

PROTOSCOLOS DE INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL PARA EL MANEJO  
DE LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN EN PACIENTES CON FALLA CARDÍACA

CARLOS ANDRÉS ECHEVERRI SALAMANCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE ORIENTE

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

RIONEGRO

2021

PROTOCOLOS DE INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL PARA EL MANEJO  
DE LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN EN PACIENTES CON FALLA CARDÍACA

CARLOS ANDRÉS ECHEVERRI SALAMANCA

Trabajo de Grado realizado para optar por el título de Psicólogo

Asesora:

Paula Cristina Ríos Zapata

Magíster en Psicología

Docente de Tiempo Completo Universidad Católica de Oriente

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE ORIENTE

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

RIONEGRO

2021

Nota de Aceptación:

---

---

---

---

---

---

---

Firma del presidente del jurado

---

Firma del jurado

---

Firma del jurado

Rionegro, 30 de junio de 2021

## **Dedicatoria**

Sin lugar a duda a mi madre, que siempre tuvo un espacio disponible para escucharme y brindarme con sus sabias palabras el ánimo necesario para seguir adelante. Por su ejemplo, por ser esa mujer fuerte y amorosa centrada en la formación íntegra como persona.

A mi hermano que, con su ejemplo de tenacidad y aún en medio del caos que en ocasiones puede sentir internamente, vive apasionadamente por el desarrollo del conocimiento y la ciencia, trabajando “a muerte y con toda” para llevar adelante proyectos de calidad.

A mi padre, que desde muy pequeño me enseñó la importancia de tener un aprendizaje continuo y la seguridad de que soy capaz de hacer todo lo que me proponga en la vida.

A la Universidad Católica de Oriente y todo su equipo de trabajo, que en todo momento buscan la manera de brindar educación de calidad y formación integral en los estudiantes.

Finalmente, a mis pacientes y personas que, en medio de una charla y un café me han dado la oportunidad de vislumbrar en sus rostros la paz y claridad que puede generar mi acompañamiento. Esto sin duda, es la mejor retribución que puedo recibir por los grandes esfuerzos realizados para poder cumplir este sueño.

## **Agradecimiento**

En primera instancia, a Juliana Ossa Ceballos –Nana- que aún en medio del caos que estábamos viviendo, de una manera sabia y decidida tuvo a bien alumbrar mi camino, y así, tener la oportunidad de continuar mi formación académica, profesional y personal.

A mi asesora Paula Cristina Ríos Zapata, la cual considero mi mentora y amiga. Por compartir conmigo su experiencia y conocimientos, por su acompañamiento, compromiso y paciencia que tuvo durante el proceso de construcción del proyecto.

A todas las personas que antecedieron este proyecto de investigación, y su arduo trabajo realizado en conjunto con el Centro Cardiovascular Somer In Care y los pacientes colaboradores.

A Mónica Marcela Acosta Amaya por su apoyo al buscar diferentes alternativas para el desarrollo de mi proyecto de grado, debido a proyectos que debí cancelar en su momento por diversas novedades.

Al señor Coronel Camilo Ernesto Gómez Isaza, al señor Coronel Ricardo Andrés Gutiérrez Martínez, el señor Teniente Coronel Azós Díaz Baruc Alexander y al señor Teniente Coronel Alejandro Duarte Acuña por comprender, aceptar y apoyarme siempre en el cumplimiento de este sueño. Tengan la absoluta certeza de que busqué dar lo mejor de mí en el trabajo para honrar y agradecer su confianza.

A mi pareja, Milena Pérez, por su paciencia y aceptación del ritmo de vida que manejo. Por mis visitas acompañadas de un cansancio físico y mental arrolladores, por sus charlas, risas y debates de diversas lecturas, y finalmente, el aceptar crecer conmigo en este proceso personal.

## Tabla de contenido

<b>Protocolo de intervención cognitivo conductual para el manejo de la ansiedad en pacientes con falla cardíaca .....</b>	<b>9</b>
<b>Presentación.....</b>	<b>9</b>
<b>Objetivos .....</b>	<b>18</b>
<i>Objetivo general .....</i>	<i>18</i>
<i>Objetivos específicos .....</i>	<i>18</i>
<b>Recomendaciones para el terapeuta.....</b>	<b>18</b>
<b>Sesiones .....</b>	<b>19</b>
<i>Sesión 1. Valoración y recolección de información del paciente.....</i>	<i>19</i>
<i>Sesión 2. Técnicas de relajación y respiración .....</i>	<i>20</i>
<i>Sesión 3. Aplicación de instrumentos diagnósticos .....</i>	<i>21</i>
<i>Sesión 4. Sensibilización y retroalimentación del estado de ansiedad.....</i>	<i>22</i>
<i>Sesión 5. Identificación de pensamientos automáticos y psicoeducación .....</i>	<i>23</i>
<i>Sesión 6. Evaluación del impacto y efectividad del tratamiento .....</i>	<i>24</i>
<i>Sesión 7. Retroalimentación del proceso y cierre de la psicoterapia .....</i>	<i>24</i>
<b>Referencias.....</b>	<b>26</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>30</b>
<b>Anexo A.....</b>	<b>30</b>
<b>Historia clínica psicológica.....</b>	<b>30</b>
<b>Anexo B.....</b>	<b>34</b>
<b>Formulación y seguimiento de casos en terapia cognitiva .....</b>	<b>34</b>

Anexo C.....	38
<b>Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA) .....</b>	<b>38</b>
Anexo D.....	40
<b>Escala de Ansiedad y depresión Hospitalaria (HAD).....</b>	<b>40</b>
Anexo E .....	41
<b>Escala de ansiedad y depresión de Goldberg (EADG) .....</b>	<b>41</b>
Anexo F. ....	43
<b>Registro diario de pensamientos distorsionados .....</b>	<b>43</b>
<b>Protocolo de intervención cognitivo conductual para el manejo de la depresión en pacientes con falla cardíaca .....</b>	<b>44</b>
<b>Presentación.....</b>	<b>44</b>
<b>Objetivos .....</b>	<b>53</b>
<i>Objetivo general .....</i>	<i>53</i>
<i>Objetivos específicos .....</i>	<i>53</i>
<b>Recomendaciones para el terapeuta.....</b>	<b>53</b>
<b>Sesiones .....</b>	<b>54</b>
<i>Sesión 1. Valoración y recolección de información del paciente.....</i>	<i>54</i>
<i>Sesión 2. Psicoeducación del modelo de depresión de Beck .....</i>	<i>55</i>
<i>Sesión 3. Aplicación de instrumentos diagnósticos .....</i>	<i>56</i>
<i>Sesión 4. Identificación de pensamientos automáticos y psicoeducación .....</i>	<i>58</i>
<i>Sesión 5. Evaluación del impacto y efectividad del tratamiento .....</i>	<i>59</i>
<i>Sesión 6. Evaluación autoesquemas .....</i>	<i>59</i>
<i>Sesión 7. Retroalimentación del proceso y cierre de la psicoterapia .....</i>	<i>60</i>

<b>Referencias.....</b>	<b>61</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>66</b>
<b>Anexo A.....</b>	<b>66</b>
<b>Historia clínica psicológica.....</b>	<b>66</b>
<b>Anexo B.....</b>	<b>70</b>
<b>Formulación y seguimiento de casos en terapia cognitiva .....</b>	<b>70</b>
<b>Anexo C.....</b>	<b>74</b>
<b>Inventario de pensamientos automáticos (IPA) .....</b>	<b>74</b>
<b>Anexo D.....</b>	<b>76</b>
<b>Escala de Ansiedad y depresión hospitalaria (HAD).....</b>	<b>76</b>
<b>Anexo E.....</b>	<b>78</b>
<b>Escala de ansiedad y depresión de Goldberg (EADG) .....</b>	<b>78</b>
<b>Anexo F. ....</b>	<b>79</b>
<b>Registro diario de pensamientos distorsionados .....</b>	<b>79</b>

## **Protocolo de intervención cognitivo conductual para el manejo de la ansiedad en pacientes con falla cardíaca**

Carlos Andrés Echeverri Salamanca<sup>1</sup> y Paula Cristina Ríos Zapata<sup>2</sup>

### **Presentación**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) “las enfermedades cardiovasculares son un grupo de desórdenes del corazón y los vasos sanguíneos” (OMS, 2017, p.7).

Cada año mueren más personas por alguna enfermedad cardíaca que por cualquier otra causa, se calcula que en el 2015 murieron 17.7 millones de personas por enfermedades cardiovasculares, lo cual representa el 31% de las defunciones registradas en el mundo. De esas defunciones aproximadamente 7.4 millones se debieron a cardiopatías crónicas. (OMS, 2017, p. 1-2).

Las enfermedades cardiovasculares afectan en mayor medida a los países de ingresos bajos y medios: más del 80% de las defunciones por esta causa se producen en esos países y afectan casi por igual a los hombres que a las mujeres. De aquí al 2030, casi 23,6 millones de personas morirán por alguna enfermedad cardiovascular, principalmente por cardiopatías. (OMS, s.f. p. 4 - 5).

Según el Ministerio de Salud y Protección Social (2020):

En Colombia, desde finales de los años sesenta las enfermedades cardiovasculares empiezan a ser reconocidas como causa de morbilidad y mortalidad. A comienzos de la década

---

<sup>1</sup> Estudiante del Programa de Psicología. Universidad Católica de Oriente. E-mail: ANDRÉS090874@gmail.com

<sup>2</sup> Psicóloga. Especialista en Psicología Educativa. Magister en Psicología. Docente de tiempo completo, Programa de Psicología, Universidad Católica de Oriente. E-mail: [prios@uco.edu.co](mailto:prios@uco.edu.co). Iralis: COPS5581; Paula C. Ríos-Zapata. Orcid: [orcid.org/0000-0002-0094-1885](https://orcid.org/0000-0002-0094-1885)

de los ochenta adquieren relevancia epidemiológica y a partir de ese momento y durante los siguientes 30 años han ocupado los cinco primeros puestos en la lista de las diez principales causas de mortalidad para el país. (s.f. pár. 2).

En la actualidad, la enfermedad isquémica cardíaca, ocupa el puesto número 1, dentro de las principales causas de mortalidad en Colombia. (OMS, s.f. pár. 2).

Anteriormente, su estudio era un campo casi que exclusivo por parte de la medicina, donde su desarrollo y mantenimiento se explicaban desde factores de riesgos tradicionales y constitucionales tales como la edad, el sexo, la dislipidemia, el consumo de tabaco y la obesidad. Sin embargo, actualmente se sabe que dichos factores explican el 66% de los casos (Strike y Steptoe, 2004, p. 337) por lo que los estudios se han volcado a identificar otros factores que también tengan alguna relación.

El INTERHEART (Rosengren et al., 2004, p. 953) se considera uno de los estudios que mayor importancia ha tenido en los últimos años en el análisis de factores de riesgo, donde se incluyeron medidas de depresión y estrés. Los resultados fueron concluyentes con respecto a la importancia de los factores de riesgo psicosociales, los cuales ocuparon el tercer puesto en importancia a nivel mundial para el desarrollo de la enfermedad cardiovascular. (Yusuf et al., 2004, p. 942).

Es importante especificar que, dentro de esas fallas cardíacas el infarto al miocardio (IAM), es una de las principales causas de muerte a nivel global. Según Larsen, se estima que aproximadamente siete millones de personas lo sufren anualmente en todo el mundo (2013, p. 1).

Por otro lado, Thygesen et al. (2012, p. 2022) plantean que el IAM es un fenómeno clínico que puede suponer la primera manifestación de una patología coronaria, u ocurrir de

forma reiterada en pacientes con una enfermedad previamente identificada a través de estudios electromiográficos y/o de laboratorio.

Existe una diversidad de daños coronarios relacionados con una variedad de alteraciones fisiológicas, siendo el más prevalente el IAM tipo 1 (85%), en donde se presenta una rotura, ulceración, fisura, erosión de una placa; que propicia un trombo arterial y genera una restricción del flujo sanguíneo (Saaby et al., 2013, p. 789). Están también, el tipo 2 en donde hay un desequilibrio entre la demanda y disponibilidad de oxígeno, el tipo 3 con muerte cardíaca súbita, el tipo 4 asociado a intervención coronaria percutánea y el tipo 5, relacionado con una cirugía cardíaca (Chapman et al., 2016, p.11).

Mateu-Mollá et al., (2018) plantean que “el IAM tiene múltiples connotaciones que lo vinculan a su fatalidad inherente (debido a la alta mortalidad que se le asocia), por lo que a menudo genera un fuerte impacto emocional entre las personas que lo sufren” (p. 6). Entre estos cabe mencionar la depresión con una prevalencia del 20% al 45% (Rudisch y Nemeroff, 2003, p. 228), y la ansiedad la cual tiene una estimación entre el 24-31% en los pacientes que han experimentado un IAM, (Lane et al., 2002, p. 12).

