



Sistematización de caso clínico de Trastorno Bipolar Tipo I

Prof. Dr. Andrés López Pell

Tutor: Esp. Ezequiel Guerra

Lic. Ezequiel J. Guerra
Psicólogo Esp. Toc
M.N. 91256 M.P. 85225

Lic. Mariela Soledad Tobar

Especialista en Terapia Cognitiva

Facultad de Psicología y Relaciones Humanas

Enero de 2021

Índice

| | |
|--------------------------------------|----|
| Resumen | 3 |
| Introducción..... | 4 |
| Trastornos del Estado de Ánimo..... | 6 |
| Criterios Diagnósticos ICD-10..... | 7 |
| Criterios Diagnósticos DSM-IV..... | 7 |
| Curso de tratamiento | 8 |
| Conceptualización de caso Anita..... | 13 |
| Caso Anita..... | 17 |
| Descripción del caso..... | 17 |
| Tratamiento..... | 18 |
| Conclusión..... | 24 |
| Técnicas..... | 26 |
| Referencias..... | 30 |

Resumen

En el siguiente trabajo presentado se describe el recorrido realizado en la formación de la Especialización en Terapia Cognitiva, cuyo objetivo fue poder dar cuenta de la sistematización de un caso clínico en la práctica del campo de trabajo en la clínica. El caso clínico presentado es el Trastorno Bipolar de Tipo I. A lo largo de la formación teórica y práctica, pude ir comprendiendo mejor el abordaje en la clínica que me permitió generar mayor precisión al momento de poder establecer un diagnóstico. Esto se logró con las supervisiones, las conceptualizaciones, la aplicación de instrumentos de evaluación psicométricos y, con el apoyo de la bibliografía, de modelos de tratamientos para poder llevar a cabo la implementación de los mismos, a partir de la utilización de las técnicas cognitivas pertinentes para cada caso en particular.

Introducción

Para esta presentación del trabajo final de la Especialización en Terapia Cognitiva, se tomará como eje central la construcción de la alianza terapéutica, teniendo en cuenta mi estilo personal como terapeuta y considerando el abordaje un caso clínico complejo por recomendación de un colega.

La alianza terapéutica, según Bordin (1979), es el elemento relacional dentro de las relaciones que constituyen la posibilidad de inducir un cambio activo. El constructo de tres componentes esenciales determinará a futuro el éxito o abandono del proceso terapéutico. Estos son:

1. El vínculo entre paciente y terapeuta, el tono emocional respecto a empatía, la confianza mutua y la aceptación.
2. Acuerdo entre el paciente y el terapeuta relacionado a los objetivos terapéuticos.
3. Acuerdo entre ambos en las actividades a realizar.

Asimismo, una de las variables que influyen en la alianza es, para Fernández-Álvarez (1998), el estilo personal de terapeuta (ETP), definido como las definiciones que llevan a un terapeuta a operar de cierta manera en su labor. Son las características que el terapeuta impone como resultado de su forma de ser, más allá del enfoque empleado y de los requerimientos de la intervención (Corbella et al., 2006).

Tomando lo anteriormente dicho, según Fernández-Álvarez (1998), el terapeuta representa su estilo personal mediante una dimensión continua bipolar en el desarrollo de sus funciones. Estas son:

1. Instruccional: el terapeuta fluctúa entre rígido/ flexible. En el dispositivo terapéutico.
2. Atencional: el terapeuta fluctúa entre activo/receptivo. En el trabajo terapéutico.

3. Expresiva: el terapeuta fluctúa entre próximo/distante. En la relación afectiva con el paciente.
4. Operacional: el terapeuta fluctúa entre pautado (reglado, directivo) / espontáneo (intuitivo no directivo). En el desempeño de las tareas.
5. Evaluativa: el terapeuta fluctúa entre estimulador (dirigido al resultado) /crítico (dirigido a la comprensión). En el juicio para la concreción de los objetivos.
6. Involucración: el terapeuta fluctúa entre muy comprometido/ poco comprometido. En la involucración con su tarea.

Como terapeuta, pude discernir en las primeras intervenciones a realizar a partir de supervisiones en las prácticas de la carrera, logrando generar vínculos con los integrantes de la familia y establecer un encuadre terapéutico ante las continuas demandas de sus miembros. Las intervenciones fueron enmarcadas desde el modelo de la Terapia Cognitiva que, según Wright y Beck (2000), es un sistema de psicoterapia que se basa en las teorías del procesamiento patológico de la información de los trastornos mentales. El tratamiento está orientado a poder identificar las cogniciones distorsionadas o desadaptativas y las alteraciones conductuales para poder modificarlas.

El caso se llevó a cabo a través de la sistematización. Según Jara (1994), la sistematización es la descripción de la experiencia sobre la práctica clínica durante la formación. Se entiende por sistematización a un proceso de conocimiento que permite interpretar y ordenar la experiencia de manera integradora. Esto facilitará a los sujetos aprender de las experiencias y utilizar los conocimientos que se han desarrollado para mejorarlos y transformarlos, con el fin de comprender y mejorar la propia práctica.

Trastornos del Estado de Ánimo

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 4ª edición revisada [DSM-IV-TR] (2002), las personas presentan una alteración del estado del humor, siendo una de sus principales características del Trastorno del Estado de Ánimo. Los episodios afectivos que aparecen, tales como el episodio depresivo mayor, el episodio maníaco, el episodio mixto y el episodio hipomaníaco, forman parte de los criterios diagnósticos. Estos se dividen en:

- Trastornos depresivos (depresión unipolar).
- Trastornos bipolares.
- Trastornos basados en la etiología (trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica y trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias).

Los trastornos depresivos (trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado) se diferencian de los trastornos bipolares porque no presentan historia previa de episodio maníaco, episodio mixto o episodio hipomaníaco. Estos últimos como el trastorno bipolar I, trastorno bipolar II, trastorno ciclotímico y trastorno bipolar no especificado, si cuentan con la presencia de historia previa y son acompañados por episodios depresivos mayores (DSM-IV-TR, 2002).

Se hará una reseña a la descripción del Trastorno Bipolar de tipo I, episodio más reciente mixto, debido a que el caso abordado expresa dicho trastorno. Según Ramírez Basco (2008), el Trastorno Bipolar es de naturaleza biológica las personas presentan síntomas físicos (alteraciones en el sueño, concentración, energía y apetito) y psicológicos (alteraciones en el nivel de pensamiento, sentimientos y modos de actuación).

