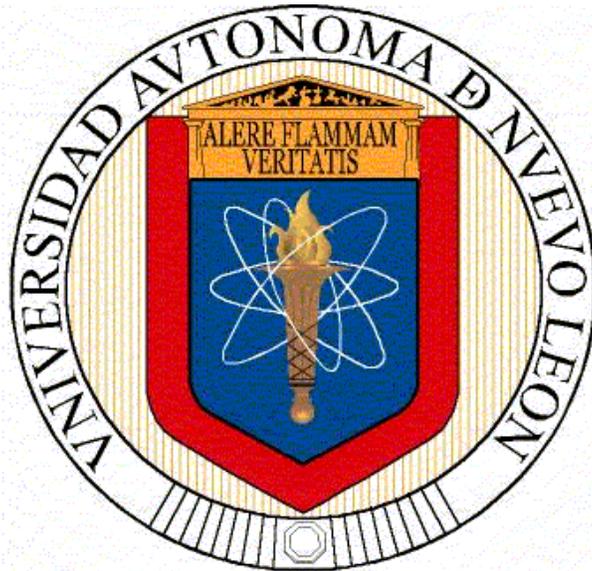


**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO**



**TERAPIA BREVE CENTRADA EN SOLUCIONES Y COGNITIVO
CONDUCTUAL APLICADA A UN CASO CON SÍNTOMAS
DEPRESIVOS POR INFIDELIDAD**

PRESENTA:

ROXANA MARÍA GALDÁMEZ VELÁSQUEZ

**PRODUCTO INTEGRADOR COMO REQUISITO PARCIAL
PARA OPTAR AL GRADO DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA
CON ORIENTACIÓN EN TERAPIA BREVE**

MONTERREY, N. L., MÉXICO, ENERO DE 2015

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO

**MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CON ORIENTACIÓN
EN TERAPIA BREVE**



**PRODUCTO INTEGRADOR COMO REQUISITO PARCIAL
PARA OPTAR AL GRADO DE MÁSTER EN PSICOLOGÍA
CON ORIENTACIÓN EN TERAPIA BREVE**

**TERAPIA BREVE CENTRADA EN SOLUCIONES Y COGNITIVO CONDUCTUAL
APLICADA A UN CASO CON SÍNTOMAS DEPRESIVOS POR INFIDELIDAD**

PRESENTA:

ROXANA MARÍA GALDÁMEZ VELÁSQUEZ

DIRECTORA DE PRODUCTO INTEGRADOR:

MA. ALMA ISABEL NAVA RODRÍGUEZ

MONTERREY, N. L., MÉXICO, ENERO DE 2015



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FaPsi

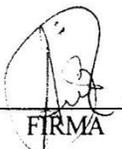


FACULTAD DE PSICOLOGÍA
Subdirección de Posgrado

COMITÉ ACADÉMICO DE MAESTRIAS DE POSGRADO DE LA FACULTAD
DE PSICOLOGIA DE U.A.N.L.
P R E S E N T E.-

Por la presente nos dirigimos a ustedes para comunicarles que, después de haber revisado las correcciones sugeridas al PRODUCTO INTEGRADOR titulado "Terapia Breve Centrada en Soluciones y Cognitivo-Conductual aplicada a un caso de Depresión por Infidelidad", presentado por Roxana María Galdámez Velásquez egresado en el periodo escolar Agosto-Diciembre/2014 de la Maestría en Psicología con orientación en Terapia Breve, lo consideramos ACEPTADO para su defensa.

Sin otro asunto de momento, quedamos a sus órdenes,

MA Alma Isabel Nuva Rf.  23/I/15
NOMBRE DEL DIRECTOR DE TESIS FIRMA FECHA

Alma Klara Estiven Roca Barral.  23/1/2015
NOMBRE DEL REVISOR DE TESIS FIRMA FECHA

Dr. Jose Cruz Rodriguez A.  23/1/2015
NOMBRE DEL REVISOR DE TESIS FIRMA FECHA



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO



Después de haber presentado oralmente el examen de grado frente al cuerpo de sinodales asignado por Posgrado de la Facultad de Psicología, el Producto Integrador “Terapia Breve Centrada en Soluciones y Cognitivo Conductual aplicada a un caso con síntomas depresivos por infidelidad”, realizado por Roxana María Galdámez Velásquez. Ha sido aprobada, como requisito para optar al grado de Máster en Psicología con orientación en Terapia Breve.

Monterrey, N.L., a los _____ días del mes de _____ del año 2015.

MA. Alma Isabel Nava Rodríguez
Directora de Producto Integrador

Mtra. María Esther Rea Barajas
Revisora

Dr. José Cruz Rodríguez Alcalá
Revisor

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

AUTORIDADES:

JESÚS ANCER RODRÍGUEZ

RECTOR

ROGELIO GARZA RIVERA

SECRETARIO GENERAL

JUAN MANUEL ALCOCER GONZÁLEZ

SECRETARIO ACADÉMICO

MARIO CÉSAR SALINAS CARMONA

SECRETARIO DE INVESTIGACIÓN, INNOVACIÓN Y POSGRADO

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

AUTORIDADES:

**JOSÉ ARMANDO PEÑA MORENO
DIRECTOR DE LA FACULTAD**

**MAGALY CÁRDENAS RODRÍGUEZ
SUBDIRECTORA ACADÉMICA**

**ÁLVARO ANTONIO ASCARY AGUILLÓN RAMÍREZ
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO**

**JOSÉ CRUZ RODRÍGUEZ ALCALÁ
SUBDIRECTOR DE POSGRADO**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CON ORIENTACIÓN
EN TERAPIA BREVE**

**JOSÉ CRUZ RODRÍGUEZ ALCALÁ
COORDINADOR DE LA MAESTRÍA**

SINODALES DEL PRODUCTO INTEGRADOR:

**ALMA ISABEL NAVA RODRÍGUEZ
DIRECTORA**

**MARÍA ESTHER REA BARAJAS
REVISORA**

**JOSÉ CRUZ RODRÍGUEZ ALCALÁ
REVISOR**

DEDICATORIA

A Dios por su amor, misericordia, bendiciones y por haberme traído hasta aquí. Por estar siempre conmigo en los momentos de dificultad lejos de casa, gracias por enseñarme a creer y a tener fe.

A mi familia, que con mucho amor, sacrificio y apoyo a la distancia durante estos dos años, fueron mi motivación y fuente de fortaleza para alcanzar esta meta, gracias por confiar en mí.

A mi familia foránea y regiomontana por su amistad, cariño, solidaridad, abrazos, aprendizajes de vida que atesoraré. Gracias por enseñarme a romper con algunos convencionalismos y a descubrir un mundo de posibilidades, de diversidad cultural. Disfruté tanto pasar tiempo conmigo misma y con ustedes.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Autónoma de Nuevo León por haberme aceptado y recibido como estudiante foránea durante estos dos años; y que a través de la calidez humana y apoyo de su personal administrativo y cuerpo docente, me permitiera sentirla como mi Alma Máter.

A las Secretarías de Relaciones Exteriores de El Salvador y de México por otorgarme una beca de excelencia para continuar con mi formación profesional a nivel de posgrado y de esta manera cumplir con mi compromiso ético de cualificar mi labor como Psicóloga al servicio de la población.

A la Universidad de El Salvador por haber sentado buenas bases académicas, éticas y de conciencia social en mi Licenciatura, las cuales sirvieron de soporte en la formación de posgrado. Así mismo, por el apoyo obtenido como docente para cualificar mi labor, compartir experiencias de aprendizajes con los colegas y contribuir al enriquecimiento en la formación de nuevas generaciones de psicólogas(os) salvadoreños.

Un especial agradecimiento al cuerpo docente de Posgrado y al personal administrativo de la Facultad de Psicología, de la Universidad Autónoma de Nuevo León por su invaluable contribución en gestiones y formación académica durante la Maestría en Psicología con orientación en Terapia Breve. A mis Maestros y compañeros de estudio por motivarme hacia la excelencia, la creatividad terapéutica, por compartir sus afectos, metas, aprendizajes con calidez humana.

A mí querida familia, amistades salvadoreñas y familia regiomontana, amistades centroamericanas, sudamericanas y mexicanas por su inagotable cariño y apoyo en cada momento de mi estancia en Monterrey. Los quiero mucho y llevaré esta experiencia de vida en mi mente y sentimientos por siempre.