Estos dos, tanto la depresión como la ansiedad suponen factores de riesgo importantes para la alteración de la calidad de vida de los pacientes relacionado con la salud (Agarwal et al., 2011, pár. 5). Una propuesta compartida también por sus implicaciones en la salud, tanto física como mental por Mateu-Mollá et al. (2018, p. 6).

En el estudio realizado por Vargas et al. (2006), se logró concluir que el componente en la salud mental de los pacientes que sufrieron un IAM se vio alterado, especialmente con la asociación de trastornos afectivos como la depresión y la ansiedad, lo cual tiene una:

...fuerte tendencia a desencadenar una serie de fenómenos a nivel cerebral y cardiovascular que predisponen a los pacientes a nuevos eventos con consecuencias fatales. Además de esto, interfiere con sus actividades cotidianas y recreativas encerrándolo en un círculo de estrés y ansiedad que le impide recuperar su autonomía. Es evidente el impacto negativo del infarto agudo de miocardio en la salud mental, esto se ve reflejado en el 84% de los pacientes que presentaron una percepción negativa de su calidad de vida relacionada con la salud. (p. 48).

Por otra parte, el estudio realizado por Roest et al. (2010), muestra en los resultados obtenidos una asociación entre la ansiedad y la enfermedad cardíaca coronaria (CHD, por sus siglas en inglés), incidiendo con un aumento del 26% en el riesgo. La ansiedad también fue específicamente asociada con la mortalidad cardíaca, indicando que las personas ansiosas tienen un mayor riesgo de muerte cardíaca en un 48%. (p. 40).

Otros estudios señalan que la ansiedad en postinfartados se asocia a una calidad de vida empobrecida, rehospitalización cardíaca y visitas frecuentes al especialista (Strik et al., 2003, p. 1803). La ansiedad y la depresión se han vinculado de forma consistente a circunstancias que incrementan la morbimortalidad del paciente con problemas cardíacos, como los procesos inflamatorios, el incremento de las catecolaminas, variabilidad en el ritmo cardíaco, la alteración de la función endotelial y la adquisición de conductas potencialmente perjudiciales (como el consumo de tabaco o la reducida actividad física). (Huffman et al., 2010, p. 129).

Dentro de los síntomas físicos generados por la ansiedad es posible encontrar los vegetativos: en donde se puede producir: sudoración, sequedad de boca, mareo e inestabilidad; neuromusculares: con temblores, tensión muscular, cefaleas y parestesias; cardiovasculares: con palpitaciones, taquicardias y dolor precordial; respiratorios: con disnea; digestivos: con náuseas,

vómitos, dispepsia, diarrea, estreñimiento, aerofagia y meteorismo; finalmente, los genitourinarios: con micción frecuente y problemas en la esfera sexual. Por otro lado, la presencia de síntomas psicológicos y conductuales, entre estos: la preocupación, aprensión, sensación de agobio, miedo a perder el control o a volverse loco, sensación de miedo inminente, dificultad de concentración, quejas por pérdida de memoria, irritabilidad, inquietud, desasosiego, conductas de evitación de determinadas situaciones, inhibición o bloqueo psicomotor y obsesiones o compulsiones. (Fernández et al., 2018, p. 20).

Debido a que la ansiedad es uno de los factores de riesgo importantes para la afectación en la salud de los pacientes, es necesario conocer y comprender que es la ansiedad. A continuación, se presentan algunas definiciones, iniciando por supuesto, con el Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), vigente a la fecha, para dar paso a otras propuestas planteadas de este trastorno:

El miedo es una respuesta emocional a una amenaza inminente, real o imaginaria, mientras que la ansiedad es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura (...). Los trastornos de ansiedad se diferencian del miedo o la ansiedad normal propios del desarrollo por ser excesivos o persistir más allá de los períodos de desarrollo apropiados. Se distinguen de la ansiedad o el miedo transitorio, a menudo inducido por el estrés, por ser persistentes (p. ej., suelen tener una duración de 6 meses o más). (American Psychiatric Association (APA), 2013, p. 189).

Barlow (2002) afirmaba que “el miedo es una alarma primitiva en respuesta a un peligro presente, caracterizado por una intensa activación y por las tendencias a la acción” (p.104), pero, por el contrario, la ansiedad parece asemejarse más como:

Una emoción orientada hacia el futuro, caracterizada por las percepciones de incontrolabilidad e impredecibilidad con respecto a sucesos potencialmente aversivos y con un cambio rápido en la atención hacia el foco de acontecimientos potencialmente peligrosos o hacia la propia respuesta afectiva ante tales sucesos. (p. 104).

Es importante entonces, el tener clara la distinción entre los términos miedo y ansiedad, los cuales, son utilizados de manera indistinta, confundiendo el significado de estos. Beck et al. (1985) presentaron una propuesta en donde definían el miedo “como el proceso cognitivo que conllevaba “la valoración de que existe un peligro real o potencial en una situación determinada”” (p. 8)., y la ansiedad, como “una respuesta emocional provocada por el miedo” (p. 8). Por tal motivo “el miedo “es la valoración del peligro; la ansiedad es el estado de sentimiento negativo evocado cuando se estimula el miedo” (p. 9).

Otra distinción a tener en cuenta es la ansiedad normal de la patológica, y como se explica en la Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en atención primaria (Vilarrasa et al. 2008), es importante diferenciar:

...la ansiedad como una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes. Así, cierto grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias del día a día. Tan sólo cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, es cuando la ansiedad se convierte en patológica, provocando malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico, como al psicológico y conductual. (p. 31).

Con respecto al tratamiento, es de gran importancia realizar una intervención terapéutica tanto física como psicológica por la aparición de síntomas emocionales que se presentan

posterior al episodio cardiaco. Teniendo también en cuenta que después de un evento cardiaco, los síntomas de la depresión y la ansiedad son prevalentes (Lane et al., 2003, p. 1808).

En cuanto a la duración del tratamiento, Yohannes et al. (2010, p. 4), realizaron en su investigación un entrenamiento de rehabilitación cardíaca de seis semanas. En este encontraron una mejora en la calidad de vida de los pacientes, lo cual pudieron evidenciar en el cuestionario de salud (SF-36), así como disminución en la ansiedad y la depresión que se muestran en la escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HAD) y que los beneficios de la tesis se mantuvieron a los 12 meses de rehabilitación.

En una investigación realizada por Duarte et al. (2011, p. 136), se desarrolló un programa intensivo de rehabilitación cardíaca de cuatro semanas sobre calidad de vida y ansiedad-depresión, logrando identificar una disminución de los niveles de ansiedad y depresión acompañada de un aumento de la moral, destacando la contribución significativa de los programas de ejercicio. Esto es de gran importancia debido a que, al mejorar la condición física, se asocia directamente con una reducción de la morbimortalidad. Podría deberse a que los pacientes se sienten más seguros por el apoyo del equipo multidisciplinario de la clínica y el acompañamiento de otros pacientes.

Entre algunas de las recomendaciones encontradas para la rehabilitación cardíaca, cabe mencionar la expuesta por Fernández et al. (2018) en la que se plantea implementar técnicas de psicoeducación en donde se trazan metas claras y la posibilidad de mantener un auto-monitoreo, esto con el fin de facilitar la adherencia a la práctica de actividad física. Ligado a esto, una atención psicológica escalonada adaptada a las necesidades psicológicas de los pacientes, las cuales deberían estar basadas en la evidencia, realizadas y supervisadas por profesionales de la salud entrenados dentro del contexto de la atención. (p.8)

El tratamiento integral, el cual es un programa de rehabilitación cardíaca tanto físico como psicológico, puede brindar al paciente la posibilidad de obtener beneficios para su calidad de vida, tales como mejorar su recuperación, promover la adherencia a su tratamiento tanto farmacológico como psicológico, y así, evitar una posible recurrencia de un evento cardíaco en el futuro. (Pourafkari et al., 2016, p. 385).

Para intervenir la alteración emocional como la ansiedad en los pacientes con falla cardíaca e IAM, y entre las intervenciones psicológicas presentes, se sugiere utilizar la atención psicológica basada en el modelo cognitivo conductual. Esto por su efectividad, la cual se ha demostrado desde la evidencia, que es el método más eficaz para motivar el cambio e inducir a la adopción de una emoción menos disfuncional como la ansiedad o la depresión. Y con esta, técnicas para aprender a manejar el estrés, reestructuración cognitiva, habilidades comunicativas, terapias de relajación para fortalecer la prevención secundaria. Asimismo, y como parte de la psicoeducación, se sugiere el asesoramiento y educación permanente para lograr y mantener la adherencia a la medicación. (Fernández et al. 2018, p. 9).

La terapia cognitiva, plantea que las emociones y comportamientos de las personas son influidos por las percepciones. Beck puntualiza que los sentimientos no están definidos por las situaciones como tal, sino por el cómo las personas interpretan esas situaciones (1964, p. 564). Para desarrollar el tratamiento, “el profesional busca además que la terapia sea lo más eficaz posible. El uso de un formato estándar (tanto como enseñar al paciente las herramientas que utiliza la terapia) facilita estos objetivos”. (Beck, 2000, p. 45).

En concordancia con lo anterior, Royo et al. (2016) han mostrado que para que haya un cambio en el comportamiento y basado en la evidencia científica es conveniente conocer que:

los métodos de intervención cognitivo-conductual son eficaces para motivar el cambio e inducir a la adopción de un estilo de vida saludable. En concreto, la intervención para el fomento de la salud en equipos multidisciplinares (enfermeros, dietistas, psicólogos. . .) es una medida eficaz para mejorar los hábitos higiénico dietéticos y el perfil cardiovascular. En los pacientes con riesgo RCV muy elevado se recomienda una intervención que combine los recursos médicos, educación sobre estilos de vida, actividad física, manejo del estrés y factores de riesgo psicosociales” (p. 301).

Y que en pacientes con enfermedad cardiovascular (ECV), y síntomas diversos como la ansiedad, es recomendable realizar intervenciones conductuales para mejorar su nivel de salud psicosocial, integrando educación para la salud, ejercicio físico y terapia psicológica. (Royo et al. (2016, p. 301).

A continuación, se presenta el protocolo de intervención cognitivo conductual para el manejo de la ansiedad en pacientes con falla cardíaca y están en un proceso de rehabilitación integral (física y psicológica) para el manejo de sus emociones, en particular la ansiedad como factor predisponente, desencadenante o causal de su falla cardíaca. Consta de 7 sesiones de intervención. Cada sesión se realizará semanalmente y tendrá una duración de 30 a 60 minutos. La primera sesión será dirigida a la valoración y recolección de información psicológica, personal y comportamental relevante al caso, y la última estará enfocada en revisar los avances en el proceso y hacer una retroalimentación de este, con el fin de que el paciente continúe con su recuperación de manera autónoma.

## **Objetivos**

### ***Objetivo general***

Aplicar el protocolo de intervención psicológica desde la perspectiva cognitivo conductual para el manejo de la ansiedad en pacientes con infarto agudo al miocardio y falla cardíaca.

### ***Objetivos específicos***

1. Realizar el psicodiagnóstico del paciente remitido por el profesional médico.
2. Velar por la correcta intervención y así garantizar una mayor adherencia terapéutica y una mejora en la calidad de vida del paciente.
3. Facilitar al psicoterapeuta la toma de decisión de intervención, con un uso eficiente del tiempo.

## **Recomendaciones para el terapeuta**

El psicoterapeuta cognitivo conductual debe tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Hacer la terapia simple.
- Hacer el tratamiento específico y concreto.
- Dar importancia al trabajo fuera de la sesión.
- Hacer evoluciones continuas.
- Permanecer centrado en la tarea.
- Hacer un uso adecuado y eficiente del tiempo.

Así mismo, se debe tener en cuenta que en la psicoterapia cognitiva se hace uso de las siguientes estrategias generales:

- Utilización del método Socrático.
- Ayudar al paciente a detectar sus pensamientos.

- Enseñar al paciente a examinar sus pensamientos.
- Enseñar al paciente a identificar las posibles distorsiones cognitivas.
- Identificar con el paciente pensamientos alternos más adecuados.
- Indicar al paciente la relación lógica entre pensamiento, emoción y

comportamiento.

- Facilitar al paciente el desarrollo de nuevos patrones cognitivos, emocionales y comportamentales.

Es importante señalar que es necesario establecer una buena relación terapéutica y centrarse en metas específicas en cada sesión para el éxito del proceso.