Siguiendo con Ramírez Basco (2008), la presencia de episodios afectivos como la depresión y la manía generan cambios en los procesos de pensamientos (cogniciones) y emociones y, a su vez, afectan a la conducta. Por lo tanto, las acciones que se desarrollan también pueden cambiar, por ejemplo, cuando una persona atraviesa episodios maníacos puede observarse comportamientos desorganizados o que saltan de una actividad a otra, y cuando una persona está atravesando episodios depresivos puede observarse mayor lentitud en la marcha de lo usual.

La aparición de estas conductas afectará directamente sobre la capacidad para desenvolverse con eficacia ante situaciones sociales, en el trabajo o en el hogar, bajando el nivel de funcionamiento. Cuando las personas no lo pueden contrarrestar, es habitual que se perpetúen las dificultades, generándose problemas psicosociales y volviéndose a cumplir el ciclo, es decir, los síntomas (Ramírez Basco, 2008).

Crterios Diagnósticos ICD-10

Según el ICD-10 (F31.6), el paciente ha tenido al menos un episodio hipomaniaco, maníaco, depresivo o trastorno del humor (afectivo) mixto antes, y actualmente presenta una mezcla o un ciclo rápido de síntomas maníacos y depresivos. Excluye: Episodio afectivo mixto aislado (F38.0). Criterios: - A: Episodio actual caracterizado por una mezcla o una sucesión rápida (pocas horas) de síntomas hipomaniacos, maníacos y depresivos. - B: Ambos tipos de síntomas (maníacos y depresivos) deben ser destacados la mayor parte del tiempo durante un periodo de por lo menos dos semanas. - C: Existiendo al menos un episodio en el pasado, comprobado de hipomanía o manía (F30.-), depresivo (F32.-) o de trastorno del humor (afectivo) mixto (F38.00).

Criterios Diagnósticos DSM IV

DSM – IV: (F31.6) [296.6x] los criterios diagnósticos son:

- A. Actualmente o el más reciente es un episodio mixto.
 - B. Anteriormente ha presentado por lo menos un episodio depresivo mayor, un episodio maníaco o un depresivo mixto.
 - C. Los episodios afectivos en los criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- Especificación: Grave sin síntomas psicóticos.

Curso de Tratamiento

El perfil cognitivo de las personas con un trastorno bipolar es el de un patrón de perfeccionismo, esfuerzo orientado a logros, autocrítica y autonomía (Alloy et al., 2005). El tratamiento es llevado a cabo mediante la psicoeducación, que implica la explicación de los conceptos básicos de la terapia cognitiva y la presentación del formato de las sesiones (Wright & Beck, 2000). Esto es lo que permite comprender de manera organizada el trastorno bipolar, este mismo deberá realizarse cuando la persona se encuentra en la fase de eutimia para lograr mayor asimilación de contenidos (Leventhal et al., 1984).

Según Miller y Rollnick (2002), el rol terapéutico que tienen las intervenciones es el de proceder en un “timing” (temporalidad de las intervenciones) sincronizado con las fases en curso. Implica que cada fase demanda intervenciones diferentes u opuestas en que el terapeuta debe saber si aplicarlas o no. La importancia de la comunicación entablada entre paciente y terapeuta posibilitará generar un clima de negociación en que

el paciente sienta parte para participar en la toma de decisiones (si su estado mental lo permite), según el enfoque motivacional.

Según Torrente (2006), el vínculo entablado entre paciente y terapeuta es significativo en el desarrollo del sentido de empatía por parte de éste último, siendo necesario como base para las intervenciones más específicas.

Torrente (2006) afirma que el paciente pueda ser comprendido y valorado en el relato de sus experiencias más allá del “rol de experto” como terapeuta. Este orientará al paciente a explorar en busca de soluciones recorriendo experiencias pasadas, sus opiniones e introduciendo cambios a modo de “experimentos” a evaluar más que una repuesta de solución certera. Además, en el vínculo del terapeuta y del paciente es pertinente otorgar contención y estabilidad, que se alcanza con un contacto continuo y accesibilidad al equipo tratante vía telefónica u otros medios.

Para aumentar la conciencia de enfermedad en el presente y hacia el futuro, se realizará un esquema para controlar las oscilaciones del estado de ánimo del Trastorno Bipolar, en base a Ramírez Basco (2010). Este es:

| Objetivos | | Técnicas |
|------------------------|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Paso nº 1: Verlo venir | Conocer los síntomas | Gráfico de vida: llevar un registro de la historia personal, describir qué es normal para el cliente. Marcar los acontecimientos importantes ocurridos en la vida. Marcar la presencia de consumo de sustancias. Incluir información de los periodos de tratamiento. Marcar otros problemas psicológicos que han aparecido. Describir los síntomas relacionados al estado de ánimo: cuándo estoy maniaco/ Cuando estoy deprimido/cuando me siento bien. |
| | Vigilar el estado de ánimo | Gráfico del estado de ánimo y gráfico de los síntomas: Describir los cambios que se experimenta cuando re-aparecen los síntomas y los primeros síntomas de alarma de depresión o manía. |
| | Reconocer los desencadenantes | Identificar los desencadenantes en la gráfica de la vida: describir los cambios conductuales durante la depresión y durante la manía. |

| | | |
|----------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | Revisar la lista de cosas que empeoran la situación: describir las cosas que hacen empeorar la depresión y la manía. |
| Paso nº 2: Tomar precauciones | No empeorar la situación | Aprender a dormir lo suficiente, seguir la medicación, lleva a evitar los desencadenantes de los síntomas. |
| | Añadir aspectos positivos | <p>Aprendiendo a fortalecer nuestras relaciones: describir las razones para relacionarse con la gente.</p> <p>Fijándonos unos objetivos personales: listado de objetivos personales (actividades, responsabilidades e intereses actuales). Realizar una sola cosa a la vez, brindar recompensas.</p> <p>Trabajando en dirección a la adaptación a la enfermedad: realizar un registro de las fases de la adaptación al trastorno bipolar.</p> <p>Desarrollando hábitos saludables: descripción de los hábitos saludables, controlar el peso.</p> |
| | Disminuir los aspectos negativos | <p>Solución de problemas: describir ante situaciones lo que pasó, los pensamientos y las cosas que se hizo.</p> <p>Controlar la preocupación y la rumiación: Repasar mentalmente el día que se tuvo, las preocupaciones antes de ir a dormir, anotarlas y dar prioridad de resolución.</p> <p>Evitar la sobreestimulación: Reconocer lo que pasa en el entorno ambiental, identificar el estímulo (es externo o interno), resolverlo, alejarse de los estímulos.</p> |
| Paso nº 3: Reducir los síntomas | Salir de la inactividad | Programación de actividades: realizar una lista de prioridades. |
| | Combinar los pensamientos | Métodos del cáptalo, contrólalo, corrígelo [la triple C]: describir los pensamientos, los errores de la percepción, las acciones de nuestras conductas. |
| | Frenar la desorganización mental | Métodos de ralentízalo, focalízalo, estructúralo: ralentizar el pensamiento, focalizarlo y estructurar para tomar decisiones. |
| | Reducir la hiperactividad | <p>Controlar la sobreestimulación: identificar las cosas que empeoran la situación.</p> <p>Manteniendo a raya el ansia de novedades: desglosar las actividades por partes, poner límites a la actividad mediante el establecimiento de objetivos.</p> <p>Tratar de dormir: presentar regularidad en los horarios, realizar higiene del sueño.</p> |
| Paso nº 4: Evaluar los progresos | Vigilar los cambios en el estado de ánimo y los síntomas | <p>Gráficos del estado de ánimo: Monitorear los síntomas</p> <p>Hoja de trabajo de los síntomas del estado de ánimo:</p> <p>Preguntar a otras personas: pedir feedback.</p> |

