

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

ESCUELA DE CIENCIAS DEL COMPORTAMIENTO Y EDUCACIÓN

**ESTUDIO DE CASO: TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL APLICADO A
PACIENTE CON TRANSTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y DISTIMIA**

Por

Martha Lucia Yumiseva Montenegro

Esteban Utreras, Ph.D., Mentor y Director

Ana María Viteri T., Lcda., Miembro del Comité

Esteban Ricaurte, B.A., Miembro del Comité

Tracey Tokuhama-Espinosa, Ph.D., Ed.M, Decana, Escuela de Ciencias del Comportamiento
y Educación

Teresa Borja, Ph.D., Coordinadora Departamento de Psicología

Tesis de grado presentada para el cumplimiento parcial de los requisitos de graduación de la
Escuela de Ciencias del Comportamiento y Educación en Psicología Clínica

Quito, Ecuador

8 de mayo de 2012

© PÁGINA DERECHOS DEL AUTOR

Martha Lucia Yumiseva Montenegro

2012

DEDICATORIA

A mis padres y hermanos.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, mis padres, mi director de tesis Esteban Utreras, primos, André y amigos.

RESUMEN

Este estudio de caso indaga las características relacionadas al desarrollo de la terapia cognitiva-conductual en una joven ecuatoriana de 23 años. La paciente es una mujer que al inicio de la terapia cumplía con los criterios diagnósticos de trastorno de estrés postraumático y trastorno distímico con dificultades en su grupo primario de apoyo y con el ambiente social. Para la recolección de datos cuantitativos y cualitativos se utilizó la prueba psicométrica Inventario de Beck para la Depresión, la prueba de personalidad *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2)* y el *test* de síntomas Inventario de Síntomas 90 Revisado (SCL-90-R), además de notas clínicas y grabación de video. La terapia tuvo una duración de nueve sesiones durante un periodo de tiempo de cuatro meses. Al finalizar la terapia, la paciente mostró una reducción en los síntomas de angustia, soledad, baja auto-estima, tristeza y aislamiento social causantes de su diagnóstico. El proceso terapéutico permitió modificar los pensamientos y creencias disfuncionales por pensamientos funcionales instaurando nueva información en los esquemas mentales pre-existentes.

Palabras Clave: terapia cognitivo-conductual, distimia, trastorno de estrés postraumático, creencias centrales, creencias intermedias, pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas

ABSTRACT

This case study inquires into the characteristics related with the development of a behavioral-cognitive therapy intervention of an Ecuadorian of 23 years old Ecuadorian woman. At the beginning of therapy, the patient fulfilled the diagnostic criteria of posttraumatic stress disorder and dysthymic disorder with difficulties with her primary support group and with the social environment. The tool used for the quality and quantity data recollection was the *Beck's Inventory Psychometric Test for Depression*, the *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2)* and the *Symptoms Test Revised Inventory 90 (SCL-90-R)*. Clinical notes and video recording were also used for data recollection. The therapy lasted nine sessions over a period of four months. At the end of therapy the patient showed a reduction of symptoms such as anxiety, loneliness, low self-esteem, sadness and social isolation, which were the roots of her diagnosis. The therapeutic process allowed modifying the dysfunctional thoughts and beliefs for functional thoughts providing new information to the preexisting mental schemes.

Key Words: behavioral-cognitive therapy, dysthymia, post-traumatic stress disorder, central beliefs, intermediate beliefs, automatic thoughts, cognitive distortions

TABLA DE CONTENIDO

Resumen.....	5
Abstract.....	6
INTRODUCCIÓN	9
Antecedentes	9
El problema.....	13
Hipótesis	14
Pregunta(s) de investigación.....	15
Contexto y marco teórico.....	15
Definición de términos.....	16
Presunciones del autor del estudio.....	16
REVISIÓN DE LA LITERATURA	18
Géneros de literatura incluidos en la revisión.....	18
Pasos en el proceso de revisión de la literatura.....	18
Formato de la revisión de la literatura	18
METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	32
Justificación de la metodología seleccionada	31
Herramienta de investigación utilizada.....	32
Descripción de participantes	36
Diagnóstico y evaluación funcional.....	36
ANÁLISIS DE DATOS.....	42
Detalles del análisis.....	42
Importancia del estudio.....	64
Resumen de sesgos del autor	65
CONCLUSIONES	71
Respuesta(s) a la(s) pregunta(s) de investigación.....	71
Limitaciones del estudio	72
Recomendaciones para futuros estudios	73
Resumen general.....	73
Referencias.....	75
ANEXOS A: Inventario de Beck para la depresión.....	78
ANEXOS B: Inventario de síntomas 90 revisado (SCL-90-R).....	81
ANEXOS C: <i>Minnesota multiphasic personality personality inventory-2 (MMPI-2)</i>	85
ANEXOS D: Registro de pensamiento	98
ANEXOS E: Consentimiento informado	99

FIGURAS

Figura 1. Línea de tiempo	11
Figura 1: Genograma familiar.....	13
Figura 3. Modelo cognitivo.....	20
Figura 4. Escalas de validez.....	¡Error! Marcador no definido.
Figura 5. Escalas clínicas	52
Figura 6. Escalas de contenido.....	¡Error! Marcador no definido.
Figura 7. Escalas suplementarias	55

INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA

El problema investigado y próximo a ser presentado en este informe es un estudio de caso realizado a una paciente que buscó ayuda psicológica por voluntad propia con el fin de cambiar ciertos aspectos de su vida que le causaban malestar. Esta paciente, quien en adelante se llamará María, presentaba sentimientos de tristeza y de soledad recurrentes por al menos dos años de duración. En inicio sentía miedo constante a que algo malo sucediera, a que le roben o la maten. Con el uso de pruebas psicométricas diagnósticas fue posible determinar un diagnóstico de distimia y trastorno de estrés postraumático por la recurrencia y severidad de los síntomas. Los síntomas impedían su funcionamiento habitual y empezó a tener problemas académicos en la universidad, en su casa con su familia y en su círculo social.

Antecedentes

La historia de María: una breve reseña.

A continuación se describen los antecedentes de María en cuanto a su historia de vida personal y su estructura familiar.

Historia personal.

Su historia personal revela un desarrollo aparentemente normal con algunos episodios determinantes que han provocado cambios en su estado de ánimo. Durante su niñez no presenta traumas significativos. Es en su adolescencia que María relata dos episodios que aportaron con los síntomas que presenta. El primer evento determinante tiene lugar en su ámbito sentimental, a los quince años María se enamora de su mejor amiga. Este evento fue trascendental ya que trajo consigo una confusión en cuanto a su preferencia y orientación sexual. María se considera lesbiana y las relaciones sentimentales significativas que ha mantenido han sido con mujeres. Las relaciones con hombres le han provocado decepción,

angustia y miedo. María no tiene un círculo social consolidado, sus amigos y sus relaciones se encuentran en un mundo virtual llamado *Second Life*.

Este mundo virtual es un juego que consiste en crear una identidad ficticia conocida como *avatar*, asumir roles, conocer otra gente e interactuar con otros usuarios, comprar o construir un mundo virtual que incluya casas, parques, escuelas, centros comerciales, entre otros ("*Second Life*", 2012). Los *avatar* son personas que se crean en tres dimensiones y también se pueden construir cualquier otro tipo de objetos virtuales ("*Second Life*", 2012). Este juego de múltiples jugadores es un programa descargable a la PC y requiere de conexión a Internet para su funcionamiento ("*Second Life*", 2012). En este sitio virtual la paciente ha conocido a personas de diferentes países que se han convertido en sus amigos. Además, ella ha entablado relaciones sentimentales a distancia con mujeres extranjeras.

El segundo evento determinante tiene lugar a la edad de 16 años. Sucedió en las clases de piano en el octavo año de conservatorio musical en el que María tenía clases particulares. Ella sufrió una lesión en su mano que le impedía tocar el instrumento y fue la razón por la que su profesor le convenció de que ella no era buena para tocar piano. Ella relata que este profesor la influenció con ideas de que ella no era capaz para la música, que ella no servía para nada y que era un fracaso. Este evento originó la pérdida de confianza en sí misma y le causó desmotivación por las actividades a las que era afín. Luego de esta lesión, María no volvió al conservatorio ni a tomar clases de música si no hasta que ingresó a la universidad.

Tres meses antes de asistir a terapia, María fue víctima de un asalto. Este asalto constituye el tercer evento determinante. Ella y su papá fueron atacados por ladrones armados que les robaron una cámara fotográfica muy costosa, les insultaron y les golpearon. Este evento sucedió durante el día y fue en un lugar público. A María le provocó un trauma

significativo que desencadenó en síntomas de angustia, miedo y nerviosismo constante. A continuación una línea de tiempo que muestra los eventos determinantes:

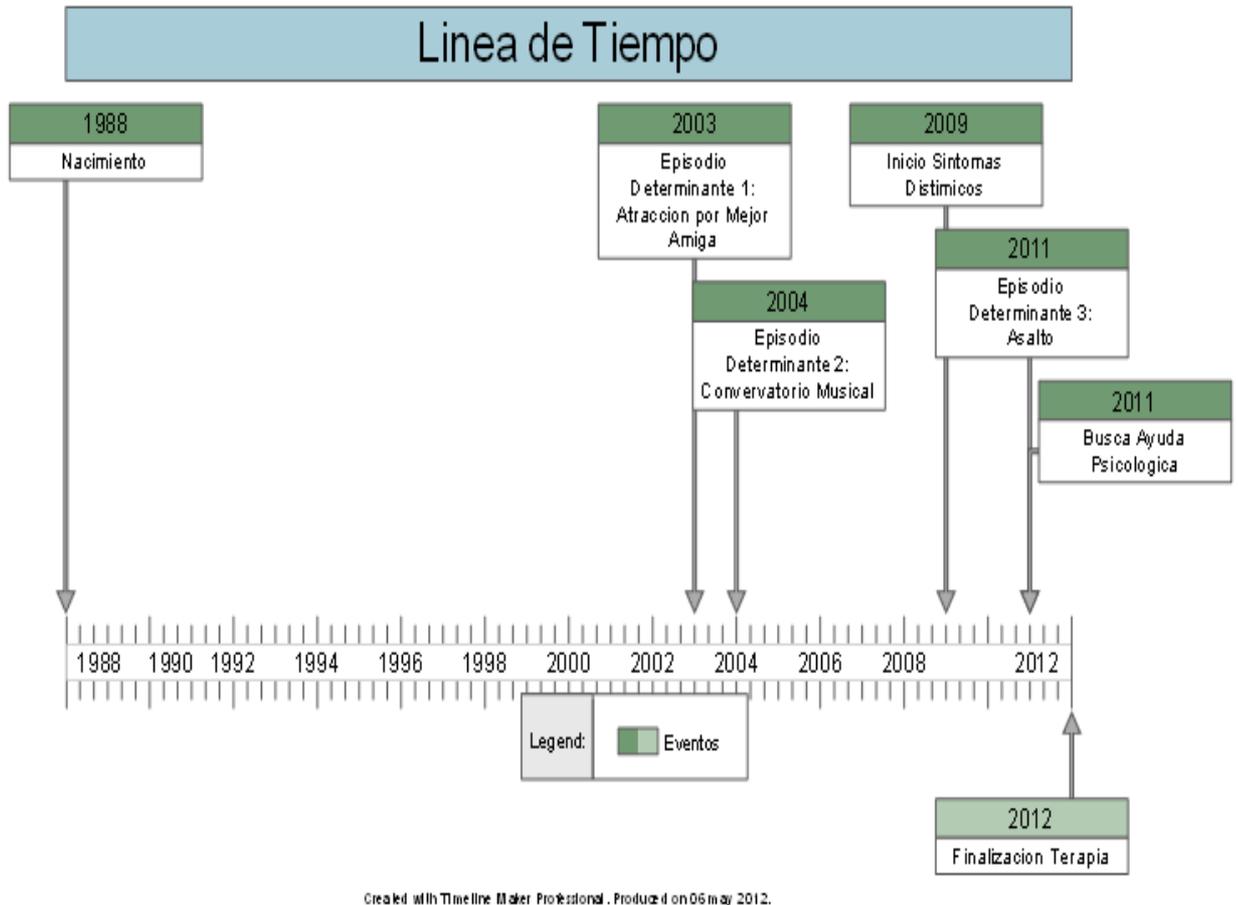


Figura 1. Línea de tiempo

La paciente no toma ningún tipo medicación y tampoco ha tenido un tratamiento médico importante en el desarrollo de su vida. María no fuma y no tiene alergias a ningún alimento ni medicación. No ha estado hospitalizada ni ha sufrido lesiones, operaciones o accidentes relevantes.

Historia familiar.

María nació y creció en Quito. Actualmente vive con su padre y con su madre en una casa propia. Su madre tiene 60 años y su padre tiene 56 años. Ella es la única hija del matrimonio de su padre con su madre. Tiene dos medio hermanos mayores hijos de su madre

únicamente. Su hermana mayor tiene 42 años y su hermano intermedio tiene 36 años. La madre tuvo a su primer hijo a la edad de 18 años, fue una hija no deseada y no contrajo matrimonio con el padre. Ocho años después la madre contrae matrimonio con el padre de su segundo hijo y da a luz a un varón. Luego de unos años el esposo de la madre muere por enfermedad y ella enviuda. Seis años después la madre contrae matrimonio con el padre de María convirtiéndose en un padre para los dos hijos mayores. Actualmente la hermana de María está casada y tiene una hija de 22 años. El hermano de María está comprometido y vive con su novia. Los padres de María tienen 30 años de matrimonio.

María describe a su madre como una mujer que tiene un carácter fuerte, posesivo y autoritario. Ella afirma que ha sido una madre trabajadora que ha sacado a su familia adelante. También, María describe a su padre como un hombre con un carácter más sumiso que ha sido un apoyo para los tres hijos. Sus padres han trabajado duro para darle todo lo necesario en cuanto a cosas materiales y educación. Sin embargo, María narra que uno de los resentimientos contra su madre es que ella no le ha brindado el cariño suficiente ni la confianza para entablar una relación madre-hija de amistad. Muchas veces María ha sentido que ella es el instrumento que ha utilizado la madre para retener al padre.

En cuanto a la salud y ocupación de sus padres, la paciente afirma que ellos tienen un buen estado de salud aunque en la familia hay prevalencia de cáncer. Su madre tiene un negocio propio en la misma casa donde residen, ellos administran un restaurante en el que brindan almuerzos y meriendas. María reconoce que su padre apoya en el negocio pero su madre es quien trabaja verdaderamente.

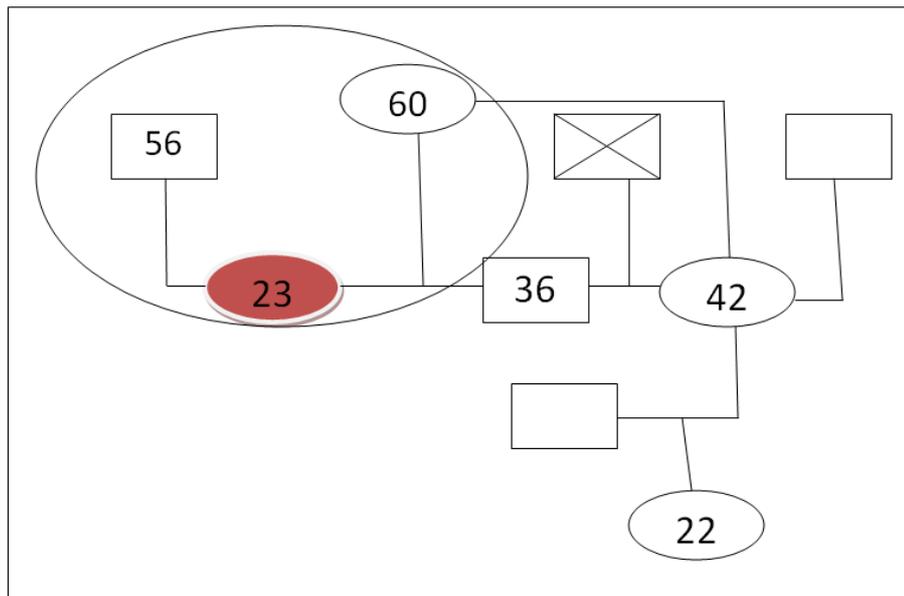


Figura 1: Genograma familiar

El problema

María buscó un tratamiento psicológico en los Servicios Psicológicos Gratuitos de la Universidad San Francisco de Quito (USFQ) por iniciativa propia. La paciente reportaba síntomas de miedo recurrente ante situaciones de peligro como robos o muerte, falta de concentración, sueño excesivo y dificultad para dormir más de cinco horas seguidas (insomnio), nerviosismo, angustia de que algo malo iba a suceder, desesperación, presión en el pecho, ansiedad y pesadillas macabras que la asustan e intimidan por alrededor de tres meses. También presenta anhedonia, soledad, retraimiento social, aislamiento, cansancio recurrente por falta de horas de sueño y una falta de motivación para realizar tareas cotidianas que dificultaba su rendimiento en la universidad por alrededor de dos años.