## **Sesiones**

### ***Sesión 1. Valoración y recolección de información del paciente***

**Objetivo general.** Diligenciar la historia clínica.

**Duración.** 45 minutos

#### **Descripción.**

- Recibir al paciente -y su familia- al llegar a la clínica para la sesión de rehabilitación. Es importante en este punto brindar recepción empática.
- Realizar el encuadre con el paciente -y su familia- agendando los próximos encuentros.
- Obtener el consentimiento informado del paciente, facilitando que este conozca la metodología de trabajo y acceda a participar en la rehabilitación integral.
- Diligenciar la historia clínica psicológica (Ver Anexo A. Historia clínica psicológica). Esto con el objetivo de evaluar en el paciente los cambios psicológicos posteriores al suceso cardiovascular, entre otros aspectos:

- a. Motivo por el cual ingresó al programa de rehabilitación cardíaca.
- b. Tiempo transcurrido entre el evento cardíaco agudo y la consulta.
- c. Presencia o no de síntomas afectivos previos al evento.
- d. Presencia o no de síntomas afectivos posteriores al evento.
- e. Antecedentes psiquiátricos
- f. Calidad de la red de apoyo
- Formular el caso por parte del terapeuta (Ver Anexo B. Formulación y

seguimiento de casos en terapia cognitiva.

### ***Sesión 2. Técnicas de relajación y respiración***

**Objetivo.** Facilitar al paciente técnicas de relajación y respiración para cuando detecte síntomas de ansiedad logre controlarlos o disminuirlos.

**Duración.** 30 - 60 minutos

#### **Descripción.**

- Psicoeducación para el paciente con entrenamientos de relajación y respiración, en el cual se contrarresten pensamientos que generan ansiedad por pensamientos racionales que favorezcan el bienestar del paciente.
- Implementar diferentes técnicas dependiendo del estado de salud del paciente como: técnicas de relajación muscular progresiva, técnicas de relajación muscular pasiva, relajación sin tensión, respiración abdominal o respiración tranquilizante, las cuales sirven para aliviar los efectos físicos de la ansiedad y liberarse de su presión.
- Enfatizar si ha tenido algún cambio para seguir reforzando el trabajo que se está haciendo.
- Revisar y analizar el registro diario de pensamientos con el paciente.

- Aclarar dudas que se tengan acerca del proceso.

### ***Sesión 3. Aplicación de instrumentos diagnósticos***

**Objetivo general.** Evaluar el estado de ansiedad del sujeto e identificar los principales pensamientos automáticos del paciente.

**Duración.** 30 - 60 minutos

#### **Descripción.**

- De ser necesario, completar la recolección de información acerca de los cambios normales en su comportamiento y estado de ánimo.
- Aplicar el IPA (Ver Anexo C. Inventario de Pensamientos Automáticos).
- Aplicar la escala HAD (Ver Anexo D. Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria) que está estructurada como una escala de tipo Likert que va de 0 a 3, en donde los pacientes tienen que describir los sentimientos que han experimentado durante la última semana. Esta breve escala consta de dos subescalas de 7 ítems intercalados. La subescala de depresión está centrada en el concepto de anhedonia como síntoma nuclear de este cuadro clínico y que diferencia primordialmente la ansiedad de la depresión. Tanto para la puntuación de ansiedad como de depresión se considera de cero a siete normal, de ocho a diez dudoso, y de once o más problema clínico.
- La Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria, es autoadministrada, tiene 14 ítems y fue diseñada para la evaluación de la ansiedad y la depresión en servicios hospitalarios de consulta externa no psiquiátricos. Es una medida de estado con dos escalas, una para la ansiedad y otra para la depresión. Una de sus principales virtudes es la supresión de los síntomas somáticos para que se pueda evaluar independientemente de la enfermedad somática subyacente.

Se trata de un instrumento útil validado en nuestro medio y de especial interés y utilidad en el contexto de atención primaria. (Vilarrasa et al.2008, p. 40).

- Aplicar la EADG (Ver anexo E. Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg).

Esta fue concebida para permitir la detección de los dos trastornos psicopatológicos más frecuentes en atención. Es un instrumento que puede servir de guía de la entrevista, así como de indicador de la prevalencia, gravedad y evolución de dichos trastornos. La versión castellana ha demostrado su habilidad y validez en el ámbito de la Atención Primaria y tiene una sensibilidad (83,1%), especificidad (81,8%) y valor predictivo positivo (95,3%) adecuados.

Estos instrumentos o escalas por sí mismas no generan diagnósticos, sino que permiten seleccionar personas con puntuación alta en las que se sospecha la presencia de patología mental, lo que indica la realización posterior de un estudio más profundo para completar una adecuada valoración, dado que refuerzan, complementan y soportan el diagnóstico elaborado tras la entrevista clínica y la exploración psicopatológica.

#### ***Sesión 4. Sensibilización y retroalimentación del estado de ansiedad***

**Objetivo general.** Implicar al paciente en la elaboración de un plan diagnóstico-psicoterapéutico mostrando al sujeto el panorama completo de su salud en la actualidad, recalcando la importancia de adherirse a la intervención psicológica de manera paralela a la terapia física. Asimismo, concienciar a este sobre los diversos cambios que debe implementar para mejorar su estilo de vida, inclusive los cambios que deben hacer sus familiares o cuidadores para asegurar su bienestar.

**Duración.** 30 - 60 minutos

**Descripción.**

- Psicoeducación para el paciente sobre qué es la ansiedad, sus efectos fisiológicos y cómo puede afectar el proceso de recuperación sino se trabaja en ello.
- Realizar la retroalimentación de los resultados obtenidos de las escalas de ansiedad aplicadas, y de ser necesario analizarlos en conjunto con el paciente y su familia.
- Conocer el impacto que ha tenido la enfermedad en el paciente y las expectativas que tiene frente a su situación actual.
- Dialogo socrático abierto para lograr tanto la sensibilización como la toma de conciencia en pro de la mejora del paciente, reforzando la importancia del autocuidado y adherencia al tratamiento.
- Generar acuerdos, negociaciones o pactos que impliquen el compromiso del paciente en la adherencia al tratamiento.

***Sesión 5. Identificación de pensamientos automáticos y psicoeducación***

**Objetivo general.** Identificar con el paciente pensamientos alternos más adecuados a partir de los resultados obtenidos del IPA.

**Duración.** 30 - 60 minutos

**Descripción.**

- Realizar la retroalimentación de las distorsiones cognitivas encontradas a partir de los resultados del IPA.
- Detectar con ayuda del paciente las situaciones, síntomas, frecuencia, duración e intensidad de la ansiedad, teniendo en cuenta las distorsiones cognitivas que puedan estar precediendo a la situación.

- Identificar cuáles son los pensamientos y acciones que influyen en el estado de ánimo para aprender a tener un mayor control sobre los sentimientos.
- Facilitar las estrategias a utilizar cuando presente algún síntoma relacionado con la ansiedad y como puede utilizar sus propios recursos.
- Explorar acerca de las expectativas que tiene sobre la evolución de su cirugía.
- Reforzar las tareas de psicoeducación más pertinentes para fortalecer el proceso de recuperación en casa.

Con el fin de identificar los pensamientos relacionados con la ansiedad, el paciente debe identificar como interpreta las situaciones, ya que es la valoración personal que se hace la que confiere un significado. Esto se hará mediante la utilización del Registro Diario de Pensamientos. (Ver Anexo F. Registro Diario de Pensamientos Distorsionados) Facilitar el registro diario de pensamientos al paciente enseñándole como debe diligenciarlo.

### ***Sesión 6. Evaluación del impacto y efectividad del tratamiento***

**Objetivo general.** Evaluar por medio de los mismos instrumentos aplicados de ansiedad al inicio del tratamiento, el impacto y la efectividad de lo que se ha trabajado.

**Duración.** 30 – 60 minutos

#### **Descripción.**

- Aplicar la escala HAD (Ver Anexo D. Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria)
- Aplicar la EADG (Ver anexo E. Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg)

### ***Sesión 7. Retroalimentación del proceso y cierre de la psicoterapia***

**Objetivo general.** Establecer si se cumplieron los objetivos del terapeuta y del paciente además de evaluar el nivel de satisfacción del paciente.

**Duración.** 30 – 60 minutos

**Descripción.**

- Revisar cambios a nivel emocional, cognitivo y conductual a partir de lo trabajado y los resultados obtenidos al inicio y al final de las pruebas aplicadas.
- Recopilación de ideas y pactos alcanzados.
- Toma de precauciones para que continúe motivado en su autocuidado y despedida.

## Referencias

- Agarwal, M., Trivedi, JK., Sinha, PK., Dalas, PK. Y Saran, RK. (2010). Depression in patients of myocardial infarction a cross sectional study in northern India. *Journal of the association of physicians of India*, 59, 636-639
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5*. Editorial Médica Panamericana.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nded.). New York; Guilford Press.
- Beck, A. (1964). Thinking and depression: II. Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry*, 10, 561-571.
- Beck, A.T. Emery, G. y Greenberg, L. (1985). *Anxiety disorders and phobias. A cognitive Perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, J.S. (2000). *Terapia Cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. España: Gedisa
- Chapman, A.R., Adamson, P.D. y Mills, N.L. (2016). Assessment and Classification of Patients with Myocardial Injury and Infarction in Clinical Practice. *Heart*, 103, 10-18.
- Duarte, P., Haida, A., Bousquet, M., Richard, L., Maurie`ge, P. y Guiraud, T. (2011). Short-term impact of a 4-week intensive cardiac rehabilitation program on quality of life and anxiety-depression. *Annals of physical and rehabilitation medicine*, 54, 132-143
- Fernández, R., Palomino, Y., Hereida, M., Gordillo, M., Soca, R., Timaná, R. y Carrera, L. (2018). *Guía de práctica clínica de rehabilitación cardíaca. Guía en versión extensa y anexos*. Instituto de evaluación de tecnologías en salud e investigación. Perú.

- Huffman, J., Celano, C. y Januzzi, B. (20120). The relationship between depression, anxiety, and cardiovascular outcomes in patients with acute coronary syndromes. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 6, 123-136
- Lane, D., Carroll, D., Ring, C., Beevers, D. y Lip, G. (2002). The prevalence and persistence of depression and anxiety following myocardial infarction. *British Journal of Health Psychology*, 7, 11–21
- Lane, D., Carroll, D., y Lip, G. (2003). Anxiety, depression, and prognosis after myocardial infarction. *Journal of the American College of Cardiology*, 43(10), 1808-1810.  
<https://doi.org/10.1016/j.jacc.2003.08.018>
- Larsen, K.K. (2013). Depression Following Myocardial Infarction. *Danish Medical Journ*, 60(7), 1-18
- Mateu-Mollá, J.; Valero-Moreno S.; Lacomba-Trejo, L.; Català-Cortés, L. (2018). Ansiedad y depresión: Impacto en la calidad de vida de pacientes tras Infarto Agudo de Miocardio. *Revista de Investigación en Psicología Social*, 6(1), 5-13.
- Ministerio de Salud y Protección Social (03 de junio, 2020). *Enfermedades Cardiovasculares*. Minsalud, República de Colombia.  
<https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PENT/Paginas/enfermedades-cardiovasculares.aspx>
- Organización Mundial de la Salud (17 de mayo, 2017). *Enfermedades Cardiovasculares*. OMS.  
[https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
- Organización Mundial de la Salud. (S.f.). *¿Qué son las enfermedades Cardiovasculares?* OMS.  
[https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))

- Pourafkari, L., Ghaffari, S., Tajlil, A., Shahamfar, J., Hedayati, S., y Nader, N. D. (2016). The impact of cardiac rehabilitation program on anxiety and depression levels after coronary artery bypass graft surgery. *Cor et Vasa*, 58(4), e384-e390.
- Roest, A. M., Martens, E. J., De Jonge, P. y Denollet, J. (2010). Anxiety and Risk of Incident Coronary Heart Disease. *Journal of the American College of Cardiology*, 56(1), 38-46. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2010.03.034>
- Rosengren, A., Hawken, S., Ôunpuu, S., Sliwa, K., Zubaid, M., Almahmeed, W. A. y Yusuf, S. (2004). Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11 119 cases and 13 648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *The Lancet*, 364, 953-962. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)17019-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)17019-0)
- Royo-Bordonada, M., Armario, P., Lobos, J., Pedro-Botet, J., Villar, F., Elosua, R., Brotons, C., Cortés, O., Serrano, B., Camafort, M., Gil, a., Pérez, A., Maiques, A., de Santiago, A., de Castro, A., Alegría, E., Baeza, C., Herranz, M., Sans, S., y Campos, P. (2016). Adaptación española de las guías europeas de 2016 sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica. *Sumergen*, 43(4), 295-311
- Rudisch, B. y Nemeroff, C.B. (2003). Epidemiology of Comorbid Coronary Artery Disease and Depression. *Society of Biological Psychiatry*, 54, 227-240. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(03\)00587-0](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(03)00587-0)
- Saaby, L., Poulsen, T.S., Hosbond, S., Bjerregaard, T., Cosmus, A., Hallas, J., Thygesen, K. y Mickley, H. (2013). Classification of Myocardial Infarction: Frequency and Features of Type 2 Myocardial Infarction. *The American Journal of Medicine*, 126(9), 789-797.
- Strik, J., Denollet, J., Lousberg, R. y Honig, A. (2003). Comparing Symptoms of Depression and Anxiety as Predictors of Cardiac Events and Increased Health Care Consumption After