TERAPIA BREVE CENTRADA EN SOLUCIONES Y COGNITIVO CONDUCTUAL APLICADA A UN CASO CON SÍNTOMAS DEPRESIVOS POR INFIDELIDAD

Roxana María Galdámez Velásquez¹ y MA. Alma Isabel Nava Rodríguez²
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Psicología
Monterrey, México

Resumen

La Terapia Breve como enfoque de intervención psicológica se está convirtiendo en una opción terapéutica cada vez más efectiva para trabajar casos con síntomas depresivos o con depresión, adquiriendo relevancia por el aumento de esta última a nivel mundial (OMS, 2012). En ese sentido el presente estudio comprueba que la aplicación de la Terapia Breve combinando los enfoques Centrado en Soluciones y Cognitivo Conductual fue efectiva en el caso de una mujer de 27 años de edad, con indicadores de síntomas depresivos y síntomas de ansiedad a raíz de la infidelidad de su esposo. Los objetivos terapéuticos fueron tres: 1) Fortalecer la autoestima de la paciente, 2) Gestionar el enojo que sentía por la infidelidad y 3) Tomar la decisión de continuar o terminar con la relación. Después de 12 sesiones los resultados revelaron una disminución sustancial de los indicadores de síntomas depresivos y ansiosos, logrando bienestar psicológico a partir de los cambios en sus patrones cognitivos, conductuales e interaccionales con el alcance de los objetivos terapéuticos. Este estudio de caso se convierte en un aporte para futuras investigaciones, considerando que la documentación bibliográfica acerca de estudios similares se encontró limitada en lengua castellana.

Palabras Claves: Terapia Breve, Enfoque Centrado en Soluciones, Enfoque Cognitivo-Conductual, Indicadores de síntomas Depresivos, indicadores de síntomas de ansiedad, Infidelidad.

¹ Egresada de la Maestría en Psicología con Orientación en Terapia Breve. Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Psicóloga y Docente de la Universidad de El Salvador. Correo electrónico: galdamezroxana@hotmail.com.

² Profesora de la Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Nuevo León. Correo electrónico: alma_nava_rdz@hotmail.com.

SHORT FOCUSED THERAPY SOLUTIONS AND COGNITIVE BEHAVIORAL APPLIED TO A CASE WITH DEPRESSIVE SYMPTOMS BY INFIDELITY

Abstract

Brief Therapy as psychological intervention approach is becoming an increasingly effective therapeutic option to work cases with depressive symptom or depression, acquiring relevance by increasing latter worldwide (OMS, 2012). In this sense, the present study found that the application of Brief Therapy combining solution-focused and cognitive behavioral approaches was effective in the case of a woman 27 year old with indicators depressive symptoms and indicators anxiety symptoms of following the infidelity of her husband. The therapeutic goals were threefold: 1) Strengthen the patient's self-esteem, 2) Manage the anger felt by infidelity and 3) Making the decision to continue or end the relationship. After 12 sessions, the results revealed a substantial decrease in indicators depressive symptoms and anxious symptoms, achieving psychological well from changes in their cognitive, behavioral and interactional patterns and therefore in the range of therapeutic targets. This case study becomes a contribution for future similar investigations, considering that the published references about the specific topic found limited in Spanish.

Keywords: Brief therapy, Solution-focused approach, Cognitive-Behavioral Approach, Indicators depressive symptoms, indicators of anxiety, infidelity.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación surge del interés por comprobar la efectividad de la Terapia Breve combinando los enfoques Centrado en Soluciones (TCS) y el Cognitivo Conductual (TCC), en el caso de una mujer que presentaba indicadores de síntomas depresivos y de ansiedad, la cual acudió a la Unidad de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología, de la Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey.

Considerando a su vez la relevancia de este tema según el informe global de la Organización Mundial de la Salud (2012), planteando que la depresión afecta a

350 millones de personas en el mundo y es la responsable de 1 millón de suicidios anuales reportados, siendo la depresión la cuarta causa de discapacidad en el mundo, y para el 2020 se estima sea la segunda causa.

En México la depresión común ocurre en cerca del 1.5 por ciento de la población adulta y las mujeres tienen doble riesgo que los hombres (Gutiérrez, 2013). En ese sentido la aplicación de esta modalidad de terapia combinada, podría ser una opción psicoterapéutica valiosa en respuesta a la creciente demanda de estos casos o para prevenir su desarrollo, especialmente en la población femenina. Por ello con el fin de contextualizar teóricamente dicha intervención, se exponen algunas ideas sobre la Terapia Breve, los enfoques utilizados, algunos estudios psicoterapéuticos previos y la caracterización sobre la infidelidad y la depresión.

Terapia Breve

La Psicoterapia Breve inicia en el “Instituto de Investigaciones Mentales” (MRI), de Palo Alto, con el enfoque de Terapia Breve Centrada en el Problema. Entre los años 70’s y 80’s, con la influencia fundamental de Steve de Shazer y el grupo de Milwaukee se desarrolla la Terapia Breve Centrada en Soluciones (Beyeback, 2006). Milton Erickson, Harry Sullivan, Don Jackson, Paul Watzlawick, Jay Haley, entre otros fueron la base para De Shazer y su equipo (Oblitas, 2008, citado por Ramírez y Rodríguez, 2012).

La Terapia Breve lleva el menor número de sesiones, pero siempre las necesarias para tratar la demanda de los pacientes, se habla de diez sesiones o menos, con una duración de una hora aproximadamente y el apoyo a través de la supervisión del caso por un equipo de Co-terapeutas. Dando importancia a la calidad de la relación colaborativa y empática entre Paciente-Terapeuta para lograr la eficacia en la terapia. El paciente aprende a focalizar soluciones factibles desde su presente hacia el futuro, esto se resume en cuatro premisas básicas: 1) Los consultantes construyen su realidad, 2) Los consultantes tienen los recursos para resolver sus quejas, 3) Ver las situaciones desde un punto de vista sistémico y 4) El cambio es constante e inevitable (Beyeback, 2006).

Los estudios de Hewitt y Gantiva (2009), concluyen que es una alternativa psicoterapéutica efectiva para tratar la depresión. Surge como una intervención de costos reducidos y de resultados favorables en la práctica clínica; así también el estudio de Ward, King y Lloyd (2000) y los resultados efectivos de la Terapia Breve Sistémica aplicada en estudios de Muñiz (2004), luego de tratar pacientes con síntomas ansiosos y depresivos. Igualmente los estudios de Terapia Breve Sistémica de Schade, Beyebach, Torres & González (2009) y el más reciente de Vega, Musi, Almada (2014), con familiares de pacientes que presentan discapacidades. Por otra parte, uno de los principales enfoques en Terapia Breve que ha demostrado también efectividad es el Centrado en Soluciones (TCS) que a continuación se describe.

Terapia Centrada en Soluciones

Como su nombre lo indica, esta terapia se fundamenta en la construcción de soluciones, partiendo de los recursos identificados en el paciente, esto por medio del lenguaje, la escucha activa del terapeuta y la detección, ampliación y atribución de control ante aquellas situaciones o momentos en el que el problema no está presente o es menos intenso, llamadas excepciones (Tarragona, 2006).

González y Estrada (2011) exponen que De Shazer plantea algunos principios para orientar la terapia: 1) “Si no está roto, no lo arregles”, 2) “Si funciona, sigue haciéndolo” y 3) “Si no funciona, deja de hacerlo y haz algo diferente”.

Entre los estudios que confirman su efectividad está el de Beyebach, Estrada y Herrero de Vega (2006), en el cual compilaron diversas investigaciones, encontrando avances importantes, por ejemplo en la investigación de los finlandeses Knekt y Lindfors (2004) con prisioneros de cárcel en la que se concluyó sobre la efectividad de la Terapia Centrada en Soluciones y la Psicoterapia Psicodinámica Breve, hasta por 12 meses en pacientes que tenían un diagnóstico de trastorno depresivo mayor o de ansiedad según el DSM-IV.

Otro estudio es el de Guajardo y Cavazos (2013), acerca de la intervención realizada con una mujer joven víctima de abuso sexual y violencia en su noviazgo,

la cual experimentó síntomas depresivos; concluyendo que por medio de la integración de los Modelos de Terapia Breve Enfocado a Soluciones y Cognitivo-Conductual, el tratamiento de mujeres con esta problemática resultó ser eficaz.

Terapia Cognitivo Conductual

El Modelo Cognitivo-Conductual ha sido considerado como uno de los tratamientos más efectivos para la depresión y ansiedad. Cebolla y Miró (2006) plantean que para Beck (1976), la depresión es causada por eventos estresantes que activaban esquemas cognitivos depresogénicos subyacentes. Estos esquemas, a su vez, producían sesgos o distorsiones cognitivas específicas, como la sobregeneralización, el filtro mental o la personalización. En la terapia, el paciente podía llegar a comprender dichos sesgos y en consecuencia combatir su “construcción” depresiva de los eventos, lo que se conoce como Reestructuración Cognitiva (Beck, 2011).