En las primeras sesiones se estableció que la paciente anhelaba disminuir las horas que pasaba frente a la computadora conectada a *Second Life* y quería formar un círculo social con amistades reales de modo que, eventualmente, pueda formalizar una relación sentimental. Además, la paciente quería adquirir la determinación de mejorar su imagen física y estética

de modo que su autoestima mejore y disminuya el miedo de acercarse a otras personas.

Finalmente, la paciente buscaba estar tranquila consigo misma y tener paz como consecuencia de la rebaja de estrés.

Hipótesis

Luego de conocer la historia tanto personal como familiar de María, el objetivo principal de la terapia es reducir los síntomas que impiden un funcionamiento correcto y funcional de la paciente. La hipótesis de la causa del problema se limita a que la percepción de los eventos determinantes de la vida de María afectó su sistema de creencias de modo que la paciente desarrolló distimia y trastorno de estrés postraumático. Esto quiere decir que la paciente desarrolló creencias erróneas a partir de la percepción negativa y distorsionada de los eventos determinantes. El evento del robo provocó un trauma que trajo como consecuencia la presencia de síntomas de estrés postraumático que impidió el desenvolvimiento normal de la paciente con sus tareas cotidianas. Por otro lado, la acumulación de creencias negativas, en un período de dos años, desarrolladas a partir de los eventos determinantes uno y dos acumularon síntomas de distimia en cuanto a la soledad y al auto-concepto de poca valía.

Para la disminución de los síntomas, se espera que la terapia cognitivo-conductual tenga un efecto positivo que permita el mejoramiento y la re-adaptación de María en su entorno social. Para esto, la eficacia de la terapia cognitivo-conductual será medida en cuanto a la disminución de los síntomas de distimia y el mejoramiento de las destrezas sociales y de adaptación que adquiera la paciente. Para la reducción de los síntomas es necesario utilizar intervenciones de la terapia cognitivo-conductual que permitan mejorar el auto-concepto y el autoestima de María.

Pregunta de investigación

El objetivo principal de la aplicación de la terapia cognitivo-conductual es reducir los síntomas de distimia en la paciente. Con esta idea en mente es factible plantear ¿Cómo y hasta qué punto las intervenciones de la terapia cognitivo-conductual reducirán los síntomas de distimia en María?

Contexto y marco teórico

En la redacción de este estudio de caso se utilizará la conceptualización de la distimia en el modelo cognitivo. Para el tratamiento del trastorno de estrés postraumático se utilizaron intervenciones de la terapia humanista que no serán descritas en este informe.

Para comprobar la hipótesis y medir los efectos de la terapia cognitivo-conductual en la reducción de síntomas de María se hizo uso del enfoque del Modelo Cognitivo desarrollado por Beck (1960) (citado en Beck, 1995). Este modelo postula que las creencias son determinantes de los pensamientos, los comportamientos y las emociones (Beck, 1995). Por ende, la explicación de la distimia es analizada y conceptualizada desde un punto de vista cognitivo basado en los esquemas mentales y en el sistema de creencias existente en la paciente.

El modelo cognitivo permite la realización de una conceptualización completa de dicho sistema de creencias en el que se visualiza claramente los pensamientos generales y los sub-pensamientos que nacen a partir de éste. La clarificación del sistema de creencias permite que tenga lugar el análisis, la evaluación y la modificación de las creencias y los pensamientos irracionales que impiden el funcionamiento correcto. Además, el tema de la homosexualidad y su mundo social virtual en *Second Life* influyen el desarrollo de la paciente y representan temas importantes en la conceptualización de la paciente.

El propósito del estudio.

Como resultado, se espera que la aplicación de la terapia cognitivo-conductual permita la disminución de los síntomas de distimia que presenta la paciente. El propósito es que María gane destrezas sociales y pueda combatir el retraimiento social que no le permite consolidar relaciones de amistad. Además, se espera que la paciente mejore la imagen que tiene de sí misma y aumente su autoestima.

El significado del estudio.

Este estudio de caso representa una ejemplificación de la aplicación de la terapia cognitivo-conductual en una paciente con distimia. Numerosos estudios demuestran la eficacia de dicha terapia en el tratamiento de la depresión y en la reducción de sus síntomas (Beck, 1995). Es por esto que los resultados de la intervención cognitivo-conductual en María son reportados en este informe y pueden ser útiles para otros psicoterapeutas o estudiantes que requieran leer un ejemplo de la aplicación de esta terapia.

Definición de términos

Los términos clave en este estudio de caso requieren de una definición específica para su entendimiento. El término “distimia” de acuerdo al *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Desordenes Mentales (DSM-IV-TR)* se refiere al estado de ánimo crónicamente depresivo durante dos años (American Psychiatry Association, 2000). El término homosexualidad se refiere a la orientación sexual en que la atracción tiene lugar con personas del mismo sexo (APA, 2011b). La atracción de hombres hacia hombres se conoce como *gay* y la atracción de mujeres hacia mujeres se conoce como *lesbianismo* (APA, 2011b).

Presunciones del autor del estudio

La presunción más notable del autor del estudio de caso fue la de aplicar la terapia cognitivo-conductual en una paciente con el objetivo de disminuir sus síntomas de distimia e

instruir en la adquisición de destrezas sociales y de mejoramiento de autoimagen. Como autor del estudio se espera que la paciente diga la verdad en cuanto a su historia personal, familiar y eventos determinantes. Además, se espera que la disminución de los síntomas de su psicopatología sea el resultado de las intervenciones realizadas por el psicoterapeuta haciendo uso de la terapia cognitivo-conductual. Finalmente, se espera que los resultados de los estudios americanos y europeos que demuestran la eficacia de la terapia cognitivo-conductual sean generalizados a la aplicación de dicha terapia en el contexto ecuatoriano.

A continuación se encuentra la sección de Revisión de la Literatura, la misma que se encuentra dividida en cuatro partes. Seguido a este apartado, se describe la explicación de la metodología utilizada, el análisis de los datos y la conclusión.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Géneros de literatura incluidos en la revisión

Fuentes.

Las fuentes utilizadas para la revisión de la literatura provienen principalmente de artículos indexados o *journals* de revistas especializadas en psicología, medicina y psiquiatría. También, se usaron libros específicos de la aplicación de la terapia cognitivo-conductual en distimia y en trastorno de estrés postraumático.

Pasos en el proceso de revisión de la literatura

Para iniciar la revisión de la literatura, primeramente, se utilizó el diagnóstico de la paciente para la investigación de las fuentes de información. Es decir, se investigó a partir de los términos de distimia y trastorno de estrés postraumático. La fuente principal de información fueron los *journals* obtenidos de bases de datos especializadas en psicología, medicina y psiquiatría en Internet y las referencias obtenidas de estas publicaciones para llegar a más artículos especializados. Los libros publicados por autores pioneros y representativos de la terapia cognitiva y terapia cognitivo-conductual en depresión también fueron una fuente importante de obtención de información y fueron recomendados por profesores de psicología de la USFQ.

Formato de la revisión de la literatura

El diseño de la revisión de la literatura se clasifica por temas. Primeramente se expone el modelo cognitivo, luego la terapia cognitiva-conductual, seguido por la explicación de la distimia y finalmente el trastorno de estrés postraumático.

Modelo cognitivo.

El modelo cognitivo postula que las emociones y los comportamientos están influenciados por la percepción individual de los eventos recurrentes (Beck, 1995). Es decir,

no es una situación en particular la que determina los sentimientos o los pensamientos, si no es la construcción mental particular de dicha situación (Beck, 1995). Es decir, los pensamientos fundamentales influyen la percepción, y dicha percepción se expresa por pensamientos automáticos mentales que provocan una respuesta emocional (Beck, 1995).

Identificar los pensamientos automáticos permite al paciente evaluar la validez de los mismos, es decir, cuestionarlos y fomentar un cambio (Beck, 1995). Cuando los pacientes descubren que su interpretación de las situaciones son erróneas y las corrigen, entonces el estado de ánimo tiende a mejorar (Beck, 1995). Esto quiere decir que cuando los pensamientos disfuncionales se sujetan a una reflexión racional, entonces las emociones generalmente cambian y producen un cambio positivo en la percepción de los hechos (Beck, 1995). Muchos de los pacientes con trastornos psiquiátricos tienen pensamientos disfuncionales que alimentan las creencias y la modificación de dichos pensamientos producen una mejora en el estado de ánimo y en el comportamiento (Beck, 1995).

Numerosos son los estudios que han comprobado la eficacia de la terapia cognitiva en los trastornos psiquiátricos, sobre todo en la depresión (Beck, 1995, Coull & Morris, 2011). Además, los trastornos de ansiedad también han sido estudiados por la terapia cognitiva y han demostrado su eficacia en la reducción de síntomas (Coull & Morris, 2011). También, se ha comprobado su validez en pacientes con diferentes niveles de educación, de clase social, de nivel económico, de diferentes edades y es aplicada a familias, grupos, parejas y pacientes individuales (Beck, 1995; Coull & Morris, 2011).

Creencias.

Las creencias son pensamientos que se forman acerca de la percepción de las situaciones (Beck, 1995). Estas creencias se originan en la infancia y hacen referencia a uno

mismo, a los demás y al entorno (Beck, 1995). Las personas las perciben como verdades absolutas y fundamentales.

El modelo cognitivo se ilustra de la siguiente manera:

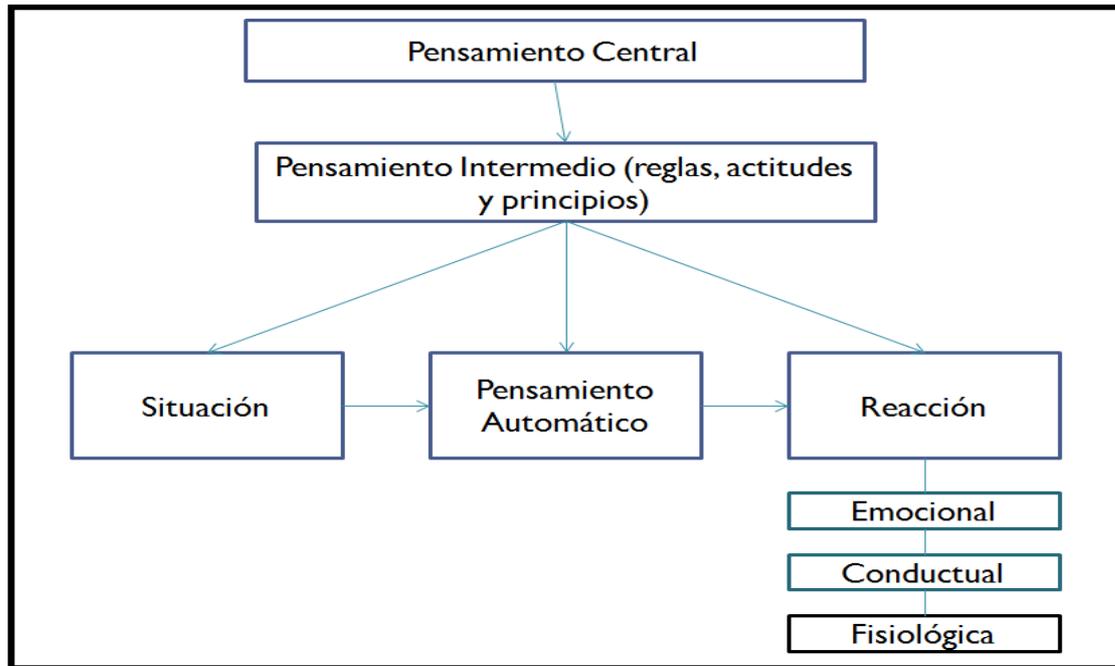


Figura 3. Modelo cognitivo de Beck

Es importante determinar las vulnerabilidades, eventos traumáticos, experiencias o interacciones que han contribuido a la problemática identificada (Beck, 1995). También, identificar los mecanismos con los que el paciente ha enfrentado sus vulnerabilidades permite reconocer sus creencias y comportamientos (Beck, 1995). Para identificar las creencias centrales y los pensamientos automáticos el terapeuta le pregunta al paciente ¿Qué pasa por tu mente en ese momento? (Beck, 1995). La respuesta que el paciente da en este momento son los pensamientos automáticos.

Esquemas mentales.

Beck (1964) define a los esquemas mentales como estructuras cognitivas que se encuentran en la mente y sujetan el contenido específico de las creencias centrales. Los

esquemas mentales representan una estructura básica en la que se encuentra el conocimiento del individuo (Ormrod, 2005). Dicha estructura contiene los pensamientos más básicos de la persona y de su alrededor (Ormrod, 2005). A medida que las personas se desarrollan y crecen, se construyen nuevos esquemas y los esquemas existentes se ponen en práctica repetidamente, se modifican o se coordinan entre sí para formar estructuras cognitivas (Ormrod, 2005).

Creencias centrales.

Las creencias centrales son las ideas más fundamentales acerca de uno mismo (Beck, 1964). Estas creencias centrales representan el nivel más básico de creencia, estas son globales, rígidas y sobre-generalizadas (Beck, 1995) Las creencias centrales negativas se desarrollan a partir de situaciones en las que existen estrés psicológico y éstas son de uno mismo y de los demás (Beck, 1995). Estas creencias disfuncionales suelen ser negativas, sobre generalizadas, absolutas y tienden a referirse a dos categorías; desvalorización e impotencia acerca de uno mismo (Beck, 1995). Por ejemplo, la creencia central “soy vulnerable” es un ejemplo de impotencia y la creencia central “soy indeseable” es un ejemplo de desvalorización de uno mismo. Para producir un cambio es necesario que estas creencias sean evaluadas y modificadas conjuntamente con el paciente (Beck, 1995).

Creencias intermedias.

Estas creencias son aquellas que tienen supuestos, reglas y actitudes, no son tan fácilmente modificables como los pensamientos automáticos pero son más maleables que las creencias centrales (Beck, 1995). La influencia del ambiente y el entorno tiene un efecto en estas creencias ya que hay comportamientos que se esperan de las personas y hay comportamientos que son aceptables y otros que no (Beck, 1995). Los supuestos que se tienen de los eventos pueden ser negativos o positivos (Beck, 1995). Son positivos cuando

presentan una consecuencia positiva ante un comportamiento y son negativos cuando presentan una consecuencia negativa tras un comportamiento contrario (Beck, 1995).

Pensamientos automáticos.

Estos pensamientos representan la interpretación de una situación expresada en un pensamiento que, a su vez, interfiere en la emoción, el comportamiento y en la respuesta fisiológica (Beck, 1995). Beck (1964) definió a estos pensamientos automáticos espontáneos como una corriente de pensamientos que ocurren a cada instante y que no son característicos de personas con algún diagnóstico, si no que todas las personas las experimentan. Estos pensamientos son usualmente breves, rápidos y el paciente no está del todo consciente de la emoción que producen (Beck, 1995). Pueden representarse en forma verbal, visual o ambas (Beck, 1995). La percepción de pensamientos automáticos positivos favorece la modificación de las creencias centrales y de los pensamientos intermedios.

Las distorsiones cognitivas representan pensamientos exagerados y disfuncionales acerca de la percepción de uno mismo, del mundo o de futuras predicciones (Novosel, 2011). Además, en la depresión, éstos se originan a partir de la percepción e interpretación negativa e incorrecta de los eventos que ocurren y afectan la auto-percepción de uno mismo y del futuro (Novosel, 2011). La mayoría de pacientes magnifican o minimizan los eventos, también exageran sus creencias con pensamientos de todo o nada, con sobre-generalizaciones de siempre o nunca, con rótulos de etiquetación determinantes, con pensamientos catastróficos o con el uso del imperativo “debería” (Beck, 1995; Novosel, 2011).

Terapia cognitivo-conductual.

La Terapia Cognitiva-Conductual (TCC) tiene numerosos estudios que validan su eficacia en cuanto al tratamiento de la depresión (Ormrod, 2005). De entre las diferentes intervenciones psicoterapéuticas disponibles, la terapia cognitiva muestra mejores resultados

en cuanto a eficiencia (Trivedi & Kar, 2011). Además, esta intervención es por lo menos tan efectiva como el uso de fármacos antidepresivos en episodios depresivos mayores (Wright, 2003 citado en McNally, Poppe, Nash, Alarcon, & Kung, 2010). Numerosos estudios han destacado que la terapia cognitiva conductual es igualmente efectiva como lo es la terapia interpersonal y el uso de fármacos en la depresión (Trivedi & Kar, 2011). El objetivo de la intervención terapéutica en este tipo de terapia es que permite identificar y reconocer los pensamientos distorsionados acerca de uno mismo y de la realidad de manera que éstos se corrijan con pensamientos racionales (Beck, 1995).

La intervención de la terapia cognitiva es efectiva para el tratamiento de la distimia (Beck, 1995; Trivedi & Kar, 2011). Dicha intervención se enfoca en el cambio de los pensamientos de desesperanza y del bajo auto concepto que caracteriza a este trastorno (Trivedi & Kar, 2011). Las habilidades de afrontamiento ante problemas y pensamientos negativos mejoran con la terapia (Trivedi & Kar, 2011). La TCC esboza la influencia mutua entre los pensamientos o creencias, emociones y comportamientos dentro de un sistema (Dennison & Moss-Morris, 2010). Esto quiere decir que los pacientes aprenden la relación que existe en como un pensamiento o un comportamiento influye en sus dificultades y también aprenden que el cambio en la respuesta de uno o más sistemas produce un cambio en el resto de sistemas (Dennison & Moss-Morris, 2010).