Newman et al. (2001) mencionan que, en el desarrollo de las fases depresivas, las personas generan pensamientos negativos (rumiaciones) en torno a la percepción del fracaso por no alcanzar ciertos objetivos, temas de pérdida del funcionamiento o de capacidad, sentimientos de culpa por acciones llevadas a cabo en las fases maníacas, y proyecciones negativas sobre el curso de la enfermedad. Estas percepciones están aumentadas por distorsiones cognitivas anexas del estado de ánimo.

La estrategia cognitiva apuntará al reconocimiento de tales distorsiones y al bloqueo de las rumiaciones, a través de la reestructuración cognitiva, que implica la búsqueda de pensamientos alternativos, constatar evidencias en verdadero o falso, analizar las consecuencias, etc. (Newman et al., 2001).

Newman et al. (2001) afirman que, durante las fases hipomaníacas o maníacas, las personas inciden en pensamientos de “aprovechar el momento ahora que puedo” (ideas circunstanciales) o “sentirse mejor haciendo muchas cosas” o “querer lograr grandes cosas” (ideas más profundas, relacionadas con la autoestima y la identidad personal). Estas ideas incrementan el estado de actividad, generando pensamientos disfuncionales.

Por lo tanto, Newman et al. (2001) plantean la utilización de reestructuración cognitiva, lo que permitirá corroborar tales creencias con los resultados o consecuencias de llevarlo adelante, como en episodios anteriores. Entonces a pesar de que muchas veces las consecuencias han sido caóticas (pérdida económica, laborales, familiares, etc.) ante los episodios de “hacia arriba”, Newman et al. afirman que las personas vuelven hacia esa sensación producto de ese estado afectivo aumentado de “volver a sentirse bien”, manifestando un exceso de confianza en sí mismos y motivados para encarar nuevos retos.

La estrategia cognitiva en esta situación consistirá en “bajar” ese estado a la

realidad, aunando tales creencias disfuncionales auto motivadoras con los resultados negativos en episodios previos. Para este fin, se requiere elaborar contratos con el paciente que lo comprometan, por ejemplo, a consultar con un tercero de confianza antes de tomar una decisión, o esperar 48 horas antes de concretar acciones para poder analizar las variables, etc. (Newman et al., 2001).

De acuerdo con Newman et al. (2001), para ambas fases surge un monto en común, la autoestima y el valor de la persona con la actividad, el logro de metas y la autonomía como creencias que subyacen a los pensamientos automáticos. En las fases hipomaniacas o maníacas, estas creencias se activan en estado alterado, dando lugar a pensamientos automáticos auto motivadores de “aprovechar e ir por más”. Por otro lado, en las fases depresivas, estas creencias aparecen en los pensamientos automáticos en forma negativa, rumiativos de “sentirse un fracaso por no perder”. El abordaje cognitivo estará orientado a trabajar sobre esas creencias subyacentes y esquemas abocando a modificar esa dinámica entre satisfacción y exceso de actividad (Newman et al., 2001).

El abordaje con la familia en el tratamiento se combina la psicoeducación, entrenamiento en comunicación y entrenamiento en habilidades de solución de problemas (Miklowitz et al., 2003).

