

Reporte de caso



Aplicación de la terapia cognitivo-conductual en un paciente con depresión orgánica e ideación suicida

Application of Cognitive-Behavioral Therapy in a Patient with Organic Depression and Suicidal Ideation

Zhenia Muñoz-Vinces¹

*1 Universidad Nacional de Loja
1 Clínica San Agustín*

Fecha recepción: 25-05-2021

Fecha aceptación: 26-07-2021

Fecha publicación: 20-08-2021

RESUMEN

A medida que los niveles de depresión aumentan, la ideación suicida puede aparecer en cualquier momento; para estas dos condiciones, la terapia cognitiva conductual (TCC) ha demostrado ser efectiva. El presente caso clínico describe cómo las sesiones de tratamiento, basados en la terapia cognitivo-conductual, modificaron conductas e ideas irracionales respecto a la depresión comórbida con cuadro orgánico con ideación suicida, impulsividad, agresividad, entre otros síntomas en un paciente de 28 años.

En la aplicación del tratamiento se emplearon técnicas de la terapia cognitivo-conductual (TCC). En la evolución nos apoyamos en las siguientes pruebas psicométricas: Inventario de evaluación de la personalidad (PAI), requerido para evaluar los perfiles clínicos que requieren atención integral; inventario de depresión de Beck-II y la escala de desesperanza de Beck. En los resultados se logró identificar una mejoría considerable de la sintomatología depresiva, así como de la ideación suicida; se modificó el funcionamiento y el comportamiento del paciente, de tal manera que en las diversas áreas de desenvolvimiento se logró una mejoría considerable.

SUMMARY

As levels of depression increase, suicidal ideation can appear at any time. For these two conditions, Cognitive Behavioral Therapy (CBT) has proven to be effective. The present clinical case describes how the treatment sessions, based on cognitive-behavioral therapy, modified behaviors and irrational ideas regarding depression comorbid with an organic picture and with suicidal ideation, impulsivity, aggressiveness, among other symptoms in a 28 year old patient.

Cognitive Behavioral Therapy (CBT) techniques were used in the application of the treatment. In Evolution we rely on the following psychometric tests: Personality Assessment Inventory, Beck-II Depression Inventory and the Beck Hopelessness Scale. In the results, we were able to identify a considerable improvement in depressive symptoms, as well as in suicidal ideation. The functioning and behavior of the patient were modified in such a way that a considerable improvement was achieved in the various areas of development.

PALABRAS CLAVE:

Depresión, ideación suicida, terapia cognitivo-conductual.

KEY WORDS:

Depression, Suicidal ideation, Cognitive Behavioral Therapy.

E-mail: zheniamunozv@yahoo.com

ORCID iD: 0000-0003-1814-4857

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el mundo mueren aproximadamente 800 000 personas al año por suicidio, con mayor prevalencia jóvenes entre 15 y 24 años, constituyendo la segunda causa de muerte en este grupo de edad (OMS, 2014). En Ecuador, entre el año de 1990 y 2017, se han registrado un total de 8 777 suicidios entre niños, adolescentes y adultos jóvenes, generando un promedio de 313 suicidios anuales, se encontró que, en adultos jóvenes, aumentó un 57 % la tasa de suicidios⁽²⁾, implicando un serio problema de salud pública en Ecuador. La conducta suicida está estrechamente con cuadros depresivos en un 20 %, y, el 8 %, con intentos de suicidio y que han recibido previamente atención psiquiátrica y psicológica⁽³⁾. Por ende, el suicidio es considerado el resultado final de conductas y pensamientos propios de la persona para terminar con su vida voluntariamente, en los cuales se incluyen aspectos cognitivos, ideas suicidas y su planificación⁽⁴⁾.

En los últimos años, se ha utilizado una serie de tratamientos para la depresión acompañada de ideación e intentos suicidas, puesto que su origen puede obedecer a causas biológicas⁽⁴⁾, psicológicas, psicosociales, entre otras. Los tratamientos de mayor relevancia se basan en procesos farmacológicos y psicoterapéuticos, estos últimos encaminados al manejo de la distorsión de pensamientos que conlleva a la conductas auto-líticas y suicidas.