Esta intervención terapéutica permite al paciente identificar, desafiar y corregir las creencias mal adaptativas acerca de uno-mismo y de los demás (McNally et al., 2010). La TCC se enfoca en el cambio de los pensamientos negativos y en el sistema de creencias por pensamientos funcionales y adaptativos (Zalaquett & Stens, 2006). Esta intervención es activa y trabaja colaborativamente el terapeuta y el paciente (McNally et al., 2010).

Primeramente, en las sesiones iniciales se establecen los objetivos a corto y largo plazo

conjuntamente con el paciente (Kennard, Mahoney, & Mayes, 2011). Posteriormente, la TCC utiliza intervenciones en las que se enseña al paciente estrategias de control de estado de ánimo, re-estructuración cognitiva, aprendizaje de nuevos comportamientos y destrezas sociales y técnicas de resolución de problemas (Kennard, Mahoney, & Mayes, 2011).

Distimia.

La distimia es un tipo de trastorno depresivo del estado de ánimo (Trivedi & Kar, 2011). Tiene una prevalencia de entre 3-5% en la población mundial y alrededor de una de cada 20 personas experimentan síntomas de distimia alguna vez en su vida (American Psychiatry Association, 2000; Trivedi & Kar, 2011). Este trastorno es más común en mujeres que en hombres, la diferencia radica en un ratio de 3:1 (Trivedi & Kar, 2011). Las características de este trastorno son parecidas a las características del trastorno depresivo (American Psychiatry Association, 2000). La diferencia radica en la severidad de los síntomas, la distimia tiene síntomas más ligeros pero su prevalencia es mayor, mínimo dos años de presencia de síntomas en adultos y un año en niños y adolescentes (Barlow & Durand, 2007).

Algunos de los principales síntomas de la distimia son; el sentimiento de incompetencia, la pérdida de interés por actividades, aislamiento social, falta de motivación por actividades cotidianas y tristeza referente al pasado (American Psychiatry Association, 2000). La aparición temprana de la distimia se relaciona con una posible recurrencia a episodios de depresión mayor o a algún tipo de abuso de sustancia en comparación con la aparición tardía (Trivedi & Kar, 2011).

Distimia y modelo cognitivo.

Un estudio realizado por Garamoni y sus colaboradores (1992) encontró que existe una relación significativamente mayor entre las patologías, sobre todo la depresión y los

pensamiento negativos que entre las patologías y los pensamientos positivos. Los pensamientos más comunes que tienen los pacientes con distimia son; “soy indefenso” y “soy vulnerable” (Trivedi & Kar, 2011). Los esquemas cognitivos de las personas con depresión o distimia consisten en creencias negativas pervasivas y supuestos disfuncionales acerca de uno mismo, del mundo y del futuro (Novosel, 2011).

Los pensamientos disfuncionales abundan en la depresión y en la distimia, dichos trastornos se caracterizan por niveles altos de creencias negativas incontrolables acerca de uno mismo y de su situación (Berman, Nee, Casement, Kim, Deldin, Kross, González, Demiralp, Gotlib, Hamilton, Joormann, Waugh, & Jonides, 2011). Estos pensamientos negativos incontrolables también se conocen como *rumia* e interfieren con la habilidad de la persona para concentrarse y llevar a cabo las actividades de rutina (Berman et al., 2011; Nolen-Hoeksema, 2000). La rumia no es necesariamente un síntoma de la depresión, sin embargo es relevante ya que mantiene, alimenta y exacerba los síntomas en cuanto a su prevalencia y aumento de los pensamientos negativos (Nolen-Hoeksema, 2000). Estudios realizados por Nolen-Hoeksema (2000) demuestran que una forma de tratar la rumia dentro de la depresión es identificar los mecanismos cognitivos que la originan de modo que sea posible entender la prevalencia de los síntomas y qué es lo que la mantiene.

El proceso cognitivo de la rumia dificulta el control de la memoria a corto plazo, esto quiere decir que los pacientes deprimidos muestran una dificultad en remover los pensamientos negativos de la memoria a corto y largo plazo (Lyubomirsky, Kasri, & Zehm, 2003). Es decir, la incapacidad de expulsar los pensamientos negativos de la memoria a corto plazo incrementan la interferencia de dichos pensamientos en la realización de las tareas diarias y en la capacidad de concentrarse (Lyubomirsky, Kasri, & Zehm, 2003).

Terapia cognitivo-conductual.

El tratamiento de la distimia según la terapia cognitivo-conductual es bastante parecido al tratamiento de la depresión (Barlow & Durand, 2007). Esta terapia busca que los pacientes cambien el procesamiento de información, es decir la percepción de los eventos y de sí mismos por medio de la modificación del sistema de creencias con ejercicios de auto-monitoreo, de mejoramiento de destrezas de comunicación y de resolución de problemas (Zalaquett & Stens, 2006). Para el cambio de creencias, Beck (1995) sugiere realizar formularios y cuadros que permitan al paciente visualizar su sistema de creencias y empezar a cambiar dichas creencias negativas por creencias funcionales. La identificación de los pensamientos automáticos son un primer paso, el paciente logra identificar que pasa por su mente cada vez que sucede alguna situación y entonces es posible identificar y promover un cambio (Beck, 1995). Una vez que se identifican los pensamientos automáticos, entonces se identifican y trabajan los pensamientos intermedios, el orden es ascendente hasta llegar a las creencias centrales. El objetivo principal es modificar las creencias centrales que alimentan los pensamientos disfuncionales que conllevan a la manutención de la distimia (Beck, 1995).

Para este objetivo, Beck (1995) postula que el terapeuta debe realizar ejercicios conjuntamente con el paciente en el que refuercen los pensamientos funcionales y realísticos a partir de intervenciones cognitivas como; cuestionamiento socrático, análisis de ventajas y desventajas, *role-play*, experimentos de comportamiento, formularios de creencias centrales, formulario de registro de pensamiento, formulario de conceptualización cognitivo, tarjetas de afrontamiento, entre otros.

Trastorno de estrés postraumático.

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) es un trastorno emocional que le sigue a un trauma o un evento que causó impresión en el sujeto (Barlow & Durand, 2007). Personas

sobrevivientes de catástrofes, sobrevivientes de guerras, víctimas de secuestros, asaltos, violaciones, testigos de crímenes y demás situaciones impactantes tienden a desarrollar TEPT en un lapso de tres semanas luego del suceso (Wilson, Friedman & Lindy, 2001). Por ejemplo, la severidad de este trastorno llega a un 47% de las víctimas de violaciones que luego de tres meses del asalto aún tienen síntomas que permiten dar un diagnóstico de TEPT (Foa, 1995). Los datos estadísticos señalan que alrededor de un 7,8% de la población total ha sufrido TEPT por diversos acontecimientos traumáticos, sobre todo víctimas de combate y agresión sexual (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes & Nelson, 1995 citado en Barlow & Durando, 2007).

Muchos pacientes víctimas de algún evento traumático desarrollan síntomas de trastorno de estrés postraumático, entre los más comunes; re-experimentar el suceso traumático una y otra vez, recuerdos recurrentes, desamparo, horror, pesadillas, evitación de los pensamientos referentes al evento que revivan el recuerdo, entre otros (Barlow & Durand, 2007; Wilson, Friedman & Lindy, 2001). Los eventos que producen trauma ocurren a cada momento y los pacientes difieren en cuanto al grado y rapidez de recuperación de dicho trauma (Wilson, Friedman & Lindy, 2001). Foa y Kozak (1986) postulan que el miedo que se produce en TEPT es diferente al miedo que se produce en pacientes con otros trastornos de ansiedad por tres motivos; el temor que se produce en pacientes con TEPT es mayor por el número de conexiones que tienen lugar entre el estímulo estresor y la respuesta, el temor se activa con mayor facilidad ante la presencia de estímulos estresores, respuestas o situaciones que lo activen y, finalmente, la respuesta afectiva y psicológica ante los estímulos estresores es más intensa. La respuesta fisiológica y emocional que se da como resultado de la activación de dicha red de temor y miedo produce que el paciente sienta ansiedad, miedo, híper-

vigilancia, aumento de la presión sanguínea y ritmo cardiaco, sudoración, tensión muscular, memorias intrusivas, *flashbacks*, entre otros (Follette & Ruzek, 2006).

Modelo cognitivo.

Las creencias disfuncionales que se originan a partir de un trauma producen cambios en los esquemas mentales de creencias de las personas. Esto quiere decir que los pacientes integran los eventos traumáticos y las creencias subyacentes a los esquemas pre-existentes de modo que la nueva información disfuncional se asimila o se acomoda a dichos esquemas (Hollon & Garber, 1988). Esto produce que el paciente sobre-generalice las creencias distorsionadas a eventos cotidianos y piense repetidamente que todas las personas les harán daño, que no son de confiar, que el mundo no es un lugar seguro para vivir (Follette & Ruzek, 2006; Wilson, Friedman & Lindy, 2001).

Este modelo postula que las emociones, por ejemplo el miedo, se encuentran almacenadas en la memoria en forma de redes que también contienen a los eventos que producen ansiedad (Follette & Ruzek, 2006). Dichas redes cognitivas contienen tres tipos de información; información acerca del estímulo o situación que produce el miedo, información acerca de la respuesta emocional que produce la persona a partir de la activación del estímulo o la situación y, finalmente, información acerca del significado del estímulo que produce miedo y la respuesta que éste provoca (Follette & Ruzek, 2006).

Los pacientes con este trastorno activan el sistema de respuesta de ansiedad y miedo a partir de la interpretación que le dan a situaciones que reactivan el trauma inicial (Follette & Ruzek, 2006). Es decir, estos pacientes responden de una manera ansiosa ante cualquier situación que reviva el trauma y perciben tal situación como peligrosa y alarmante. Creencias recurrentes “ningún lugar es seguro” y “algo malo me va a suceder” abundan en sus esquemas (Follette & Ruzek, 2006).

Terapia cognitiva-conductual.

Uno de los objetivos principales de la terapia cognitiva-conductual es desarrollar un balance funcional en el nivel de acomodación de la información referente al trauma y de la memoria traumática (Follette & Ruzek, 2006). La terapia cognitiva confronta las memorias que se reactivan tras el evento traumático con los pensamientos disfuncionales y las atribuciones erróneas que se crean por la situación de modo que se producen cambios funcionales en el sistema de creencias (Hollon & Garber, 1988). Esta terapia también confronta los sentimientos que se originan a partir del trauma además del miedo como; la ira, la vergüenza, el desamparo, entre otros.

Las intervenciones terapéuticas consisten en el uso de formularios ABC que permiten identificar eventos/situaciones, pensamientos y sentimientos, cuestionarios de registro de pensamientos, tarjetas de afrontamiento, juego de roles, preguntas socráticas, entre otros., (Follette & Ruzek, 2006). En las primeras sesiones se pide al paciente que llene un formulario en el que describe el suceso traumático y en el que se logre reconocer las creencias en cuanto al trauma, conjuntamente con el terapeuta se conceptualiza el modelo cognitivo del TEPT (Follette & Ruzek, 2006). En las siguientes sesiones la terapia consiste en la exposición al recuerdo traumático con un enfoque en los sentimientos, en las creencias y en los pensamientos que se asocian al trauma (Follette & Ruzek, 2006). La psico-educación del trastorno es muy importante ya que permite que el paciente y su familia se informe acerca de qué es el TEPT y el por qué de sus síntomas (Wilson, Friedman & Lindy, 2001).

Un estudio realizado por Resick y Schnicke (1992) comparó a la terapia cognitiva en cuanto a su eficacia con un grupo control y encontró que estos pacientes disminuyeron los síntomas de TEPT y de depresión que también presentaban incluso seis meses después de terminar la terapia.

Homosexualidad.

La homosexualidad, definida por la *American Psychological Association* (APA) (2011), se refiere a la orientación sexual en la que la atracción tiene lugar con personas del mismo sexo. La atracción de hombres hacia hombres se conoce como *gay* y la atracción de mujeres hacia mujeres se conoce como lesbianismo (APA, 2011).

Las personas que viven dentro de una sociedad se rigen bajo un conjunto de normas y leyes que se deben cumplir (Asher, 1997). Además, cada cultura tiene expectativas acerca de cómo la gente se debería comportar (Asher, 1997). Las sociedades más conservadoras, como en el Ecuador, aún discriminan a los homosexuales y existe un rechazo latente ante el lesbianismo (País Canela, 2010). En sociedades en las que rige el tradicionalismo en cuanto al modelo de crianza y de pensamiento, el lesbianismo acarrea una discriminación mayor puesto que, primero son mujeres, y segundo son mujeres que sienten atracción hacia mujeres y la sociedad generalmente solo hace énfasis a la homosexualidad masculina (País Canela, 2010).

La mayoría de personas adultas y adultos mayores de una sociedad no aceptan a la homosexualidad como una orientación sexual (Feldman, 2008). El comportamiento esperado de las personas es que sientan atracción por personas del sexo opuesto, se enamoren, se casen y formen una familia (Feldman, 2008). Cualquier opción fuera de lo antes mencionado se considera una falta, un error o un acto incorrecto y mal visto. Los jóvenes homosexuales aprenden que deben ser víctimas de rechazo y aislamiento, la sociedad no acepta esquemas fuera de los tradicionales (Proctor & Groze, 1994). Además, los homosexuales comienzan a retraerse socialmente, es decir a acudir a lugares secretos y llevar una vida recóndita con miedo y angustia (Feldman, 2008).

Lo que sucede es que los jóvenes, durante la pubertad, comienzan a experimentar una serie de cambios tanto físicos como emocionales y sociales que les permite formar su identidad (Feldman, 2008). Cuando su identidad sexual tiene una orientación que no pertenece a lo que socialmente se espera, entonces tiene lugar una confusión en cuanto a los esquemas de información, los jóvenes no encajan dentro de lo esperado y sus creencias comienzan a cambiar buscando una acomodación (Asher, 1997).

A partir de esto, los jóvenes homosexuales se convierten en personas vulnerables a padecer síntomas de depresión, de abuso de sustancias, de intentos de suicidio, de conflictos interpersonales y de rechazo dentro de la propia familia (Proctor & Groze, 1994). De acuerdo a Gibson (1989), los jóvenes homosexuales tienen entre dos y tres veces más oportunidad de suicidarse que el resto de jóvenes heterosexuales y casi el 30% de los jóvenes que se suicidan lo hicieron por problemas de identidad sexual.

La depresión es una de las patologías que los jóvenes homosexuales presentan (Proctor & Groze, 1994). Sucede que las creencias negativas acerca de sí mismos y de su preferencia sexual hacen que los jóvenes se aíslen y se hundan en la desesperación (Proctor & Groze, 1994). Los pensamientos negativos dentro de los esquemas tradicionales de las personas de la sociedad, sobre todo de los padres conservadores ante la homosexualidad fomenta el aislamiento de los jóvenes, el retraimiento y el miedo a ser juzgados o rechazados (Asher, 1997). Las creencias de los jóvenes, “si saben que soy homosexual me van a botar de la casa”, “mis padres jamás aceptarán una hija lesbiana”.

METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Justificación de la metodología seleccionada

La categoría de diseño seleccionada para este estudio de caso es el análisis de datos cuantitativos a partir de los datos obtenidos por la recolección de datos. El objetivo de esta medición es determinar hasta qué punto las intervenciones de la terapia cognitivo-conductual tuvieron efecto en la disminución de síntomas de María. Para la determinación cuantitativa de la reducción de síntomas se utilizaron dos pruebas psicométricas que miden la intensidad y severidad de los síntomas de depresión. La primera prueba es el Inventario de Beck para la Depresión y la segunda es el Inventario de Síntomas 90 Revisado (SCL-90-R), (Aiken, 2003). Dichas pruebas determinan un valor que representa un índice de medición. Dicho índice se ubica dentro de un rango y éste permite determinar el grado de depresión y severidad de los síntomas de la paciente.

Herramienta de investigación utilizada

Se utilizaron tres herramientas de investigación. Dos pruebas de diagnóstico y una prueba de personalidad. Las pruebas de diagnóstico:

Inventario de Beck para la Depresión.

Descripción.

Esta prueba psicométrica mide la gravedad, es decir la intensidad de los síntomas de la depresión según los criterios del DSM-IV-TR (2000). Es uno de los cuestionarios más utilizados por psicólogos y psiquiátricos para el diagnóstico de la depresión (Beck Depression Inventory, 2012). El inventario consta de 21 ítems que aluden a la sintomatología de pérdida del apetito, dificultad para dormir, distorsión de la auto-imagen, dificultad para realizar labores cotidianas, pérdida de peso, preocupación somática, entre otros (Beck Depression Inventory, 2012). Los valores de validez de este inventario son de 0,92 coeficientes alfa para pacientes psiquiátricos y 0,93 coeficientes alfa para pacientes no psiquiátricos (Beck Depression Inventory, 2012).