Conceptualización de caso Anita

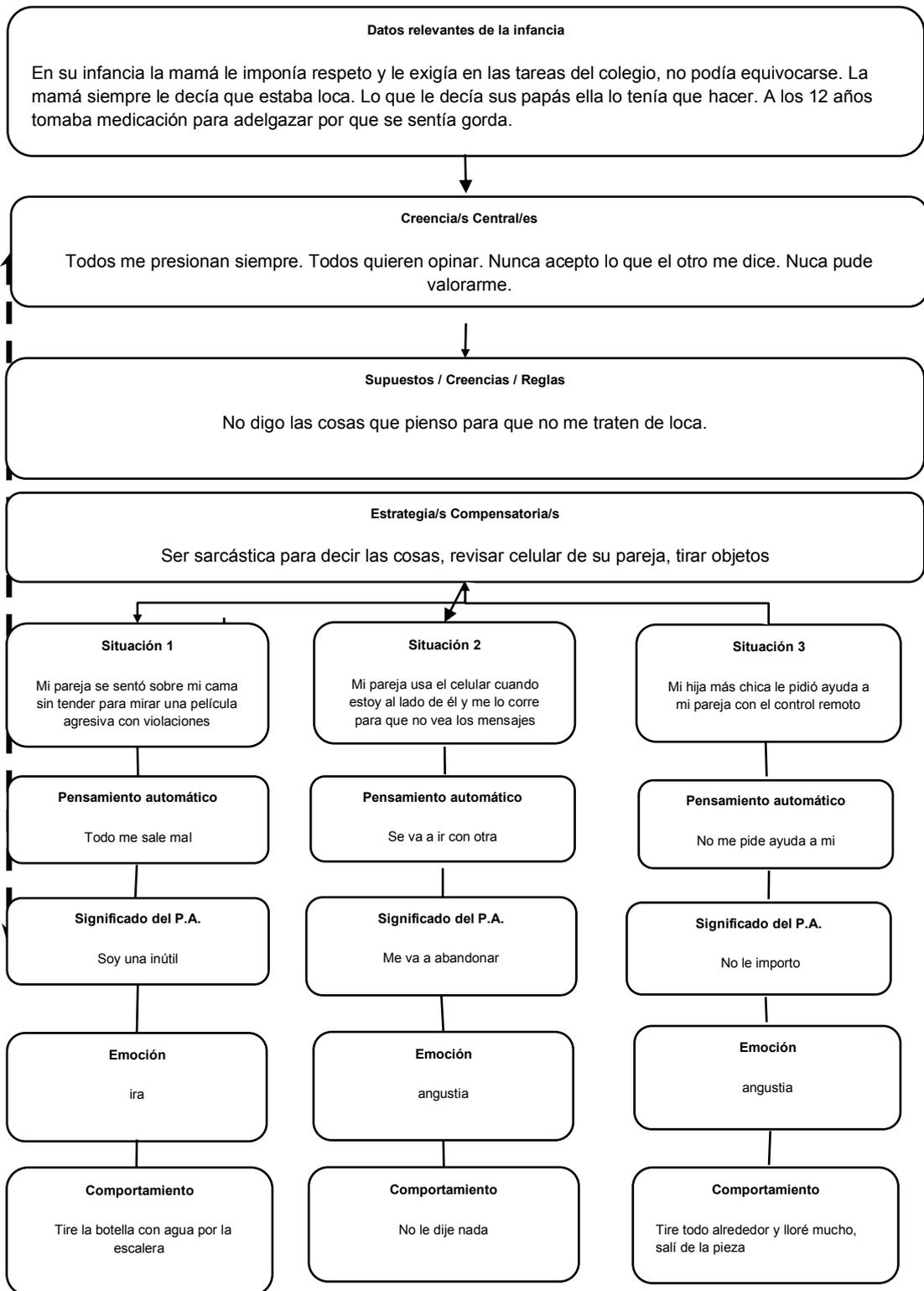


Diagrama de conceptualización cognitiva, Beck (2000, p.177)

Diagrama de formulación inicial de caso y plan de tratamiento de Persons (2008).

Nombre y otros datos identificatorios:

Nombre: Anita

Edad: 49 años

Ocupación: Retirada de la docencia de nivel inicial.

A) Lista de problemas:

1. Quiero entender lo que me pasa
2. No quiero tener más crisis
3. Quiero relacionarme mejor con mi pareja

B) Diagnóstico

Eje I: F31.6. [296.6x] Trastorno Bipolar Tipo I Episodio mixto más reciente

Eje II: Ninguno.

Eje III: Problemas de alimentación. Hipertensión.

Eje IV: Ninguno.

Eje V: 50% actual (EEAG)

C) Hipótesis de trabajo

Al menos tres situaciones problemáticas típicas, con sus pensamientos automáticos, emociones, conductas y significado que les da (Beck).

Están descritas en el diagrama.

C1) Creencias Intermedias (supuestos y estrategias):

Mi familia siempre me exige demasiado, todos me presionan, no puedo decir las cosas.

Nunca me tengo confianza.

C2) Creencias nucleares con respecto a:

- a) sí mismo: la culpa es mía
- b) los otros: desconfío de todos
- d) el futuro: impredecible

C3) Orígenes de estas creencias: en la infancia desaprobación de sus dichos por parte de su mamá.

C4) Precipitantes (y si es un trastorno crónico, qué precipitó la consulta): peleas con su pareja y pedido del psiquiatra.

C5) Situaciones activadoras: exigencia, celos.

C6) Resumen de la Hipótesis de Trabajo: aumentar la expresión de sus deseos permitirá la disminución de sus crisis emocionales y conductuales con las personas significativas de su entorno. De modo tal facilitará ahondar y modificar sus creencias nucleares desadaptativas.

D) Fortalezas y ventajas del paciente:

Capacidad de sostener el espacio de las sesiones

Continuidad de las tareas intersesión

Autopercepción de sus dificultades comunicativas

Baja tolerancia a la frustración

Dificultad para el orden alimentario

E) Plan de Tratamiento

E1. Objetivos y cómo se los medirá: Reducir las situaciones de crisis conductuales mediante presentación de estímulo incompatible. Favorecer el reconocimiento de los antecedentes de su conducta mediante el registro ABC (Análisis Funcional de la Conducta). Disminuir las distorsiones cognitivas en base a la reestructuración cognitiva. Aumentar su autoestima mediante reforzadores positivos en base al armado de un listado. Favorecer el reconocimiento de sus emociones a través del registro de situaciones, emociones, pensamientos y conductas.

E2. Formato y frecuencia: sesiones en el formato de terapia cognitiva conductual. Una vez por semana, cincuenta minutos. (de ser necesario se aumenta a un día más). Una vez al mes con la familia. La paciente realizará tareas intersesión.

E3. Intervenciones que se utilizarán: la psicoeducación, registro diario del estado de ánimo, reestructuración cognitiva, técnica de relajación (Jacobson), Reforzadores positivos, extinción, método de observación directa, reforzadores sociales, flecha descendente, entrenamiento en habilidades conductuales, entrenamiento en solución de problemas, registro de pensamientos distorsionados.

E4. Otros tratamientos que hacen falta: Tratamiento psiquiátrico.

E5. Obstáculos que se anticipan en el curso de la terapia: posible ausencia debido a la desorganización en la rutina

Caso Anita

Descripción del caso

El caso llega a la consulta a partir de la recomendación de un colega por cercanía a mi zona de atención en el consultorio. Comienza este año de 2020 en periodo de Aislamiento Social Preventivo Obligatorio debido a la pandemia de COVID-19. La modalidad establecida es de manera virtual por medio de video llamada o Zoom. Este caso se llamará “caso Anita”. El motivo de consulta es por reiteradas crisis emocionales y conductuales en que Anita procede a revolver objetos del ambiente, generando una disrupción entre los miembros de la familia en el ámbito de su hogar en el que convive, seguida de la recomendación del inicio de terapia del Psiquiatra tratante.

El cuadro de base que presenta es un Trastorno Bipolar que pertenece al Tipo I (DSM IV-TR., 2002) que tuvo conocimiento hace tres años atrás a partir de varias explosiones en su comportamiento que había desplegado en el área laboral (institución escolar), que la llevo a retirarse antes de que se cumpla su edad para su jubilación. Ella era docente de nivel inicial y a lo largo de su labor fue cambiando su cargo dentro de la institución. La comunicación es realizada a través del celular del hijo, ya que el suyo lo había roto tiempo atrás. Ante episodios de crisis se comunica la pareja conmigo, aun ella no ha logrado comunicarse conmigo desde su iniciativa, y a su vez me comunico con el psiquiatra para poder realizar un seguimiento desde su adherencia al plan farmacológico y con supervisiones desde el marco cognitivo-conductual.