Este Modelo de Terapia ofrece un planteamiento completo de la depresión, disponiendo de una teoría, una evaluación diagnóstica y un procedimiento terapéutico, concibiéndose como un enfoque psicoeducativo, diseñado tanto para modificar cogniciones como conductas (Pérez y García, 2001).

Un estudio de caso realizado por Salinas (2010), reveló que el modelo tuvo un gran impacto en la mejoría de los sentimientos de tristeza e inadecuación en una paciente con indicadores de síntomas depresivos por duelo, disminuyendo de 27 puntos iniciales a 8, en el Inventario de Depresión de Beck.

Otra investigación que confirma dicha efectividad es la de Nava (2011), donde aplicó a tres estudios de casos la Terapia de Activación Conductual, entre estos el de una mujer de 21 años, que presentó indicadores de conductas depresivas luego de una ruptura amorosa por infidelidad. Los resultados indicaron la disminución de síntomas en 9 sesiones por medio de la relación con nuevos contextos. Es sabido que la depresión y la ansiedad en algunos casos pueden relacionarse, de ahí que el modelo resulte ser efectivo también con esta última.

Ladouceur, Dugas, Freeston, Léger, Gagnon y Thibodeau (2000), citados por Sevilla (2013), llevaron a cabo un estudio con un grupo experimental y de

control de 26 pacientes diagnosticados con ansiedad, indicando resultados clínicos y estadísticos significativos en la reducción de síntomas, atribuyendo esto al hecho de haber modificado en los pacientes las creencias erróneas sobre la preocupación y percepción de no tener herramientas para afrontar problemas.

Por otra parte, Grijalva (2013), llevó a cabo un estudio de caso en Ecuador, aplicando Terapia Cognitiva Conductual con una paciente de 43 años de edad diagnosticada con Trastorno de Depresión no especificado, junto con un problema conyugal. Luego de 14 sesiones la paciente redujo los síntomas, evidenciando una mejora en su estado de ánimo en general, con el apoyo de la reestructuración cognitiva. En consecuencia, este modelo terapéutico resulta ser efectivo para tratar la depresión, la ansiedad y problemas conyugales, por ejemplo la infidelidad.

Infidelidad

Örzigün (2010) define la infidelidad como un acto sexual o emocional dedicado a una sola persona dentro de una relación comprometida, donde el acto ocurre fuera de la relación primaria y constituye una violación de la confianza o violación de acuerdo sobre las normas (abiertas o encubiertas) por uno o dos individuos en esa relación, en lo referente a exclusividad romántica, emocional o sexual.

Luyens y Vansteenwegen (2001), comparan la infidelidad como si “el suelo se hubiera caído bajo sus pies”. Las personas sienten que pierden todo apoyo en la vida. El dolor es intolerable, constituye uno de los traumas psicológicos más profundos que la persona puede experimentar. De ahí que requiere de una intervención en crisis, para ello la Terapia Breve es una de las propuestas. Asimismo, la Terapia del Perdón ha demostrado también efectividad, visto como un proceso personal o en pareja, si acuerdan continuar o no.

Depresión

Según la Organización Mundial para la Salud (OMS, 2012), define la depresión como un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de

autoestima, problemas en el sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

Para Beck (2002), la depresión subyace de pensamientos negativos sobre sí mismo, el mundo y el futuro (Triada Cognitiva), debido a ciertos esquemas depresógenos y a errores lógicos en el procesamiento de la información. Esta definición ayuda a comprender que la depresión es un estado de ánimo alterado generado por la forma negativa en que el individuo se ve a sí mismo y su entorno, proyectando un futuro desesperanzador.

Las personas pueden experimentar en algún momento de su vida o situación estresante, algunos indicadores de depresión que no necesariamente llegan a constituir un cuadro de Trastorno Depresivo propiamente (DSM IV-TR, 2002), pero que de pasar el tiempo y la persona que tiene síntomas va manifestando una frecuencia e intensidad que provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, y los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (droga, medicamentos), por duelo o una enfermedad médica, puede llegar a desarrollarse en depresión mayor u otro trastorno del estado de ánimo.

Por ello la importancia de prevenirla antes de que la persona manifieste con mayor intensidad y frecuencia algunos síntomas planteados en el DSM IV TR (2002). Para el caso en estudio la paciente presentó indicadores de síntomas depresivos graves según el instrumento aplicado, más no se diagnostica como depresión mayor.

Por otra parte, los síntomas depresivos pueden traer consigo la aparición de síntomas de ansiedad. De acuerdo a la OMS (2008), la ansiedad puede definirse como una anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de emociones desagradables: preocupación, aprehensión, sensación de agobio, miedo a perder el control, dificultad de concentración, quejas de pérdida de memoria, irritabilidad, inquietud, conductas de evitación de ciertas situaciones y/o de síntomas somáticos de tensión como la sudoración, sequedad de boca, mareos, tensión muscular, cefaleas, taquicardias, problemas para respirar, diarreas, vómito, estreñimiento, micción frecuente, problemas en la esfera sexual.

Cuando las manifestaciones ansiosas son duraderas e incapacitantes el tratamiento general de la ansiedad puede incluir fármacos y psicoterapia inmediata en casos patológicos, actividad física, relajación, dieta alimenticia y descanso, según la gravedad de los síntomas, para el caso en estudio no se diagnostica como trastorno de ansiedad.

Finalmente, se reitera que para el contexto clínico de esta investigación mixta, el objetivo principal fue comprobar la eficacia de la Terapia Breve centrada en Soluciones y Cognitivo Conductual por medio de la disminución de los indicadores de síntomas depresivos y ansiosos presentada en una paciente a causa de la infidelidad de su pareja.

MÉTODO

Participante

Se trata de una mujer de 27 años de edad, de nivel socioeconómico bajo. Casada a los 19 años, luego de tres meses de noviazgo. Nivel educativo Técnico, cuya ocupación era en el área de atención al cliente. La usuaria vivía con la madre, hermanos y un sobrino. Presentaba dificultades para concebir hijos naturalmente. El ex-esposo de la consultante tenía 30 años de edad, realizó estudios hasta Preparatoria. Actualmente su este mantiene una relación sentimental con otra mujer.

Instrumentos

Evaluación Pre-test y Pos-test

Inventario de ansiedad de Beck, BAI (1988). Adaptación española por Sanz y Navarro, 2003 (Sanz, 2014): Explora indicadores de síntomas ansiosos, ubicándolos en niveles. Compuesta por 21 ítems de opción múltiple, referidas a los sentimientos de ansiedad del paciente, partiendo de la semana anterior a la fecha de aplicación. Las opciones de respuesta van desde 0 (en absoluto) hasta 4 (severamente). La sumatoria de los puntajes es de 0-7 puntos (síntomas de ansiedad mínima), de 8-15 (ansiedad leve), de 16-25 (ansiedad moderada) y de 26-63 puntos (síntomas de ansiedad severa).

Inventario de Depresión de Beck, BDI-II (1978). Adaptación española por Sanz, Perdigón y Vázquez (2003): Identifica síntomas depresivos y su correspondiente nivel. Consta de 21 preguntas con cuatro opciones de respuesta (de 0 a 3 puntos) según la intensidad del síntoma. La puntuación total (entre 0 y 63 puntos) se obtendrá de la suma de las puntuaciones de cada síntoma explorado. Los niveles de síntomas depresivos son: de 0 a 9 puntos (sin síntomas depresivos), de 10 a 18 (síntomas de depresión leve), de 19 a 29 (síntomas de depresión moderada) y 30 puntos o más (síntomas de depresión grave).

Escala de avance (Beyebach, 2006): Evalúa el avance del problema percibido desde la opinión del paciente. Consiste en preguntar al final de cada sesión: “Imagina una escala del 1 al 10, en donde el 1 es el peor momento en el que se encuentra el problema que te ha traído aquí y el 10 significa el momento en el que tu problema se ha resuelto completamente, ¿En qué número te ubicarías ahora?”. Esta escala se aplica antes de hacer el receso para el mensaje final.

Otros instrumentos aplicados con fines diagnósticos

Cuestionario de Distorsiones de la Percepción de la realidad (Burns, 1980): Consta de diez ítems. Su objetivo es identificar las distorsiones de la percepción de la realidad más comunes en los pacientes: Pensamiento todo o nada, generalización excesiva, filtro mental, descalificación de lo positivo, conclusión precipitada, magnificación o minimización, razonamiento emocional, los “deberías”, etiquetación y personalización. El sujeto valora la frecuencia a partir de un rango entre 0 a 100. Para considerarse una distorsión significativa el rango debe ser entre 70-100 (Gómez-Escalonilla, Plans, Sánchez-Guerra y Sánchez, 2002).