Cada ítem tiene una escala de cuatro puntos, es decir tiene cuatro opciones de respuesta, a excepción del ítem 16 y 18 que tienen siete opciones de respuesta (Beck Depression Inventory, 2012). Cada opción de respuesta tiene un valor que varía entre cero y tres. Una vez finalizada la prueba, se suman todas las opciones de respuesta y se obtiene una sumatoria total que representan un índice. Dicho índice predice la gravedad de depresión y los rangos son:

0-10: Altibajos considerados normales

11-16: Leve perturbación del estado de ánimo

17-20: Estados de depresión intermitentes

21-30: Depresión moderada

31-40: Depresión grave

Mayor de 41: Depresión severa

Inventario de Síntomas 90 Revisado (SCL-90-R).

Descripción.

Esta prueba psicométrica permite medir síntomas psicológicos y psicopatológicos tanto en una población clínica como en una población normal (Casullo & Pérez, 2008). Este inventario es una herramienta que evalúa el progreso del paciente antes, durante y después de recibir un tratamiento de modo que sea posible inferir en los resultados y efectos de dicha intervención (Casullo & Pérez, 2008). El paciente llena esta prueba en más o menos 15 minutos y debe responder en función de cómo se ha sentido en los últimos siete días (Casullo & Pérez, 2008). Los reactivos de esta prueba se encuentran agrupados en nueve dimensiones de sintomatología que son:

Somatización (SOM)

Obsesiones y Compulsiones (OBS)

Sensitividad Interpersonal (SI)

Depresión (DEP)

Ansiedad (ANS)

Hostilidad (HOS)

Ansiedad Fóbica (FOB)

Ideación Paranoide (PAR)

Psicoticismo (PSIC)

Adicionalmente la prueba arroja tres valores que representan los índices globales, los mismos que son; índice de severidad global (IGS), total de síntomas positivos (TSP) e índice de malestar sintomático positivo (ISMP) (Casullo & Pérez, 2008).

Este inventario consta de 90 ítems que valoran la presencia de síntomas que pertenecen a cada una de las nueve dimensiones sintomatológicas (Casullo & Pérez, 2008). Cada ítem tiene una escala de cinco opciones; nada, muy poco, poco, bastante y mucho y el valor numérico de cada ítem en el mismo orden va entre cero y cuatro puntos en orden ascendente (Casullo & Pérez, 2008). El valor de validez de este inventario es de 0,8 coeficientes alfa y el índice de confiabilidad es de 0,70 coeficientes alfa (Lara, Cárdenas, Fócil, Espinosa & Cavazos, 2005).

Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2).

Descripción.

El *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2* (MMPI-2) es la prueba de personalidad más investigada y utilizada en la actualidad (Greene, 2000). Antes de discutir los resultados, es importante notar que una sola prueba de considerable reputación como el MMPI-2 no es suficiente para constituir una evaluación psicológica completa. Idealmente es necesario utilizar múltiples herramientas para generar resultados más amplios y sólidos. Este

inventario de personalidad permite crear y visualizar la estructura de la personalidad así como también medir los factores que dificultan el proceso terapéutico (Greene, 2000). Cabe recalcar que este inventario MMPI-2 no es una prueba diagnóstica (Greene, 2000). Los autores originales de este inventario fueron Starke, Hathaway y McKinley, quienes en 1939 introdujeron este inventario y los derechos de dicha prueba lo tiene la Universidad de Minnesota (Greene, 2000).

La prueba consta de 567 ítems que tienen una escala de puntuación de dos opciones “verdadero” o “falso” (Greene, 2000). Las respuestas de los pacientes se califican dentro de diez escalas clínicas que evalúan las categorías psicopatológicas más comunes que son:

Hipocondría

Depresión

Histeria

Desviación Psicopática

Masculinidad/Feminidad

Paranoia

Psicastenia

Esquizofrenia

Hipomanía

Introversión Social

Las escalas de validez miden la actitud de la persona al tomar la prueba en cuanto a consistencia o inconsistencia (Greene, 2000). Las escalas de contenido representan las respuestas de los clientes frente al contenido individual de los ítems del MMPI-2 (Greene, 2000). Las escalas suplementarias complementan el análisis de los ítems de esta prueba y

constan de 12 escalas (Greene, 2000). Los coeficientes *test-retest* para esta prueba oscilan entre un rango de 0.68 a 0.92 en cuanto a la confiabilidad y a la validez (Aiken, 2003).

Descripción de participantes

Número.

La participante es la paciente, María. Ella llenó las pruebas diagnósticas antes y después de la intervención cognitivo-conductual y la prueba de personalidad la llenó una sola vez durante la sesión cuatro y cinco.

Género.

La paciente es una mujer.

Nivel socioeconómico.

La paciente pertenece al nivel socioeconómico medio.

Características especiales relacionadas con el estudio

No existen características especiales ni problemas de aprendizaje o retraso mental.

Diagnóstico y evaluación funcional

De acuerdo al criterio del DSM-IV-TR, la paciente cumple con el siguiente diagnóstico:

Eje 1: 309.81 Trastorno de Estrés Postraumático: Crónico.

300.4 Trastorno Distímico: Inicio temprano.

Eje 2: V71.09 - No hay Diagnóstico en el Eje II.

Eje 3: Sin Diagnóstico

Eje 4: A, B.

A. Problemas relacionados al grupo primario de apoyo.

B. Problemas relacionados con el ambiente social.

Eje 5:

GAF Inicial: 51 – 60

(Síntomas moderados y dificultad en el funcionamiento social y académico).

GAF Actual: 61 – 70

(Síntomas leves y breve dificultad en el funcionamiento social)

Criterios diagnósticos del DSM-IV-TR:

300.4 Trastorno distímico:

- A.** Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años. **Nota:** En los niños y adolescentes el estado puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año.
- B.** Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:
1. Pérdida o aumento de apetito
 2. Insomnio o hipersomnia
 3. Falta de energía o fatiga
 4. Baja autoestima
 5. Dificultados para concentrarse o para tomar decisiones
 6. Sentimientos de desesperanza
- C.** Durante el periodo de 2 años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.
- D.** No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes); por ejemplo la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial. **Nota:** Antes de la aparición del

episodio distímico pudo haber un episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativo durante 2 meses). Además, tras los primeros 2 años (1 año en niños y adolescentes) de trastorno distímico, puede haber episodios de trastorno depresivo mayor superpuestos, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

- E.** Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.
- F.** La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.
- G.** Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga, un medicamento) o a enfermedad médica (por ejemplo, hipotiroidismo).
- H.** Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Inicio temprano: si el inicio es antes de los 21 años.

Inicio tardío: si el inicio se produce a los 21 años o con posterioridad. (American Psychiatry Association, 2000, pp. 426-427)

309.81 Trastorno de estrés postraumático

- A.** La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido
1 y 2.

1. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado un (o más) acontecimiento(s) caracterizado(s) por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
 2. La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intenso.
Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados.
- B.** El acontecimiento traumático es re-experimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:
1. Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que e incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. **Nota:** En los niños pequeños esto puede expresarse en juego repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma.
 2. Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar.
Nota: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible.
 3. El individuo actúa como si, o tiene la sensación de que, el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de *flashback*, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). **Nota:** Los niños pequeños pueden re escenificar el acontecimiento traumático específico.
 4. Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
 5. Reactividad fisiológica al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

- C.** Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:
1. Esfuerzos por evitar pensamientos, sentimiento o conversaciones sobre el suceso traumático.
 2. Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.
 3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.
 4. Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.
 5. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.
 6. Restricción de la vida afectiva (por ejemplo, incapacidad para tener sentimientos de amor).
 7. Sensación de un futuro desolador (por ejemplo, no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal).
- D.** Síntomas persistentes de aumento de la activación (*arousal*) (ausente antes del trauma), como indican dos (o más) de los siguientes síntomas.
1. Dificultades para conciliar o mantener el sueño.
 2. Irritabilidad o ataques de ira.
 3. Dificultades para concentrarse.
 4. Hipervigilancia.
 5. Respuestas exageradas al sobresalto.
- E.** Estas alteraciones (síntomas de los criterios B, C y D) se prolongan más de un mes.
- F.** Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Agudo: si los síntomas duran menos de 3 meses.

Crónico: si los síntomas duran 3 meses o más.

Especificar si:

De inicio moderado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

(American Psychiatry Association, 2000, pp. 523-525)

ANALISIS DE DATOS

Detalles del análisis

Conceptualización clínica del caso.

Desde la infancia, María ha ido construyendo su sistema de creencias a partir de las experiencias que ha vivido. La percepción e interpretación personal de cada evento ha sido fundamental para la formulación de sus esquemas mentales. El aprendizaje que ha tenido lugar durante la vida de la paciente ha permitido que nueva información ingrese a sus esquemas y adapte o modifique los esquemas pre-existentes y, por ende, determine su configuración inicial. Dichos esquemas mentales y su contenido de creencias regulan la conducta, las creencias y las emociones generando el funcionamiento que María presenta.

En las primeras etapas de desarrollo María se crió con sus padres y con sus dos medio hermanos. Debido a la diferencia de edad con sus padres, la paciente no desarrolló una relación de amistad ni de confianza, más bien se desarrolló una relación de respeto por el adulto que es un modelo de autoridad. Además, el modelo de crianza fue autoritario, Feldman (2008) define a este modelo como el de padres rígidos, fríos, controladores, que no aceptan cuestionamientos, son merecedores de obediencia estricta y no toleran expresiones de desacuerdo.

María aprendió esquemas familiares tradicionales que son rígidos y estrictos en cuanto al comportamiento de las personas y lo que se espera de ellas. Ella recuerda lo que le decían sus padres, “las personas deben ser recatadas”, “las mujeres salen de la casa casadas”, la homosexualidad es un pecado”. Cualquier aspecto o comportamiento fuera de dichos esquemas rígidos se consideraban inapropiados e inaceptables y los padres no toleraban excepciones. Es decir, las reglas claras en cuanto a hora de llegada, salidas, visita a casas de amigas y amigos.

Hasta la adolescencia la paciente no tuvo problemas significativos con su sistema de creencias ni con sus esquemas mentales. En general sus creencias centrales eran funcionales en cuanto a sí misma y el resto de personas de su entorno. Fue a la edad de quince años que María comienza a sentir atracción física y sentimental por su mejor amiga y entonces tiene lugar una confusión en cuanto a lo que ella quería ser y lo que debía ser. Hasta ese momento sus creencias centrales se basaban en pensamientos de que la vida es interesante, las personas son buenas, amigables y confiables, y “yo soy buena y agradable”. Además, el mundo era un lugar seguro, positivo y previsible que uno puede controlar.

Sin embargo, tras el sentimiento de atracción por su mejor amiga, María empezó a sentirse rara y diferente y sus creencias empezaron a cambiar. Se empiezan a formar nuevos pensamientos ya que nuevo contenido se acomoda en los esquemas mentales pre-existentes que no es congruente con los pensamientos anteriores aprendidos por el modelo de crianza.

La paciente ya no se sentía igual que antes en cuanto a su auto-percepción. Ahora ella no actuaba acorde a lo que se esperaría de ella, le gustaban las mujeres y no le atraían los hombres. También se sentía anormal, para sus padres y bajo el modelo de crianza autoritario no se aceptan desviaciones en cuanto a la orientación sexual, es decir no es aceptable que le gusten las mujeres.

Sus creencias empezaron a cambiar y predominaban pensamientos como “soy vulnerable”, “soy rara”, soy “diferente”. Sus creencias intermedias tenían la influencia de los supuestos acerca de lo que se espera de las personas y sus pensamientos automáticos tenían una etiqueta, “si te gustan las mujeres eres anormal”, “las chicas tienen que fijarse en hombres, si no son pecadoras”. Ella se sentía desconsolada y confundida de lo que pensaba y sentía, no tenía con quien conversar ni a quién acudir. Además, pensaba que sus padres no

aceptarían su lesbianismo y que, entonces, se quedaría sola toda la vida. Los sentimientos de tristeza y desconsuelo comenzaron a tomar posesión del estado de ánimo de María.

Al poco tiempo de esta confusión sexual, ocurrió un incidente en el conservatorio de música que contribuyó con las creencias y pensamientos negativos acerca de ella misma. El profesor hizo que María sienta y piense que ella es buena para nada y que no es digna de aprender a tocar el piano. Tras este incidente, la paciente empezó a desarrollar una autoimagen muy pobre de sí misma y su valía y autoestima descendieron a niveles muy bajos. Desde ese momento sus creencias centrales fueron “no sirvo para nada”, “soy inútil”, “soy fracasada”. Sus creencias intermedias y pensamientos automáticos estaban sobregeneralizados y polarizados “si sigo así de mala seré una fracasada”, “nunca más podré tocar el piano”, “siempre voy a ser incompetente”.

Hasta que acude a terapia, María reforzaba sus pensamientos negativos de poca valía y empezó a retraerse socialmente. Sentía temor de acercarse a los demás, sobre todo a hombres, y reforzaba sus pensamientos automáticos de “me van a rechazar”, “no les caeré bien” y, a la vez, alimentaba las creencias intermedias de “aunque soy lesbiana puedo tener amigos, pero ellos me rechazarán y yo seguiré triste”. La paciente sentía tristeza y su estado de ánimo se convirtió en bajones constantes y recurrentes que le acompañaban la mayor parte del tiempo.

En una ocasión, una joven, la enamorada de María que residía en el extranjero vino a este país a visitar, conocer y convivir con María por dos meses. Fueron dos meses intensos y divertidos pero también llenos de angustia y miedo para María ya que ella reforzó sus pensamientos intermedios y pensamientos automáticos de “mis padres jamás aceptarán que yo tenga una novia”, “mi lesbianismo es una vergüenza”, entre otros. Además, María disimulaba su relación sentimental de modo que ni sus padres, hermanos ni demás familiares

o amigos sospechen lo que ocurría. Tras la partida de su enamorada, María sintió tranquilidad ya que no decepcionaría más a sus padres. El ocultar su lesbianismo le produce a la paciente angustia, vergüenza, culpa y desacierto; ella tiene muy marcadas las creencias inculcadas por sus padres de que la heterosexualidad es aceptada y la homosexualidad es penada.

Un tiempo después María fue víctima de un robo con armas, el mismo que se convirtió en un trauma y que activó síntomas de TEPS como angustia, temor y ansiedad recurrente. A partir de este incidente la paciente distorsionó sus creencias centrales de que el mundo es un lugar seguro, positivo y previsible por creencias negativas de que el mundo es un lugar inseguro, violento, incierto, miedoso, lleno de amenazas y personas malintencionadas que abusan del resto. Dichos eventos contribuyeron a la formación de esquemas disfuncionales que causan problemática en la paciente. El nuevo contenido ingresa al sistema de esquemas y lo modifica con las creencias disfuncionales que se originan a partir de la percepción negativa del robo.

María polarizó sus creencias, el mundo es bueno o es malo, y para ella el mundo es percibido como malo. Las personas son buenas o son malas, y para su percepción las personas son malas. También, la paciente sobre-generalizó sus pensamientos automáticos y creencias intermedias, “todos los lugares son inseguros”, “todas las personas me harán daño”, catastrofizó al mundo con predicciones como “el mundo se va acabar y yo me voy a morir”. Además, en cuanto a sí misma María aumentó su sentimiento de soledad y tristeza viéndose sola e indefensa en este mundo y el pensamiento automático recurrente y sobre-generalizado y polarizado fue “siempre voy a estar sola”.

Detalles de los test.

Para confirmar el diagnóstico de la paciente se hizo uso de dos pruebas de diagnóstico, el Inventario de Beck para la Depresión y el SCL-90-R. El contar con dos

pruebas diagnósticas de medición permite formular un diagnóstico más preciso y con mayor índice de confiabilidad (Aiken, 2003). Para determinar factores determinantes de la personalidad que podrían interferir en el desarrollo de la terapia, se aplicó el *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2* (MMPI-2). Esta escala permite determinar los rasgos de personalidad y comprender que factores apoyan o limitan el progreso de la terapia.

Inventario de Beck para la Depresión.

Resultados.

Durante la primera sesión se aplicó el Inventario de Beck para la depresión (ver Anexo A). La paciente obtuvo una puntuación de 21. Este valor se encuentra dentro del rango (21-30) denominado depresión moderada. Luego de ocho sesiones y antes de finalizar la terapia se volvió a aplicar el Inventario de Beck para la depresión. El resultado fue de 15. Este valor se encuentra del rango (11-16) que equivale a leve perturbación del estado de ánimo.

Análisis de resultados.

Tras analizar los resultados, hubo una diferencia de seis puntos entre la primera vez que se administró el Inventario de Beck para la depresión y la segunda vez. La paciente disminuyó la gravedad de los síntomas de insatisfacción, odio a sí misma, aislamiento social, pérdida del apetito, cansancio y trastornos del sueño de un rango a otro, de depresión moderada a leve perturbación del estado de ánimo.

Inventario de Síntomas 90 Revisado (SCL-90-R).

Resultados.

Pre-test.