Respecto al manejo de pacientes con depresión e ideación suicida basadas en la evidencia científica comprobada, se aplica en la clínica psicoterapéutica la terapia cognitivo conductual (TCC)⁽⁵⁾, tratamiento farmacológico y terapia electroconvulsiva, esta última técnica es aplicada en los casos que se han cronicado⁽⁶⁾. La TCC, sola o combinada con medicamentos, tiene el efecto de disminuir la psicopatología depresiva y su asociación a ideación suicida en pacientes con este diagnóstico, la TCC utiliza destrezas para la reestructuración de pensamientos distorsionados, accede a identificar sentimientos y emociones y a la resolución eficaz de los problemas generadores de malestar emocional; facilita la comunicación y fortalecimientos de redes de apoyo⁽⁷⁾. El tratamiento psicoterapéutico, por lo general, dura entre 10 y 20 sesiones, se evidencia que existe una reducción de los síntomas después de 4 o 6 sesión del tratamiento⁽⁸⁾, de acuerdo a los autores Henriques, Beck y Brown (2003).

La TCC ha permitido a través de sus actividades reestructurar cognitivamente las distorsiones desreguladas, disminuye el diálogo interno negativo y autoculpabilizador y reduce las ideas catastrofistas. Los beneficios de la TCC, junto con el tratamiento farmacológico, permiten mejorar los distintos niveles de autonomía personal, social, funcional, ánimo y afecto, extinguiendo conductas autodestructivas que llevan a la ideación suicida así como la remisión de síntomas depresivos⁽⁶⁾. Así mismo, datos reportados por Sales et al.⁽⁹⁾ en resultados sobre la aplicación de la terapia de reestructuración cognitiva conductual en personas adultas han mostrado su utilidad logrando remisión de la depresión, los pacientes generaron mayor adaptación personal y social fortaleciendo las redes de apoyo social. La TCC indica que este tipo de terapia psicológica es igual de eficaz para la depresión, distimia, ideación suicida que los antidepresivos, y muestra ser más eficaz que la medicación antidepresiva^(10,11) 2017. Asimismo, se ha encontrado buenos resultados reportados por Brachel et al.⁽¹²⁾ con una muestra de 475 pacientes ambulatorios con diagnóstico de depresión e ideación suicida, que evidencian que con la aplicación de la

TCC se produjo disminución de la sintomatología e ideación, se reestructuraron nuevas metas y expectativas a futuro, generando en los pacientes visión adecuada y percepción óptima de sus motivaciones y metas.

El presente caso clínico refleja la importancia de la aplicación de la TCC, en un paciente de 28 años con depresión clínica asociada a un origen orgánico con alta ideación suicida y describe alta eficacia de una terapia basada en la evidencia científica, que conjuntamente con el tratamiento farmacológico aplicado por un médico psiquiatra, inhibió la sintomatología depresiva e ideación suicida; cuyos síntomas en la actualidad están en remisión total.

PRESENTACION DE CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino de 28 años de edad, estado civil casado, educación superior de especialidad, con nivel socioeconómico medio, empleado en el sector público y privado. Reside en la ciudad de Loja.

Acude a consulta externa de psicología clínica y psicoterapia por presentar un conjunto de síntomas depresivos relacionados con frustración, presagios catastróficos, angustia incontrolable, ira irrefrenable reactiva y explosiva; relata agresividad dirigida hacia personas de su grupo familiar principalmente a su esposa llegando a la violencia física y psicológica que han confluído en disfunción intrafamiliar. Menciona que desde hace dos semana se siente “*muy mal*”, extraña a su hija tras separación de su pareja y con ello ha identificado el inicio de ideas de suicidio y aumento de su impulsividad, autoagresividad, llanto, alteraciones fisiológicas relacionadas con los instintos básicos; aleatoriamente, síntomas cognitivos referentes a pesimismo, pensamientos de castigo, “temores” de pérdida de sus seres queridos consecuentes de su comportamiento altamente disruptivo. Se presentan, además, otras manifestaciones fisiológicas asociadas a problemas de sueño que causan insomnio de mantenimiento; en la conducta motora manifiesta se evidencia desánimo, falta de interés, evitación experiencial.

Al explorar su grupo familiar actual, ha procreado una hija de 3 años de edad, cuenta con una red consolidada de apoyo familiar de origen y ampliada. Se evidencia una red social externa apropiada con su núcleo de amistades.