Cuestionario de ideas irracionales (Ellis, 1997): Identifica las creencias irracionales más frecuentes en el paciente, a partir de 11 proposiciones, las cuales son puntuadas en una escala de entre 0 (una creencia con la que no se identifica la persona) a 100 (indica que se la cree o identifica mucho). Para considerarse una idea irracional significativa el rango debe ser entre 70-100 (Gómez-Escalonilla, *et al.*, 2002).

Procedimiento

La consultante acude a la Unidad de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología, de la Universidad Autónoma de Nuevo León. El procedimiento para recibir la terapia se llevó a cabo en cuatro pasos: 1) Pre-consulta (estudio previo para capturar datos y motivo de consulta), 2) Llamada telefónica para confirmar la primera sesión, 3) Estudio socioeconómico y firma del consentimiento informado y 4) Asistencia a la primera sesión. La intervención siguió el Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones y Cognitivo Conductual, aplicando el esquema de primera entrevista, segunda y subsiguientes propuestas por Steve de Shazer (1995) y replanteadas metodológicamente por Estrada, *et al.* (2011).

Primera entrevista.

Se explican las condiciones en las que se desarrollan las sesiones en Terapia Breve, es decir en una cámara Gesell, que cuenta con vidrio polarizado, y que atrás de este hay un equipo de terapeutas que supervisa el caso, haciendo llamadas de interconsulta (por medio del teléfono que se encuentra en el salón), y participando en la elaboración del mensaje final (elogios y tareas). Las sesiones se graban con cámara de vídeo cuyos fines son de investigación y académicos, cuidando de su confidencialidad.

Finalmente se explicó que se lleva un expediente clínico por escrito y el tiempo de cada sesión sería de una hora aproximadamente, con una frecuencia de una vez por semana al inicio y espaciándolas al ir finalizando, dando un seguimiento a través de llamadas telefónicas o citas presenciales.

Fase social: Esta tiene como objetivo el establecimiento de la empatía entre Terapeuta-Paciente, realizando preguntas acerca de datos generales del consultante, familiares cercanos, sus gustos, pasatiempos favoritos, intereses, entre otros, que tendrán utilidad terapéutica por medio de tareas.

Motivo de consulta/ delimitación de la queja-problema: Se realiza un breve análisis funcional, propuesto por el Modelo Cognitivo Conductual en el que se busca definir operacionalmente el problema en términos de frecuencia, duración e intensidad, con preguntas orientadas al triple sistema de respuesta:

Cognitivas/emocionales-fisiológicas/conductuales. Indagando a su vez los intentos de solución e identificando los recursos del paciente. Haciendo la pregunta “¿En qué de todo lo que me has comentado quieres que te ayudemos?”, esto ayuda a delimitar los objetivos terapéuticos en términos concretos, resolubles o lógicos e interaccionales (Beyebach y Rodríguez, 2005).

Trabajo hacia las soluciones: Se indaga sobre los cambios pre-tratamiento (Weiner-Davis, De Shazer y Gingerich, 1987, citados por Beyebach, 2006), haciendo la pregunta: “...muchas veces las personas que nos llaman para solicitar Terapia nos informan que entre el momento en que conciertan la cita para la terapia y la primera sesión, algunas cosas ya han cambiado, ¿qué cosas han cambiado ya en su propia situación?” (Lenguaje presuposicional).

Luego se buscan excepciones Beyebach (2006): Son los momentos en los que el problema no está presente o al menos se presenta en menor medida. Los pasos son: 1) Elicitar (identificarlas), 2) Marcarlas (que no pasen desapercibidas), 3) Ampliarlas, 4) Diferenciarlas (¿Qué diferencia hace?...), 5) Atribuir control (¿cómo lo conseguiste?, 6) Seguir (¿qué más?).

Pregunta milagro (Steve de Shazer, 1988, citado por Beyebach, 2006): que tiene como objetivo proyectar un futuro esperanzador y positivo en el paciente frente a la situación problemática, imaginando alternativas hacia el cambio. Esta pregunta se formula así: “...supongamos que esta noche sucede un milagro y mientras duerme; el problema que le ha traído aquí, queda resuelto, no como en la vida diaria con esfuerzo y trabajo, sino inmediatamente. Como está dormido, usted no se da cuenta que este milagro ha sucedido, ¿Cómo sabrá usted al despertarse que ese milagro ha sucedido?”.

Uso de escalas de avance que pueden hacerse durante las sesiones, por ejemplo escalas de avance para autoestima, confianza, seguridad, etc. (Estrada, González & O’Hanlon, 2011).

Elaboración del mensaje final (Beyebach, 2006): El terapeuta sale de la cámara Gesell entre 5 a 7 minutos para reunirse con el equipo y realizar la revisión del análisis funcional, la demanda de la terapia y planear con el equipo los elogios que se le reconocen al paciente en la sesión y la tarea para casa. Esta última debe

elegirse de acuerdo a los objetivos terapéuticos (Beyebach y Herrero de Vega, 2010).

Segunda sesión y subsiguientes

Las sesiones se enfatizan en la búsqueda de excepciones, la revisión de las tareas asignadas, y la intervención puede combinarse con otras técnicas del Modelo Cognitivo-Conductual (Por ejemplo la psicoeducación, reestructuración cognitiva, relajación con visualización, entre otras) y Centrada en Soluciones (validación, normalización, redefinición, deconstrucción, empleo de preguntas reflexivas, uso de metáforas, prevención de recaídas, entre otras), según se requiera. Además pueden utilizarse cuentos, frases, anécdotas a manera de promover cambios a través del lenguaje indirecto (Watzlawick, 1989). Se hace la pregunta escala de acuerdo al criterio terapéutico y se cierra cada sesión con el mensaje final (elogios y tarea).

MARCO ÉTICO DEL ESTUDIO

El estudio de caso se enmarcó en función a los criterios de la APA aplicados en México. Tomando en cuenta la responsabilidad, confidencialidad terapéutica, la honestidad y veracidad científica. El proceso inició con el consentimiento informado, dando la paciente su aval para registrar mediante videograbaciones cada sesión, además de autorizar participar en la aplicación de instrumentos pre-test y pos-test y permitir la publicación del estudio.

RESULTADOS

De acuerdo al enfoque terapéutico los objetivos delimitados por la paciente con los que se trabajó fueron: a) Fortalecimiento de su autoestima, b) manejar el coraje que sentía hacia su esposo y c) disminuir el temor de tomar la decisión si continuar o no con él.

En relación a los resultados pre-test del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), adaptación española por Sanz y Navarro, 2003 (Sanz, 2014), la paciente reveló indicadores de síntomas depresivos graves (Puntaje de 32) e indicadores

de síntomas ansiosos severos (Puntaje de 53) en el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), adaptación española por Sanz, Perdigón y Vázquez (2003). El análisis diagnóstico concluyó que la paciente requería atención psicológica inmediata a fin de reestablecer su salud emocional, fortaleciendo sus recursos y habilidades de afrontamiento, propiciando cambios en sus patrones cognitivos e interaccionales y disminuir los indicadores de síntomas depresivos y de ansiedad asociados a la ruptura amorosa. A continuación se describen los resultados por sesión.

Primera y segunda sesión

El propósito de estas sesiones fue generar una interacción terapéutica de confianza, explicar el contexto de la Terapia Breve, realizar el análisis funcional del motivo de consulta, indagar cambios pre-tratamiento y delimitar la negociación de la demanda con la paciente (Estrada, *et al.*, 2011).

La Fase social, permitió identificar cualidades en la consultante, como la sociabilidad, el ser trabajadora, ordenada, respetuosa, sensible, discreta, cariñosa, su gusto hacia las plantas, escuchar música, ver telenovelas y salir a pasear.

Historia del problema: La paciente inicia el noviazgo con su pareja a los 19 años de edad. Después de tres meses de relación deciden casarse. Vivieron juntos ocho años como esposos. Al pasar seis años empezaron a experimentar problemas de comunicación y distanciamiento afectivo, desconfianza y frecuentes discusiones. Al recibir la noticia por parte de su pareja que le había sido infiel y que la otra persona estaba esperando un hijo de él, la consultante empieza a sentir frecuentes deseos de llorar, síntomas de ansiedad e inseguridad, decidiendo acudir a terapia seis meses después de la noticia.

Cabe mencionar que la consultante presenta dificultades para concebir hijos de manera natural, asistiendo a tratamiento hormonal por un par de meses el cual dejó por el factor económico. También de pequeña sintió el rechazo de su padre, quien además de ser alcohólico ejerció violencia intrafamiliar.