Durante la primera sesión se aplicó el Inventario de Síntomas 90 Revisado (SCL-90-R) (ver Anexo B). Los resultados obtenidos a partir de las mediciones realizadas con las

respuestas de la paciente demuestran que de las nueve dimensiones, cinco se encuentran dentro del rango clínico denominado en riesgo ($T \geq 63$). Las dimensiones con mayor elevación; obsesión-compulsión ($T=70$), psicotismo ($T=70$), depresión ($T=65$), ansiedad ($T=65$) y ansiedad fóbica ($T=65$). Las dimensiones restantes se encuentran dentro del rango normal ($T < 63$) en cuanto a la media de los resultados y sus valores T son los siguientes; somatización ($T=61$), sensibilidad interpersonal ($T=50$), hostilidad ($T=50$) e ideación paranoide ($T=60$).

Los valores de los índices globales indican que dos de éstos se encuentran dentro del rango clínico denominado en riesgo ($T \geq 63$), el índice de severidad global ($T=70$) y total de síntomas positivos ($T=70$). El índice de malestar sintomático positivo ($T=50$) se encuentra dentro del rango normal en cuanto a la media de los resultados.

Post-test.

Durante la última sesión se volvió a aplicar el Inventario de Síntomas 90 Revisado (SCL-90-R). Los resultados obtenidos a partir de la calificación de las respuestas de la paciente demuestran que dos de las nueve dimensiones se encuentran dentro del rango clínico denominado en riesgo ($T \geq 63$). Las dimensiones con mayor elevación; ansiedad fóbica ($T=65$) y psicoticismo ($T=63$). Las dimensiones restantes se encuentran dentro del rango normal ($T=63$) en cuanto a la media de los resultados y sus valores T son los siguientes; somatización ($T=60$), depresión ($T=60$), ideación paranoide ($T=60$), sensibilidad interpersonal ($T=60$), obsesión-compulsión ($T=55$), ansiedad ($T=55$), y hostilidad ($T=50$).

Los valores de los índices globales indican que uno de los tres se encuentran dentro del rango clínico denominado en riesgo ($T \geq 63$), el índice total de síntomas positivos ($T=70$). El índice de severidad global ($T=60$) e índice de malestar sintomático positivo ($T=45$) se encuentran dentro del rango normal en cuanto a la media de los resultados.

Análisis de resultados.

En términos generales, la paciente mostró una disminución en casi todos los reactivos de la prueba. El reactivo de obsesión-compulsión mostró una disminución de 15 puntos y el reactivo de ansiedad mostró una disminución de diez puntos. Esto demuestra que durante el tiempo de terapia la paciente bajó la intensidad de síntomas de angustia, miedo, impulsión, nerviosismo, ataques de pánico, entre otros. El reactivo de depresión también demuestra una disminución de cinco puntos, esto quiere decir que los síntomas depresivos como el estado de ánimo, falta de motivación, poca energía, desesperanza y angustia disminuyeron de igual forma en intensidad en cuanto a frecuencia e intensidad. El resto de reactivos se mantuvieron en escalas similares dentro del rango normal.

La escala de hostilidad, ansiedad fóbica e ideación paranoide se mantuvieron con los mismos resultados. La escala de psicotismo se encuentra en el rango de riesgo, es decir pensamientos de proyectivos y suspicaces. En general, el índice de severidad global mostró una disminución de 10 puntos, es decir que los resultados arrojados reflejan un valor del nivel actual de severidad del síntoma normal. El índice de síntomas positivos con un valor superior a 60 indica que hay una tendencia a exagerar las patologías, esto explica los valores elevados de la primera toma de la prueba pre-test.

Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2).

Resultados.

Durante la tercera y cuarta sesión se aplicó el MMPI-2 (ver Anexo C).

Escalas de validez.

Este perfil se considera válido e interpretable. Primeramente, la escala *variable response inconsistency (VRIN)* se encuentra dentro del rango normal (T=58), lo que indica que el paciente es consistente en sus respuestas y la escala de *true response inconsistency*

(*TRIN*) se encuentra dentro del rango marcado, lo que muestra que el paciente tiende a responder de manera afirmativa a los reactivos de la prueba (Greene, 2000).

La escala *infrequency (F)* mide el estrés psicológico del paciente, el puntaje fue de T=85, el cual se encuentra en el rango marcado e indica que el paciente muestra severidad en sus síntomas de estrés y tiende a un diagnóstico psicopatológico. La escala *Beck infrequency (Fb)* hace referencia a la presencia de síntomas depresivos, ideación suicida, problemas interpersonales, problemas en relaciones familiares y problemas con abuso y consumo de sustancias, el puntaje fue reportado fue de T=81, el cual indica que se encuentra dentro del rango marcado (Greene, 2000). Este valor indica que el paciente muestra dificultad y severidad en los síntomas depresivos antes mencionados que le causan malestar emocional. La escala *infrequency – psychopathology (Fp)* mide los hábitos inusuales, actitudes amorales, confusión de identidad y síntomas psicóticos, la paciente reportó un valor T=81, el mismo que se encuentra dentro del rango moderado y acota que la paciente presenta un nivel significativamente alto de estrés y angustia emocional que podría contribuir con una psicopatología (Greene, 2000).

Por otro lado, en la escala *lie (L)*, la cliente obtuvo un puntaje (T=52), el mismo que se encuentra dentro del rango normal, esto indica que deliberadamente está tratando de contestar el MMPI-2 de manera franca y honesta. La escala *correction (K)* muestra un valor T=35, este valor se encuentra significativamente bajo e indica que posiblemente la paciente está exagerando sus síntomas y problemas para crear una impresión de perturbación emocional severa, lo cual indica que la paciente no cuenta con recursos de enfrentamiento y si es los tiene no sabe cómo aplicarlos ni utilizarlos (Greene, 2000).

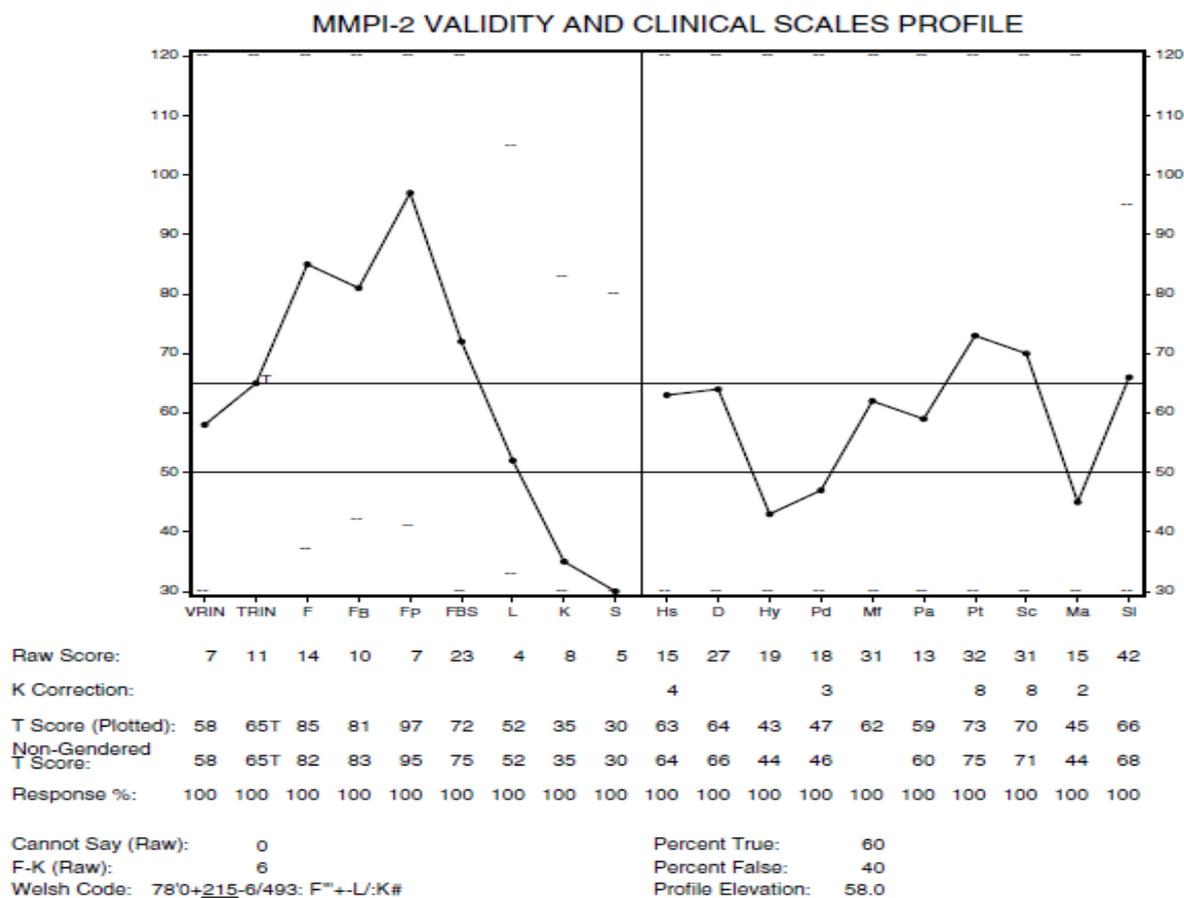


Figura 4. Escalas de validez

Escalas clínicas.

La escala de hipocondría (*Hs*) tiene un valor T=63 que se encuentra dentro del rango moderado, esto quiere decir que la paciente presenta dolor físico debido al nivel alto de estrés que presenta y por ende presenta una tendencia a somatizar. La escala de depresión (*D*) tiene un valor de T=64, esto significa que la puntuación es clínicamente significativa (<65) e indica que la paciente está insatisfecha con su vida y consigo misma y muestra un estado de ánimo triste y deprimido (Greene, 2000).

La escala de histeria (*Hy*) muestra un puntaje T=43, este valor se encuentra en el rango normal y muestra que la paciente tiene un número típico de preocupaciones físicas sobre su funcionamiento corporal, sin que éstos generen disfunción. La escala desviación

psicopática (*Pd*) tiene un puntaje T=47, lo cual indica que se encuentra dentro del rango normal en el que la paciente se siente cómoda con sí misma y los demás, sin tener un gran número de preocupaciones hacia miembros de familia u autoridades. La escala de masculinidad/feminidad (*Mf*) señala un valor T=63 e indica que la paciente tiende a orientarse menos por un rol femenino y tiene mayor interés en actividades masculinas (Greene, 2000).

La escala paranoia (*Pa*) muestra un valor T=59, el mismo que se encuentra dentro del rango moderado e indica que la paciente es sensible a las críticas y personaliza las acciones de los demás hacia ella misma. La escala clínica más elevada es la escala psicastenia (*Pt*), el valor obtenido fue T=73, el mismo que se clasifica dentro del rango marcado que indica que la paciente se encuentra tensa, ansiosa y preocupada y tiende a existir agitación y ansiedad ante situaciones relacionadas a sí misma y con los demás. Dentro de las escalas de contenido, la escala ansiedad (*ANX*) es la más elevada y clínicamente significativa (T=79), esto enfatiza los síntomas generales de ansiedad que la paciente está presentando (Greene, 2000).

La escala de esquizofrenia (*Sc*) refleja un valor T=70, esto indica que el puntaje se ubica dentro del rango marcado, esta ideación bizarra podría originarse por los indicadores de estrés postraumático que presenta el paciente como pesadillas, *flashbacks*, pensamientos intrusivos, entre otros, que producen angustia emocional. La escala hipomanía (*Ma*) indica un valor T=45, el mismo que se ubica dentro del rango normal y que indica que no existe excitación maníaca si no un nivel normal de actividad. Finalmente la escala de introversión social (*Si*) muestra un valor T=66 que sugiere un nivel moderado de aislamiento social en el que hay preferencia por estar sola y no exactamente incapacidad de relacionamiento social (Greene, 2000).

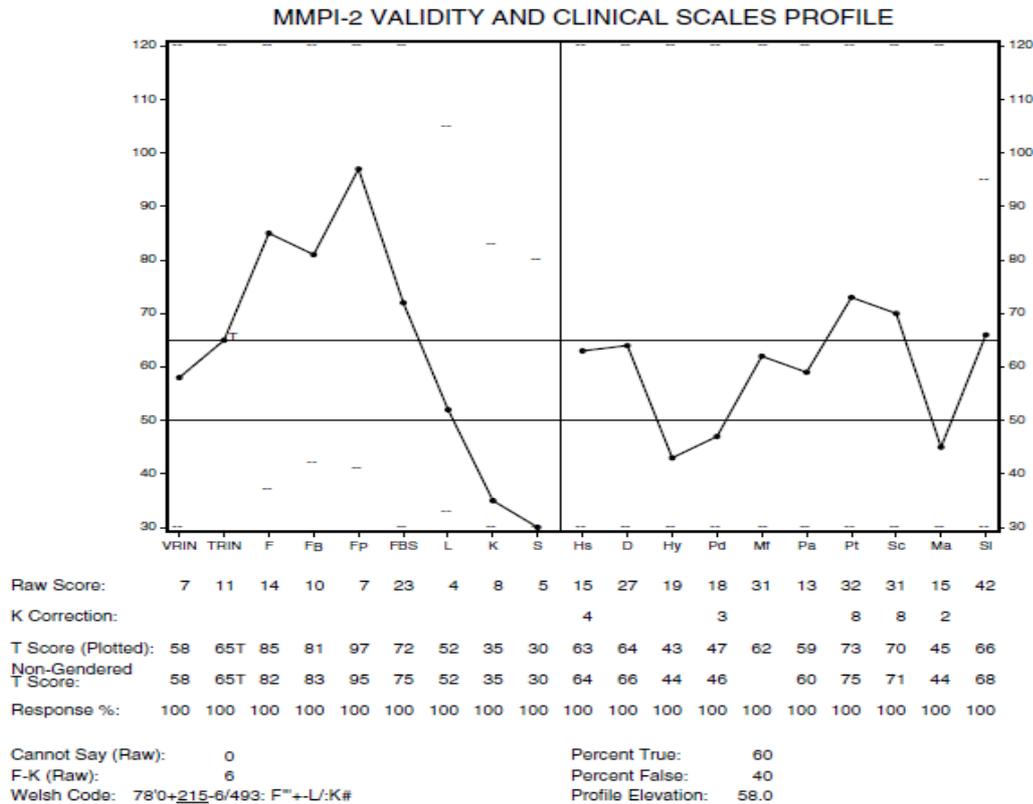


Figura 5. Escalas clínicas

Escalas de contenido.

La escala de miedo (*FRS*) indica un valor $T=68$, esto quiere decir que la paciente presenta un miedo recurrente a objetos o circunstancias de su entorno u ambiente. Existe aparente aprehensión, ansiedad, susto, preocupación fóbica, y síntomas somáticos. La escala de obsesiones (*OBS*) tiene un puntaje $T=75$, esto indica que tienden a existir procesos cognitivos deficientes, procesos de toma de decisiones estacados por detalles, timidez, indecisión, inseguridad, ansiedad, depresión. Hay tendencias pasiva-agresivas y se podría utilizar la indecisión, las obsesiones y las preocupaciones como un mecanismo de adaptación dentro de las demandas y expectativas del resto frente a su propio rendimiento. La escala de depresión (*DEP*) tiene un valor $T=72$ e indica síntomas de desesperación, pérdida de interés, fatiga, apatía, cansancio, entre otros. La paciente muestra infelicidad, tristeza, facilidad de

llanto y se siente poco eficaz, culpable, pecaminosa, condenada y sin esperanza. Podría contemplar la idea de suicidio.

La escala preocupación de salud (*HEA*) tiene un valor $T=70$, esto muestra la tendencia de que existen síntomas gastrointestinales y neurológicos, además de una salud pobre y preocupación por el contagio de enfermedades. La escala de pensamiento bizarro (*BIZ*) tiene un valor $T=70$ y muestra la posible existencia de síntomas psicóticos, incapacidad de mantener relaciones colaborativas e ideas y experiencias raras, extrañas y desconcertantes que no son del todo psicóticas. La escala de ira (*ANG*) indica que la paciente es irritable y poco tolerante a la frustración ($T=64$). La escala de cinismo (*CYN*) reporta un pensamiento de que las demás personas no son confiables, actúan únicamente por interés y pretenden ser honestos. La vida es como una selva, en la que hay que estar alerta a cualquier oportunidad de ventaja ya que las otras personas querrán sacar provecho de la oportunidad ($T=75$).

La escala de interferencia laboral (*WRK*) muestra un valor $T=76$, el mismo que indica la experimentación de problemas que impiden realizar y ejecutar tareas cotidianas, así como también de dificultad de concentración y de fácil rendición ante dificultades. Los indicadores negativos (*TRT*) tienen un valor $T=74$ y muestran la presencia de apatía, depresión e impotencia, además de incomodidad cuando se tratan sus problemas personales.