- Myocardial Infarction. *Journal of the American College of Cardiology*, 42(10), 1801-1807. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2003.07.007>
- Strike, P. C. y Steptoe, A. (2004). Psychosocial factors in the development of coronary artery disease. *Progress in cardiovascular diseases*, 46(4), 337-347.  
<https://doi.org/10.1016/j.pcad.2003.09.001>
- Thygesen, K., Alpert, J.S., Jaffe, A.S., Simoons, M.L., Chaitman, B.R. y White, H.D. (2012). Third Universal Definition of Myocardial Infarction. *Journal of the american heart association*, 126(16), 2020-2035.
- Vargas, R., Ordoñez, E., Montalvo, O. y Díaz, V. (2006). Calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes postinfarto de miocardio. *Revista ciencia y cuidado*, 5(1), 40-50
- Vilarrasa, A., Ruiz, R., de Santiago, M., Cura, M., Díaz, P., Fontecha, M., García, A., Gracia, J., Pereira, M., Pozo, M., Suárez, V., Tello, M. y Torralba, V. (2008). *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria*, Guías de práctica clínica en el SNS, Comunidad de Madrid
- Yohannes, A., Doherty, P., Bundy, B. y Yalfani, A. (2010). The long-term benefits of cardiac rehabilitation on depression, anxiety, physical activity and quality of life. *Journal of clinical nursing*, 1-8. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03313.x>
- Yusuf, S., Hawken, S., Ôunpuu, S., Dans, T., Avezum, A., Lanas, F. y Varigos, J. (2004). Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *The Lancet*, 364, 937-952.  
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)17018-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)17018-9)

## Anexos

### Anexo A.

#### Historia clínica psicológica<sup>3</sup>

N° de Historia Clínica:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fecha:

--	--	--

#### 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Sexo: M  F

Procedencia: \_\_\_\_\_ Estatus Socioeconómico: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

EPS: \_\_\_\_\_

Acudiente (s): \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

#### 2. DATOS FAMILIARES:

Nombre del padre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_

<sup>3</sup> Historia Clínica Psicológica suministrada por la Psicóloga Paula Cristina Ríos Zapata

Hermanos: \_\_\_\_\_

Nombre	Edad	Ocupación	Escolaridad	Estado Civil

Nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_

Hijos: \_\_\_\_\_


3. MOTIVO DE CONSULTA:

---



---

4. ESTADO ACTUAL:

---



---

5. ANTECEDENTES:

• ANTECEDENTES MÉDICO – PSIQUIÁTRICOS:

---



---

• ANTECEDENTES PSICOLÓGICOS:

---



---

• ANTECEDENTES FAMILIARES:

---



---

• ANTECEDENTES PERSONALES (Comportamentales, emocioénes y socioafectivos):

---



---

6. INFORME DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA:

---

---

7. FORMULACIÓN DIAGNÓSTICA Y PRONOSTICA:

- DIAGNÓSTICA:

---

---

- PRONÓSTICA:

---

---

8. PLAN DE TRATAMIENTO:

---

---

9. CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE:

Se me ha explicado cual es el proceso que debe llevarse para llegar a un posible diagnóstico, así mismo, de las alternativas de intervención. Conozco mis derechos como paciente y mis deberes en cuanto al cumplimiento de las citas y al seguimiento de las indicaciones dadas. Acepto participar del proceso y sé que puedo suspender este consentimiento en cualquier momento informándole al profesional y dejando constancia escrita. Adicionalmente acepto que la información suministrada en este documento puede ser utilizada con fines investigativos, si el caso lo amerita para beneficio de la población, conservando mi total anonimato.

---

Firma del Paciente

C.C. N°: \_\_\_\_\_

---

Firma del Psicólogo

Reg. Profesional N°: \_\_\_\_\_



## Anexo B.

### Formulación y seguimiento de casos en terapia cognitiva<sup>4</sup>

#### 1. Identificación del Psicólogo:

Nombre del Psicólogo:	Número de Tarjeta Profesional:	Número de Registro D.S.S:
Años de Experiencia en Psicología Clínica:		
Estudios Superiores		
Nombre del Posgrado	Universidad	Año de Graduación

#### 2. Identificación del Paciente:

Nombre:	Cédula o # de Historia clínica:	
Edad:	Escolaridad:	Ocupación:
Número de Historia Clínica:		
Estado Civil:	Nº de Hijos:	Vive con:
Otros datos relevantes:		
Tratamientos Psicológicos o psiquiátricos anteriores:		
Nombre del Psicólogo o Psiquiatra	Motivo (s) de consulta anterior (es)	

<sup>4</sup> Fuente: Castrillón, D., Salazar, A., Góngora, L., Pinillos, L. y Molina, J. (2013). Formulación y seguimiento de casos en Terapia Cognitiva.

Fechas de atención aproximadas:	Logros en la intervención:
Datos Médicos relevantes:	
Información o hipótesis a tener en cuenta para el resto de la formulación:	

## 1. Motivo de Consulta:

Palabras del paciente:	
Expectativas:	Origen de la remisión:
Observaciones clínicas del terapeuta en la primera consulta:	
Hipótesis diagnósticas previa(s):	

## 2. Resultados de la evaluación (sólo registrar los resultados relevantes):

Prueba	Factor	Resultado en percentiles o en puntuación directa

Anexar los auto registros

## 3. Diagnóstico según el DSM-5

--

Comorbilidades:

--

## 4. Análisis descriptivo:

Descripción del problema y factores asociados			Problemas y estrategias de afrontamiento		
Inicio de la Crisis actual:	Factores protectores:		Problemas y EA 1	Esquema Asociado 1:	Estilo(s) y/o trastorno(s) de la Personalidad
	Factores de Riesgo:		Problemas y EA 2		
	Factores Precipitantes:		Problemas y EA 3	Esquema Asociado 2:	
			Problemas y EA 4		
			Problemas y EA 5		
			Problemas y EA 6		

	Problemas y EA n		
--	---------------------	--	--

Diagnóstico Cognitivo:

Nombre del Psicólogo:	N <sup>a</sup> de Tarjeta Profesional:	Número de Registro DSS:	Firma:
--------------------------	---	----------------------------	--------

## Anexo C.

### Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA)

INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMATICOS (RUIZ Y LUJAN, 1991)<sup>5</sup>

NOMBRE:

FECHA:

EDAD:

A continuación, encontrará una lista de pensamientos que suele presentar las personas ante diversas situaciones. Se trata de que usted valore la frecuencia con que suele pensarlos, siguiendo la escala que se presenta a continuación:

- 0 Nunca pienso eso
- 1 Algunas veces lo pienso
- 2 Bastantes veces lo pienso
- 3 Con mucha frecuencia lo pienso

		0	1	2	3
1	No puedo soportar ciertas cosas que me pasan				
2	Solamente me pasan cosas malas				
3	Todo lo que hago me sale mal				
4	Sé que piensan mal de mi				
5	¿Y si tengo alguna enfermedad grave?				
6	Soy inferior a la gente en casi todo				
7	Si otros cambiaran su actitud yo me sentiría mejor				
8	No hay derecho a que me traten así				
9	Si me siento triste es porque soy un enfermo mental				
10	Mis problemas dependen de los que me rodean				
11	Soy un desastre como persona				
12	Yo tengo la culpa de todo lo que me pasa				
13	Debería de estar bien y no tener estos problemas				
14	Sé que tengo la razón y no me entienden				
15	Aunque ahora sufra, algún día tendré mi recompensa				
16	Es horrible que me pase esto				

<sup>5</sup> Fuente: <https://www.academia.edu/31016732/>.-Inventario\_de\_pensamientos\_automaticos

17	Mi vida es un continuo fracaso				
18	Siempre tendré este problema				
19	Sé que me están mintiendo y engañando				
20	¿Y si me vuelvo loco y pierdo la cabeza?				
21	Soy superior a la gente en casi todo				
22	Yo soy responsable del sufrimiento de los que me rodean				
23	Si me quisieran de verdad no me tratarían así				
24	Me siento culpable, y es porque he hecho algo malo				
25	Si tuviera más apoyo no tendría estos problemas				
26	Alguien que conozco es un imbécil				
27	Otros tiene la culpa de lo que me pasa				
28	No debería de cometer estos errores				
29	No quiere reconocer que estoy en lo cierto				
30	Ya vendrán mejores tiempos				
31	Es insoportable, no puedo aguantar más				
32	Soy incompetente e inútil				
33	Nunca podré salir de esta situación				
34	Quieren hacerme daño				
35	¿Y si les pasa algo malo a las personas a quienes quiero?				
36	La gente hace las cosas mejor que yo				
37	Soy una víctima de mis circunstancias				
38	No me tratan como deberían hacerlo y me merezco				
39	Si tengo estos síntomas es porque soy un enfermo				
40	Si tuviera mejor situación económica no tendría estos problemas				
41	Soy un neurótico				
42	Lo que me pasa es un castigo que merezco				
43	Debería recibir más atención y cariño de otros				
44	Tengo razón, y voy a hacer lo que me da la gana				
45	Tarde o temprano me irán las cosas mejor				

## Anexo D.

### Escala de Ansiedad y depresión Hospitalaria (HAD)<sup>6</sup>

Versión original de Zigmond y Snaith, 1983

*Este cuestionario ha sido diseñado para ayudarnos a saber cómo se siente usted. Lea cada frase y marque la respuesta que más se ajusta a cómo se sintió durante la semana pasada. No piense mucho las respuestas. Lo más seguro es que si responde deprisa sus respuestas se ajustarán mucho más a como realmente se sintió.*

- |   |  |
|---|--|
| <p>1. Me siento tenso o nervioso.</p> <p><input type="checkbox"/> Todos los días</p> <p><input type="checkbox"/> Muchas veces</p> <p><input type="checkbox"/> A veces</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p>   | <p>8. Me siento como si cada día estuviera más lento.</p> <p><input type="checkbox"/> Por lo general, en todo momento.</p> <p><input type="checkbox"/> Muy a menudo</p> <p><input type="checkbox"/> A veces</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p>  |
| <p>2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba.</p> <p><input type="checkbox"/> Como siempre</p> <p><input type="checkbox"/> No lo bastante</p> <p><input type="checkbox"/> Sólo un poco</p> <p><input type="checkbox"/> Nada</p>   | <p>9. Tengo una sensación extraña, como si tuviera mariposas en el estómago.</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> En ciertas ocasiones</p> <p><input type="checkbox"/> Con bastante frecuencia</p> <p><input type="checkbox"/> Muy a menudo</p>                       |
| <p>3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder.</p> <p><input type="checkbox"/> Definitivamente y es muy fuerte</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, pero no es muy fuerte</p> <p><input type="checkbox"/> Un poco, pero no me preocupa</p> <p><input type="checkbox"/> Nada</p> | <p>10. He perdido interés en mi aspecto personal</p> <p><input type="checkbox"/> Totalmente</p> <p><input type="checkbox"/> No me preocupo tanto como debiera</p> <p><input type="checkbox"/> Podría tener un poco más de cuidado</p> <p><input type="checkbox"/> Me preocupo al igual que siempre</p> |
| <p>4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas.</p> <p><input type="checkbox"/> Al igual que siempre lo hice</p> <p><input type="checkbox"/> No tanto ahora</p> <p><input type="checkbox"/> Casi nunca</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p>   | <p>11. Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme.</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho</p> <p><input type="checkbox"/> Bastante</p> <p><input type="checkbox"/> No mucho</p> <p><input type="checkbox"/> Nada</p>   |
| <p>5. Tengo mi mente llena de preocupaciones</p> <p><input type="checkbox"/> La mayoría de las veces</p> <p><input type="checkbox"/> Con bastante frecuencia</p> <p><input type="checkbox"/> A veces, aunque no muy a menudo</p> <p><input type="checkbox"/> Solo en ocasiones</p>                            | <p>12. Me siento optimista respecto al futuro.</p> <p><input type="checkbox"/> Igual que siempre</p> <p><input type="checkbox"/> Menos de lo que acostumbraba</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho menos de lo que acostumbraba</p> <p><input type="checkbox"/> Nada</p>                              |
| <p>6. Me siento alegre</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> No muy a menudo</p> <p><input type="checkbox"/> A veces</p> <p><input type="checkbox"/> Casi siempre</p>   | <p>13. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico.</p> <p><input type="checkbox"/> Muy frecuentemente</p> <p><input type="checkbox"/> Bastante a menudo</p> <p><input type="checkbox"/> No muy a menudo</p> <p><input type="checkbox"/> Rara vez</p>   |
| <p>7. Puedo estar sentado confortablemente y sentirme relajado.</p> <p><input type="checkbox"/> Siempre</p> <p><input type="checkbox"/> Por lo general</p> <p><input type="checkbox"/> No muy a menudo</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p>  | <p>14. Me divierto con un buen libro, la radio, o un programa de televisión.</p> <p><input type="checkbox"/> A menudo</p> <p><input type="checkbox"/> A veces</p> <p><input type="checkbox"/> No muy a menudo</p> <p><input type="checkbox"/> Rara vez</p>   |

<sup>6</sup> Fuente: De las Cuevas, C., García-Estrada, A. y González de Rivera, J. "Hospital Anxiety and Depression Scale" y Psicopatología Afectiva. (1995)

## Anexo E

### Escala de ansiedad y depresión de Goldberg (EADG)<sup>7</sup>

#### SUBESCALA DE ANSIEDAD

1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?