Por otra parte, entre las consecuencias comportamentales que presentó fueron: aislamiento con sus familiares y amistades, evitaba hablar con su esposo sobre lo que le preocupaba y de su desconfianza, no salía de casa los fines de

semana y lloraba con frecuencia, experimentó baja autovaloración, dejó de hacer lo que antes le gustaba, somatizaciones durante el día, coraje consigo misma y con su esposo, celos, sentimientos de desesperanza, que afectaron el desarrollo óptimo de sus actividades laborales, proyección de su plan de vida, propiciando un estado de ánimo con síntomas depresivos, de baja autoestima y de síntomas ansiosos ante la separación.

El Análisis funcional del problema reveló: que la paciente sentía culpa por no lograr concebir hijos naturalmente, confusión, ideas recurrentes y distorsionadas como: “Siento muchos miedos a la vida”, “ella logró quitarme lo que yo quería”, “no me veo con otra persona que no sea él”, “puedo aguantar esperarlo un año”.

Identificando reacciones emocionales y fisiológicas de llanto frecuente, dolores de cabeza, taquicardias, náuseas, dolor de estómago, inquietud, insomnio, temblores, fatiga y conductualmente, evitar asistir a fiestas familiares, llegar del trabajo y encerrarse en su cuarto.

Análisis topográfico del problema: estos síntomas se presentaban eventualmente durante el día, otros una vez por semana por dos meses aproximadamente, el llanto dos veces al día de 5 a 15 minutos, por tres semanas. Intensificando la problemática su desempleo y las llamadas diarias de su esposo para expresarle que la extrañaba, generando en ella confusión si debía continuar o no con la relación.

Intentos de solución eficaces: Evitar llamarle todos los días a su esposo, iniciar la búsqueda de un nuevo empleo para mantenerse ocupada. Iniciar terapia. Ineficaces: Llamarle tres veces por semana a su esposo, evitar salir y hablar con la familia sobre cómo se sentía.

Recursos de afrontamiento: La fortaleza para sobrellevar situaciones críticas desde su infancia, la iniciativa de una nueva búsqueda laboral, responsabilidad y voluntad de asistir a terapia, establecimiento de límites frente a la nueva relación de su pareja. Facilidad de empatía, al igual que un espíritu de colaboración en el proceso. Cuenta con el apoyo de familiares cercanos.

Negociación de la demanda: como ya anteriormente se había planteado, la consultante necesitaba ayuda para fortalecer su autoestima, manejar el coraje que

sentía con su esposo y disminuir el temor de tomar la decisión si continuar o no con él. Estos objetivos contribuirían a disminuir los síntomas de depresión y de ansiedad.

Pre-tratamiento: El cambio mínimo percibido fue la voluntad para asistir a terapia y el hecho de tranquilizarse por la ayuda psicológica que recibiría.

Escala de avance: Se realizó a partir de la segunda sesión. Reportó ubicarse en un 2, por el hecho de venir a terapia. Alcanzaría un 2.5 al empezar a buscar nuevas oportunidades de trabajo durante la semana.

Mensaje final: La paciente recibió con agrado los elogios. La tarea a realizar consistió en observar durante la semana las cualidades personales que le han ayudado a seguir adelante a pesar de las dificultades.

Tercera sesión

El objetivo consistió en aplicar los instrumentos de evaluación pre-test y finalizar el esquema de primera sesión con la pregunta milagro y excepciones. Entre las mejorías destacó: haber convivido con su familia materna y primos, continuó con la búsqueda de trabajo y el agrado de la mamá al verla iniciando una nueva amistad.

Mencionó haberse comunicado telefónicamente con su ex-esposo para saber lo que pasaría con la relación. Al aplicar una escala de confianza del 1 al 10, siendo el 1 menor confianza en lo que le dice su esposo y 10 es la máxima confianza, ella respondió 6, porque aún sigue viviendo con la otra persona y por sus mentiras pasadas. Sin embargo la consultante dijo tener la idea de volver con él, enfatizando ciertas condicionantes.

Pregunta milagro: Imaginó que el siguiente día se sentiría segura, “ya no tendría miedo”, “estaría alegre, tranquila, sin coraje”. Su mamá sería la primera en darse cuenta reconociendo su alegría. “Iría a trabajar con entusiasmo”, “viéndose bonita”. Sus compañeros la notarían con más ánimos que antes. “Las personas que me dañaron en mi pasado ya no tendrían importancia”. Pensaría en las personas que la quieren y en sacar su propia casa, saldría nuevamente con amistades”. Por la noche cenaría con su mamá y platicarían.

Seguido, se dio una retroalimentación por medio del cuento “La Rosa de Oro” de la autora Rosa María Roé (Schneider, 2012), con el fin de fortalecer su autoestima a través del lenguaje indirecto (Watzlawick, 1989). En esta sesión la consultante se ubicó en un 2.5 en la escala de avance, por lo ocurrido positivamente durante la semana a pesar de seguir sintiéndose “triste y ansiosa”, la escala aumentaría a 3 si continúa socializando y encuentra un trabajo. En el mensaje final se elogiaron los pequeños y significativos avances ocurridos. La tarea consistió en identificar las actividades que le gustaría hacer para sentirse menos triste e inquieta y realizar al menos una de ellas.

Cuarta sesión

El objetivo fue trabajar excepciones a partir de las mejorías en la semana, fortalecer la autoestima de la paciente y disminuir síntomas de ansiedad.

Normalización (O’Hanlon & Beadle, 1999): La paciente inició la sesión expresando haberse sentido como antes, con coraje, deseos de llorar, dolor de cabeza, nostalgia por los recuerdos del pasado con su esposo. Durante la semana le habló a su ex-pareja tres veces. Se le explicó que dichas reacciones son comunes en algunas pacientes al igual que su caso, que es parte de asimilar la situación y se Deconstruyó (Beyeback, 2006), es decir, tratar de identificar mejorías buscándolas con más detalle en caso que la primera respuesta del paciente sea negativa. Se realizó preguntándole ¿Qué va un poco mejor?, ¿Qué cosas has podido al menos mantener?, ¿Cómo es que las cosas no han ido peor?

Excepciones: Lo que había ido mejor en esa semana fue; salir a caminar y correr sola en tres días diferentes, sentirse activa, con más ánimos para socializar con su familia y continuar con la búsqueda de empleo. Durante sus relatos se remarcaba ampliaba y atribuía control.

Técnica de visualización (McKay, Davis y Fanning, 1988): Técnica Cognitivo Conductual muy útil para generar un mayor control de la mente, las emociones, reacciones de relajación corporal y para efectuar cambios deseados en la conducta. Para este caso, se inició con ejercicios de respiración, imaginando e induciendo un estado de relajación con el apoyo de la “Metáfora el Árbol” de

Daniel Araoz, citada por Téllez (2007), consistiendo en el relato de una historia para fortalecer la autoestima. Se observó al inicio inquieta, con respiraciones rápidas, luego reportó haberse sentido relajada, con tranquilidad.

En la pregunta escala se ubicó en un 2.5. La tarea consistió en continuar realizando otras actividades que la hicieran sentir bien y escribir cómo se sentía practicándolas.

Quinta sesión

El objetivo fue ampliar las mejorías de forma interaccional.

Excepciones: La paciente faltó a dos sesiones anteriores por asuntos familiares. Reportó haberse sentido mejor, más segura de sí misma, socializó con sus amigas, consideró más opciones de trabajo y pensó en la decisión de terminar con su ex-pareja, sintiendo menos temor que antes al respecto (escala de intensidad de temor del 1-menor intensidad al 10-mayor intensidad, se ubicó en 5).

En la escala de avance subió a 4 debido a las mejorías. Avanzaría a 5 si continúa conviviendo con la familia, socializando con amistades y encontrar un trabajo. La tarea asignada fue la de fórmula de primera sesión (Beyeback y Herrero de Vega, 2010): “Hacer las cosas que le han estado funcionando hasta el momento” y una segunda, “La caja de las sorpresas”. En una caja pequeña depositar siete papelitos con tres actividades de su interés en cada uno. Por día durante una semana, sacar uno, realizar lo escrito y llevar un autorregistro.

Sexta sesión

El objetivo fue identificar excepciones hacia el cambio positivo en la paciente. Reportó como mejorías el haber realizado la tarea con mayor agrado. Continuó perseverando en la búsqueda de oportunidades laborales. Socializó más con familiares y se percibió con actitud más positiva para realizar nuevos planes.

Validación (O’Hanlon y Beadle, 1999): Esta técnica enfocada a soluciones consistió en reconocerle a la paciente los sentimientos positivos y actuación realizada en la tarea de la semana, ampliando excepciones (Beyeback, 2006).

