

Curso Taller Intensivo Online en Diagnóstico y Terapia en Trastornos Mentales (1)

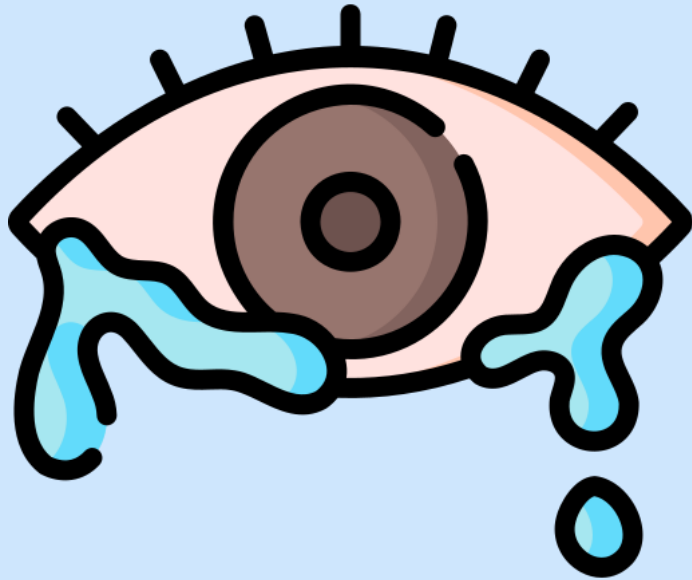
Índice

Introducción y Trastornos del Estado de Ánimo

- Diagnóstico y evaluación de la Depresión Mayor y Trastorno Bipolar.

Terapias aplicadas:

- **Terapia Cognitivo-Conductual (TCC):** Modelo ABC, reestructuración cognitiva.
- **EMDR:** Procesamiento de traumas en la depresión resistente.
- **Terapia de Activación Conductual:** Estrategias para incrementar actividades placenteras.



EMDR

Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares

Creador: Francine Shapiro (1987)

Aplicaciones: TEPT, ansiedad, depresión con trauma, fobias, disociación.

Objetivo: Reprocesar recuerdos traumáticos para disminuir su impacto emocional.



@insvidepsi



@insvidepsi



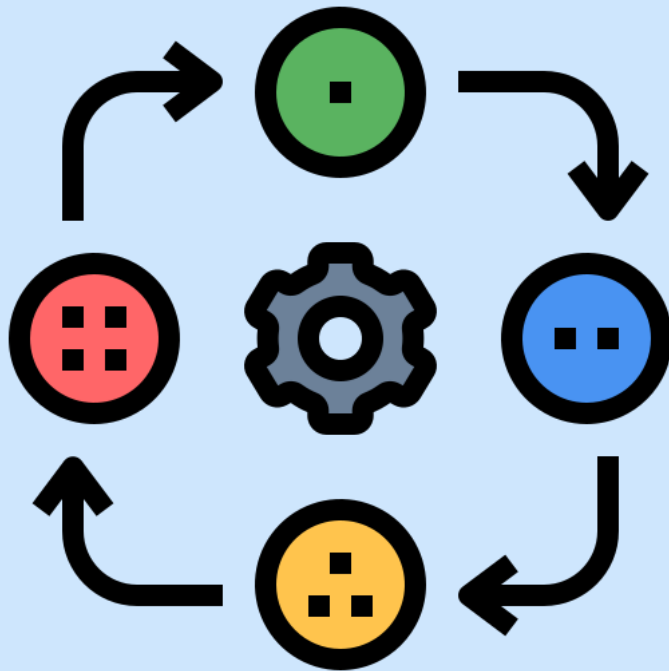
insvidepsi@
gmail.com



INSVIDEPSI

La Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR) es una terapia creada por **Francine Shapiro en 1987**. Se basa en la idea de que los recuerdos traumáticos quedan bloqueados y necesitan reprocesamiento.

Fases del EMDR



Fase 1: Historia Clínica y Planificación del Tratamiento

Objetivo: Recoger la historia del paciente, identificar traumas y evaluar si EMDR es adecuado.

- Se explora la historia de vida del paciente.
- Se identifican eventos traumáticos.
- Factores que agravan el problema.
- Recursos emocionales con los que cuenta.
- Síntomas actuales (ansiedad, flashbacks, pesadillas).