2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?

3. ¿Se ha sentido muy irritable?

4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse?

(Si hay 3 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)

5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?

6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o de nuca?

7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)

8. ¿Ha estado preocupado por su salud?

9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?

TOTAL ANSIEDAD= \_\_\_\_\_

#### SUBESCALA DE DEPRESIÓN

1. ¿Se ha sentido con poca energía?

2. ¿Ha perdido el interés por las cosas?

3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?

4. ¿Se ha sentido sin esperanzas?

(Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)

---

<sup>7</sup> Fuente: Goldberg, D., Kridges, K., Duncan-Jones, P. y Grayson, D. Detecting anxiety and depression in general medical settings. (1988)

5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?
6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?
8. ¿Se ha sentido enlentecido?
9. ¿Cree que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?

TOTAL DEPRESIÓN=\_\_\_\_\_

## Anexo F.

### Registro diario de pensamientos distorsionados<sup>8</sup>

REGISTRO DIARIO DE PENSAMIENTOS DISTORSIONADOS				
SITUACIÓN Describa: 1. El acontecimiento que motivó la emoción desagradable, o 2. La Corriente de pensamientos o el recuerdo que motivó la emoción desagradable FECHA:	EMOCION (ES) 1. Especifique triste, ansioso, enfadado, etc. 2. Evalúe la intensidad de la emoción de 1 a 100	PENSAMIENTO(S) AUTOMÁTICO(S) 1. Anote el pensamiento o los pensamientos automáticos que preceden a la emoción o emociones. 2. Evalúe el grado de creencia en los pensamientos automáticos de 0 a 100%	RESPUESTA RACIONAL 1. Anote una respuesta racional a los pensamientos automáticos. 2. Evalúe el grado de creencia en la respuesta racional de 0 a 100%	RESULTADO 1. Reevalúe el grado de creencia en los pensamientos automáticos de 0 a 100. 2. Especifique y evalúe de 0 a 100 las emociones subsiguientes.
<p><b>EXPLICACIÓN:</b> Cuando Experimente una emoción desagradable, describa la situación que pudo motivar la aparición de la emoción (Si la emoción tuvo lugar mientras usted estaba pensando algo, anótelos) A continuación anote el pensamiento automático asociado con la emoción. Anote el grado de creencia en este pensamiento 0 = nada en absoluto; 100 = totalmente. En la evaluación de la intensidad de la emoción 1= un leve indicio; 100 = la máxima intensidad posible.</p>				

<sup>8</sup> Fuente: Beck, J. Terapia cognitiva, conceptos básicos y profundización. (2000)

## **Protocolo de intervención cognitivo conductual para el manejo de la depresión en pacientes con falla cardíaca**

Carlos Andrés Echeverri Salamanca<sup>9</sup> y Paula Cristina Ríos Zapata<sup>10</sup>

### **Presentación**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) “las enfermedades cardiovasculares son un grupo de desórdenes del corazón y los vasos sanguíneos” (OMS, 2017, p.7).

Cada año mueren más personas por alguna enfermedad cardíaca que por cualquier otra causa, se calcula que en el 2015 murieron 17.7 millones de personas por enfermedades cardiovasculares, lo cual representa el 31% de las defunciones registradas en el mundo. De esas defunciones aproximadamente 7.4 millones se debieron a cardiopatías crónicas. (OMS, 2017, p. 1-2).

Las enfermedades cardiovasculares afectan en mayor medida a los países de ingresos bajos y medios: más del 80% de las defunciones por esta causa se producen en esos países y afectan casi por igual a los hombres que a las mujeres. De aquí al 2030, casi 23,6 millones de personas morirán por alguna enfermedad cardiovascular, principalmente por cardiopatías. (OMS, s.f. p. 4 - 5).

Según el Ministerio de Salud y Protección Social (2020):

En Colombia, desde finales de los años sesenta las enfermedades cardiovasculares empiezan a ser reconocidas como causa de morbilidad y mortalidad. A comienzos de la década

---

<sup>9</sup> Estudiante del Programa de Psicología. Universidad Católica de Oriente. E-mail: ANDRÉS090874@gmail.com

<sup>10</sup> Psicóloga. Especialista en Psicología Educativa. Magister en Psicología. Docente de tiempo completo, Programa de Psicología, Universidad Católica de Oriente. E-mail: [prios@uco.edu.co](mailto:prios@uco.edu.co). Iralis: COPS5581: Paula C. Ríos-Zapata. Orcid: [orcid.org/0000-0002-0094-1885](https://orcid.org/0000-0002-0094-1885)

de los ochenta adquieren relevancia epidemiológica y a partir de ese momento y durante los siguientes 30 años han ocupado los cinco primeros puestos en la lista de las diez principales causas de mortalidad para el país. (s.f. pár. 2).

En la actualidad, la enfermedad isquémica cardíaca, ocupa el puesto número 1, dentro de las principales causas de mortalidad en Colombia. (OMS, s.f. pár. 2).

Anteriormente, su estudio era un campo casi que exclusivo por parte de la medicina, donde su desarrollo y mantenimiento se explicaban desde factores de riesgos tradicionales y constitucionales tales como la edad, el sexo, la dislipidemia, el consumo de tabaco y la obesidad. Sin embargo, actualmente se sabe que dichos factores explican el 66% de los casos (Strike y Steptoe, 2004, p. 337) por lo que los estudios se han volcado a identificar otros factores que también tengan alguna relación.

El INTERHEART (Rosengren et al., 2004, p. 953) se considera uno de los estudios que mayor importancia ha tenido en los últimos años en el análisis de factores de riesgo, donde se incluyeron medidas de depresión y estrés. Los resultados fueron concluyentes con respecto a la importancia de los factores de riesgo psicosociales, los cuales ocuparon el tercer puesto en importancia a nivel mundial para el desarrollo de la enfermedad cardiovascular. (Yusuf et al., 2004, p. 942).

Es importante especificar que, dentro de esas fallas cardíacas el infarto al miocardio (IAM), es una de las principales causas de muerte a nivel global. Según Larsen, se estima que aproximadamente siete millones de personas lo sufren anualmente en todo el mundo (2013, p. 1).

Por otro lado, Thygesen et al. (2012, p. 2022) plantean que el IAM es un fenómeno clínico que puede suponer la primera manifestación de una patología coronaria, u ocurrir de

forma reiterada en pacientes con una enfermedad previamente identificada a través de estudios electromiográficos y/o de laboratorio.

Existe una diversidad de daños coronarios relacionados con una variedad de alteraciones fisiológicas, siendo el más prevalente el IAM tipo 1 (85%), en donde se presenta una rotura, ulceración, fisura, erosión de una placa; que propicia un trombo arterial y genera una restricción del flujo sanguíneo (Saaby et al., 2013, p. 789). Están también, el tipo 2 en donde hay un desequilibrio entre la demanda y disponibilidad de oxígeno, el tipo 3 con muerte cardíaca súbita, el tipo 4 asociado a intervención coronaria percutánea y el tipo 5, relacionado con una cirugía cardíaca (Chapman et al. 2016, p.11).

Mateu-Mollá et al. (2018) plantean que “el IAM tiene múltiples connotaciones que lo vinculan a su fatalidad inherente (debido a la alta mortalidad que se le asocia), por lo que a menudo genera un fuerte impacto emocional entre las personas que lo sufren” (p. 6). Entre estos cabe mencionar la depresión con una prevalencia del 20% al 45% (Rudisch y Nemeroff, 2003, p. 228), y la ansiedad la cual tiene una estimación entre el 24-31% en los pacientes que han experimentado un IAM, (Lane et al., 2002, p. 12).

Estos dos, tanto la depresión como la ansiedad suponen factores de riesgo importantes para la alteración de la calidad de vida de los pacientes relacionado con la salud (Agarwal et al., 2011, pár. 5). Una propuesta compartida también por sus implicaciones en la salud, tanto física como mental por Mateu-Mollá et al. (2018, p. 6).

En el estudio realizado por Vargas et al. (2006), se logró concluir que el componente en la salud mental de los pacientes que sufrieron un IAM se vio alterado, especialmente con la asociación de trastornos afectivos como la depresión y la ansiedad, lo cual tiene una:

...fuerte tendencia a desencadenar una serie de fenómenos a nivel cerebral y cardiovascular que predisponen a los pacientes a nuevos eventos con consecuencias fatales. Además de esto, interfiere con sus actividades cotidianas y recreativas encerrándolo en un círculo de estrés y ansiedad que le impide recuperar su autonomía. Es evidente el impacto negativo del infarto agudo de miocardio en la salud mental, esto se ve reflejado en el 84% de los pacientes que presentaron una percepción negativa de su calidad de vida relacionada con la salud. (p. 48).

La ansiedad y la depresión se han vinculado de forma consistente a circunstancias que incrementan la morbimortalidad del paciente con problemas cardíacos, como los procesos inflamatorios, el incremento de las catecolaminas, variabilidad en el ritmo cardíaco, la alteración de la función endotelial y la adquisición de conductas potencialmente perjudiciales (como el consumo de tabaco o la reducida actividad física). (Huffman et al., 2010, p. 129).

El estudio realizado por Rugulies (2002), en el cual desarrolló una revisión y metanálisis, logró identificar que:

...la depresión está asociada con el desarrollo de cardiopatía coronaria en personas inicialmente sanas. Aunque tanto la depresión clínica como el estado de ánimo depresivo mostraron un tamaño del efecto general estadísticamente significativo, los análisis de sensibilidad revelaron que la depresión clínica es el predictor más fuerte y consistente. (p. 57)

Los síntomas generados por la depresión, pueden ser originados por depresión clínica, enfermedad médica o por consumo de algún fármaco o drogas. Con respecto a la depresión clínica, esta se caracteriza por la presencia de ánimo deprimido, pérdida de interés acompañado de falta de energía, menor actividad, cambios en el patrón de sueño o apetito, cambios de peso,

dificultad para concentrarse, sentimiento de culpa o inutilidad al igual que ideas de muerte o de suicidio. En algunos casos, puede acompañarse de síntomas de ansiedad como: el marcado predominio de la angustia, aprensión expectante, preocupación excesiva, para lo cual sería necesario también aplicar el protocolo para el tratamiento de la ansiedad. (Baños et al. 2007, p. 30).

Debido a que la depresión es uno de los factores de riesgo importantes para la afectación en la salud de los pacientes, es necesario conocer y comprender que es la depresión. A continuación, se presentan algunas definiciones, iniciando con el Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), vigente a la fecha, para dar paso a otras propuestas planteadas de este trastorno. (APA, 2013, pp. 162 - 163)

En este se describe a la depresión como un síndrome que se caracteriza fundamentalmente por humor deprimido o pérdida del placer o interés, aunado a una serie de síntomas como: 1) una pérdida o ganancia significativa de al menos un cambio del 5% de peso en un lapso de un mes; 2) insomnio o hipersomnias casi todos los días; 3) agitación o retraso psicomotor casi todos los días observable por otros; 4) falta de energía casi todos los días; 5) sentido de minusvalía o culpa excesiva casi todos los días que sobrepasa el auto reproche o la culpa por encontrarse enfermo; 6) habilidad empobrecida para concentrarse o indecisión; y 6) pensamientos recurrentes de muerte. Cinco de éstos se deben presentar al mismo tiempo durante un lapso de tiempo que representa una modificación al nivel de funcionamiento previo de la persona y causan distrés significativo en la persona. (APA, 2013, pp. 162-163).

Beck y Alford (2009), enseñan los atributos generales que presenta la depresión como, una alteración específica del estado de ánimo: tristeza, soledad, apatía; un autoconcepto negativo asociado con los auto-reproches y la auto-culpa; deseos regresivos y auto-punitivos: deseos de

escapar, esconderse o morir; cambios vegetativos: anorexia, insomnio, pérdida de la libido y cambio en el nivel de actividad: retraso o agitación. (p. 8).

Debido a que el término depresión ha sido normalizado para los cambios del estado de ánimo por debajo de su normalidad particular como referente, Beck y Alford (2009), puntualizan que:

El término depresión se utiliza a menudo para designar un patrón complejo de desviaciones en los sentimientos, la cognición y el comportamiento...que no se representa como un trastorno psiquiátrico discreto. En tales casos, se considera un síndrome o un complejo de síntomas. El conjunto de signos y síntomas a veces se conceptualiza como una dimensión psicopatológica que varía en intensidad (o en grado de anomalía) de leve a grave. (p. 8).