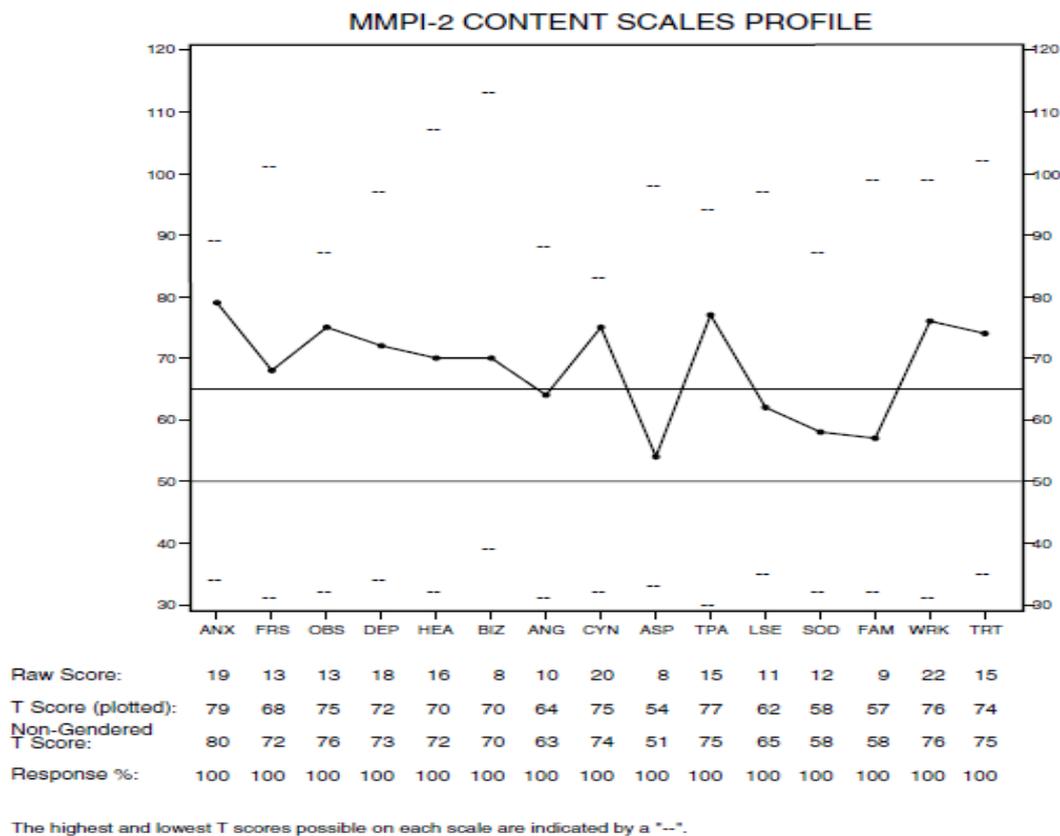


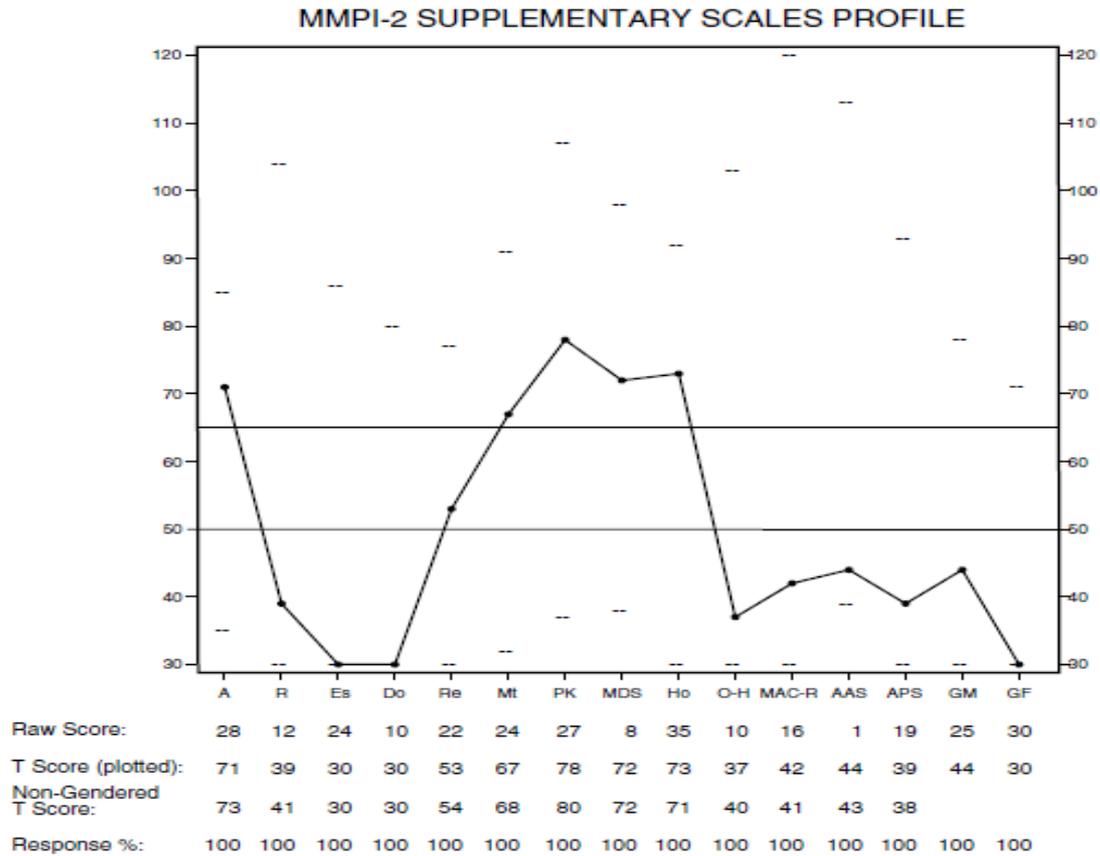
Figura 6. Escalas de contenido

Escalas suplementarias.

La escala de ansiedad (A), tiene un valor marcado T=71, este puntaje indica un nivel creciente de ansiedad generalizada y emocionalidad negativa que debilitan al paciente. Generalmente la paciente se muestra mal adaptada y emocionalmente alterada, lo que podría llevar a una crisis situacional. La escala de mal-adaptación en el colegio (*Mt*) indica que existe angustia emocional, ansiedad, falta de auto confianza, alto nivel de malestar y tendencia a buscar ayuda psicológica (T=67). La escala de estrés postraumático (*PK*) muestra la presencia de angustia emocional, ansiedad, falta de confianza en las habilidades propias y, nuevamente, tendencia a buscar ayuda psicológica (T=78).

La escala de estrés marital (*MDS*) indica que tiende a existir angustia en relaciones maritales por lo que generalmente prefiere alejarse del resto (T=72). Finalmente, la escala de

hostilidad (*Ho*) muestra la presencia de nervios, temor, depresión, tendencias paranoides, emoción negativa y angustia frente a diferentes situaciones ($T=73$).



The highest and lowest T scores possible on each scale are indicated by a "--".

Figura 7. Escalas suplementarias

Análisis de resultados.

Tras el análisis de las escalas de validez, clínicas, de contenido y suplementarias, es posible determinar un codetipo, el mismo que representa una combinación específica de las diez escalas clínicas (Greene, 2000). Estos codetipos típicamente se encuentran entre las escalas que tienen las elevaciones más altas en el perfil y que se encuentran por encima de la media, es decir $T > 65$ (Greene, 2000).

En el perfil de María, el codetipo tras el análisis de las escalas clínicas es 7-8 (3,59%) (Greene, 2000). La descripción de este codetipo empieza por el hecho de que la escala clínica siete (psicotecnia) es mayor que la escala ocho (esquizofrenia), lo que significa que esta paciente presenta serios síntomas clínicos de desordenes de pensamiento y de comportamiento (Greene, 2000). A continuación la descripción de este codetipo según Greene (2000):

- Estado de ánimo: El paciente presenta niveles moderados de angustia emocional, anhedonia y estrés caracterizados por episodios disfóricos y de agitación, generalmente se muestra aprehensivo y temeroso en su entorno por lo que demuestra poca motivación y placer por la vida.
- Cognición: El paciente muestra dificultad de concentración y se rinde fácilmente cuando las cosas salen mal. Sus pensamientos tienden a ser extraños y peculiares y esto hace que rumee en cuanto a sus sentimientos negativos y problemas. Sospecha de las intenciones de los demás y su ajuste sexual es pobre.
- Relaciones interpersonales: El paciente es introvertido, tiene destrezas sociales pobres, se siente incomodo en grupos sociales grandes y se aísla, aleja y retrae. Hay dificultad, pasividad indigestión al momento de formar relaciones interpersonales cercanas.
- Otras áreas problemáticas: El paciente presenta dificultad para conciliar el sueño y posibles ideas suicidas. Se requiere de supervisión para determinar la necesidad exámenes clínicos o neuropsicológicos.
- Tratamiento: En terapia, el establecimiento de una alianza terapéutica es retardadora por la dificultad del paciente de establecer vínculos sociales. La terapia cognitiva-

conductual es beneficiosa para este perfil de pacientes enfocada en procesos depresivos y ansiosos. El uso de fármacos podría ser necesario.

Temas e intervenciones terapéuticas.

Previo al inicio de la terapia cognitivo-conductual, se establecieron los objetivos tanto a corto como largo plazo en conjunto con la paciente. Los mismos se indican a continuación:

Objetivos a corto plazo.

María busca terapia con la demanda de combatir la soledad que siente y el miedo recurrente que tiene a que ocurra algo malo.

- Introducción al modelo cognitivo
- Determinación de un diagnóstico
- Psico-educación de distimia en el modelo cognitivo
- Crear confianza en la relación terapeuta-paciente
- Utilizar la información acerca del problema para desarrollar una lista de objetivos
- Establecer una agenda
- Comprender y diferenciar la relación entre los estados depresivos y la represión emocional
- Monitorear el estado de ánimo de la paciente
- Explicación de deberes como intervención terapéutica
- Revisión de deberes
- Identificar y modificar pensamientos automáticos y creencias disfuncionales
- Instruir a la paciente respecto a su trastorno, al modelo cognitivo y al proceso de la terapia, tomando en cuenta sus expectativas.
- Identificar y reemplazar la triada cognitiva que mantiene los estados depresivos distímicos.

Objetivos a largo plazo.

A largo plazo, María busca mejorar su vida social de modo que pueda luchar contra la soledad que siente y encontrar una compañía permanente.

- Reducir los síntomas de ansiedad
- Reducir los síntomas de distimia
- Monitoreo del estado de ánimo
- Identificar creencias intermedias y creencias centrales
- Modificar las creencias centrales disfuncionales por creencias centrales funcionales
- Desarrollar pensamientos funcionales acerca de si misma y del mundo
- Afrontar situaciones de estrés
- Aumentar el número de amigos que tiene
- Integrarse en su círculo social
- Manejar el estrés y las situaciones de ansiedad
- Manejar episodios de aislamiento y desmotivación

Terapia cognitiva-conductual.

La terapia cognitiva inicia desde las primeras sesiones en las que se identificó la problemática de la paciente y se determinó un diagnóstico. Primeramente, se establecieron en conjunto, paciente y terapeuta, los objetivos y metas que se buscaban alcanzar a través de la terapia. Luego, se trabajó en la psico-educación del modelo cognitivo de modo que María conozca cómo funciona su sistema de creencias y cómo se han desarrollado los pensamientos negativos y positivos, sus creencias, emociones y comportamientos. Además, la psico-educación permitió que la paciente entienda qué es el TEPT y la distimia y cuáles son sus implicaciones dentro de la conceptualización cognitiva.

Entre las primeras invenciones, se pidió a María que trabaje en el monitoreo de su estado de ánimo, es decir en reconocer cuales son los sentimientos y emociones que surgen la mayor parte del día. Conjuntamente la paciente comprendió que el miedo recurrente y la tristeza general eran síntomas principales de sus trastornos diagnósticos. El monitoreo de su estado de ánimo permitió que María comience a reconocer cuales son los pensamientos que tienen lugar cada vez que ella toma consciencia de sus sentimientos. A partir de esto se comenzó a registrar los pensamientos que pasan por su mente cuando ella siente miedo y tristeza y fueron anotados en un diario personal de la paciente.

Los estados distímicos fueron comprendidos a través del modelo cognitivo de modo que la paciente entienda su tristeza y soledad a partir de las creencias que surgen por la percepción de los eventos. María comprendió que su estado de ánimo es recurrente ya que es reforzado por pensamientos automáticos y creencias intermedias que desencadenan en las creencias centrales negativas que ella tiene acerca de si misma y del mundo. La primera intervención se enfocó en la identificación de los pensamientos automáticos, es decir de la parte más básica del modelo cognitivo y que permite ahondar hasta llegar a los pensamientos intermedios y creencias centrales (Beck, 1995).

Pensamientos automáticos.

La identificación de los pensamientos automáticos surgió a partir de la caracterización del diagnóstico, la pregunta recurrente era, ¿qué pasa por tu mente cuando me dices que te sientes triste porque eres inútil?, ¿qué pasa por tu mente cuando tienes desgano de ir a la universidad? entre otras. Se utilizó la técnica del cuestionamiento socrático, el mismo que permite profundizar una emoción, un comportamiento o una respuesta fisiológica en términos de creencias o pensamientos (Beck, 1995). Dicho cuestionamiento permitió que María

identifique sus pensamientos negativos, los mismos que originaban los sentimientos de tristeza, poca valía y miedo.

Sesiones más adelante estos pensamientos automáticos fueron sometidos a evaluación. El terapeuta en conjunto con la paciente examinaron la validez y la utilidad de dicho pensamiento y desarrollaron pensamientos más adaptativos y funcionales (Beck, 1995). La evaluación del pensamiento automático tiene lugar a partir de preguntas como, ¿qué evidencia tienes para pensar así? María reconocía respuestas como, “me siento sola y siempre voy a estar sola”, “no tengo amigos, nadie se me acerca” y “no soy femenina, nadie me quiere así”.

Durante una sesión, el terapeuta introdujo las distorsiones cognitivas, Beck (1976) las define como errores consistentes en el pensamiento, éstos errores contribuyen con la recurrencia de la patología. De entre los 12 errores de pensamiento más comunes que Beck (1976) reconoce, con María se identificaron los siguientes; el pensamiento polarizado de todo o nada, el pensamiento catastrófico, la etiquetación, la magnificación/minimización y la sobre-generalización. Con una risa nerviosa María entendió estos errores y aceptó que en repetidas ocasiones sus pensamientos son magnificados por las cosas negativas que suceden y deja de lado los eventos positivos que suceden. Además, la paciente entendió que el uso repetido de las palabras “siempre” y “nunca” contribuye con generalizaciones que muchas veces le impiden realizar acciones como ir a lugar nuevos o hablar con nuevas personas porque “siempre me tratan mal” o “nunca me van a aceptar”.

Para la modificación de estos pensamientos automáticos negativos y disfuncionales se hizo uso del registro de pensamiento (Ver Anexo D). Esta herramienta es un formulario que permite al paciente responder de una manera eficaz a sus pensamientos automáticos y también de identificar y reconocer los pensamientos primero y posteriormente las emociones

(Beck, 1995). Este formulario permite identificar la situación en la que tiene lugar el pensamiento automático, la emoción que surge a partir de dicho pensamiento y la respuesta psicológica que se produce (Beck, 1995). Con el uso recurrente de este formulario María comenzó a utilizar palabras funcionales como “posiblemente” o “quizás” en lugar del “siempre” o “nunca” y esto permitió visualizar el cambio en cuanto a las creencias. Los sentimientos también empezaron a bajar en cuanto a la escala de intensidad de 0-100. Inicialmente las emociones de tristeza, angustia y miedo estaban encima del 85% y descendieron a menos de 30%.

Las tarjetas de afrontamiento fueron muy útiles ya que permitieron recordar a la paciente los pensamientos funcionales como “puedo ser divertida” y “soy agradable para las personas”. Estas tarjetas fueron realizadas en cartulina y actuaron como recordatorios para que María no generalice o ponga etiquetas en sus pensamientos. La resolución de problemas también fue otra intervención que se utilizó. Este experimento permite a la paciente identificar otras opciones de resolución o de comportamientos ante una situación problemática (Beck, 1976). La pregunta fue “¿qué otras opciones en cuanto a acciones tienes para sentirte más femenina?” o “¿qué otras opciones hay en lugar de quedarte en casa todo el día? Finalmente María reconocía sus errores en el pensamiento y sus propias soluciones funcionales que le permitieron modificar sus pensamientos automáticos erróneos.

Creencias intermedias.

Las creencias intermedias se identifican, evalúan y modifican luego de la identificación de los pensamientos automáticos. La identificación de los supuestos, reglas y actitudes que constituyen una parte del sistema de creencias de María constituyó el siguiente paso en la terapia. Conjuntamente con la paciente, analizando los pensamientos automáticos recurrentes, se encontraron los temas que se repiten en dichos pensamientos y se

reconocieron creencias intermedias como “si sigo así de fea siempre voy a estar sola”, “si no aprendo a socializar siempre estaré sola” y “no tengo nada de lo que la gente quisiera que yo tenga”.