Consideración importante: Si la persona tiene **disociación severa, psicosis o tendencia al suicidio**, EMDR no es recomendable en esta etapa.

Ejemplo

- **Paciente:** Andrea, 32 años, con TEPT debido a un accidente automovilístico.
- **Evaluación:** Recuerda vívidamente el choque, evita conducir y tiene pesadillas.
- **Meta:** Desensibilizar el miedo al accidente y reprocesar el evento.

Fase 2: Preparación del Paciente

Objetivo: Explicar la terapia y enseñar estrategias de regulación emocional. Le enseñas técnicas de **autorregulación emocional**, como:

- Se enseña **respiración diafragmática**.
- Se introduce la “**imagen segura**” (Imaginar un sitio mentalmente donde se sienta protegida).
- **Tapping** en los hombros (estimulación bilateral suave).
- **Caja de Seguridad** → Para guardar emociones abrumadoras y retomarlas cuando se sienta lista.

Esto previene que se sienta desbordada cuando comience la fase de reprocesamiento.

Ejemplo

- Andrea elige como imagen segura una playa tranquila.
- Se le enseña a visualizarla cuando se sienta ansiosa.

Fase 3: Evaluación del Recuerdo Traumático

Objetivo: Identificar el recuerdo a tratar y medir su impacto.

- Se elige un evento específico (Ejemplo: “el momento del impacto en el accidente”).
- Se identifica la **creencia negativa** (“No tengo control sobre mi vida”).
- Se establece una **creencia positiva deseada** (“Estoy a salvo y tengo control”).
- Se mide el malestar en una escala del 0 al 10 (**SUDS**).

Ejemplo

- Andrea elige el momento exacto en que vio el otro auto acercarse.
- Su creencia negativa: “Voy a morir”.
- Creencia positiva: “Puedo conducir de manera segura”.
- Nivel de malestar: **SUDS = 9** (muy alto).

Fase 4: Desensibilización con Movimientos Oculares

Objetivo: Reprocesar el trauma con estimulación bilateral (movimientos oculares, tapping o sonidos alternos).

- Se pide al paciente que **recuerde la escena traumática** mientras sigue el dedo del terapeuta.
- Se realizan **series de 25-30 movimientos oculares**.
- Se exploran emociones, sensaciones físicas y pensamientos emergentes.

Importante: Aquí es donde el cerebro comienza a **reprocesar la experiencia**. La persona puede sentir emociones intensas, pero el terapeuta la guía para que las atraviese hasta que la angustia baje. **Si el nivel de malestar es muy alto (8-10 en la escala), se puede hacer una pausa y volver a usar las técnicas de regulación de la Fase 2.**

Ejemplo

- Andrea visualiza el accidente mientras sigue con los ojos el dedo del terapeuta.
- En la primera ronda, siente opresión en el pecho y se ve atrapada en el carro.
- En la tercera ronda, empieza a recordar que **un paramédico la ayudó a salir.**
- Después de varias rondas, su nivel de malestar baja de **9 a 4.**

Fase 5: Instalación de la Creencia Positiva

Objetivo: Reforzar la creencia positiva elegida.

- Se pide al paciente que repita la creencia positiva mientras sigue la estimulación bilateral.

Para esto, la persona repite la creencia positiva mientras sigue los movimientos oculares o el tapping. Se mide qué tan real le parece en una escala de 1 a 7, y se refuerza hasta que llegue a **6 o 7**.

Ejemplo

- Andrea repite “Estoy a salvo y tengo control” mientras hace movimientos oculares.
- Su confianza en esta creencia sube de **3 a 7 en una escala del 0 al 10.**

Fase 6: Escaneo Corporal

Objetivo: Identificar y procesar sensaciones corporales residuales.

- Se pide al paciente que escanee su cuerpo y note cualquier incomodidad.
- Se usa la estimulación bilateral para liberar tensiones.

Para esto, la persona repite la creencia positiva mientras sigue los movimientos oculares o el tapping. Se mide qué tan real le parece en una escala de 1 a 7, y se refuerza hasta que llegue a **6 o 7**.