Reestructuración Cognitiva de Beck: Estrategia de la Terapia Cognitivo Conductual, que consiste en modificar el modo de interpretación y valoración subjetiva por medio de la identificación de pensamientos automáticos, el diálogo socrático, la modelación y la práctica de nuevos hábitos cognitivos funcionales (Bados y García, 2010). Esta se llevó a cabo con el apoyo de la “Historia de la renovación del Águila” (Anónima), habla acerca de la renovación que a veces implica dolor emocional para emerger con más fuerzas y vitalidad. Respondiendo con interés al debate y contrastándola con su experiencia, redefiniéndola.

La escala de avance fue de 4.5 por las mejorías en la semana. Proyectándose llegar a un 5, al continuar haciendo lo que le gusta y encontrar trabajo. La tarea para la semana fue continuar haciendo lo que le agrada, leer a su ritmo el libro de autoafirmaciones positivas “Tu felicidad empieza ahora” (Hay, 2010) y frases motivacionales para disminuir de manera indirecta la resistencia al cambio (Nardone y Watzlawick, 1989).

Séptima sesión

Fortalecer la autoestima de la consultante a través del reconocimiento de las mejorías y reestructurar cognitivamente algunas ideas acerca de su coraje fue el objetivo de la sesión.

Excepciones: La consultante continuó sintiéndose bien al salir y socializar. Empezó a trazar un plan de acción para obtener ingresos extras, mientras conseguía empleo. Consideró la idea de no volver con su ex-esposo e imaginarse tranquila y sin coraje. Más familiares empezaron a observar cambios positivos en ella, al verla más animada y contenta, según comentó.

En la escala de autoestima (siendo 1 el momento en que la autoestima está más baja y 10 en el que está muy fortalecida) se ubicó en un 5 porque ya empezaba a aceptarse como era; de igual manera se aplicó una escala para evaluar el coraje (siendo 1 mayor coraje y 10 menor coraje, señaló estar en 5) porque las cosas que hace en el día le han ayudado a no pensar en lo ocurrido.

Reestructuración Cognitiva de Beck (Bados y García, 2010): La aplicación de esta técnica consistió en el análisis y debate de la “Historia del elefante

encadenado” (Bucay, 2012). Ayudó a percibir que según la perspectiva de cada persona, pueden tomarse decisiones hacia el cambio o no. Posteriormente se aplicó la Técnica para el “Fortalecimiento del ego” de Moshe, S. Torem, citada por Téllez (2007), propiciando un estado de relajación y disposición mental positiva hacia sí misma, reportando sentirse relajada y más animada luego de imaginarla. La escala de avance fue 5. La tarea consistió en escribir “La carta para los días de lluvia” (Beyeback y Herrero de Vega, 2010). La próxima sesión se programó para quince días.

Octava sesión

Esta sesión se realizó en cubículo, iniciando con la aplicación intermedia de los inventarios de Depresión y el de Ansiedad de Beck, cuyos resultados reflejaron una disminución de los síntomas depresivos y de ansiedad (Ver figura 1).

Psicoeducación (Beck, 2011): Consiste en informar a la paciente acerca de un tema específico a fin de identificar ideas distorsionadas que no favorecen el avance y modificarlas por otras más lógicas. A partir de la creencia sobre “sentirse poco inteligente”, se aplicó un cuestionario para identificar sus inteligencias Múltiples (Ortiz, 2003) y se le explicó el tema de forma sencilla. Ayudando a desvirtuar el sesgo cognitivo de que sólo se es inteligente cuando se domina la lengua o las matemáticas; creencia que afectaba la percepción positiva de sí misma y sus habilidades. Objetivo evidenciado en el discurso de la paciente en sesiones posteriores. Escala de avance en 5. No se asignaron tareas.

Novena sesión

Excepciones: La consultante reportó sentirse más segura de sí misma, con fortaleza y deseos de lograr metas en la vida, ya tenía trabajo, reconoció que puede ser feliz estando sola y valorando sus recursos. La tarea de la carta le permitió recordar los recursos que posee ante la adversidad e identificar a su familia como un apoyo.

La silla vacía: Técnica gestáltica de Fritz Perls, 1959 (Prettel, Castanedo, Perls & Gendlin, Calda y Torres, 2007) que tiene como objetivo facilitar al paciente

la identificación de sus emociones y sentimientos ligados a elementos significativos de un acontecimiento, expresando tensiones emocionales profundas. Para el caso, la técnica permitió a la paciente establecer contacto y tomar conciencia del significado que le había asignado al acontecimiento de la infidelidad. Al finalizar la técnica se hizo la pregunta: ¿Qué otras cosas te deja esta experiencia además del dolor?, redefiniendo la paciente la experiencia de infidelidad como una oportunidad de aprendizaje, fortaleza personal y de gratitud hacia su madre y hermana por el apoyo.

La escala de avance fue 5, porque aún hay temor para tomar la decisión definitiva de separarse. La tarea fue identificar durante la semana todos los recursos que le servirían en su trabajo y practicarlos, y llenar un cuadro de autoimagen (Gómez-Escalonilla, *et al.*, 2002).

Décima sesión

El objetivo fue reestructurar cognitivamente algunos pensamientos distorsionados e ideas irracionales (Gómez-Escalonilla, *et al.*, 2002). Para ello se aplicaron cuestionarios (Ver resultados en Tabla 1 y 2).

DISTORSIÓN	PORCENTAJE
Pensamiento Polarizado	50
Generalización	50
Abstracción Selectiva	50
Descalificación	50
Anticipación Negativa*	70
Magnificación/Minimización*	70
Razonamiento Emocional	40
“Los Deberías”	0
Etiquetación	40
Personalización	30

Tabla 1: Resultados del Cuestionario de Distorsiones Cognitivas (Burns, 1980).

Las distorsiones cognitivas de mayor significancia* fueron: la anticipación negativa, interpretando las cosas de forma negativa e infundada y la Magnificación o Minimización, exagerando la importancia de las situaciones y/o minimizar los recursos personales frente a estas.

IDEA	PORCENTAJE
Necesito ser aceptado	0
Tengo que ser muy competente	0
Personas inmorales-castigadas	50
Es catastrófico si no salen las cosas	50
Atribución de control externa	0
Inquietud porque ocurra lo peor*	70
Es mejor huir que afrontar	0
Dependencia hacia los demás	0
El pasado me determina	0
Debo preocuparme continuamente	0
Existencia de la solución perfecta	0

Tabla 2: Resultados del Cuestionario de Ideas Irracionales (Ellis, 1997).

La idea irracional de mayor significancia* es la relacionada con “si algo es, o puede ser peligroso o amenazante, debo sentirme muy inquieta y preocuparme constantemente por la posibilidad de que ocurra lo peor(70%).

La psicoeducación favoreció en el objetivo, explicando el concepto y ejemplos de ideas irracionales, reflexionando en conjunto sobre cómo se reflejan en ella y de qué manera pueden trabajarse. Culminando con la aplicación de lo visto en canciones mexicanas para verificar el aprendizaje. La escala de avance fue de 8, porque había afrontado la toma de decisión de dejar a su esposo y expresárselo personalmente. No se asignó tarea.

Onceava sesión

El objetivo fue fortalecer la percepción de la paciente para afrontar positivamente situaciones de adversidad a partir de sus recursos personales.

Excepciones y revisión de tareas: Identificó como mejorías que “ahora valora más a su familia y amistades; habló con su ex-esposo y afrontó su temor. Descubrió la coincidencia de algunas de sus cualidades (ejercicio de autoimagen).

Prevención de recaídas: Para Beyeback (2006), es importante fortalecer los recursos del paciente y sus avances, así como prepararlo para reacciones en posibles escenarios futuros que hagan recaer en la situación que los llevó a terapia. En la paciente se trabajó preguntando: ¿Cómo te servirán a futuro tus recursos para afrontar situaciones similares?:“Descubrí que soy más fuerte de lo

que pensaba”, “ya no siento miedo”, “Si yo pasara algo igual creo que usaría mi fortaleza nuevamente al igual que mis otros recursos”. La escala de avance general fue de 10, por sentirse a gusto consigo misma, con las personas cercanas y afrontar su temor. La escala de autoconfianza fue de 10, porque “estoy segura que no dependo de alguien para ser feliz”. En la escala de coraje hacia su ex – pareja, señaló un 2. La tarea asignada fue la de fórmula.

Doceava sesión

El propósito fue reforzar la autoconfianza en la consultante a través del reconocimiento de sus recursos personales y finalizar el proceso de Terapia. La conclusión que hizo la paciente sobre el significado de su proceso terapéutico fue: “la felicidad está dentro de cada persona”, “me doy cuenta que soy feliz porque disfruto cada momento que vivo”. “No debe depender mi autoestima de una relación”. Se le observó más arreglada físicamente, sonriente y menos ansiosa. Para esta sesión la paciente había tomado la decisión de no continuar con su ex-esposo. Al final se le aplicaron los instrumentos de pos-test (Ver figura 1).