Antecedentes/historia previa

El paciente describe que a temprana edad, cinco años aproximadamente, ha presentado ira irrefrenable e impulsividad que era dirigida externamente con conductas desafiantes hacia sus cuidadores primarios y compañeros de aula, reaccionando con alta respuesta a la frustración y amenazas que confluían en agresiones verbales, físicas y constantes rabietas. En la vida adulta persiste esta agresividad con tono más acentuado que se agudiza dirigiéndose hacia algunos amigos, familiares y principalmente hacia su esposa causando violencia verbal y física, que llegó a ser denunciada en las entidades legales. Su nivel de impulsividad se extendió a otras áreas del funcionamiento causando conflictividad física en el área laboral, con disturbios hacia la autoridad “jefe” por falta de autocontrol de la irritabilidad, que trae como consecuencia el despido laboral.

Antecedentes familiares psicopatológicos

El paciente desde temprana edad ha sido víctima de agresión tipo física y psicológica inferida por sus padres y cuidadores incluyendo sus abuelos. En el entorno educativo, sufre maltrato

del tipo ya mencionado, por más de una ocasión, derivado desde sus maestros según relato. Las características de personalidad de sus padres eran rígidas e inflexibles, que conllevaban a un sinnúmero de castigos con ausencia de apego afectivo y comunicación efectiva, lo que tornaba un hogar rígido, inflexible y disfuncional.

En los antecedentes familiares, el padre sufrió depresión tratada por un especialista; abuelos paternos con antecedentes de diabetes mellitus tipo II y trastornos neurocognitivos; tía materna con antecedentes de trastorno delirante tipo persecutorio; primo paterno padece enfermedad mental con aparentes intentos de suicidio y epilepsia (en internamiento por más de 15 años en un hospital psiquiátrico de la ciudad de Quito).

Conducta observable y manifiesta durante la evaluación

El paciente expresa consumo de alcohol moderado y condicionado a fines de semana y a eventos sociales.

En el temperamento de base, se definen características de rigidez, impulsividad, instintivismo, descontrol de los impulsos, reactividad externa altamente agresiva. Los rasgos de carácter manifiesto con conductas motoras de descontrol físicas y verbales (*pegar, insultar*) manifestadas ante situaciones de estrés y dirigido a su entorno familiar, con respuestas defensivas hacia los demás; a nivel cognitivo menciona presencia de diálogo interno autorreferencial de muerte (*me quiero suicidar, quiero morir, con esto que me pasa... por qué vivir, muriendo terminaría este castigo, etc.*). Las ideas fijas descritas son automáticas e involuntarias; se asocian a ideas de contenido negativo en relación al yo sí mismo y el mundo circundante, así como aquellas de contenido perseverante o rumiante que reflejan un patrón obsesivo y fijo, tornándose perjudicial hacia la conservación del autocuidado e integridad personal. Adicionalmente, los afectos se ven alterados por cambios en el estado de ánimo fluctuantes, cicloides, con estados ambivalentes y oscilantes durante el día; alteración del sueño relacionado con insomnio de mantenimiento, que agudiza su nivel de estrés y aumento de la impulsividad.

Resultados de pruebas psicométricas

PAI: El paciente obtuvo en la escala clínica de depresión un puntaje referencial significativo de gravedad de 94 puntos. En la subescala relativa al tratamiento, 98 puntos de significación clínica en agresión; actitud agresiva AGR-A 88 baremo de gravedad; agresiones verbales AGR-V 90, significación de gravedad; agresiones físicas AGR-F 89, grave. En la subescala índice de ideación suicida obtuvo 108 puntos con valor referencial grave; en la subescala riesgo de autolesión, 100 grave; He hecho planes para matarme; (BV) 206 extremo; No me interesa la vida, (BV) 340 extremo; Estoy pensando en la posibilidad de suicidarme, 100 (BV) grave; 73 puntos en la subescala de rechazo al tratamiento.

BDI-II.- El paciente obtuvo 50 puntos, que corresponde a depresión grave.

BHS.- Obtuvo un valor total de 15 puntos, compatible con predictor grave de ideación suicida, condición que requiere intervención urgente psiquiátrica y psicológica.