Según Barlow (2014), y en concordancia con las propuestas realizadas por Beck, recalca estos tres ejes que son los que componen o desencadenan la depresión, estos son la visión negativa que los pacientes tienen de sí mismos, de su ambiente y del futuro. Y puntualiza que:

...se consideran inútiles, inadecuados, odiosos y deficientes... que el ambiente es abrumador, que les presenta obstáculos insuperables que continuamente dan lugar a fracaso o pérdida. Además, consideran que el futuro carece de esperanza y que sus esfuerzos serán insuficientes para cambiar el curso insatisfactorio de sus vidas. (p. 513).

Beck et al. (1979), dan una gran importancia al proceso cognitivo, el cual, en este caso está distorsionado, y provoca unos pensamientos que alteran el desarrollo de la vida normal, estos son fuera de la conciencia y los llamó “pensamientos automáticos”, que se presentan de manera recurrente. (p. 37).

Para San Molina y Arranz (2010), la depresión es “la exageración persistente de los sentimientos habituales de tristeza...de varias semanas o meses de duración, y que afecta tanto al cuerpo como a la mente” y no por esto “indica debilidad personal y no es un estado del que uno se puede librar a voluntad”. (p. 10).

Otra definición de la depresión, es la presentada por Rojas (2013), el cual propone que:

...es un estado de hundimiento terrible que cualitativa y cuantitativamente es mucho mayor que cualquier decaimiento producido por los avatares de la vida. El sufrimiento de la depresión puede llegar a ser tan profundo que sólo se vea como salida de ese túnel el suicidio. (p.16).

Con respecto al tratamiento, es de gran importancia realizar una intervención terapéutica tanto física como psicológica por la aparición de síntomas emocionales que se presentan posterior al episodio cardiaco. Teniendo también en cuenta que después de un evento cardiaco, los síntomas de la depresión y la ansiedad son prevalentes (Lane et al., 2003, p. 1808).

En cuanto a la duración del tratamiento, Yohannes et al. (2010), realizaron en su investigación un entrenamiento de rehabilitación cardíaca de seis semanas. En este encontraron una mejora en la calidad de vida de los pacientes, lo cual pudieron evidenciar en el cuestionario de salud (SF-36), así como disminución en la ansiedad y la depresión que se muestran en la escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HAD) y que los beneficios de la tesis se mantuvieron a los 12 meses de rehabilitación. (p. 4)

En una investigación realizada por Duarte et al. (2011), se desarrolló un programa intensivo de rehabilitación cardíaca de cuatro semanas sobre calidad de vida y ansiedad-depresión, logrando identificar una disminución de los niveles de ansiedad y depresión acompañada de un aumento de la moral, destacando la contribución significativa de los

programas de ejercicio. Esto es de gran importancia debido a que, al mejorar la condición física, se asocia directamente con una reducción de la morbimortalidad. Podría deberse a que los pacientes se sienten más seguros por el apoyo del equipo multidisciplinario de la clínica y el acompañamiento de otros pacientes. (p. 136)

Entre algunas de las recomendaciones encontradas para la rehabilitación cardíaca, cabe mencionar la expuesta por Fernández et al. (2018), en la que se plantea implementar técnicas de psicoeducación en donde se trazan metas claras y la posibilidad de mantener un auto-monitoreo, esto con el fin de facilitar la adherencia a la práctica de actividad física. Ligado a esto, una atención psicológica escalonada adaptada a las necesidades psicológicas de los pacientes, las cuales deberían estar basadas en la evidencia, realizadas y supervisadas por profesionales de la salud entrenados dentro del contexto de la atención. (p.8)

El tratamiento integral, el cual es un programa de rehabilitación cardíaca tanto físico como psicológico, puede brindar al paciente la posibilidad de obtener beneficios para su calidad de vida, tales como mejorar su recuperación, promover la adherencia a su tratamiento tanto farmacológico como psicológico, y así, evitar una posible recurrencia de un evento cardíaco en el futuro. (Pourafkari et al., 2016, p. 385).

Para intervenir la alteración emocional como la depresión en los pacientes con falla cardíaca e IAM, y entre las intervenciones psicológicas presentes, se sugiere utilizar la atención psicológica basada en el modelo cognitivo conductual. Esto por su efectividad, la cual se ha demostrado desde la evidencia, que es el método más eficaz para motivar el cambio e inducir a la adopción de una emoción menos disfuncional como la ansiedad o la depresión, Y con esta, técnicas para aprender a manejar el estrés, reestructuración cognitiva, habilidades comunicativas, terapias de relajación para fortalecer la prevención secundaria. Asimismo, y como parte de la

psicoeducación, se sugiere el asesoramiento y educación permanente para lograr y mantener la adherencia a la medicación. (Fernández et al., 2018, p. 9).

La terapia cognitiva, plantea que las emociones y comportamientos de las personas son influidos por las percepciones. Beck puntualiza que los sentimientos no están definidos por las situaciones como tal, sino por el cómo las personas interpretan esas situaciones (1964, p. 564). Para desarrollar el tratamiento, “el profesional busca además que la terapia sea lo más eficaz posible. El uso de un formato estándar (tanto como enseñar al paciente las herramientas que utiliza la terapia) facilita estos objetivos”. (Beck, 2000, p. 45).

En concordancia con lo anterior, Royo et al. (2016) han mostrado que para que haya un cambio en el comportamiento y basado en la evidencia científica es conveniente conocer que:

Los métodos de intervención cognitivo-conductual son eficaces para motivar el cambio e inducir a la adopción de un estilo de vida saludable. En concreto, la intervención para el fomento de la salud en equipos multidisciplinares (enfermeros, dietistas, psicólogos. . .) es una medida eficaz para mejorar los hábitos higiénico dietéticos y el perfil cardiovascular. En los pacientes con RCV muy elevado se recomienda una intervención que combine los recursos médicos, educación sobre estilos de vida, actividad física, manejo del estrés y factores de riesgo psicosociales” (p. 301)

Y que en pacientes con enfermedad cardiovascular (ECV), y síntomas diversos como la depresión, es recomendable realizar intervenciones conductuales para mejorar su nivel de salud psicosocial, integrando educación para la salud, ejercicio físico y terapia psicológica. (Royo et al. 2016, p. 301).

A continuación, se presenta el protocolo de intervención cognitivo conductual para el manejo de la depresión en pacientes con falla cardíaca y están en un proceso de rehabilitación

integral (física y psicológica) para el manejo de sus emociones, en particular la depresión como factor predisponente, desencadenante o causal de su falla cardíaca. Consta de 7 sesiones de intervención. Cada sesión se realizará semanalmente y tendrá una duración de 30 a 60 minutos. La primera sesión será dirigida a la valoración y recolección de información psicológica, personal y comportamental relevante al caso, y la última estará enfocada en revisar los avances en el proceso y hacer una retroalimentación de este, con el fin de que el paciente continúe con su recuperación de manera autónoma.

## **Objetivos**

### ***Objetivo general***

Aplicar el protocolo de intervención psicológica desde la perspectiva cognitivo conductual para el manejo de la depresión en pacientes con infarto agudo al miocardio y falla cardíaca.

### ***Objetivos específicos***

1. Realizar el psicodiagnóstico del paciente remitido por el profesional médico.
2. Velar por la correcta intervención y así garantizar una mayor adherencia terapéutica y una mejora en la calidad de vida del paciente.
3. Facilitar al psicoterapeuta la toma de decisión de intervención, con un uso eficiente del tiempo.

## **Recomendaciones para el terapeuta**

El psicoterapeuta cognitivo conductual debe tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Hacer la terapia simple.
- Hacer el tratamiento específico y concreto.
- Dar importancia al trabajo fuera de la sesión.

- Hacer evoluciones continuas.
- Permanecer centrado en la tarea.
- Hacer un uso adecuado y eficiente del tiempo.

Así mismo, se debe tener en cuenta que en la psicoterapia cognitiva se hace uso de las siguientes estrategias generales:

- Utilización del método Socrático.
- Ayudar al paciente a detectar sus pensamientos.
- Enseñar al paciente a examinar sus pensamientos.
- Enseñar al paciente a identificar las posibles distorsiones cognitivas.
- Identificar con el paciente pensamientos alternos más adecuados.
- Indicar al paciente la relación lógica entre pensamiento, emoción y

comportamiento.

- Facilitar al paciente el desarrollo de nuevos patrones cognitivos, emocionales y comportamentales.

Es importante señalar que es necesario establecer una buena relación terapéutica y centrarse en metas específicas en cada sesión para el éxito del proceso.

## **Sesiones**

### **Sesión 1. Valoración y recolección de información del paciente**

**Objetivo general.** Diligenciar la historia clínica.

**Duración.** 45 minutos

### **Descripción.**

Recibir al paciente -y su familia- al llegar a la clínica o al consultorio del profesional en psicología para la sesión de rehabilitación. Es importante en este punto brindar recepción empática.

- Realizar el encuadre con el paciente -y su familia- agendando los próximos encuentros.
- Obtener el consentimiento informado del paciente, facilitando que este conozca la metodología de trabajo y acceda a participar en la rehabilitación integral.
- Diligenciar la historia clínica psicológica (Ver Anexo A. Historia clínica psicológica). Esto con el objetivo de evaluar en el paciente los cambios psicológicos posteriores al suceso cardiovascular, entre otros aspectos:
  - g. Motivo por el cual ingresó al programa de rehabilitación cardíaca.
  - h. Tiempo transcurrido entre el evento cardíaco agudo y la consulta.
  - i. Presencia o no de síntomas afectivos previos al evento.
  - j. Presencia o no de síntomas afectivos posteriores al evento.
  - k. Antecedentes psiquiátricos
  - l. Calidad de la red de apoyo
- Formular el caso por parte del terapeuta (Ver Anexo B. Formulación y seguimiento de casos en terapia cognitiva).

### ***Sesión 2. Psicoeducación del modelo de depresión de Beck***

**Objetivo.** Implicar al paciente en la elaboración de un plan diagnóstico-psicoterapéutico mostrando al sujeto el panorama completo de su salud en la actualidad, recalcando la importancia de adherirse a la intervención psicológica de manera paralela a la terapia física.

Asimismo, concienciar a este sobre los diversos cambios que debe implementar para mejorar su estilo de vida, inclusive los cambios que deben hacer sus familiares o cuidadores para asegurar su bienestar.

**Duración.** 30 - 60 minutos

**Descripción.**

- Psicoeducación para el paciente sobre qué es la depresión, sus efectos fisiológicos y cómo puede afectar el proceso de recuperación sino se trabaja en ello.
- Realizar la retroalimentación de los resultados obtenidos de las escalas de depresión aplicadas, y de ser necesario analizarlos en conjunto con el paciente y su familia.
- Conocer el impacto que ha tenido la enfermedad en el paciente y las expectativas que tiene frente a su situación actual.
- Dialogo socrático abierto para lograr tanto la sensibilización como la toma de conciencia en pro de la mejora del paciente, reforzando la importancia del autocuidado y adherencia al tratamiento.
- Generar acuerdos, negociaciones o pactos que impliquen el compromiso del paciente en la adherencia al tratamiento.

***Sesión 3. Aplicación de instrumentos diagnósticos***

**Objetivo general.** Evaluar el estado de depresión del sujeto e identificar los principales pensamientos automáticos del paciente.

**Duración.** 30 - 60 minutos

**Descripción.**

- De ser necesario, completar la recolección de información acerca de los cambios normales en su comportamiento y estado de ánimo.

- Aplicar el IPA (Ver Anexo C. Inventario de Pensamientos Automáticos).
- Aplicar la escala HAD (Ver Anexo D. Escala de Ansiedad y Depresión

Hospitalaria) que está estructurada como una escala de tipo Likert que va de 0 a 3, en donde los pacientes tienen que describir los sentimientos que han experimentado durante la última semana. Esta breve escala consta de dos subescalas de 7 ítems intercalados. La subescala de depresión está centrada en el concepto de anhedonia como síntoma nuclear de este cuadro clínico y que diferencia primordialmente la ansiedad de la depresión. Tanto para la puntuación de ansiedad como de depresión se considera de cero a siete normal, de ocho a diez dudoso, y de once o más problema clínico.

La Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria, es autoadministrada, tiene 14 ítems y fue diseñada para la evaluación de la ansiedad y la depresión en servicios hospitalarios de consulta externa no psiquiátricos. Es una medida de estado con dos escalas, una para la ansiedad y otra para la depresión. Una de sus principales virtudes es la supresión de los síntomas somáticos para que se pueda evaluar independientemente de la enfermedad somática subyacente. Se trata de un instrumento útil validado en nuestro medio y de especial interés y utilidad en el contexto de atención primaria. (Vilarrasa et al., 2008, p. 50).

- Aplicar la EADG (Ver anexo E. Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg).