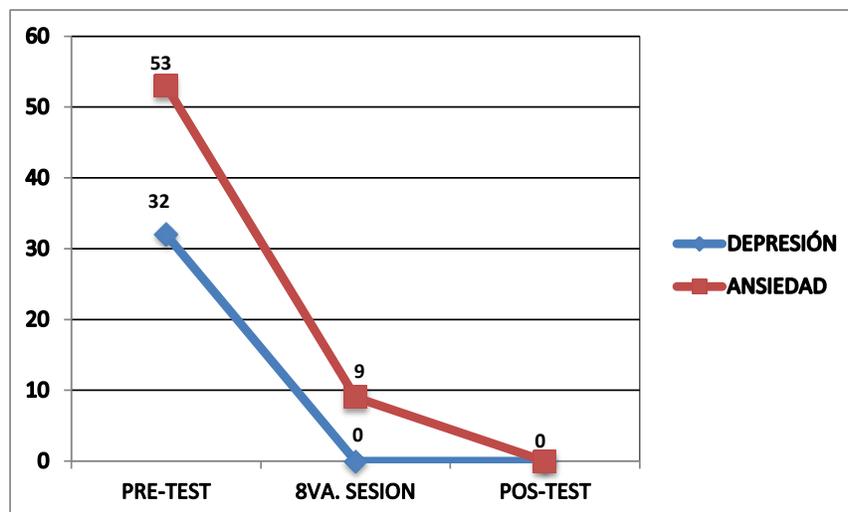


Figura 1: Comparación de resultados del Pre-test y Pos-test del Inventario de Depresión y del Inventario de Ansiedad de Beck.

Los resultados reflejan la disminución de los indicadores de síntomas depresivos graves (32) presentados al inicio de la terapia, hacia un nivel de ausencia de síntomas (0) al finalizar. En el inventario de ansiedad se observa la disminución de síntomas de ansiedad severa (53) a un nivel de ausencia (0).

Al cierre de la terapia la consultante reportó el mantenimiento de mejorías en las escalas de autoconfianza y tranquilidad en 10, así como en la Escala de avance general (Ver figura 2).

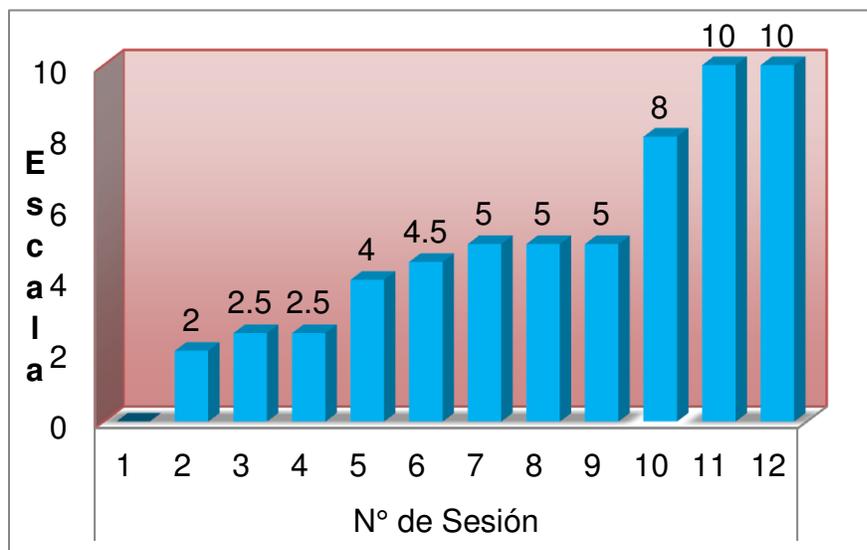


Figura 2: Resultados de la Escala de Avance

La escala de avance aplicada sistemáticamente al final de cada sesión muestra la tendencia hacia las mejorías percibidas por la consultante, iniciando con dos y finalizando con diez, resultados que coinciden con el alcance de los objetivos terapéuticos.

Seguimiento telefónico

Se llevaron a cabo tres llamadas de seguimiento a la paciente, a los tres, cuatro y doce meses. El objetivo fue verificar el mantenimiento de las mejorías en la consultante o posibles recaídas (Estrada, *et al.*, 2011).

En las primeras dos llamadas comentó que “desde la última sesión habían ocurrido cosas muy positivas en su vida, ya tenía una nueva relación de noviazgo, se sentía muy contenta, segura y sus deseos de seguir adelante la impulsaban a buscar nuevas oportunidades laborales. Con su familia mantenía una comunicación cercana, continuaba socializando con sus amistades. En la tercera llamada reportó que se había divorciado y se mantenían los cambios luego de un año de haber concluido la terapia. No reportó recaídas importantes.

DISCUSIÓN

La Terapia Breve combinando los enfoques Centrado en Soluciones y Cognitivo-Conductual para tratar síntomas de depresión por infidelidad resultó ser muy efectiva para este caso, percibiendo la disminución de los indicadores de síntomas depresivos graves y los indicadores de síntomas de ansiedad severa que manifestó al inicio de la terapia.

Las mejorías se percibieron por un lado, a través de los resultados del pre-test y pos-test aplicados a la paciente, iniciando la terapia con indicadores de síntomas depresivos graves (32 puntos) y síntomas de ansiedad severa (53), disminuyendo en el pos-test con la ausencia de síntomas depresivos (0) y síntomas de ansiedad (0). Este resultado coincide con los estudios realizados acerca de la efectividad de la Terapia Breve y el enfoque Centrado en Soluciones de Knekt y Lindfors, 2004; Beyeback, *et al.*, 2006; Guajardo y Cavazos, 2009; Vega, *et al.*, 2014), de igual manera con el enfoque Cognitivo Conductual (Hewitt y Gantiva, 2009; Salinas, 2010; Nava, 2011 y Grijalva, 2013).

Por otro lado, la disminución de los síntomas tiene una correspondencia con la trayectoria de la escala general de avance, que inició en 2, concluyendo el proceso en 10, observando desde la octava sesión mejorías emocionales, fisiológicas y conductuales como: menor miedo a tomar una decisión, ausencia de llanto, menor coraje hacia sí misma y su ex-pareja, se eliminó el dolor de cabeza, opresión en el pecho, insomnio, taquicardias, inquietud, percibiendo más seguridad en sí misma y contacto social con amistades y familiares.

CONCLUSIÓN

La combinación de las técnicas del enfoque Centrado en Soluciones y el enfoque Cognitivo Conductual facilitó el alcance de los objetivos terapéuticos, minimizando la resistencia al cambio en la paciente y a modificar la experiencia de infidelidad, de catastrófica a una oportunidad de cambio y crecimiento personal; y en consecuencia disminuyeron los indicadores de síntomas depresivos y síntomas de ansiedad.

Es importante destacar que existieron algunas limitantes en el estudio, por un lado la reprogramación de sesiones por parte de la consultante incidió en la prolongación de la terapia. Por otro lado, la limitada bibliografía encontrada sobre estudios de casos específicos o investigaciones previas sobre el tema en lengua castellana, de ahí por qué continúa siendo un tema de interés a investigar.

Para futuros estudios se sugiere continuar con la ampliación de la búsqueda bibliográfica, plantear en el proceso psicoterapéutico el apoyo de familiares o amistades y contemplar la aplicación de técnicas Cognitivo Conductuales para relajación, solución de problemas y exposición graduada en combinación con la Terapia Centrada en Soluciones a fin de comprobar mayor efectividad para estos casos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bados, A. y García, E. (2010). **La técnica de la reestructuración cognitiva. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico.** Recuperado de:
<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuraci%C3%B3n.pdf>
- Beck, J. (2011). **Cognitive Behavior Therapy. Basics and Beyond** (Second Edition). New York: The Guilford Press Publications.
- Beyebach, M. (2006). **24 Ideas para una Psicoterapia Breve.** Barcelona: Editorial Herder.
- Beyebach, M. (2010). **200 Tareas en Terapia Breve.** Barcelona: Editorial Herder.
- Beyebach, M. Estrada, B. y Herrero de Vega, M. (2006). El estatus científico de la Terapia Centrada en las Soluciones: una revisión de los estudios de resultados. **MOSAICO. Revista de la Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar, 36**, 33-41. Recuperado de:
<http://umh1365.edu.umh.es/wp-content/uploads/sites/95/2013/02/El-estatus-cient%C3%ADfico-de-la-TCS.pdf>
- Beyebach, M. y Rodríguez, A. (2005). **Terapia Sistémica Breve. Trabajando con los recursos de las personas. Modelos contemporáneos y aplicaciones.** Recuperado de:
<http://www.psicoterapias.es/app/download/12095506/recursos.pdf>
- Bucay, J. (2012). **26 Cuentos para contar.** Argentina: Editorial RBA Libros.