Se aborda la psicoeducación (Wright & Beck, 2000) para primeramente generar la adhesión al tratamiento psiquiátrico, ya que pasó por tres profesionales y cambió de

medicación farmacológica, por lo que se marca la importancia de la adhesión al tratamiento terapéutico. A medida que pasaron las sesiones, pudo ir sosteniendo el tratamiento sin cancelaciones, mostrando un buen desempeño en la alianza terapéutica (Bordin, 1979).

Tratamiento:

En el inicio del tratamiento, las primeras intervenciones fueron orientadas a formar una alianza terapéutica (Bordin, 1979) con Anita y establecer un encuadre dentro de la modalidad virtual. Se comienza a conocer cuál es su rol dentro del sistema familiar, su percepción de los miembros de la familia, y la modalidad de vinculación que establece con los mismos. Anita, de a poco, va contando sobre su infancia y cómo era la mirada de ella de sus padres y viceversa. Se le explica el diagnóstico de Trastorno Bipolar I (DSM IV-TR., 2002), mediante la psicoeducación (Wright & Beck, 2000), y la importancia del cumplimiento del plan farmacológico. Aparece sensaciones de angustias y enojos hacia ella misma a medida que quería entender qué era lo que estaba atravesando de adulta, se la aborda en base a la validación emocional, para ir asimilando la comprensión de dicho diagnóstico. El diagnóstico ha sido establecido alrededor de dos años atrás por un psiquiatra, a raíz de descompensaciones emocionales y conductuales que había tenido, por lo que su familia nuclear la retiró de su trabajo previamente a la llegada de su jubilación. Ella era docente de nivel inicial y trabajaba en la institución de sus padres. En acuerdo en común con la paciente, se pacta con su familia llevar a cabo encuentros de orientación familiar con una frecuencia de una vez al mes, con quienes se realiza psicoeducación mencionando la importancia del monitoreo de su comportamiento, y los parámetros a tener en cuenta ante ideas o conductas suicidas que pudiera llegar a tener Anita. En la sesión con la familia, se observan los roles que ocupan los miembros dentro

del núcleo familiar. Los integrantes son un hijo de 19 años, una hija de 16 años y su pareja. Anita tiene dos hijas mujeres de 23 y 27 años, la mayor convive con su pareja y la menor vive sola, mientras que sus padres se encuentran viviendo en el norte de Argentina. Se aborda posteriormente con Anita las situaciones que desencadenan las crisis emocionales y conductuales, ya que presenta grandes grados de inestabilidad emocional y conductual: episodios anteriores habían desencadenado una internación un año atrás. Se interviene con estrategias que se acuerdan conjuntamente confeccionando un listado para acaparar las crisis. Estas son expresadas tirando y/o rompiendo objetos, muebles del hogar y prendas. Se acuerda con la familia para llevar a cabo el mismo procedimiento del plan de crisis y se les brinda, tanto a la familia como a ella, un espacio de comunicación telefónica frecuente con la terapeuta o el psiquiatra ante situaciones de emergencia.

Con el psiquiatra me comuniqué para establecer pautas en común y poder conocer sus episodios anteriores de crisis conductuales y emocionales, y cambios en su medicación. También he recurrido a supervisión para corroborar si el procedimiento en los episodios de crisis y/o posible internación, en caso de que lo requiriese, era acertado. Una vez instruido el procedimiento siguieron las crisis con fluctuaciones durante las semanas. Intenté de detectar el error como profesional del procedimiento llevado adelante y, al continuar con los encuentros con la familia, visualicé que el sostenimiento de la conducta problema estaba siendo reforzado por la familia. Procedí a aplicar la técnica de extinción, a través de la cual la pareja de Anita ya no tendría que acomodar ningún elemento por ella. En crisis posteriores, Anita tenía conocimiento que nadie le iba a cooperar, por lo tanto, dejó de tirar y/o romper objetos de su habitación.

Una vez presentado el procedimiento de resolución ante una crisis, instruí a la familia que solo tendrían que intervenir en casos extremos, ya que volví a visualizar el procedimiento, y mi error estaba en que Anita se seguía apoyando en su familia y en

demanda atencional a medida que ellos colaboraban en la resolución de las crisis que atravesaba. Se instruye a la familia para que Anita utilice los utensilios de cocina cortantes con supervisión de ellos, los objetos de mayor peso debían ser retirados de la habitación y/o elementos cortantes y que, por el momento, quedaba suspendida la opción de manejar su propio auto.

A medida que fuimos avanzando, incorporamos el registro de los pensamientos disfuncionales, a través de la psicoeducación Anita empezó a conocer paulatinamente sus pensamientos, emociones y comportamientos ante situaciones cotidianas. También se llevó adelante el registro gráfico del estado de ánimo en este registro Anita expresa preferir visualizarlo mentalmente para ir adoptando y asimilando el concepto de registro y luego por escrito. Ese pedido de ella fue sostenido para favorecer la adherencia al tratamiento terapéutico, permitiendo seguir avanzando de un paso a la vez, teniendo en cuenta su personalidad con características de perfeccionismo y autocrítica.

Consecutivamente, se le sumó el gráfico de los síntomas para poder ir logrando la comprensión y favorecer la anticipación de los momentos que le genera depresión. Así fue como juntas pudimos ver las situaciones que venían generando mayor activación emocional entre periodos de depresión y manía.

Como estas crisis se venían acrecentando, empecé a verificar las estrategias aplicadas hasta el momento y, a partir de realizar una supervisión con un especialista en ABA (Colombo, 2018, 2019), se implementó el método de observación directa en función de los comportamientos en Anita y de su pareja, para poder detectar el antecedente de las conductas y comprender el porqué del mantenimiento, aumento o reducción de dicha conducta. Así fue como en las sesiones, al empezar a realizar los registros, Anita se da cuenta de que su patrón de comportamiento se iba repitiendo en cada desacuerdo que tenía con su pareja y sus hijos, ante la imposibilidad de expresar su punto de vista en

situaciones cotidianas. Nuevamente, en el espacio de supervisión con el especialista en ABA (Colombo, 2018, 2019), este me orienta en las siguientes estrategias de intervención:

- Entrenamiento en habilidades conductuales (EHC) (Colombo, 2018, 2019).
- Reforzamiento diferencial de conductas alternativas (Colombo, 2018, 2019).