Exámenes complementarios

En los resultados del EEG solicitado por el médico especialista, se reportan las siguientes características:

1) Distribución topográfica de los ritmos anteroposteriores anormal, por presencia de actividad Alpha bi-temporal. La apertura ocular no provoca bloqueo de la actividad en el paciente, los últimos 5 minutos de la prueba, lo que revela alteración neurofisiológica.

2) El trazo muestra varios brotes de espigas a nivel frontotemporal derecho con proyección contralateral. Varias espigas demostrativas están colocadas al inicio del registro encefalográfico.

3) Trazo de bajo voltaje Alpha bitemporal y breves brotes de espigas a nivel frontotemporal derecho con proyección contralateral.

Con este antecedente, los resultados revelan un EEG anormal, que se correlaciona con el cuadro clínico del paciente diagnóstico F06 Otros trastornos mentales debidos a lesión y disfunción cerebral y a enfermedad física, con remanente de depresión de origen orgánico.

Tratamiento prescrito por el especialista en psiquiatría

Tratamiento farmacológico. Se introduce Fluvoxamine (LUVOX) 100 mg, risperidona (GOVAL) 1 mg/ml - 3 gotas, clonazepam (NAURYL) 2,5 mg/ml - 3 gotas con disminución progresiva hasta suspender, y ácido valproico (VALCOTE ER). EL VALCOTE ER se empieza con 250 mg por 15 días; luego 500 mg por 30 días, y, por último, una tableta de VALCOTE ER 250 mg más otra tableta de VALCOTE ER 500 mg continuamente. Con controles mensuales por el médico especialista en psiquiatría.

Objetivo del plan de tratamiento psicoterapéutico

El objetivo principal del tratamiento psicoterapéutico se encaminó a la disminución de los niveles de depresión, ideación suicida y modificación conductual incluyendo el manejo y control de la impulsividad y agresividad.

Tratamiento psicoterapéutico aplicando la terapia cognitiva conductual de Beck

Posterior a la valoración psicológica y psiquiátrica, se logra determinar que el cuadro corresponde a un diagnóstico F06 Otros trastornos mentales debidos a lesión y disfunción cerebral y a enfermedad física, con remanente de depresión de origen orgánico, por las alteraciones estructurales encontradas en la exploración multidisciplinaria.

De acuerdo a la clínica psicopatológica descrita, se procede a establecer un plan terapéutico con base en la terapia cognitiva conductual TCC⁽¹⁶⁾, se realizaron sesiones continuas de TCC, con una duración de 60 minutos, una vez por semana, las que se detalla a continuación.

Estrategias de tratamiento

Una vez establecido el diagnóstico del paciente, se realiza un plan de tratamiento destinado a modificar las distorsiones cognitivas y los supuestos personales. Es necesaria la participación activa del terapeuta en este proceso, considerando el profesional una serie de técnicas de origen cognitivo-conductuales. Las técnicas son explicadas y descritas durante las sesiones

destinadas a la terapia; se genera un diálogo bidireccional terapeuta-paciente, además se emulan en consulta bajo dirección del terapeuta de tal manera que la práctica se incorpore a la experiencia del paciente; la finalidad que se persigue es que el paciente tome conciencia y modifique sus supuestos distorsionados consecuentes de la irracionalidad que ha dejado la depresión.

Las técnicas cognitivas que se utilizan en la TCC permiten que el paciente identifique las ideas o pensamientos que causan problemas. Posterior a su análisis racional, el paciente será capaz de identificar estas distorsiones y, tras el trabajo conjunto con su terapeuta, tendrá la posibilidad de generar puntos de vista alternativos y racionales de una experiencia o situación negativa, de esta manera, corregirá errores de pensamiento. Dentro de las técnicas que Beck describe como eficaces, se mencionan las siguientes (Caro, 2006): Psicoeducación directa: Consiste en proporcionar información detallada sobre el diagnóstico, tratamiento y prevención de recaídas que se empleará durante el proceso terapéutico; se describirán todos los escenarios en los cuales se ejecutara la TCC.

Identificación de pensamientos automáticos y/o distorsionados: Con la utilización de protocolos y mediante autoregistros se entrenará al paciente en la identificación de ideas distorsionadas, identificación de emociones negativas y condiciones generadoras de malestar, que influyen negativamente en el sistema cognitivo-afectivo-comportamental del paciente.