Ejemplo

- Andrea siente tensión en el estómago.
- Se aplican más movimientos oculares hasta que desaparece.

Fase 7: Cierre de sesión

Objetivo: Asegurar que el paciente se sienta estable antes de terminar la sesión.

- Ejercicio de respiración profunda.
- **Ejercicio de “Lugar Seguro”** para dejar el recuerdo atrás.
- **Anclaje al presente** (mirar alrededor y notar 5 cosas que ve, 4 que toca, 3 que oye, 2 que huele, 1 que saborea).

Si quedó material sin procesar, se guarda mentalmente en la **Caja de Seguridad** hasta la próxima sesión.

Ejemplo

- Andrea dice sentirse más tranquila y no tan aterrorizada por conducir.

Fase 8: Reevaluación

Objetivo: Evaluar el impacto de la sesión en la siguiente consulta.

- Se mide el nivel de malestar de nuevo.
- Se revisa si hay otros recuerdos asociados que necesitan procesamiento.

Si quedó material sin procesar, se guarda mentalmente en la **Caja de Seguridad** hasta la próxima sesión.

Ejemplo

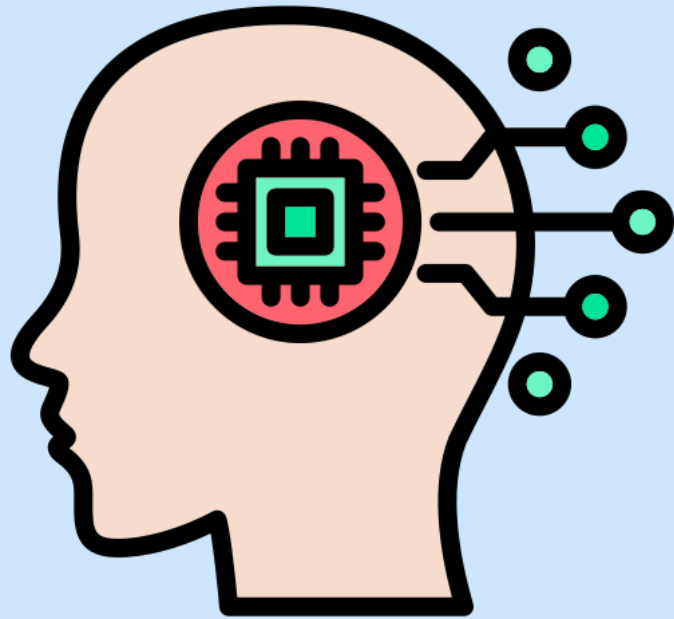
- En la siguiente sesión, Andrea dice que ya no siente ansiedad extrema al recordar el accidente.
- Su SUDS bajó de **9 a 2**.

En la siguiente sesión, preguntas:

“¿Cómo te has sentido con respecto al recuerdo que trabajamos?”

“¿Cómo te sientes con la creencia positiva?”

Si el malestar ha bajado significativamente, se puede trabajar otro recuerdo traumático. Si no, se refuerzan las fases anteriores.



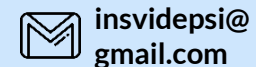
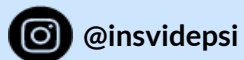
TCC

Terapia Cognitivo- Conductual

Creador: Aaron Beck (1960s)

Aplicaciones: Depresión, ansiedad, fobias, TCA, TOC, TLP.

Objetivo: Identificar y modificar pensamientos distorsionados.



Paso 1: Evaluación y Psicoeducación

Objetivo: Explicar la relación entre pensamientos, emociones y conductas.

Ejemplo:

- Paciente: **Juan, 27 años, con depresión mayor.**
- Pensamiento: “Soy un fracaso”.
- Emoción: Tristeza profunda.
- Conducta: No busca empleo.

Paso 2: Registro de Pensamientos Automáticos

Objetivo: Identificar pensamientos negativos y su impacto.

Se usa una tabla con **situación - pensamiento - emoción - reacción.**

Fecha en la que se presentó el pensamiento	Hora	Situación	Pensamiento	Emoción	Reacción
		Envió su currículum y no recibió respuesta	“Nunca conseguiré trabajo”	Tristeza y ansiedad	Dejó de enviar más solicitudes

Paso 3: Reestructuración Cognitiva

Objetivo: Cuestionar y modificar pensamientos distorsionados.