Paulatinamente en las sesiones y en las tareas para el hogar (Beck, 2000), fuimos aplicando estas intervenciones. En la primera de ellas, Anita pudo ver como en determinadas situaciones percibía que su familia no estaba desacreditando su punto de vista, sino que tenía que modificar el modo de comunicarse al expresar sus ideas y aumentar así la competencia en el área comunicacional. En la segunda de ellas, se interviene con su familia para reforzar las conductas positivas por sobre las negativas. Llevando adelante estas intervenciones, Anita seguía afligiendo tales creencias, por lo que continué indagando mediante la técnica de la flecha descendente (Beck, 2000), arribando así a las creencias nucleares que ella percibía que los demás debían estar disponibles para ella, demandándoles su atención. Cuando no lo hacían, ella se comportaba inadecuadamente. Estas creencias de carácter absolutistas estaban siendo sustentadas por la creencia nuclear de no sentirse valorizada y querida por los demás. Profundizando sobre su infancia, Anita pudo darse cuenta que su mamá le decía que ella estaba “loca” en el modo de comportarse, y cada vez que ella quería comunicar algo, su mamá se lo negaba diciéndole que no era cierto o estaba equivocada. Con la técnica del método socrático, indagué sobre tales descripciones en búsqueda de nuevas ideas que la llevaran a reflexionar sobre su propio conocimiento. Con la técnica de la flecha descendente, arribamos a la creencia nuclear que nadie la trata bien. Una vez identificados todas estas creencias nucleares básicas mencionadas, utilicé la técnica de reestructuración cognitiva (Miltenberger, 2012). Con el uso de la metáfora (Moix Queraltó, 2006), se fue

realizando simulaciones de situaciones del pasado y del presente en las que le pasaba lo mismo. Esto le permitió a Anita comenzar a procesar sus vivencias personales.

Otra de las situaciones que le generaba malestar en Anita es la relación con su hijo, señalando la poca comunicación entre ellos, la escasa colaboración en los quehaceres domésticos, la baja alimentación, sin estudiar ni sin salir a trabajar, debido al periodo de Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio. Ante estas descripciones, realizamos una lista de objetivos prioritarios sobre lo que esperaba Anita de la relación con su hijo. Ella decide empezar por una programación de actividades en el hogar. Esto fue posible a medida que los episodios de crisis comenzaron a espaciarse, y ella junto a su pareja, deciden conversar con los hijos de la primera para que todos puedan participar en el sostenimiento de una rutina repartiéndose actividades.

Anita siente que no le colocó límites a sus hijos a lo largo de su infancia, ella realizaba todas las actividades del hogar por ellos, sosteniendo que son “chicos” para poder decidir en sus vidas. Estas creencias las abordamos con la técnica de refutación empírica e interrogatorio socrático. Le expliqué en qué consistía tales técnicas para trabajar el supuesto y poder detectar si estos eran verdaderos o falsos, o si no había evidencia de los mismos. Así, Anita pudo conocer que tales supuestos no eran verdaderos y de a poco pudo conversar con su hijo, y también se animó con su hija a pedirles colaboración en el hogar, accediendo a mayores responsabilidades.

Para reforzar la comunicación con su hijo, empleamos la técnica de Entrenamiento en habilidades conductuales (EHC) (Colombo, 2018, 2019). Las creencias nucleares, de no ser tenida en cuenta y no sentirse querida por su hijo, fueron develadas con la utilización de la técnica de la flecha descendente. Para modificar tales creencias absolutistas fui empleando la reestructuración cognitiva junto a actividades de intercesión, que consistía en ir describiendo la imagen que tenía de su hijo de su infancia

y de la actualidad.

Para ella misma, se propone también armar una serie de actividades e ir sosteniendo una rutina, entre ellas salir a caminar, ir de compras, reservar sola sus turnos médicos, lectura de libros, y un espacio para realizar la relajación progresiva de Jacobson. Esto mismo le favorecerá ir sosteniendo un estado de eutimia. Esto es acompañado por la realización de objetivos personales, por ejemplo, aprender a coser. En este periodo, Anita empieza a expresar y visualizar que es lo que quiere como uno de sus logros. Trabajando sobre su autoestima y autonomía, logra sentir que quiere disfrutar la nueva etapa de su vida, que comienza en su próximo cumplimiento de 50 años. Conjuntamente se lleva adelante intervenciones para que Anita aprenda a fortalecer las relaciones, pudiendo describir las razones, el modo de expresión verbal, el tono, los gestos utilizados para relacionarse con las personas de su entorno cotidiano, y mejorar paulatinamente la relación con su pareja, siendo uno de los objetivos expresados por ella en el armado del listado inicial.

Otro de los objetivos personales es el desarrollo de hábitos saludables (Ramírez Basco, 2010), a lo largo de la semana, ya que Anita ha descrito haber sufrido dificultades en su alimentación desde chica por los comentarios de su mamá, quien le exigía estar en peso y no podía engordar. Se efectúa una interconsulta en nutrición, debido a la presencia de una irregularidad notoria en la ingesta de su alimentación. Ante esta interconsulta, Anita aún presenta resistencia para llevarlos a cabo, por lo que se flexibiliza el encuadre y se realiza un seguimiento a partir de un listado de comidas, y se utilizan reforzadores sociales positivos. Respecto a la imagen corporal se sigue trabajando en la misma.

Además, se siguen abordando las crisis emocionales y conductuales que siguen presentándose en menor medida durante el mes. Anita, de a poco, fue asimilando la dirección de la adaptación a la enfermedad, es decir, las fases que

presenta el trastorno bipolar. La paciente Anita, en la actualidad, sigue continuando con su espacio terapéutico, tanto en psicología como en psiquiatría, adquiriendo habilidades y entrenándose en resolución de problemas, para conocer el curso de su trastorno bipolar y saber cómo desenvolverse ante los posibles episodios de depresión y manía. Estamos atravesando la etapa para poder lograr juntos un mayor grado de autonomía en su vida y que la familia pueda ir acompañándola en este proceso.

Conclusión

En el caso descrito, a partir de la formación de la Especialización en Terapia Cognitiva, busqué ir desglosando los distintos momentos primordiales del tratamiento con Anita. Uno de los recursos más importantes que pude conocer durante la formación fue la comprensión de una Conceptualización de caso clínico (López Pell y Brasca, 2013), siendo este complejo de elaborar y de poder determinar paso a paso desde las creencias nucleares hasta la hipótesis de trabajo. Este proceso me llevó mucho ensayo y error, por lo que repasé conceptos para ir desglosando cada enunciado que propone la conceptualización, y me fui apoyando en las supervisiones a lo largo de la formación.