Para la evaluación de estas creencias intermedias se utilizaron intervenciones cognitivas que permitieron a la paciente entender sus pensamientos en forma de reglas, supuestos o actitudes. El cuestionamiento socrático benefició para este proceso y la psicoeducación acerca de las reglas y supuestos facilitó la evaluación. María reconoció que tenía en su sistema de creencias reglas y supuestos acerca de lo que tiene que hacer y de lo que tiene que ser, “tienen que gustarme los hombres”, “las mujeres tienen que ser femeninas”, “tengo que tener muchos amigos y amigas”, entre otros. Junto con María se cuestionó la rigidez de estas creencias y se planteó, ¿de qué manera esta regla o supuesto sería más funcional? María respondió con creencias intermedias más funcionales, “si no aprendo a socializar en un día está bien, iré aprendiendo en el camino” y “no tengo que sentirme fea, puedo modificar ciertas cosas de mi imagen y me sentiré mejor”.

Las intervenciones de modificación que se utilizaron fueron muy útiles. El actuar “como si” permitió que María modifique tanto su comportamiento como las creencias que tenía y entienda otro punto de vista de modo que baje la rigidez de sus pensamientos. También, el continuo cognitivo permite la modificación de pensamientos polarizados (Beck, 1995) y María visualizó un “todo o nada” en un continuo que va de cero a 100, al momento de evaluar la validez de cada creencia la paciente fue más tolerante con su visión acerca del pensamiento.

Finalmente la auto-revelación fue otra intervención favorable ya que le permitió a María ver su problemática de diferente manera. El terapeuta reveló una ocasión similar en la

que tuvo pensamientos polarizados y fue genuino al momento que explicó que el tener una creencia de todo o nada de sí misma no significa que será fracasada o incompetente.

Creencias centrales.

Las creencias centrales fueron identificadas conforme avanzaba la terapia y María estaba más familiarizada con el modelo cognitivo y su sistema de creencias. Con el uso del cuestionamiento socrático y el registro de pensamiento, María logró identificar sus creencias centrales como “soy inútil”, “siempre voy a estar sola”, “me voy a morir pronto”, entre otras. Cada creencia central fue analizada en terapia y la paciente entendió que las creencias centrales son una idea, no necesariamente una verdad absoluta y que, por ende, éstas pueden ser evaluadas y modificadas.

Las intervenciones para la modificación de estas creencias fueron útiles en María. Se utilizó el continuo cognitivo, la actuación “como si”, tarjetas de afrontamiento y el formulario de creencias centrales. El continuo cognitivo permitió a la paciente visualizar los pensamientos polarizados y poner en una escala cada creencia central de modo que pueda ser analizada y modificada. En la creencia central “siempre voy a estar sola”, María visualizó que esta creencia distorsionada es sobre-generalizada y polarizada y descubrió que a la final tiene amigas y amigos cercanos, tiene a sus padres y hermanos y que no siempre va a estar sola. Las tarjetas de afrontamiento permitieron que la paciente recuerde las creencias centrales funcionales y reduzca la intensidad de los síntomas de la distimia. Las creencias funcionales escritas eran “soy divertida” y “soy agradable”.

El formulario de creencias centrales permite que el paciente identifique y evalúe, en una cantidad, las creencias disfuncionales previas y escriba la nueva creencia central funcional (Beck, 1995). La modificación de la creencia central errónea tuvo lugar cuando María reconoció sus nuevas creencias adaptativas “es normal estar triste en algunas

ocasiones”, “el mundo no es del todo inseguro” y “merezo una vida mejor”. Además, este formulario permite visualizar la evidencia que contradice la antigua creencia central y permite evaluar la nueva creencia. María reconoció, al finalizar la terapia, que a corto plazo quiere conocer más gente, quiere aumentar el número de amigos que tiene y poner a *Second Life* en segundo plano, es decir que este mundo virtual no sea su principal fuente de socialización. Los registros de pensamiento a lo largo de la terapia reflejaron que la intensidad de los síntomas de la distimia eran cada vez menores, lo que significó que María tenía mayor control sobre su sistema de creencias.

La re-estructuración de las creencias centrales le permitió a María vencer la tristeza recurrente y mejorar su ámbito social y académico de modo que ella confíe en sí misma. Es importante reforzar el uso y recalcar la importancia de las intervenciones cognitivas que se realizaron en terapia de modo que se eviten recaídas y la paciente se convierta en su propia terapeuta.

Importancia del estudio

Tras el análisis de resultados, este estudio de caso podría contribuir a profesionales en el área o estudiantes que requieran de datos cuantificables en cuanto a la validez y aplicación de la terapia cognitivo-conductual en pacientes con síntomas de distimia o depresión. Este estudio, además, representa una herramienta de investigación en cuanto a casos de distimia en el Ecuador, sobre todo en pacientes universitarios que presentan dicho trastorno de inicio temprano. Debido a la poca investigación publicada en el Ecuador, este estudio de caso beneficia tanto a la Universidad San Francisco de Quito como a la comunidad en general ya que estos resultados son beneficiosos para futuras investigaciones que se deseen realizar en este campo de la psicología.

Resumen de sesgos del autor

La transferencia y la contra-transferencia son fuentes de información acerca del mundo interno y personal del paciente hacia el terapeuta y viceversa (Prasko & Vyskocilova, 2010). La transferencia se refiere a la reacción consciente o inconsciente del paciente hacia el terapeuta y la contra-transferencia se refiere a la reacción consciente o inconsciente del terapeuta hacia el paciente (Prasko & Vyskocilova, 2010). Dicho proceso está fuera del control inicial del paciente o del terapeuta y puede traer consigo reacciones inesperadas que interfieran con el desarrollo de la terapia o con el paciente (Prasko & Vyskocilova, 2010).

En la terapia cognitiva-conductual la transferencia o contra-transferencia puede tener contenido cognitivo, fisiológico, emocional o de comportamiento que se hace presente a partir de los esquemas básicos de pensamiento acerca de uno mismo, los demás y el mundo y que sale a relucir durante el proceso terapéutico (Prasko & Vyskocilova, 2010). Estos dos aspectos de la alianza terapéutica no representan el punto central de la terapia cognitivo-conductual como lo es en la terapia psicoanalítica y psico-dinámica; sin embargo, los pensamientos automáticos y las emociones que se generan por la relación terapéutica entre el paciente y el terapeuta constituyen una fuente de información acerca de los esquemas mentales de cada uno (Prasko & Vyskocilova, 2010).

Ciertas interacciones o intervenciones durante la terapia pueden activar creencias o eventos disfuncionales en el paciente que pueden distorsionar la percepción que tiene del terapeuta y dificultar el proceso terapéutico si es que éstas no son manejadas adecuadamente (Prasko & Vyskocilova, 2010). Para esto, tanto el paciente como el terapeuta deben reconocer y entender sus propias emociones y la forma en la que las expresan (Beck, 1995). En el caso del terapeuta, entender las propias limitaciones y la resistencia al cambio es esencial para entender los procesos del paciente (Beck, 1995).

Transferencia.

Cada percepción del paciente con respecto al terapeuta constituye un cambio en los esquemas de pensamiento (Prasko & Vyskocilova, 2010). En la terapia con María, un aspecto importante a tomar en consideración fue la opción de que el terapeuta o la terapia se convirtieran en una parte de su problemática, es decir que le cause sentimientos de miedo y soledad en lugar de generar lo contrario. Desde las primeras sesiones la paciente se mostró muy abierta en cuanto a desahogar sus pensamientos y sentimientos y no sintió vergüenza ni intimidación en aspectos muy personales de su vida. Esto fue importante para el establecimiento de la alianza terapéutica y la empatía.

En algunas ocasiones la paciente se mostró complaciente con el terapeuta, entendía la falta de experiencia y el hecho de que es estudiante y no la confrontaba cuando no realizaba sus deberes. La transferencia fue asertiva con la paciente, no interfirió con el desarrollo de la terapia, sino más bien fomentó cambios positivos.

Contra-transferencia.

El terapeuta constituye un ejemplo para el paciente en términos de comportamiento y pensamiento (Prasko & Vyskocilova, 2010). Es por esto que es básico que el terapeuta reconozca y comprenda sus propios procesos cognitivos, conductuales y emocionales para guiar efectivamente a su paciente (Prasko & Vyskocilova, 2010). De este modo, el terapeuta puede reconocer sus limitaciones, su funcionamiento y los efectos que el paciente le genera y desarrollar empatía (Prasko & Vyskocilova, 2010). Las reacciones típicas de contra-transferencia son; cambios en el tono de voz, inseguridad, urgencia por terminar la sesión o la terapia, actitud de autoridad, entre otros (Prasko & Vyskocilova, 2010). Todas las distorsiones cognitivas como la etiquetación, la lectura de mente, el pensamiento de todo o

nada, la sobre-generalización, la personalización, entre otros, salen a relumbrar en pensamientos automáticos del terapeuta (Prasko & Vyskocilova, 2010).

Durante la terapia, el terapeuta identificó un aspecto de contra-transferencia, éste fue el esquema de abandono, el mismo que se refiere a cualquier terminación temprana que es interpretada como un rechazo por el terapeuta (Prasko & Vyskocilova, 2010). Este esquema se activó con la preocupación del terapeuta de que la paciente no regrese a consulta y se sienta incomoda y poco a gusto. Este aspecto de contra-transferencia produce evitación de entablar una relación terapéutica significativa o cuidados y atenciones excesivas hacia el paciente (Prasko & Vyskocilova, 2010). En algunas ocasiones en las que la paciente llegó tarde a la sesión o canceló la cita poco tiempo antes de la hora indicada el terapeuta percibía la situación como un rechazo y los pensamientos automáticos que pasaban por su mente eran, “no le gusta la terapia conmigo”, “ya nunca va a regresar”, entre otros.

Sin embargo, lo que sucedió con el terapeuta en algún momento fue que al principio de la terapia fue difícil entablar una relación significativa con la paciente debido a las diferencias existentes con ella en cuanto a su estilo de vida. Algunas veces sucedió que la paciente hacía cosas que el terapeuta no acostumbraba a hacer y esto dificultaba la alianza terapéutica. El terapeuta se cuestionó ¿por qué me molesta que haga tales actos?, ¿por qué siento incomodidad con su presencia a ratos? Conforme pasaron algunas sesiones, el terapeuta fue entendiendo y aceptando las diferencias existentes en los actos de la paciente y se fue desarrollando la empatía, así la incomodidad se redujo.

Otro esquema de la contra-transferencia fue la necesidad de aprobación, el mismo que hace alusión a la distorsión de atribución, cualquier incomodidad del paciente está relacionada con la incompetencia del terapeuta (Prasko & Vyskocilova, 2010). Es por esto que para evitar el sentimiento de incompetencia, el terapeuta tolera ciertas actitudes como

llegar tarde a la sesión o no hacer deberes de modo que se evite confrontar al paciente y causarle incomodidad (Prasko & Vyskocilova, 2010). En la terapia con María, el terapeuta se mostró complaciente con algunos retrasos de la paciente y también con algunas ocasiones en las que no completó el deber. El pensamiento automático que pasaba por la mente del terapeuta era, “si le presiono por los deberes le causaré incomodidad”. Los cambios en los pensamientos automáticos de la paciente y la disminución de síntomas de la distimia incentivaban a la paciente a completar sus deberes y continuar la terapia, al cabo de algunas sesiones la paciente no volvió a llegar tarde otra vez.

Para el manejo adecuado de la contra-transferencia fue indispensable la supervisión por parte de profesores. Una buena supervisión en cuanto a la problemática de los pacientes permite al terapeuta aclarar sus pensamientos y emociones y comprender y modificar la contra-transferencia de modo que ésta sea beneficiosa para la terapia (Prasko & Vyskocilova, 2010).

Aspectos éticos

Los aspectos éticos en los que se basa el servicio gratuito de terapias psicológicas de la USFQ es el Código de Ética de la Asociación Americana de Psicología (APA). Los cinco principios generales del Código de Ética son;

1. Beneficio no maleficio
2. Fidelidad y responsabilidad
3. Integridad
4. Justicia
5. Respeto por los derechos y dignidad de las personas (APA, 2002, citado en Fisher, 2009).

Al inicio de la terapia con María, tanto la paciente como el terapeuta firmaron un consentimiento informado (Ver Anexo E) en el que se especificaron los estándares de confidencialidad y privacidad, competencia, datos de investigación y normas en cuanto a las sesiones terapéuticas como postula APA (2002). Como menciona el código de ética en el principio 3.11, los terapeutas que brindan sus servicios por medio una organización, como la USFQ, deben informar a los pacientes anticipadamente el objetivo de la organización y del servicio, la relación que se forma con la organización, quien tendrá acceso a su información, límites de confidencialidad, entre otros (APA, 2002, citado en Fisher, 2009). Adicionalmente, la paciente accedió a que las sesiones sean grabadas por una cámara de video sin que se la enfoque directamente y que la información sea registrada en notas clínicas. También, se resguardó sus datos de identificación de modo que no se logre determinar su identidad, por ende el nombre de la paciente en este estudio de caso no es el verdadero por motivos de privacidad.

Antes de iniciar la redacción de su estudio de caso, el terapeuta conversó con la paciente para informarle que su caso será escrito en modo de una tesis. La paciente accedió a que su caso sea escrito como una tesis siempre y cuando se salvaguarde su identidad real. Como postula el código de ética en el principio 4.07, el uso de información confidencial con motivos didácticos debe ser protegida por el terapeuta de modo que la identidad del paciente no sea expuesta a menos que haya un consentimiento por parte del paciente o exista una autorización legal para hacerlo (APA, 2002, citado en Fisher, 2009).

Un conflicto ético que se enfrentó en algunas ocasiones fue el hecho de que la paciente quiso almorzar con el terapeuta fuera del tiempo de sesión. La terapia tenía lugar en horarios del medio día en la USFQ por lo que María invitó al terapeuta a almorzar. El terapeuta negó las invitaciones debido a que, según el código de ética en los estándares de

relaciones humanas 3.05, una relación múltiple tiene lugar cuando un terapeuta tiene una relación profesional con una persona y al mismo tiempo adopta otro rol con la misma persona y debe abstenerse en el caso en el que ponga en duda la objetividad, la competencia y la efectividad del terapeuta para cumplir su función (APA, 2002, citado en Fisher, 2009).

En cuanto a la competencia del terapeuta, el estándar 2.01 del código de ética postula que un psicólogo brinda sus servicios a poblaciones y áreas que estén dentro del límite de su competencia (APA, 2002, citado en Fisher, 2009). En este caso, el terapeuta aun no tiene el título universitario de Psicólogo Clínico ni una especialización en la terapia cognitivo-conductual por lo que la constante supervisión por parte de profesionales en el área, investigación, entrenamiento y consultoría son necesarias para llevar a cabo dicho trabajo terapéutico (APA, 2002, citado en Fisher, 2009). Además, la paciente fue informada de la situación de estudiante del terapeuta y de la constante supervisión por profesionales con la que cuenta el terapeuta.

CONCLUSIONES

Respuesta a la pregunta de investigación

La terapia cognitivo-conductual tiene numerosos estudios que soportan su efectividad en cuanto a la disminución de síntomas de depresión, de distimia y también de prevención de futuras recaídas (Beck, 1995). Para este estudio de caso basado en la terapia con María, la terapia cognitiva-conductual ha demostrado efectividad en cuanto a la reducción de síntomas de distimia.

El criterio diagnóstico según el DSM-IV-TR (2000) fue de trastorno de estrés postraumático y distimia. Las creencias centrales, las creencias intermedias y los pensamientos automáticos disfuncionales que se originaron en la paciente por el modelo de crianza autoritario, por su preferencia sexual por las mujeres y por un asalto, contribuyeron a dicho diagnóstico y al malestar con el que llegó la primera sesión a terapia. En terapia se trabajó en el análisis y modificación de pensamientos automáticos, creencias intermedias y creencias centrales disfuncionales por creencias y conductas funcionales y adaptativas por medio de intervenciones cognitivas-conductuales.

El proceso terapéutico permitió instaurar a sus esquemas mentales existentes pensamientos funcionales que mejoraron su estado de ánimo. Los problemas relacionados al grupo primario de apoyo y al ambiente social mejoraron con el aumento del número de amistades, involucramiento a grupos de ayuda social y mejoría en la relación con sus padres. Además, uno de los objetivos principales de la paciente era que *Second Life* no se convirtiera en su fuente principal de socialización y entorno social y al final de la terapia la paciente logro consolidar un grupo de amigos real con el que disfruta de realizar paseos y salidas.

El estado de ánimo mejoró al concluir la terapia y la paciente se sentía con nuevos retos para enfrentar sus traumas. Al finalizar la terapia, la paciente cuenta con nuevas

herramientas para reconocer, analizar, evaluar y modificar sus creencias y pensamientos disfuncionales por creencias y pensamientos funcionales.

Limitaciones del estudio

Los estudios de caso son una herramienta muy útil de investigación ya que permiten a los profesionales comprender la condición de un paciente y su evolución (Trull, 2005). Sin embargo, existen algunas limitaciones en cuanto a su aplicación dentro de la psicología. Primeramente, los resultados de un estudio de caso específico no pueden ser generalizados ya que los pacientes son diferentes y no necesariamente la terapia en sí fue la que produjo cambios (Trull, 2005). Además, un estudio de caso no marca ni determina precedentes de modo que no es posible generalizar los resultados para todo tipo de pacientes como otros métodos cualitativos lo permiten (Trull, 2005).