- Se usa el **método socrático** para desafiar creencias.

Ejemplo:

- Terapeuta: “¿Es cierto que nadie te contratará?”
- Juan: “Bueno, una vez tuve un buen trabajo”.
- Terapeuta: “¿Podría haber otras razones para no recibir respuesta?”
- Juan: “Quizás hay muchas solicitudes”.

Nuevo pensamiento: “Si sigo enviando currículums, eventualmente conseguiré una entrevista”.

Paso 4: Activación Conductual

Objetivo: Incluir actividades placenteras y con sentido en la rutina.

- Se crean listas de actividades con puntuaciones de disfrute.

Ejemplo:

- Juan se compromete a salir a caminar y ver a un amigo.
- Después de una semana, reporta sentirse **ligeramente mejor**.

Nuevo pensamiento: “Si sigo enviando currículums, eventualmente conseguiré una entrevista”.



TAC

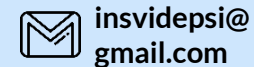
Terapia de Activación Conductual

Creador: Charles Ferster (1973), posteriormente refinada y desarrollada por Peter Lewinsohn y Martell, Dimidjian y Herman-Dunn (2001).

Aplicaciones:

1. **Trastornos del estado de ánimo** (Depresión mayor, distimia).
2. **Trastornos de ansiedad** (Ansiedad generalizada, fobia social).
3. **Trastorno por estrés postraumático (TEPT).**
4. **Trastornos de la conducta en adolescentes.**
5. **Pacientes con enfermedades crónicas y dolor crónico.**
6. **Casos de baja motivación y anhedonia** (falta de placer en actividades cotidianas).

Objetivo: Aumentar la participación en actividades gratificantes y significativas para reducir la depresión, rompiendo el ciclo de evitación y pasividad.



Paso 1: Evaluación inicial y psicoeducación

- **Objetivo:** Ayudar al paciente a comprender la relación entre su estado de ánimo y sus actividades diarias.
- **Ejemplo:** Un paciente deprimido pasa la mayor parte del tiempo acostado en la cama y evita salir con amigos. Se le explica cómo esta inactividad refuerza su estado depresivo.
- **Herramientas:** Registro de actividades diarias, entrevista clínica.

Paso 2: Identificación de patrones de conducta desadaptativos

- **Objetivo:** Analizar cómo la falta de actividad afecta el estado de ánimo del paciente.
- **Ejemplo:** Se pide al paciente que anote lo que hace durante el día y califique su estado de ánimo antes y después de cada actividad. Se identifica que evita tareas importantes y se aísla socialmente.
- **Herramientas:** Registro de actividades y estado de ánimo, entrevistas motivacionales.

Paso 3: Establecimiento de objetivos conductuales

- **Objetivo:** Definir actividades significativas que puedan generar cambios positivos en el estado de ánimo del paciente.
- **Ejemplo:** Si un paciente disfrutaba pintar antes de su depresión, se plantea la meta de retomar esa actividad al menos una vez por semana.
- **Herramientas:** Lista de actividades placenteras, establecimiento de metas SMART.

Paso 4: Jerarquización y planificación de actividades

- **Objetivo:** Introducir cambios progresivos en la rutina del paciente para evitar la sobrecarga y la frustración.
- **Ejemplo:** En lugar de pedirle que salga todos los días con amigos, se le sugiere empezar por salir a caminar tres veces por semana.
- **Herramientas:** Agenda semanal, planificación de actividades en función del nivel de dificultad.

Paso 5: Implementación y seguimiento

- **Objetivo:** Aplicar las actividades planificadas y evaluar el impacto en el estado de ánimo del paciente.
- **Ejemplo:** Un paciente con depresión empieza a hacer ejercicio tres veces por semana y después de dos semanas reporta sentirse más motivado.
- **Herramientas:** Registro de actividades cumplidas, autoevaluación del paciente.