Reatribución: Con una serie de estrategias terapéuticas el paciente reestructurará creencias erróneas que han ahondado su estado afectivo-emocional; se emplearán una serie de diálogos socráticos que permitirán implantar nuevas filosofías en el sistema de creencias de un individuo.

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

Modelado: Se emplearán distintas estrategias o variantes de esta técnica que ayuda a modificar cogniciones, conductas, sensaciones bajo un entrenamiento dirigido por el terapeuta y señalado para el paciente en su vida cotidiana.

Uso de imágenes: Se puede usar imágenes para que el paciente modifique sus experiencias cogniciones erróneas, además, se utilizará estrategias directas en estado de vigilia, encubiertas o en estado de sueño sugerido.

Resolución de problemas: Se pretende activar el estado de conciencia de enfermedad, categorizar y jerarquizar, según la importancia, la toma de decisiones.

Comprobación de predicciones: Su objetivo básico consiste en identificar predicciones específicas que conlleven a un seguimiento de los resultados.

Las técnicas conductuales, al igual que las técnicas cognitivas, están dirigidas al manejo de los síntomas principales de un diagnóstico psicopatológico. Algunas de las principales técnicas conductuales utilizadas en la TCC para la depresión (Leahy & Holland, 2000) van de la mano con actividades de activación conductual y neurofisiológica, generando acciones alternativas que el paciente debe ejecutar diariamente y logre la inhibición de la conducta-problema. La asignación de tareas graduadas, se constituyen en una alternativa cuando el paciente posee dificultades para ejecutar una conducta dada, el terapeuta elabora con el paciente una jerarquía de conductas intermedias de dificultad para poder alcanzar la conducta meta.

Otras técnicas cognitivo conductuales se basan en el entrenamiento asertivo, entrenamiento en relajación progresiva, neurobiofeedback, activación neurofisiológica, ensayos conductuales, *role-playing*, moldeamiento conductual, exposición in vivo, visualización dirigida, inoculación del estrés, entrenamiento en habilidades sociales, entre otras estrategias que se emplean según la problemática del paciente.

Evolución del cuadro clínico

En la fase de evaluación, se observa un conjunto de signos y síntomas generales como diálogo interno (autorreferencial), mecanismos de evitación mediante la agresividad, hipersexualidad, ideas negativas, ideas ruminantes y obsesivas, problemas para dormir (conciliar y mantener el sueño), aumento del apetito, agitación psicomotora, desesperación, llanto fácil. Fue remitido a psiquiatría para valoración, obteniendo después el informe psiquiátrico y determinar leves alteraciones a nivel cerebral. Se llegó a la conclusión de una depresión de tipo orgánica, con lo que se empezó el tratamiento farmacológico prescrito por psiquiatría y, simultáneamente, el trabajo psicoterapéutico con TCC.

Se empezó a observar mejoría de la sintomatología a las dos semanas.

Como resultado final, se llegó a la remisión completa de sus síntomas depresivos, un mejor control de los impulsos y de la agresividad, y un mejoramiento de su calidad de vida. Los chequeos se los realizó a los 6 y 12 meses, en donde el paciente se encuentra estable.

Evaluación de la eficacia del tratamiento

Tras la aplicación del tratamiento, se utilizaron pruebas psicométricas pos tratamiento, con el fin de discriminar la reducción de la sintomatología y modificación cognitiva conductual; se pudo evidenciar una reducción de las conductas impulsivas y agresivas, las cuales se modificaron significativamente. Por otro lado, se logró la remisión total de la ideación e intención suicida, ciertas características de personalidad rígidas se flexibilizaron; finalmente, se logró manejar las distorsiones cognitivas con la reestructuración del mismo tipo y una adaptación a un nuevo estilo de vida.

Seguimiento. Se ejecutaron sesiones de terapia continua, con una frecuencia de 60 minutos una vez semanal, posteriormente se realizaron 8 intervenciones quincenales y 5 sesiones una vez al mes. En la actualidad, el paciente acude a control anual, proceso que aleatoriamente lo realiza con el médico especialista en psiquiatría por la prescripción farmacológica permanente de ácido valproico, por parte del especialista existe reporte que el paciente se mantiene en remisión total.

Observaciones

Se debe tener en cuenta que, al inicio del tratamiento farmacológico, no existió una clara adherencia a este en sus conductas impulsivas, tampoco se visualizó mejoría, después de la aplicación de la TCC, se observaron cambios significativos tras ejecutar acciones direccionadas específicamente al control de la agresividad e ideación suicida.