- Cebolla, A. y Miró, M. (2006). **Eficacia de la Terapia Cognitiva** basada en la atención plena en el tratamiento de la depresión. *Revista de Psicoterapia Mindfulness y Psicoterapia*, **17** (2/3), 136-156. Recuperado de: http://media.wix.com/ugd/62e7a6_ac8ecb857a5ed9b244f31570a218bd1a.pdf
- Estrada, B., González, M.T. y Rodríguez, J. (2011). **Esquema de 1ª sesión, 2ª y subsiguientes. Formatos elaborados para la práctica clínica en la Maestría en Psicología con orientación en Terapia Breve**. Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León, México.
- First, M., Pincus, H. y Frances, A. (2002). **Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV-TR, traducción al español** (1ª. Edición). Barcelona: Masson.
- Gómez-Escalonilla, A., Plans, B., Sánchez-Guerra, M. y Sánchez, D. (2002). **Cuadernos de terapia cognitivo-conductual. Estrategias cognitivas para sentirse bien**. España: Editorial EOS.
- González, M.T., Estrada, B. & O'Hanlon, B. (2011). *Possibilities and solutions: the "differences that make a difference"*. *International Journal of Hispanic Psychology*, **3** (2), 185-200.
- González-Pier, E., Gutiérrez-Delgado, C., Stevens, G., Barraza-Lloréns, M., Porrás-Condey, R. y Carvalho, N. (2007). Definición de prioridades para las intervenciones de salud en el Sistema de Protección Social en Salud de México. *Revista Salud Pública de México*, **49** (1), 37-52. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/106/10609108.pdf>
- Grijalva, M. (2013). **Terapia cognitivo conductual aplicada a un caso de depresión no especificada y un problema conyugal**. Recuperado de: <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/2105/1/106837.pdf>
- Guajardo, N. y Cavazos, B. (2013). Intervención Centrada en Soluciones y Cognitivo Conductual en un caso de Violencia en el Noviazgo. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, **16** (2), 476-503. Recuperado de: <http://campus.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol16num2/Vol16No2Art10.pdf>
- Gutiérrez, G. (2013, Sept. 21). En México, dos mujeres se deprimen por cada hombre. Recuperado de: <http://www.siempre.com.mx/2013/09/dos-mujeres-se-deprimen-por-cada-hombre/>
- Hay, L. (2010). **Tu felicidad empieza ahora**. México: Editorial Urano.

- Hewitt, N. y Gantiva, C. (2009). La Terapia Breve: una alternativa de intervención psicológica efectiva. **Revista Avances en Psicología Latinoamericana**, 27(1), 162-176. Recuperado de: <http://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/viewFile/10/18>
- Luyens, M. y Vansteenwegen, A. (2001). Intervenciones terapéuticas en parejas con problemas por affairs extramatrimoniales: un modelo de fases. **Revista Argentina de Sexualidad Humana**, 15 (1), 7-16. Recuperado de: <http://sasharg.com.ar/descargas/Affair.pdf>
- Martínez, E. (2011). **Estudio de caso: Terapia Sistémica para la ansiedad y la depresión subclínicas**. Universidad San Francisco de Quito. Recuperado de: <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/1364/1/101747.pdf>
- McKay, M., Davis, M. y Fanning, P. (1988). **Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés**. México: Ediciones Roca.
- Nardone, G. & Watzlawick, P. (1989). **El arte del cambio. Manual de Terapia Estratégica e Hipnoterapia sin trance**. Estados Unidos: Editorial Herder.
- Nava, M. (2011). **Efecto de la terapia de activación conductual en las conductas depresivas de tres consultantes**. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá. Recuperado de: <http://repository.javeriana.edu.co/bitstream/10554/1546/1/NavasTequiaMarianaSusana2011.pdf>
- O'Hanlon, B. & Beadle, S. (1999). **A guide of possibility land: fifty-one methods for doing**. New York: Norton & Company Inc.
- Organización Mundial para la Salud, OMS (2008). **Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria**. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperado de: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_430_Ansiedad_Lain_Entr_resum.pdf
- Organización Mundial para la Salud, OMS (2012, octubre 11). La depresión es el trastorno más frecuente. **Comunicado OPAMS**. Recuperado de: http://www.paho.org/bol/index.php?option=com_content&view=article&id=1520
- Ortiz, M. (2003). **Inteligencias Múltiples en la educación de la persona**. Argentina: Editorial Bonum.
- Özrgün, S. (2010). **The predictors of the traumatic effect of extramarital infidelity on married women: coping strategies, resources, and forgiveness**. Istanbul. 273. Recuperado de: <http://etd.lib.metu.edu.tr/upload/12612254/index.pdf>

- Pérez, M. y García, J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. **Revista Psicothema**, **13** (3), 493-510. Recuperado de: <http://156.35.33.98/reunido/index.php/PST/article/view/7902/7766>
- Prettel, O., Castanedo, C., Perls & Gendlin, Caldas, F. y Torres, P. (2007). Técnica la silla vacía. Recuperado de: <https://prettel.files.wordpress.com/2007/03/la-silla-vacia.pdf>
- Ramírez, J. y Rodríguez, J. (2012). El proceso en Psicoterapia combinando dos modelos: Centrado en Soluciones y Cognitivo Conductual. **Revista Electrónica de Psicología Iztacala**, **15** (2), 610-635. Recuperado de: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=287&IDARTICULO=37963&IDPUBLICACION=4019>
- Schneider, M. (2012, 23 de octubre). **Cuento de la Rosa de Oro**. Recuperado de: <http://www.abc.com.py/edicion-impresa/suplementos/escolar/la-mayoria-de-las-historias-que-escuchamos-o-que-leemos-son-lecturas-con-mensajes-468257.html>
- Sanz, J. (2014). Propiedades psicométricas de una versión española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). **Revista Scielo, Clínica y Salud**, **25**, (1), 39-48. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v25n1/original4.pdf>
- Sanz, J., Perdigón, A. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión Beck-II (BDI-II): 3 Propiedades Psicométricas en población general. **Revista Redalyc, Clínica y Salud**, **14** (3), 249-280. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/1806/180617972001.pdf>
- Salinas, J. (2010). El Tratamiento de la Depresión con un enfoque de Activación Conductual: Un caso. **Revista Electrónica de Psicología Iztacala**, **13** (3), 105-126. Recuperado de: <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol13num3/Vol13No3Art6.pdf>
- Schade, N., Beyebach, M., Torres, P. y González, A. (2009). Terapia Familiar Breve y Atención Primaria: Un caso de Trastorno Somatomorfo. **Revista Terapia Psicológica**, **27**, (2), 239-246. Recuperado de: <http://teps.cl/files/2010/05/art09.pdf>
- Sevilla, E. (2013). **Estudio de caso: terapia cognitiva conductual para trastorno de ansiedad generalizada, episodio depresivo mayor y trastorno de personalidad esquizoide**. Universidad San Francisco de Quito. Recuperado de: <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/2182/1/106933.pdf>

- Tarragona, M. (2006). Las Terapias Posmodernas: Una breve introducción a la Terapia Colaborativa, la Terapia Narrativa y la Terapia Centrada en Soluciones. **Revista Psicología Conductual**, 14 (3), 518-521. Recuperado de:
http://www.academia.edu/8288807/LAS_TERAPIAS_POSMODERNAS_UNA_BREVE_INTRODUCCION_A_LA_TERAPIA_COLABORATIVA_LA_TERAPIA_NARRATIVA_Y_LA_TERAPIA_CENTRADA_EN_SOLUCIONES
- Téllez, A. (2007). **Hipnosis Clínica: un enfoque Ericksoniano**. México: Editorial Trillas.
- Vega, B., Musi, M. y Almada, C. (2014). Efectividad de tres encuadres de Terapia Breve Sistémica para mejorar el nivel de satisfacción familiar. **Revista Psicología Científica. com**, 16. Recuperado de:
<http://www.psicologiacientifica.com/efectividad-tres-encuadres-terapia-breve-sistemica-satisfaccion-familiar/>
- Watzlawick, P. (1989). **El Lenguaje del cambio. Nueva técnica de la comunicación terapéutica**. Barcelona: Editorial Herder.
- Ward, E., King, M. y Lloyd, M. (2000). **La Psicoterapia Breve es efectiva en el tratamiento de depresión a corto plazo**. Recuperado de:
<http://www.foroaps.org/files/psicoterapia%20breve.pdf>