Esta fue concebida para permitir la detección de los dos trastornos psicopatológicos más frecuentes en atención. Es un instrumento que puede servir de guía de la entrevista, así como de indicador de la prevalencia, gravedad y evolución de dichos trastornos. La versión castellana ha demostrado su habilidad y validez en el ámbito de la Atención Primaria y tiene una sensibilidad (83,1%), especificidad (81,8%) y valor predictivo positivo (95,3%) adecuados.

Estos instrumentos o escalas por sí mismas no generan diagnósticos, sino que permiten seleccionar personas con puntuación alta en las que se sospecha la presencia de patología mental, lo que indica la realización posterior de un estudio más profundo para completar una adecuada valoración, dado que refuerzan, complementan y soportan el diagnóstico elaborado tras la entrevista clínica y la exploración psicopatológica.

#### ***Sesión 4. Identificación de pensamientos automáticos y psicoeducación***

**Objetivo general.** Identificar con el paciente pensamientos alternos más adecuados a partir de los resultados obtenidos del IPA.

**Duración.** 30 - 60 minutos

**Descripción.**

- Realizar la retroalimentación de las distorsiones cognitivas encontradas a partir de los resultados del IPA.
- Detectar con ayuda del paciente las situaciones, síntomas, frecuencia, duración e intensidad de la depresión, teniendo en cuenta las distorsiones cognitivas que puedan estar precediendo a la situación.
- Identificar cuáles son los pensamientos y acciones que influyen en el estado de ánimo para aprender a tener un mayor control sobre los sentimientos.
- Facilitar las estrategias a utilizar cuando presente algún síntoma relacionado con la depresión y como puede utilizar sus propios recursos.
- Explorar acerca de las expectativas que tiene sobre la evolución de su cirugía.
- Reforzar las tareas de psicoeducación más pertinentes para fortalecer el proceso de recuperación en casa.

Con el fin de identificar los pensamientos relacionados con la depresión, el paciente debe identificar como interpreta las situaciones, ya que es la valoración personal que se hace la que confiere un significado. Esto se hará mediante la utilización del Registro Diario de Pensamientos. (Ver Anexo F. Registro Diario de Pensamientos Distorsionados) Facilitar el registro diario de pensamientos al paciente enseñándole como debe diligenciarlo.

### ***Sesión 5. Evaluación del impacto y efectividad del tratamiento***

**Objetivo general.** Evaluar por medio de los mismos instrumentos aplicados de depresión al inicio del tratamiento, el impacto y la efectividad de lo que se ha trabajado.

**Duración.** 30 – 60 minutos

#### **Descripción.**

- Aplicar la escala HAD (Ver Anexo D. Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria)
- Aplicar la EADG (Ver anexo E. Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg)

### ***Sesión 6. Evaluación autoesquemas***

**Objetivo general.** Identificar y/o reestructurar los autoesquemas en el paciente. Esto se refiere a los pensamientos, creencias y conceptos que tenemos de nosotros mismos y son el resultado de nuestras experiencias y de la forma en que otros han influenciado nuestra vida como los padres, hermanos, amigos, profesores y otras personas significativas.

**Duración.** 30 – 60 minutos

#### **Descripción.**

- Autoconcepto. Se animará al paciente a expresar lo que piensa de sí mismo.
- La autoeficacia. Se animará al paciente a expresar la confianza que tiene de sí mismo.

- La autoimagen. Se animará al paciente a expresar que tanto se gusta o esta conforme con su aspecto físico.
- Autoestima. Se animará al paciente a expresar que tanto se quiere.

### ***Sesión 7. Retroalimentación del proceso y cierre de la psicoterapia***

**Objetivo general.** Establecer si se cumplieron los objetivos del terapeuta y del paciente además de evaluar el nivel de satisfacción del paciente.

**Duración.** 30 – 60 minutos

#### **Descripción.**

- Revisar cambios a nivel emocional, cognitivo y conductual a partir de lo trabajado y los resultados obtenidos al inicio y al final de las pruebas aplicadas.
- Recopilación de ideas y pactos alcanzados.
- Toma de precauciones para que continúe motivado en su autocuidado y despedida.

## Referencias

- Agarwal, M., Trivedi, JK., Sinha, PK., Dalas, PK. Y Saran, RK. (2010). Depression in patients of myocardial infarction a cross sectional study in northern india. *Journal of the association of physicians of India*, 59, 636-639
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5*. Editorial Médica Panamericana.
- Baños, J., Elvira, L., Galindo, R., Galindo, F., Gallego, A., García, Á., Morales, J., y Rodríguez, E. (2007). *Protocolo para la atención de los trastornos de ansiedad y depresión*. Madrid.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nded.). New York; Guilford Press.
- Barlow, D. H. (2014). *Manual clínico de trastornos psicológicos. Tratamiento paso a paso*. Sonora: El Manual Moderno S.A. de CV.
- Beck, A. (1964). Thinking and depression: II. Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry*, 10, 561-571.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A.T. Emery, G. y Greenberg, L. (1985). *Anxiety disorders and phobias. A cognitive Perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, J.S. (2000). *Terapia Cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. España: Gedisa
- Beck, A., y Alford, B. (2009). *Depression. Causes and Treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

- Chapman, A.R., Adamson, P.D. y Mills, N.L. (2016). Assessment and Classification of Patients with Myocardial Injury and Infarction in Clinical Practice. *Heart*, *103*, 10-18.
- Duarte, P., Haida, A., Bousquet, M., Richard, L., Maurie`ge, P. y Guiraud, T. (2011). Short-term impact of a 4-week intensive cardiac rehabilitation program on quality of life and anxiety-depression. *Annals of physical and rehabilitation medicine*, *54*, 132-143
- Fernández, R., Palomino, Y., Hereida, M., Gordillo, M., Soca, R., Timaná, R. y Carrera, L. (2018). *Guía de práctica clínica de rehabilitación cardíaca. Guía en versión extensa y anexos*. Instituto de evaluación de tecnologías en salud e investigación. Perú, marzo 2018.
- Huffman, J., Celano, C. y Januzzi, B. (20120). The relationship between depression, anxiety, and cardiovascular outcomes in patients with acute coronary syndromes. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *6*, 123-136
- Lane, D., Carroll, D., Ring, C., Beevers, D. y Lip, G. (2002). The prevalence and persistence of depression and anxiety following myocardial infarction. *British Journal of Health Psychology*, *7*, 11–21
- Lane, D., Carroll, D., y Lip, G. (2003). Anxiety, depression, and prognosis after myocardial infarction. *Journal of the American College of Cardiology*, *43*(10), 1808-1810.  
<https://doi.org/10.1016/j.jacc.2003.08.018>
- Larsen, K.K. (2013). Depression Following Myocardial Infarction. *Danish Medical Journ*, *60*(7), 1-18
- Mateu-Mollá, J.; Valero-Moreno S.; Lacomba-Trejo, L.; Català-Cortés, L. (2018). Ansiedad y depresión: Impacto en la calidad de vida de pacientes tras Infarto Agudo de Miocardio. *Revista de Investigación en Psicología Social*, *6* (1), 5-13.

Ministerio de Salud y Protección Social (03 de junio, 2020). *Enfermedades Cardiovasculares*.

Minsalud, República de Colombia.

<https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PENT/Paginas/enfermedades-cardiovasculares.aspx>

Organización Mundial de la Salud (17 de mayo, 2017). *Enfermedades Cardiovasculares*. OMS.

[https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))

Organización Mundial de la Salud. (S.f.). *¿Qué son las enfermedades Cardiovasculares?* OMS.

[https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))

Pourafkari, L., Ghaffari, S., Tajlil, A., Shahamfar, J., Hedayati, S., y Nader, N. D. (2016). The impact of cardiac rehabilitation program on anxiety and depression levels after coronary artery bypass graft surgery. *Cor et Vasa*, 58(4), e384-e390.

Roest, A. M., Martens, E. J., De Jonge, P. y Denollet, J. (2010). Anxiety and Risk of Incident Coronary Heart Disease. *Journal of the American College of Cardiology*, 56(1), 38-46.

<https://doi.org/10.1016/j.jacc.2010.03.034>

Rojas, E. (2013). *Adiós depresión. En busca de la felicidad*. Madrid: Ediciones planeta.

Rosengren, A., Hawken, S., Ôunpuu, S., Sliwa, K., Zubaid, M., Almahmeed, W. A. y Yusuf, S. (2004). Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11 119 cases and 13 648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *The Lancet*, 364, 953-962. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)17019-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)17019-0)

Royo-Bordonada, M., Armario, P., Lobos, J., Pedro-Botet, J., Villar, F., Elosua, R., Brotons, C., Cortés, O., Serrano, B., Camafort, M., Gil, a., Pérez, A., Maiques, A., de Santiago, A., de Castro, A., Alegría, E., Baeza, C., Herranz, M., Sans, S., y Campos, P. (2016).

- Adaptación española de las guías europeas de 2016 sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica. *Sumergen*, 43(4), 295-311
- Rudisch, B. y Nemeroff, C.B. (2003). Epidemiology of Comorbid Coronary Artery Disease and Depression. *Society of Biological Psychiatry*, 54, 227-240. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(03\)00587-0](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(03)00587-0)
- Rugulies, R. (2002). Depression as a Predictor for Coronary Heart Disease A Review and Meta-Analysis. *American Journal of Preventive Medicine*, 23(1), 51-61.  
[https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(02\)00439-7](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(02)00439-7)
- Saaby, L., Poulsen, T.S., Hosbond, S., Bjerregaard, T., Cosmus, A., Hallas, J., Thygesen, K. y Mickley, H. (2013). Classification of Myocardial Infarction: Frequency and Features of Type 2 Myocardial Infarction. *The American Journal of Medicine*, 126(9), 789-797.
- San Molina, L. y Arranz, B. (2010). *Comprender la depresión*. Barcelona: Editorial Amat.
- Strik, J., Denollet, J., Lousberg, R. y Honig, A. (2003). Comparing Symptoms of Depression and Anxiety as Predictors of Cardiac Events and Increased Health Care Consumption After Myocardial Infarction. *Journal of the American College of Cardiology*, 42(10), 1801-1807. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2003.07.007>
- Strike, P. C. y Steptoe, A. (2004). Psychosocial factors in the development of coronary artery disease. *Progress in cardiovascular diseases*, 46(4), 337-347.  
<https://doi.org/10.1016/j.pcad.2003.09.001>
- Thygesen, K., Alpert, J.S., Jaffe, A.S., Simoons, M.L., Chaitman, B.R. y White, H.D. (2012). Third Universal Definition of Myocardial Infarction. *Journal of the american heart association*, 126(16), 2020-2035.

- Vargas, R., Ordoñez, E., Montalvo, O. y Díaz, V. (2006). Calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes postinfarto de miocardio. *Revista ciencia y cuidado*, 5(1), 40-50
- Vilarrasa, A., Ruiz, R., de Santiago, M., Cura, M., Díaz, P., Fontecha, M., García, A., Gracia, J., Pereira, M., Pozo, M., Suárez, V., Tello, M., y Torralba, V. (2008). *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria*, Guías de práctica clínica en el SNS, Comunidad de Madrid
- Yohannes, A., Doherty, P., Bundy, B. y Yalfani, A. (2010). The long-term benefits of cardiac rehabilitation on depression, anxiety, physical activity and quality of life. *Journal of clinical nursing*, 1-8. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03313.x>
- Yusuf, S., Hawken, S., Ôunpuu, S., Dans, T., Avezum, A., Lanas, F. y Varigos, J. (2004). Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *The Lancet*, 364, 937-952. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)17018-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)17018-9)

## Anexos

### Anexo A.

#### Historia clínica psicológica<sup>11</sup>

N° de Historia Clínica:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fecha:

--	--	--

#### 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Sexo: M  F

Procedencia: \_\_\_\_\_ Estatus Socioeconómico: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

EPS: \_\_\_\_\_

Acudiente (s): \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

#### 2. DATOS FAMILIARES:

Nombre del padre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_

Hermanos: \_\_\_\_\_

Nombre	Edad	Ocupación	Escolaridad	Estado Civil

<sup>11</sup> Historia Clínica Psicológica suministrada por la Psicóloga Paula Cristina Ríos Zapata

Nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_

Hijos: \_\_\_\_\_


3. MOTIVO DE CONSULTA:

---



---

4. ESTADO ACTUAL:

---



---

ANTECEDENTES:

- ANTECEDENTES MÉDICO – PSIQUIÁTRICOS:

---



---

- ANTECEDENTES PSICOLÓGICOS:

---



---

ANTECEDENTES FAMILIARES:

---



---

- ANTECEDENTES PERSONALES (Comportamentales, emocionales y socioafectivos):

---



---

5. INFORME DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA:

---



---

## FORMULACIÓN DIAGNÓSTICA Y PRONOSTICA:

- DIAGNÓSTICA:

---

---

- PRONÓSTICA:

---

---

## 6. PLAN DE TRATAMIENTO:

---

---

## 7. CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE:

Se me ha explicado cual es el proceso que debe llevarse para llegar a un posible diagnóstico, así mismo, de las alternativas de intervención. Conozco mis derechos como paciente y mis deberes en cuanto al cumplimiento de las citas y al seguimiento de las indicaciones dadas. Acepto participar del proceso y sé que puedo suspender este consentimiento en cualquier momento informándole al profesional y dejando constancia escrita. Adicionalmente acepto que la información suministrada en este documento, puede ser utilizada con fines investigativos, si el caso lo amerita para beneficio de la población, conservando mi total anonimato.