Tras los resultados eficaces de la TCC, se destaca la importancia de esta terapia basada en la evidencia que causó en el paciente en mención modificación de sus áreas cognitivas, fisiológicas y motoras; generando readaptación a su entorno

y mejorando su estilo de vida, es importante señalar la importancia del tratamiento combinado entre farmacoterapia y psicoterapia en casos de etiología orgánica, el primer tratamiento controla los aspectos clínicos relacionados con el daño estructural y funcional, mientras que el segundo genera modificaciones conductuales, reestructuración cognitiva, inhibición de la desregulación emocional, genera conductas de autocontrol; entre otros aspectos de la vida psíquica que no modifica el tratamiento farmacológico.

DISCUSIÓN

Si bien se identifica un componente orgánico del trastorno del estado de ánimo en el caso estudio, dada la aparición temprana en etapa infantil de los síntomas que evolucionaron y se identificaron en la vida adulta, se evidencia que el tratamiento farmacológico aislado no dio los resultados esperados en cuanto a la modificación cognitiva y conductual, pues se revelaron episodios de recaída constantes; tras la aplicación de la TCC, y el tratamiento farmacológico permanente, se logra la mejoría del paciente en su área personal, social, familiar y laboral, observando una convalecencia a nivel cognitivo, afectivo, funcional, reestructuración de la ideación suicida y otras distorsiones y falacias cognitivas propias del cuadro depresivo de un paciente; logrando así verificar la eficacia de la TCC.

Este caso clínico evidencia la importancia de la TCC en un paciente con depresión de origen orgánico y con ideación suicida, la TCC presenta una serie de ventajas, dado que existe una disminución de la sintomatología depresiva y la ideación suicida; mejor control de los impulsos y agresividad, y mejor aceptación y adaptación al tratamiento psicofarmacológico, lo que mejoró la percepción de sí mismo y la relación con su entorno. La TCC postula que los pensamientos, las emociones y la conducta se relacionan con nuestras formas de pensar, de vernos y actuar de una u otra manera⁽¹⁷⁾. El paciente, en cuanto a la reestructuración cognitiva, presenta mejoría con la TCC, asimismo, mejora en los niveles de impulsividad, ansie-

dad, estrés y su satisfacción de vida como datos reportados en otras investigaciones que resaltan la importancia de las técnicas cognitivas para el alivio de la depresión⁽⁹⁾.

A pesar de que el paciente requiere tratamiento psicofarmacológico permanente por su diagnóstico nosológico, se determina que, en inicio, este tratamiento no fue suficiente y se evidencian cambios de pensamiento y comportamiento tras la aplicación de la TCC y sus diferentes técnicas, manteniéndose en remisión hasta el momento actual, condición que determina la efectividad de esta terapia.

En cada sesión se abordó la ideación suicida con el protocolo de atención mental emergente, pretendiendo asegurar un tratamiento adecuado. Mediante esquemas cognitivos irracionales y perspectiva negativa de la realidad, la TCC permite identificar este tipo de pensamientos para modificar las cogniciones desadaptativas y actuar efectivamente^(9,18).

La mejoría de la calidad de vida y el mejoramiento de la sintomatología depresiva, como menciona Lezaun⁽¹⁹⁾ sobre las impresiones subjetivas que tienden a influir sobre el funcionamiento psicológico, social y físico. Revisar la redacción de este párrafo, están incompletas las ideas.

CONCLUSIÓN

La depresión de origen orgánico, por su naturaleza, demuestra resistencia a una gran variedad de modelos psicoterapéuticos. En el presente caso clínico, ante la aplicación de terapia cognitivo-conductual, se logró la adherencia al tratamiento, remisión de la sintomatología propia del trastorno depresivo, como la ideación suicida, y, la reestructuración cognitiva, todo esto a pesar de que la enfermedad presenta resistencia intrínseca al tratamiento. La utilidad del presente artículo para la comunidad científica radica en que se demuestra, en este paciente, la efectividad de la terapia cognitivo-conductual y el proceso que se llevó a cabo para obtener dicho resultado. ■