Paso 6: Reestructuración de pensamientos negativos

- **Objetivo:** Reducir pensamientos negativos asociados a la realización de actividades.
- **Ejemplo:** Un paciente que cree que “salir a caminar no servirá de nada” es guiado a cuestionar esa creencia y probar la actividad para evaluar su impacto real.
- **Herramientas:** Cuestionamiento socrático, técnicas de reestructuración cognitiva.

Paso 7: Prevención de recaídas

- **Objetivo:** Desarrollar estrategias para mantener los cambios a largo plazo y evitar que el paciente recaiga en la inactividad.
- **Ejemplo:** Se ayuda al paciente a identificar señales tempranas de desmotivación y a planificar respuestas efectivas, como pedir apoyo social o ajustar su rutina.
- **Herramientas:** Plan de prevención de recaídas, lista de estrategias de afrontamiento.

Ejemplo práctico de TAC

Caso: Juan, un hombre de 35 años, ha estado deprimido desde que perdió su empleo. Ha dejado de hacer ejercicio, evita socializar y pasa la mayor parte del día en la cama.

1. **Registro de actividades:** Juan anota sus actividades diarias y se da cuenta de que su estado de ánimo empeora cuando no hace nada.
2. **Identificación de valores y metas:** Descubre que le gustaba hacer senderismo antes de deprimirse.
3. **Actividades iniciales:** Se le sugiere caminar 15 minutos tres veces por semana.
4. **Seguimiento:** Juan nota que su estado de ánimo mejora tras cada caminata, lo que refuerza su motivación.
5. **Prevención de recaídas:** Juan desarrolla un plan para continuar con la actividad aunque se sienta desmotivado en el futuro.

Diagnóstico de la Depresión Mayor y el Trastorno Bipolar



Para diagnóstico, SE DEBE REVISAR EL DSM-V y guiarse de éste. Es IMPERATIVO.

1. Trastorno Depresivo Mayor (TDM)

Para ser diagnosticado con **Trastorno Depresivo Mayor (TDM)**, el paciente debe presentar **al menos 5 de los siguientes síntomas** durante **un mínimo de 2 semanas**, con uno de los síntomas siendo **estado de ánimo deprimido o pérdida de interés/placer**:

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días.
2. Disminución del interés o placer en casi todas las actividades.
3. Cambios en el peso o el apetito (aumento/disminución significativa).
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotor.
6. Fatiga o pérdida de energía.
7. Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva.
8. Dificultad para concentrarse o tomar decisiones.
9. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.

⚠ Importante:

- Los síntomas deben causar **deterioro significativo** en la vida del paciente.
- No deben ser atribuibles a sustancias, enfermedades médicas o duelo.

Comorbilidad frecuente:

- **Trastornos de ansiedad** (Trastorno de ansiedad generalizada, fobia social, TEPT).
- **Trastornos de personalidad** (TLP, evitativa).
- **Trastornos de la conducta alimentaria** (Anorexia, Bulimia).
- **Trastorno de abuso de sustancias.**

2. Trastorno Bipolar Tipo I

Para ser diagnosticado con **un episodio maníaco**, el paciente debe presentar **un estado de ánimo elevado, expansivo o irritable y aumento de energía**, junto con **3 o más de los siguientes síntomas durante al menos 1 semana (o cualquier duración si requiere hospitalización)**:

1. Aumento de la autoestima o grandiosidad.
2. Disminución de la necesidad de dormir.
3. Habla rápida o presión para hablar.
4. Fuga de ideas o pensamiento acelerado.
5. Distractibilidad.
6. Aumento en actividades dirigidas a un objetivo (trabajo, estudios, sexualidad).
7. Impulsividad o conductas de alto riesgo (gastos excesivos, conductas sexuales de riesgo, etc.).

⚠ Importante:

- Puede haber **síntomas psicóticos** (delirios, alucinaciones).
- **NO se requiere un episodio depresivo para el diagnóstico**, aunque puede presentarse.

Comorbilidad frecuente:

- Trastornos de ansiedad.
- TDAH (en niños y adultos).
- Abuso de sustancias.
- Trastornos del control de impulsos.