---

Firma del Paciente

C.C. N°: \_\_\_\_\_

---

Firma del Psicólogo

Reg. Profesional N°: \_\_\_\_\_



## Anexo B.

### Formulación y seguimiento de casos en terapia cognitiva<sup>12</sup>

#### 1. Identificación del Psicólogo:

Nombre del Psicólogo:	Número de Tarjeta Profesional:	Número de Registro D.S.S:
Años de Experiencia en Psicología Clínica:		
Estudios Superiores		
Nombre del Posgrado	Universidad	Año de Graduación

#### 2. Identificación del Paciente:

Nombre:		Cédula o # de Historia clínica:
Edad:	Escolaridad:	Ocupación:
Número de Historia Clínica:		
Estado Civil:	Nº de Hijos:	Vive con:
Otros datos relevantes:		
Tratamientos Psicológicos o psiquiátricos anteriores:		
Nombre del Psicólogo o Psiquiatra	Motivo (s) de consulta anterior (es)	
Fechas de atención aproximadas:	Logros en la intervención:	

<sup>12</sup> Fuente: Castrillón, D., Salazar, A., Góngora, L., Pinillos, L. y Molina, J. (2013). Formulación y seguimiento de casos en Terapia Cognitiva.

Datos Médicos relevantes:
Información o hipótesis a tener en cuenta para el resto de la formulación:

## 3. Motivo de Consulta:

Palabras del paciente:	
Expectativas:	Origen de la remisión:
Observaciones clínicas del terapeuta en la primera consulta:	
Hipótesis diagnósticas previa(s):	

## 4. Resultados de la evaluación (sólo registrar los resultados relevantes):

Prueba	Factor	Resultado en percentiles o en puntuación directa

Anexar los auto registros

## 5. Diagnóstico según el DSM-5

--

Comorbilidades:
-----------------

## 6. Análisis descriptivo:

Descripción del problema y factores asociados			Problemas y estrategias de afrontamiento		
Inicio de la Crisis actual:	Factores protectores:		Problemas y EA 1	Esquema Asociado 1:	Estilo(s) y/o trastorno(s) de la Personalidad
	Factores de Riesgo:		Problemas y EA 2		
	Factores Precipitantes:		Problemas y EA 3	Esquema Asociado 2:	
			Problemas y EA 4	Esquema Asociado 3_	
			Problemas y EA 5		
			Problemas y EA 6		
			Problemas y EA n		

Diagnóstico Cognitivo:
------------------------

Nombre del Psicólogo:	N <sup>a</sup> de Tarjeta Profesional:	Número de Registro DSS:	Firma:
-----------------------	--	-------------------------	--------

### Anexo C.

#### Inventario de pensamientos automáticos (IPA)<sup>13</sup>

INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMATICOS (RUIZ Y LUJAN, 1991)

NOMBRE:

FECHA:

EDAD:

A continuación, encontrará una lista de pensamientos que suele presentar las personas ante diversas situaciones. Se trata de que usted valore la frecuencia con que suele pensarlos, siguiendo la escala que se presenta a continuación:

- 0 Nunca pienso eso
- 1 Algunas veces lo pienso
- 2 Bastantes veces lo pienso
- 3 Con mucha frecuencia lo pienso

		0	1	2	3
1	No puedo soportar ciertas cosas que me pasan				
2	Solamente me pasan cosas malas				
3	Todo lo que hago me sale mal				
4	Sé que piensan mal de mi				
5	¿Y si tengo alguna enfermedad grave?				
6	Soy inferior a la gente en casi todo				
7	Si otros cambiaran su actitud yo me sentiría mejor				
8	No hay derecho a que me traten así				
9	Si me siento triste es porque soy un enfermo mental				
10	Mis problemas dependen de los que me rodean				
11	Soy un desastre como persona				
12	Yo tengo la culpa de todo lo que me pasa				
13	Debería de estar bien y no tener estos problemas				
14	Sé que tengo la razón y no me entienden				
15	Aunque ahora sufra, algún día tendré mi recompensa				
16	Es horrible que me pase esto				

<sup>13</sup> Fuente: [https://www.academia.edu/31016732/-Inventario\\_de\\_pensamientos\\_automaticos](https://www.academia.edu/31016732/-Inventario_de_pensamientos_automaticos)

17	Mi vida es un continuo fracaso				
18	Siempre tendré este problema				
19	Sé que me están mintiendo y engañando				
20	¿Y si me vuelvo loco y pierdo la cabeza?				
21	Soy superior a la gente en casi todo				
22	Yo soy responsable del sufrimiento de los que me rodean				
23	Si me quisieran de verdad no me tratarían así				
24	Me siento culpable, y es porque he hecho algo malo				
25	Si tuviera más apoyo no tendría estos problemas				
26	Alguien que conozco es un imbécil				
27	Otros tiene la culpa de lo que me pasa				
28	No debería de cometer estos errores				
29	No quiere reconocer que estoy en lo cierto				
30	Ya vendrán mejores tiempos				
31	Es insoportable, no puedo aguantar más				
32	Soy incompetente e inútil				
33	Nunca podré salir de esta situación				
34	Quieren hacerme daño				
35	¿Y si les pasa algo malo a las personas a quienes quiero?				
36	La gente hace las cosas mejor que yo				
37	Soy una víctima de mis circunstancias				
38	No me tratan como deberían hacerlo y me merezco				
39	Si tengo estos síntomas es porque soy un enfermo				
40	Si tuviera mejor situación económica no tendría estos problemas				
41	Soy un neurótico				
42	Lo que me pasa es un castigo que merezco				
43	Debería recibir más atención y cariño de otros				
44	Tengo razón, y voy a hacer lo que me da la gana				
45	Tarde o temprano me irán las cosas mejor				

## Anexo D.

### Escala de Ansiedad y depresión hospitalaria (HAD)<sup>14</sup>

Versión original de Zigmond y Snaith, 1983

*Este cuestionario ha sido diseñado para ayudarnos a saber cómo se siente usted. Lea cada frase y marque la respuesta que más se ajusta a cómo se sintió durante la semana pasada. No piense mucho las respuestas. Lo más seguro es que si responde de prisa sus respuestas se ajustarán mucho más a como realmente se sintió.*

- |   |  |
|---|--|
| <p>1. Me siento tenso o nervioso.</p> <p><input type="checkbox"/> Todos los días</p> <p><input type="checkbox"/> Muchas veces</p> <p><input type="checkbox"/> A veces</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p>   | <p>7. Puedo estar sentado confortablemente y sentirme relajado.</p> <p><input type="checkbox"/> Siempre</p> <p><input type="checkbox"/> Por lo general</p> <p><input type="checkbox"/> No muy a menudo</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p>   |
| <p>2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba.</p> <p><input type="checkbox"/> Como siempre</p> <p><input type="checkbox"/> No lo bastante</p> <p><input type="checkbox"/> Sólo un poco</p> <p><input type="checkbox"/> Nada</p>   | <p>8. Me siento como si cada día estuviera más lento.</p> <p><input type="checkbox"/> Por lo general, en todo momento.</p> <p><input type="checkbox"/> Muy a menudo</p> <p><input type="checkbox"/> A veces</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p>  |
| <p>3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder.</p> <p><input type="checkbox"/> Definitivamente y es muy fuerte</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, pero no es muy fuerte</p> <p><input type="checkbox"/> Un poco, pero no me preocupa</p> <p><input type="checkbox"/> Nada</p> | <p>9. Tengo una sensación extraña, como si tuviera mariposas en el estómago.</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> En ciertas ocasiones</p> <p><input type="checkbox"/> Con bastante frecuencia</p> <p><input type="checkbox"/> Muy a menudo</p>                       |
| <p>4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas.</p> <p><input type="checkbox"/> Al igual que siempre lo hice</p> <p><input type="checkbox"/> No tanto ahora</p> <p><input type="checkbox"/> Casi nunca</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p>   | <p>10. He perdido interés en mi aspecto personal</p> <p><input type="checkbox"/> Totalmente</p> <p><input type="checkbox"/> No me preocupo tanto como debiera</p> <p><input type="checkbox"/> Podría tener un poco más de cuidado</p> <p><input type="checkbox"/> Me preocupo al igual que siempre</p> |
| <p>5. Tengo mi mente llena de preocupaciones</p> <p><input type="checkbox"/> La mayoría de las veces</p> <p><input type="checkbox"/> Con bastante frecuencia</p> <p><input type="checkbox"/> A veces, aunque no muy a menudo</p> <p><input type="checkbox"/> Solo en ocasiones</p>                            | <p>11. Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme.</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho</p> <p><input type="checkbox"/> Bastante</p> <p><input type="checkbox"/> No mucho</p> <p><input type="checkbox"/> Nada</p>   |
| <p>6. Me siento alegre</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> No muy a menudo</p> <p><input type="checkbox"/> A veces</p> <p><input type="checkbox"/> Casi siempre</p>   | <p>12. Me siento optimista respecto al futuro.</p> <p><input type="checkbox"/> Igual que siempre</p> <p><input type="checkbox"/> Menos de lo que acostumbraba</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho menos de lo que acostumbraba</p> <p><input type="checkbox"/> Nada</p>                              |

<sup>14</sup> Fuente: De las Cuevas, C., García-Estrada, A. y González de Rivera, J. "Hospital Anxiety and Depression Scale" y Psicopatología Afectiva. (1995)

13. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico.

- Muy frecuentemente
- Bastante a menudo
- No muy a menudo
- Rara vez

14. Me divierto con un buen libro, la radio, o un programa de televisión.

- A menudo
- A veces
- No muy a menudo
- Rara vez

## Anexo E.

### Escala de ansiedad y depresión de Goldberg (EADG)<sup>15</sup>

#### SUBESCALA DE ANSIEDAD

1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?
  2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?
  3. ¿Se ha sentido muy irritable?
  4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse?
- (Si hay 3 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?
  6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o de nuca?
  7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?  
(síntomas vegetativos)
  8. ¿Ha estado preocupado por su salud?
  9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?
- TOTAL ANSIEDAD= \_\_\_\_\_

#### SUBESCALA DE DEPRESIÓN

1. ¿Se ha sentido con poca energía?
  2. ¿Ha perdido el interés por las cosas?
  3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?
  4. ¿Se ha sentido sin esperanzas?
- (Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?
  6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)
  7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?
  8. ¿Se ha sentido enlentecido?
  9. ¿Cree que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?
- TOTAL DEPRESIÓN= \_\_\_\_\_

---

<sup>15</sup> Fuente: Goldberg, D., Kridges, K., Duncan-Jones, P. y Grayson, D. Detecting anxiety and depression in general medical settings. (1988)

### Anexo F.

#### Registro diario de pensamientos distorsionados<sup>16</sup>

REGISTRO DIARIO DE PENSAMIENTOS DISTORSIONADOS				
SITUACIÓN Describa: 3. El acontecimiento que motivó la emoción desagradable, o 4. La Corriente de pensamientos o el recuerdo que motivó la emoción desagradable FECHA:	EMOCION (ES) 3. Especifique triste, ansioso, enfadado, etc. 4. Evalúe la intensidad de la emoción de 1 a 100	PENSAMIENTO(S) AUTOMÁTICO(S) 3. Anoto el pensamiento o los pensamientos automáticos que preceden a la emoción o emociones. 4. Evalúe el grado de creencia en los pensamientos automáticos de 0 a 100%	RESPUESTA RACIONAL 3. Anote una respuesta racional a los pensamientos automáticos. 4. Evalúe el grado de creencia en la respuesta racional de 0 a 100%	RESULTADO 3. Reevalúe el grado de creencia en los pensamientos automáticos de 0 a 100. 4. Especifique y evalúe de 0 a 100 las emociones subsiguientes.
<p><b>EXPLICACIÓN:</b> Cuando Experimente una emoción desagradable, describa la situación que pudo motivar la aparición de la emoción (Si la emoción tuvo lugar mientras usted estaba pensando algo, anótelos) A continuación anote el pensamiento automático asociado con la emoción. Anote el grado de creencia en este pensamiento 0 = nada en absoluto; 100 = totalmente. En la evaluación de la intensidad de la emoción 1= un leve indicio; 100 = la máxima intensidad posible.</p>				

<sup>16</sup> Fuente: Beck, J. Terapia cognitiva, conceptos básicos y profundización. (2000)