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Prevención del Suicidio: Un imperativo global [Internet]. Washington DC; 2014. Available from: https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/es/
2. Gerstner R, Lara F. Análisis de tendencias temporales del suicidio en niños, adolescentes jóvenes en Ecuador entre 1990 y 2017. An Sist Sanit Navar [Internet]. 2019 Apr;42(1):9-18. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v42n1/1137-6627-asisna-42-01-9.pdf>
3. Ovalle-Peña O, Alejo-Riveros A, Tarquino-Bulla LC, Prado-Guzmán K. Relación entre depresión y rasgos de personalidad en jóvenes y adultos con conducta intencional suicida de Ibagué, Colombia. Rev la Fac Med [Internet]. 2017 Apr 1;65(2):211-7. Available from: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/59004>
4. Mosquera L. Conducta suicida en la infancia: Una revisión crítica. Rev Psicol Clínica con Niños y Adolesc. 2016;3(1):9-18.
5. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive therapy of depression. New York: Guilford; 1979.
6. Rosique MT, Sanz T. Tratamiento cognitivo-conductual en depresión mayor, distimia e ideación autolítica persistente. Análisis y Modif Conduct. 2013;39(159-160):17-23.
7. Rosselló J, Duarte-Vélez Y, Bernal G, Zuluaga M. Ideación suicida y respuesta a la terapia cognitiva conductual en adolescentes puertorriqueños/as con depresión mayor. Interam J Psychol [Internet]. 2011;45(3):321-9. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28425426002%0ACómo>
8. Puerta J, Padilla D. Terapia cognitiva - conductual (TCC) como tratamiento para la depresión: una revisión del estado del arte. 2011;8:251-7. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=512156315016>

9. Sales A, Pardo Atiénzar A, Mayordomo T, Satorres-Pons E, Meléndez JC. Efectos de la terapia cognitivo-conductual sobre la depresión en personas mayores institucionalizadas. *Rev Psicopatología y Psicol Clínica* [Internet]. 2015 Sep 3;20(2):165. Available from: <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/15170>
10. Sanz J, García-Vera M. Ideas equivocadas sobre la depresión y su tratamiento (II). *Papeles del Psicólogo - Psychol Pap* [Internet]. 2017;37(1):177-84. Available from: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pii?pii=2834>
11. Antón-Menárguez V, García-Marín P, García-Benito J. Intervención cognitivo-conductual en un caso de depresión en una adolescente tardía. *Rev Psicol Clínica con Niños y Adolesc*. 2016;3(1):45-52.
12. Brachel R Von, Teismann T, Feider L, Margraf J. Suicide ideation as a predictor of treatment outcomes in cognitive-behavioral therapy for unipolar mood disorders. *Int J Clin Heal Psychol*. 2019;19:80-4.
13. Ortiz-Tallo M, Santamaría P, Cadernal V, Sánchez M. *Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI). Manual de Aplicación y Corrección e Interpretación*. Madrid, España: Editorial TEA; 2011.
14. Beck AT, Steer RA, Brown GK. *BDI-II. Beck depression Inventory-Second Edition*. San Antonio, TX Psychol Cooperation. 1996;
15. Beck A, Weissman A. The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *J Consult Clin Psychol*. 1974;42(6):861-5.
16. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Terapia cognitiva de la depresión*. Brouwer; 1983.
17. Manzanera-Escarti R, Ibáñez-Tarín C, Scoufalos S, Arbesú-Prieto J. Terapia cognitivo conductual y medicina de familia en el tratamiento integral de la depresión. Aproximación práctica. *Semer - Med Fam* [Internet]. 2007 Oct;33(8):425-9. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1138-3593\(07\)73933-3](http://dx.doi.org/10.1016/S1138-3593(07)73933-3)
18. Carpintero B, Conejo J. Protocolo diagnóstico y terapéutico del paciente con riesgo de suicidio. *Rev la Educ Super* [Internet]. 2019;12(84):4962-5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.med.2019.07.008>
19. Lezaun JY. *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional* (No. 11002). Imserso. 2006.
20. Traducción del Resumen realizada por el Mg. Carlos Rojas Pérez, traductor autorizado -2021.

Como citar el presente artículo:

Muñoz Z. Aplicación de la Terapia Cognitivo-Conductual en un paciente con Depresión Orgánica e ideación suicida. Reporte de caso. *Indexia*. Agosto 2021.