3. Trastorno Bipolar Tipo II

Para ser diagnosticado con **un episodio hipomaniaco**, se requiere lo mismo que en la manía, pero:

1. **Duración de al menos 4 días** (no una semana).
2. **NO causa deterioro significativo** ni requiere hospitalización.
3. **NO hay síntomas psicóticos.**

⚠ Importante:

- El paciente **DEBE** haber tenido al menos **un episodio depresivo mayor** para el diagnóstico.
- **Se confunde con frecuencia con la depresión unipolar**, lo que retrasa el diagnóstico.

Comorbilidad frecuente:

- Trastornos de ansiedad.
- TDAH (en niños y adultos).
- Trastornos de personalidad (Ej. límite, antisocial).

Diferencias clave entre Trastorno Depresivo Mayor y Trastorno Bipolar

Característica	Depresión Mayor	Trastorno Bipolar I	Trastorno Bipolar II
Estado de ánimo	Solo depresión	Manía y depresión	Hipomanía y depresión
Duración	≥ 2 semanas (depresión)	≥ 1 semana (manía)	≥ 4 días (hipomanía)
Impulsividad	Baja	Alta en manía	Moderada
Necesidad de sueño	Insomnio/hipersomnía	Disminuida en manía	Disminuida en hipomanía
Riesgo de psicosis	Bajo	Alto en manía	Bajo
Uso de antidepresivos	Puede usarse	Puede inducir manía	Puede inducir hipomanía

Diferencias clave entre Hipomanía y Manía

Criterio	Hipomanía	Manía
Duración	≥ 4 días consecutivos	≥ 1 semana o cualquier duración si requiere hospitalización
Deterioro Funcional	Leve o moderado, no incapacita	Grave, interfiere en la vida diaria
Síntomas psicóticos	No presentes	Pueden estar presentes (delirios, alucinaciones)
Hospitalización	No requiere	Puede ser necesaria
Nivel de energía	Aumentado, pero manejable	Extremadamente elevado, descontrolado
Impulsividad y riesgo	Puede haber conductas impulsivas, pero no extremas	Conductas impulsivas extremas (gastos excesivos, promiscuidad, agresividad)
Necesidad de sueño	Disminuida, pero la persona sigue funcionando	Muy reducida o inexistente, sin fatiga

Bibliografía

1. Valdivieso-Jiménez, G. (2021). *Eficacia de la Terapia Cognitiva Conductual para el Trastorno Bipolar: una Revisión Sistemática*. Revista Colombiana de Psiquiatría, 52(3).
2. Yara Molina, I., Gaviria Bugos, M., & Guerrero Saravia, W. A. (2013). *Aplicación de la terapia cognitiva conductual en pacientes con trastorno afectivo bipolar tratados farmacológicamente, para disminuir las recaídas hospitalarias*. Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD.
3. Sevillá, J., & Pastor, C. (2001). *Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno bipolar*. INFORMACIO PSICOLOGICA, (76), 36-42.
4. Martínez Casanova, M. D. M., Garcia Martin, M. E., & Díaz González, N. (2022). *Eficacia de las Terapias Contextuales en el Trastorno maníaco-depresivo/Trastorno Bipolar*. Universidad de La Laguna.
5. Chávez, E. (2014). *La terapia cognitivo conductual en el tratamiento de la depresión del trastorno bipolar tipo I*. Revista de Neuro-Psiquiatría, 77(2), 125-134.

6. Páez, M., & Gutiérrez, O. (2012). *Múltiples aplicaciones de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)*. Madrid: Pirámide.
7. Páez, M., Gutiérrez, O., Valdivia, S., & Luciano, C. (2006). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la importancia de los valores personales en el contexto de la terapia psicológica*. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*, 6(1), 1–20.
8. Páez, M., & Montesinos, F. (2016). *Tratando con ACT: Guía de Terapia de Aceptación y Compromiso en práctica clínica*. Madrid: Pirámide.
9. Beck, A. T., & Alford, B. A. (2009). *Depression: Causes and Treatment* (2^a ed.). University of Pennsylvania Press.
10. Cuijpers, P., Karyotaki, E., Weitz, E., Andersson, G., Hollon, S. D., van Stratén, A., & Ebert, D. D. (2014). *The effects of psychotherapies for major depression in adults on remission, recovery and improvement: A meta-analysis*. *Journal of Affective Disorders*, 159, 118–126.