Otro de los aspectos que destaco de la formación fue llegar a entender que es la alianza terapéutica (Bordin, 1979), concepto que tuve que ir repasando y reforzando a lo largo de las sesiones para amortiguar mis expectativas y frustraciones en el avance terapéutico. Las dificultades que se me presentaron se asociaron no acordar objetivos puntuales y eso me llevo, en distintos momentos, a correrme del eje, perderme en el proceso terapéutico. Por lo tanto, procedí a ordenar mis ideas repasando los conceptos de la formación en terapia cognitiva y a implementarlo con la paciente.

Me encontré con mayores dificultades en la implementación de la técnica de la

flecha descendente para arribar a las creencias nucleares, e implementar la reestructuración cognitiva (López Pell y Palumbo, 2013). Para este proceso fui realizando supervisiones para contando con mayor presión en mis intervenciones, y animarme a realizar el procedimiento antes de empezar por una reestructuración cognitiva.

Los conceptos mayormente utilizados fueron las intervenciones orientadas al cambio de la conducta problema de la terapia conductual, siendo uno de los ejes principales que utilicé en las intervenciones, más acorde a mi característica personal como profesional.

En cuanto a la descripción del tratamiento, me apoyé en el manual práctico de intervención del Trastorno Bipolar (Ramírez Basco, 2010), repasando los conceptos y los pasos a lo largo del tratamiento. A su vez, me fui adaptando a las necesidades y el ritmo de la paciente, también en flexibilizar el encuadre y frenar la demanda de la paciente y la familia ante las altas expectativas y el grado de perfeccionismo, para arribar a resultados eficaces en poco tiempo. Mediante la psicoeducación (Wright & Beck, 2000) sobre la Terapia Cognitiva y la importancia de la realización de un tratamiento terapéutico fuimos acordando las prioridades entre todos.

Técnicas

Métodos de evaluación funcional: Método de observación directa: Es la observación directa que realiza una persona de las conductas problema cada vez que ocurre habitualmente en un entorno natural. Se realiza un registro anotando los antecedentes y las consecuencias de dichos comportamientos. Este tipo de registro también es conocido como registro ABC (Anderson & Long, 2002; Bijou et al., 1968; Lalli et al., 1993; Repp & Karsh, 1994; Vollmer et al., 2001), favoreciendo el conocer y elaborar una hipótesis acerca de los antecedentes que pondera en la conducta y los reforzadores que la mantienen (Touchette et al., 1985).

Reforzamiento social positivo: Es el tipo de consecuencia reforzante, como un reforzamiento positivo mediado por otra persona. El reforzamiento social positivo a

menudo posibilita el acceso a actividades u objetos preferidos por mediación de una tercera persona (Miltenberger, 2012).

Extinción: Un comportamiento que fue reforzado durante un período de tiempo deja de ser reforzado, y, por tanto, la conducta deja de ocurrir a futuro. Esto es si un comportamiento de una persona ya no vuelve a ser reforzado, la persona se dejará de comportar como lo realizaba. De este modo, se produce la extinción de dicho comportamiento (Miltenberger, 2012).

Reestructuración cognitiva: Apunta a desafiar los pensamientos perturbadores de la persona planteando preguntas por el terapeuta para que la persona analice la lógica o racionalidad de sus pensamientos, llevando a generar pensamiento más realista o racional, y rechazar aquellos pensamientos distorsionados (Burns, 1980; Hollon & Jacobson, 1985).

Flecha descendente: Busca descubrir los pensamientos (creencias) subyacentes (Beck, 2000) mediante interrogatorios, generando una cadena de inferencias que guía a la persona para llegar a una conclusión en base a un hecho concreto (Burns, 1980). Se parte de la identificación de Pensamientos Automáticos, seguido por la cadena de inferencias para llegar a dilucidar la creencia nuclear básica. El terapeuta debe identificar un pensamiento automático (a partir de un hecho) e interrogar el pensamiento automático que llevará a un significado más profundo, hasta arribar a una creencia nuclear básica-. Luego se vuelve a aplicar esta interrogación a los nuevos pensamientos para identificar supuestos consecuentes.

Entrenamiento en habilidades conductuales (EHC): se utiliza para mejorar o enseñar competencias en el área de la comunicación, entre otros. El elemento que acompaña en EHC es el rol-playing, que simula la habilidad objetivo a implementar (Miltenberger, 2012).

Reforzamiento diferencial de las conductas alternativas (RDA): procedimiento por el cual se refuerza las conductas deseadas para incrementar su comportamiento y se deja de reforzar los comportamientos no deseados para disminuir su frecuencia. Se refuerza el comportamiento deseable cada vez que se presenta, y el comportamiento no deseado que interfiera con el comportamiento deseable no se refuerza. Esto permitirá reducir la aparición a futuro de la conducta problema. El RDA combina el reforzamiento de una conducta deseable y, a la vez, la extinción de comportamiento no deseado (Miltenberger, 2012).

Método socrático: Este diálogo interrogatorio socrático o conocido como descubrimiento guiado es utilizado como un método para identificar y modificar pensamientos automáticos (Wright & Beck, 2000). El terapeuta plantea preguntas al paciente para que él mismo pueda descubrir sus pensamientos, sentimientos y acciones o implica al paciente en un proceso de descubrimiento guiado (Blackburny & Twaddle, 1996).

Validación emocional: cuando el paciente se expresa, el terapeuta le comunica que tiene sentido lo expresado y que es entendible dentro de su situación vital actual. Como estrategia de validación, requiere que el terapeuta descubra la validez inherente a la respuesta del paciente, sea amplificándola o reforzándola (Linehan, 1993).

Hábitos saludables: el paciente enumerará los hábitos saludables que tiene habitualmente, los que le gustaría adquirir, los que tiene que fortalecer, los que solía practicar y le gustaría retomar. Se incorpora formas de manejar los síntomas, organizar y disfrutar de la vida (Ramírez Basco, 2010).

Metáfora: La utilización de la metáfora está ubicada dentro del pensamiento creativo o en el arte. Con el empleo de la metáfora no se busca cambiar las distorsiones del pensamiento mediante los métodos lógico-rationales, sino que se basa en que no existe una manera racional de ver la realidad, y que hay metáforas más útiles que otras en ciertos casos. Lo

que se pretende trabajar son las metáforas que utiliza el paciente como gafas de su realidad. En terapia se pueden emplear aquellas metáforas que expone el terapeuta, o las metáforas que el terapeuta identifica en el relato del cliente (Moix Queraltó, 2006).

