una aproximación a través de una revisión bibliográfica sistemática*. *Cienc Psicol*. 1993;7(2):209.
19. DeRubeis R, Hollon S, Amsterdam J, Shelton R, Young P, Salomon R, et al. Cognitive therapy vs medications in the treatment of moderate to severe depression. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:409-416.
20. Beck J. *Terapia Cognitiva*. Gedisa; 2006.
21. Negt P, Brakemeier E-L, Michalak J, Winter L, Bleich S, Kahl KG. The treatment of chronic depression with cognitive behavioral analysis system of psychotherapy: A systematic review and meta-analysis of randomized-controlled clinical trials. *Brain and Behavior*. 2016:1-15.
22. Mazzucchelli T, Kane R, Rees C. Behavioral activation interventions for well-being: A meta-analysis. *J Positive Psychol*. 2010;5:105-121.
23. Dimidjian S, Hollon S, Dobson K, Schmalting K, Kohlenberg R, Addis M, et al. Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *J Consult Clin Psychol*. 2017;74:658-670.
24. Kanter JW, Santiago-Rivera AL, Santos MM, Nagy G, López M, Diéguez Hurtado G, et al. A Randomized hybrid efficacy and effectiveness trial of behavioral activation for latinos with depression. *Behav Therapy*. 2014;46:177-192.
25. Siev J, Chambless D. Specificity of treatment effects: Cognitive therapy and relaxation for generalized anxiety and panic disorders. *J Consult Clin Psychol*. 1998;75(4):513-522.
26. Roca E, Roca B. *Cómo tratar con éxito el pánico: con o sin agorafobia*. Madrid: ADCE Cooperación y Desarrollo; 1998.
27. Botella C, Ballester R. *Trastorno de pánico: Evaluación y tratamiento*. Martínez Roca; 1997.
28. Virués-Ortega J, Moreno-Rodríguez R. Directrices para la presentación de casos clínicos en psicología clínica conductual. *Rev Intern Psicol Clín Salud*. 2008;8(3):765-777.
29. Sanz J, Vázquez C. Fiabilidad, validez y datos normativos para la depresión de Beck. *Psicothema*. 1998;10(2):303-318.
30. Agudelo Vélez DM, Gómez Maquet Y, López PL. Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión Estado Rasgo (IDER) con una muestra de población general colombiana. *Avances Psicol Latinoamer*. 2014;32:71.
31. Valderrama Diaz MA, Salguero B, Villalba Garzón JA. Validación de la Environmental Reward Observation Scale (EROS) en población colombiana. *Univ Psychol*. 2016;15(4):1-13.
32. Díaz-Bravo L, Torruco-García U, Martínez-Hernández M, Varela-Ruiz M. La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Invest Educ Méd*. 2013;2(7):162-167.
33. Lewinsohn PM. *The Behavioral Study and Treatment of Depression*. *Prog Beh Modification*. 1975; (1):19-64.
34. *Manual deontológico y bioético del psicólogo*, Acuerdo N°15. Bogotá, Colombia: COLPSIC; 2019.
35. Ley 1090 DE 2006. Colombia: Diario Oficial; 2006.

## PSICOTERAPIA BASADA EN LA EVIDENCIA

- Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=66205>
36. Resolución No 008430. Colombia: Ministerio de Salud; 1993. Disponible en: [https://www.redjurista.com/Documents/resolucion\\_8430\\_de\\_1993.aspx#](https://www.redjurista.com/Documents/resolucion_8430_de_1993.aspx#/)
37. Teachman BA, Daniel KE, Eberle JW. Using advances from cognitive science to understand the etiology and maintenance of psychopathology. *Clin Psychol Rev.* 2019;69:1-3.