Tareas en el hogar: permite al paciente generar modificaciones cognitivas y conductuales toda la semana en su hogar. El terapeuta, al realizar una buena descripción de tareas al paciente, favorecerá su adquisición de conocimientos e información para que pueda revisar sus pensamientos y creencias, y los modifique mediante estrategias cognitivas y conductuales para llegar a expresar nuevos comportamientos. Las tareas en el hogar permiten generalizar lo aprendido en la sesión. La asignación de tareas queda ajustada al paciente acorde a las características particulares (saber leer, escribir, la capacidad de motivación, el nivel de distrés y de funcionamiento cognitivo), los contenidos de cada sesión, los objetivos generales pautados entre terapeuta y paciente, la conceptualización realizada por el terapeuta del paciente y la etapa de tratamiento que se encuentre (Beck, 2000).

Referencias

- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Urošević, S., Walshaw, P. D., Nusslock, R. & Neerem A. M. (2005). The psychosocial context of bipolar disorder: Environmental, cognitive, and developmental risk factors. *Clinical Psychology Review*, 25, 1043–1075. DOI: 10.1016/j.cpr.2005.06.006
- Anderson, C. M. & Long, E. S. (2002). Use of structured descriptive assessment methodology to identify variables affecting problem behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 35, 137-154. doi: 10.1901/jaba.2002.35-137

- Asociación Psiquiátrica Americana (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (4º ed. revisada). Masson.
- Beck, J. (2000). *Terapia Cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. Gedisa.
- Bijou, S. W., Peterson, R. F. & Ault, M. H. (1968). A method to integrate descriptive and experimental field studies at the level of data and empirical concepts. *Journal of Applied Behaviour Analysis*, 1, 175-191. doi: 10.1901/jaba.1968.1-175
- Blackburny, I. M. & Twaddle, V. (1996). *Cognitive Therapy in Action: A Practitioner's Casebook*. Souvenir Press.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252–260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Burns, D. (1980). *Feeling Good*. New American Library.
- Colombo, M. (2018) Guía para la elaboración de un análisis funcional de la conducta. <https://www.psyciencia.com/guia-elaboracion-analisis-funcional-de-la-conducta/>
- Colombo, M. (2019) Aprender haciendo: Qué es el entrenamiento en habilidades conductuales. <https://www.psyciencia.com/aprender-haciendo-que-es-el-entrenamiento-en-habilidades-conductuales/>
- Corbella, S., Balmaña, N., Fernandez-Álvarez, H., Saúl, L., Botella, L. y García F. S. (2009). Estilo Personal del Terapeuta y Teoría de la Mente. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18(2), 125-133.

- Fernández-Álvarez, H. (1998). El estilo personal del psicoterapeuta. En L. A. Oblitas Guadalupe, *Quince enfoques terapéuticos contemporáneos*. El Manual Moderno.
- Jacobson, N. S. & Hollon, S. D. (1996). Cognitive-behavior therapy versus pharmacotherapy: Now that the jury's returned its verdict it's time to present the rest of the evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(1), 74-80. doi: 10.1037//0022-006x.64.1.74
- Jara, O. (1994). *Para sistematizar experiencias*. IMDEC/ ALFORJA.
- Lalli, Joseph & Browder, Diane & Brown, D. (1993). Teacher descriptive analysis data to implement interventions to decrease student problem behaviors. *Journal of applied behavior analysis*, 26, 227-38. <https://doi.org/10.1901/jaba.1993.26-227>
- Leventhal, H., Nerenz, D. R. & Steele, D. J. (1984). Illness representation and coping with health threats. In A. Baum, S. E. Taylor, & J. E. Singer (Eds.), *Handbook of Psychology and Health* (pp. 219 – 252). Lawrence Erlbaum Associates.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. The Guilford Press.
- López Pell, A. F. y Brasca, L. (2013). *Conceptualización y formulación de casos clínicos desde los Modelos de Judith S. Beck y Jacqueline B. Persons*. Primera entrega de material de entrenamiento de la Carrera de Especialización en Terapia Cognitiva. Universidad Abierta Interamericana.

- López Pell, A. F. y Palumbo, A. C. (2013) *Técnicas cognitivas: Flecha descendente. Material de entrenamiento de la Carrera de Especialización en Terapia Cognitiva*. Universidad Abierta Interamericana.
- Miklowitz, D. J., George, E. L., Richards, J. A., Simoneau, T. L., & Suddath, R. L. (2003). A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. *Archives of General Psychiatry*, 60, 904–912. DOI: 10.1001/archpsyc.60.9.904
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.). The Guilford Press.
- Miltenberger, R. G. (2012). *Modificación de conducta Principios y procedimientos* (5º ed.). Pirámide.
- Moix Queraltó, J. (2006). Las metáforas en la psicología cognitivo-conductual. *Papeles del Psicólogo*, 27(2), 116-122
- Newman, M. G., Przeworski, A. & Borkovec, T. D. (2001). *The effect of psychotherapy for GAD on comorbid Axis I conditions*. Paper presented at the 35th Annual Meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Philadelphia, PA.
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud* (10º ed.). Organización Panamericana de la Salud.
- Ramírez Bosco, M. (2010). *Manual práctico del trastorno bipolar. Claves para autocontrolar las oscilaciones del estado de ánimo* (2ª Ed). Ed. Desclée de Brouwer, S. A.

- Repp, A. C., & Karsh, K. G. (1994). Hypothesis-based interventions for tantrum behaviors of persons with developmental disabilities in school settings. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 27(1), 21–31. <https://doi.org/10.1901/jaba.1994.27-21>
- Torrente, F. M. (2006). Abordaje psicoterapéutico del trastorno bipolar: una nueva era de tratamientos específicos basados en la evidencia. En H. Akiskal, M. Cetkovich Bakmas, G. García Bonetto, S. Strejilevich y G. Vázquez, *Trastornos bipolares: conceptos clínicos, neurobiológicos y terapéuticos*. Editorial Médica Panamericana.
- Touchette, P. E., MacDonald, R. F., & Langer, S. N. (1985). A scatter plot for identifying stimulus control of problem behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 18(4), 343–351. <https://doi.org/10.1901/jaba.1985.18-343>
- Vollmer, T. R., Borrero, J. C., Wright, C. S., Van Camp, C. & Lalli, J. S. (2001). Identifying possible contingencies during descriptive analyses of severe behavior disorders. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 34(3), 269–287. <https://doi.org/10.1901/jaba.2001.34-269>