Otra desventaja de este método de investigación es que debido a que es un método abierto, no se puede controlar el ambiente ni determinar los indicadores de causa y efecto o variables por lo que no es posible establecer correlaciones (Trull, 2005). Los estudios de caso, según Trull (2005) buscan encontrar nuevas patologías o determinar patrones de comportamiento que no han sido investigados, en la terapia con María no se encontró una nueva patología, la distimia y el trastorno de estrés postraumático son patologías con un amplio respaldo teórico y de investigación.

Adicionalmente, el investigador trabaja por sí solo en terapia de un modo subjetivo y utiliza sus propios instintos y habilidades que en algún momento podrían caer en alguna falta ética contra el paciente (Flyvberg, 2006). Una limitación importante en este estudio de caso es la falta de experiencia del terapeuta quien es estudiante al momento de realizar la terapia. La falta de práctica puede limitar el desarrollo de la terapia, afortunadamente los estudiantes de psicología clínica cuentan con supervisión de profesores profesionales quienes vigilan y

registran el proceso terapéutico para evitar riesgos en el paciente. Para futuras investigaciones se recomienda que el terapeuta gane mayor experiencia de modo que sea totalmente competente en el área de tratamiento.

Recomendaciones para futuros estudios

A futuro, se recomienda utilizar la terapia cognitivo-conductual en grupos mayoritarios como parejas o familias y medir la validez de esta intervención con estos participantes. En ese caso, se podrían medir factores cualitativos de influencia de otros miembros de la familia o pareja en la disminución o aumento de síntomas de la distimia. Otro aspecto recomendable es considerar el tratamiento psicológico a partir del contexto social del paciente como por ejemplo el mundo virtual *Second Life* y su impacto e implicación en los trastornos psicológicos y tratamientos. También, se recomienda realizar estudios de caso o investigaciones en grupos de varias personas que compartan el diagnóstico de distimia de modo que se realicen comparaciones con estudios piloto realizados en otros países. Finalmente, sería beneficioso que se aumente el número de publicaciones ecuatorianas con métodos calificables que midan factores psicológicos.

Resumen general

Al inicio de la terapia, María presentaba severidad en sus síntomas de distimia y trastorno de estrés postraumático. Sin embargo, la aplicación de la terapia cognitivo-conductual mostró eficacia y al término de la misma los síntomas se redujeron. Inicialmente se usó los principios de la terapia humanista para el tratamiento del estrés postraumático y los síntomas se controlaron. La terapia cognitivo-conductual permitió combatir los síntomas de distimia y mejorar las habilidades sociales y de autoestima que la paciente tenía dificultad en un inicio.

Las intervenciones terapéuticas mostraron su eficacia y al momento de finalizar la terapia la paciente mostró habilidades sociales más funcionales que le permitieron crear un círculo social de amigos reales y no ficticios como en *Second Life*.

REFERENCIAS

Aiken, L. R. (2003). *Test psicológicos y evaluación*. México: Pearson Educación.

- American Psychiatry Association (DSM-IV-TR). (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: Text revision*. Washington, DC: Author.
- American Psychological Association. (2002a). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, *57*, 1060-1073.
- American Psychological Association. (2011b). The guidelines for psychological practice with lesbian, gay, and bisexual clients. *Council of Representatives*. Recuperado abril 2, 2012, de, <http://www.apa.org/pi/lgbt/resources/sexuality-definitions.pdf>
- Asher, I. J. (1997). *What are the perceptions of five gay and lesbian youths to the factors that caused them to attempt to commit suicide?* [Monograph]. Recuperado abril 2, 2012 de ProQuest Psychology Journals.
- Barlow, D. H. & Durand, V. M. (2007). *Psicopatología*. Madrid: Thomson Editores.
- Beck Depression Inventory. (2012). *SC cooperative for healthy aging in minority populations resource centers for minority aging research*. Recuperado abril 2, 2012 de, <http://www.musc.edu/dfm/RCMAR/Beck.html>
- Beck, A. T. (1964). Thinking and depression: II. Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry*, *10*, 561-571.
- Beck, J. (1995). *Cognitive therapy*. Nueva York: The Guilford Press.
- Berman, M., Nee, D., Casement, M., Kim, H., Deldin, P., Kross, E., Gonzalez, R., Demiralp, E., Gotlib, I., Hamilton, P., Joormann, J., Waugh, C., & Jonides, J. (2011). Neural and behavioral effects of interference resolution in depression and rumination. *Cognitive, Affective and Behavioral Neuroscience*, *11*, 85-96. doi:10.3758/s13415-010-0014-x
- Casullo, M. M., & Pérez, M. (2008). El inventario de síntomas SCL-90-R de L. Derogatis. *UBA. CONICET*. Obtenido abril 10, 2012, de, <http://www.fundacionforo.com/pdfs/inventariodesintomas.pdf>
- Coull, G., & Morris, P. G. (2011). The clinical effectiveness of CBT-based guided self-help interventions for anxiety and depressive disorders: a systematic review. *Psychological Medicine*, *41*, 2239–2252. doi: 10.1017/S0033291711000900
- Dennison, L., & Moss-Morris, L. (2010). Cognitive–behavioral therapy: what benefits can it offer people with multiple sclerosis? *Expert Review of Neurotherapeutics*, *10*(9), 1383-1390.
- Feldman, R. S. *Desarrollo en la infancia*. (2008). México D. F.: Pearson Educación.

- Fisher, C. B. (2009). *Decoding the ethics code, a practical guide for psychologists*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Flyvberg, B. (2006). Five misunderstandings about case-study research. *Qualitative Inquiry, 12*(2), 219-245.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin, 99*, 20-35.
- Follette, V., & Ruzek, J. (2006). *Cognitive – behavioral therapies for trauma*. Nueva York: The Guilford Press.
- Gibson, P. (1989). Gay male and lesbian youth suicide. *Report of the Secretary's Task Force on Youth Suicide, 3*(3), 110-143.
- Green, R. (1991) *The MMPI-2. An interpretive manual*. Boston, MA: Pearson Education.
- Hollon, S. D., & Garber, J. (1988). Cognitive therapy for depression: A social cognitive perspective. *Personality and Social Psychology Bulletin, 16*(1), 58-73. doi: 10.1177/0146167290161005
- Kennard, B. D., Mahoney, J. R., & Mayes, T. L. (2011). Cognitive behavioral therapy in youth: An update. *Psychiatric Annals, 41*(4). 226-232. doi: 10.3928/00485713-20110325-06
- Lara, M., Cárdenas, M., Fócil, M., Espinosa, I., & Cavazos, J. (2005). Confiabilidad y validez de la SCL-90 en la evaluación de psicopatología en mujeres. *Salud Mental, 28*(3), 42-50. Obtenido abril 10, 2012, de, <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1364864>
- Lyubomirsky, S., Kasri, F., & Zehm, K. (2003). Dysphoric rumination impairs concentration on academic tasks. *Cognitive Therapy and Research, 27*(3), 309–330.
- McNally, D., Poppe, K., Nash, V., Alarcon, R. & Kung, S. (2010). Measuring changes in negative and positive thinking in patients with depression. *Perspectives in Psychiatric Care, 46*(4). 257-265. doi: 10.1111/j.17446193.2010.00253.x
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology, 109*, 504–511.
- Novosel, R. S. (2011). *Implications of ecological validity for cognitive distortions of depression* [Monograph]. Recuperado abril 2, 2012 de ProQuest Psychology Journals.
- Ormrod, J. E. (2005). *Aprendizaje humano*. Madrid: Pearson Educación.
- País Canela. (2010). *Situación de las mujeres lesbianas en Ecuador*. Recuperado abril

3, 2012, de <http://ecuadiversos.blogspot.com/2010/09/situacion-de-las-mujeres-lesbiMarías-en.html>

Prasko, J. & Vyskocilova, J. (2010). Countertransference during supervision in cognitive behavioral therapy. *Activitas Nervosa Superior Rediviva* 52(4), 253–262.

Proctor, C. D., & Groze, V. K. (1994). Risk factor for suicide among gay, lesbian, bisexual youths. *Social Work*, 39(5), 504-513.

Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychological*, 60(5), 748-756.

Second Life. (2012). PC Magazine. Recuperado abril 3, 2012, de, http://www.pcmag.com/encyclopedia_term/0,2542,t=Second+Life&i=56985,00.asp

Trivedi, J. & Kar, S. (2011). Focus issues in dysthymia. *Neuropsychiatry*, 1(3), 291–297.

Trull, T. (2005). *Clinical psychology*. Belmont, CA: Thomson Wadsworth.

Wilson, J. P., Friedman, M. J., & Lindy, J. D. (2001). *Treating psychological trauma & PTSD*. New York: The Guilford Press.

Wright, J. H. (2003). Cognitive-behavior therapy for chronic depression. *Psychiatry Annals*, 32(12), 777-824.

Zalaquett, C. P., & Stens, A. N. (2006). Psychosocial treatments for major depression and dysthymia in older adults: A Review of the Research Literature. *Journal of Counseling & Development*, 84, 192,201.

ANEXO A: INVENTARIO DE BECK PARA LA DEPRESION

Instrucciones: A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. Delante de cada frase marque con una cruz el círculo que mejor refleje su situación actual.

1. Estado de ánimo

- Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos
- No me encuentro triste
- Me siento algo triste y deprimido
- Ya no puedo soportar esta pena
- Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar

2. Pesimismo

- Me siento desanimado cuando pienso en el futuro
- Creo que nunca me recuperaré de mis penas
- No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal
- No espero nada bueno de la vida
- No espero nada. Esto no tiene remedio

3. Sentimientos de fracaso

- He fracasado totalmente como persona (padre, madre, marido, hijo, profesional, etc.)
- He tenido más fracasos que la mayoría de la gente
- Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena
- No me considero fracasado
- Veo mi vida llena de fracasos

4. Insatisfacción

- Ya nada me llena
- Me encuentro insatisfecho conmigo mismo
- Ya no me divierte lo que antes me divertía
- No estoy especialmente insatisfecho
- Estoy harto de todo

5. Sentimientos de culpa

- A veces me siento despreciable y mala persona
- Me siento bastante culpable
- Me siento prácticamente todo el tiempo mala persona y despreciable
- Me siento muy infame (perverso, canalla) y despreciable
- No me siento culpable

6. Sentimientos de castigo

- Presiento que algo malo me puede suceder
- Siento que merezco ser castigado
- No pienso que esté siendo castigado
- Siento que me están castigando o me castigarán
- Quiero que me castiguen

7. Odio a sí mismo

- Estoy descontento conmigo mismo
- No me aprecio
- Me odio (me desprecio)
- Estoy asqueado de mí

- Estoy satisfecho de mí mismo
- 8. Autoacusación
 - No creo ser peor que otros
 - Me acuso a mí mismo de todo lo que va mal
 - Me siento culpable de todo lo malo que ocurre
 - Siento que tengo muchos y muy graves defectos
 - Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores
- 9. Impulsos suicidas
 - Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo
 - Siento que estaría mejor muerto
 - Siento que mi familia estaría mejor si yo muriera
 - Tengo planes decididos de suicidarme
 - Me mataría si pudiera
 - No tengo pensamientos de hacerme daño
- 10. Períodos de llanto
 - No lloro más de lo habitual
 - Antes podía llorar, ahora no lloro ni aun queriéndolo
 - Ahora lloro continuamente. No puedo evitarlo
 - Ahora lloro más de lo normal
- 11. Irritabilidad
 - No estoy más irritable que normalmente
 - Me irrito con más facilidad que antes
 - Me siento irritado todo el tiempo
 - Ya no me irrita ni lo que antes me irritaba
- 12. Aislamiento social
 - He perdido todo mi interés por los demás y no me importan en absoluto
 - Me intereso por la gente menos que antes
 - No he perdido mi interés por los demás
 - He perdido casi todo mi interés por los demás y apenas tengo sentimientos hacia ellos
- 13. Indecisión
 - Ahora estoy inseguro de mí mismo y procuro evitar tomar decisiones
 - Tomo mis decisiones como siempre
 - Ya no puedo tomar decisiones en absoluto
 - Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda
- 14. Imagen corporal
 - Estoy preocupado porque me veo más viejo y desmejorado
 - Me siento feo y repulsivo
 - No me siento con peor aspecto que antes
 - Siento que hay cambios en mi aspecto físico que me hacen parecer desagradable (o menos atractivo)
- 15. Capacidad laboral
 - Puedo trabajar tan bien como antes
 - Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa
 - No puedo trabajar en nada
 - Necesito un esfuerzo extra para empezar a hacer algo
 - No trabajo tan bien como lo hacía antes

16. Trastornos del sueño

- Duermo tan bien como antes
- Me despierto más cansado por la mañana
- Me despierto unas 2 horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir
- Tardo 1 o 2 horas en dormirme por la noche
- Me despierto sin motivo en mitad de la noche y tardo en volver a dormirme
- Me despierto temprano todos los días y no duermo más de 5 horas
- Tardo más de 2 horas en dormirme y no duermo más de 5 horas
- No logro dormir más de 3 o 4 horas seguidas

17. Cansancio

- Me canso más fácilmente que antes
- Cualquier cosa que hago me fatiga
- No me canso más de lo normal
- Me canso tanto que no puedo hacer nada

18. Pérdida de apetito

- He perdido totalmente el apetito
- Mi apetito no es tan bueno como antes
- Mi apetito es ahora mucho menor
- Tengo el mismo apetito de siempre

19. Pérdida de peso

- No he perdido peso últimamente
- He perdido más de 2,5 kg
- He perdido más de 5 kg
- He perdido más de 7,5 kg

20. Hipocondría

- Estoy tan preocupado por mi salud que me es difícil pensar en otras cosas
- Estoy preocupado por dolores y trastornos
- No me preocupa mi salud más de lo normal
- Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro

21. Libido

- Estoy menos interesado por el sexo que antes
- He perdido todo mi interés por el sexo
- Apenas me siento atraído sexualmente
- No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo

ANEXO B: INVENTARIO DE SINTOMAS 90 REVISADO (SCL-90-R)

**SCL90 Test de Síntomas L. R. Derogatis.
Adaptación USFQ 2011.**

Nombre _____

Edad _____

Fecha de hoy _____

Sexo: Mujer Hombre**Educación:** Primario incompleto Secundario incompleto Superior incompleto Primario completo Secundario completo Superior completo**Estado civil:** Soltero Divorciado Viudo/a Casado Separado En pareja

Ocupación: _____

Lugar de nacimiento: _____

Lugar de residencia actual: _____

A continuación hay una lista de problemas que tiene la gente.

Lea y marque su respuesta con una cruz en la casilla correspondiente, pensando en cómo se ha sentido o en qué medida ese problema le ha preocupado o molestado

durante la última semana (7 días).

Tiene cinco (5) posibilidades de respuesta:

NADA - MUY POCO - POCO – BASTANTE – MUCHO.

No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. No deje frases sin responder.

	N A D A	M U Y P O C O	P O C O	B A S T A N T E	M U C H O
Piense en cómo se ha sentido o en qué medida estos problemas le han preocupado o molestado					
DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA ÚNICAMENTE (7 días).					
1. Dolores de cabeza.					
2. Nerviosismo.					
3. Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza.					
4. Sensación de mareo o desmayo.					

43. Siento que me vigilan o que hablan de mí.					
44. Tengo problemas para dormirme.					
45. Tengo que controlar una o más veces lo que hago.					
46. Tengo dificultades para tomar decisiones.					
47. Tengo miedo de viajar en tren, bus, metro o subterráneos.					
48. Tengo dificultades para respirar bien.					
49. Ataques de frío o de calor.					
50. Tengo que evitar acercarme a algunos lugares o actividades porque me dan miedo.					
51. Siento que mi mente queda en blanco.					
52. Hormigueos en alguna parte del cuerpo.					
53. Tengo un nudo en mi garganta					
Piense en cómo se ha sentido o en qué medida estos problemas le han preocupado o molestado	N A D A	M U Y P O C O	P O C O	B A S T A N T E	M U C H O
durante la última semana (7 días).					
54. Pierdo las esperanzas en el futuro.					
55. Dificultades para concentrarme en lo que estoy haciendo.					
56. Siento flojedad, debilidad, en partes de mi cuerpo.					
57. Me siento muy nervioso/a, agitado/a					
58. Siento mis brazos y piernas muy pesados					
59. Pienso que me estoy por morir.					
60. Como demasiado.					
61. Me siento incómodo/a cuando me miran o hablan de mí.					
62. Tengo ideas, pensamientos que no son los míos.					
63. Necesito golpear o lastimar a alguien.					
64. Me despierto muy temprano por la mañana sin necesidad.					
65. Repito muchas veces algo que hago: contar, lavarme, tocar cosas.					
66. Duermo con problemas, muy inquieto/a.					
67. Necesito romper o destrozar cosas.					
68. Tengo ideas, pensamientos que los demás no entienden.					
69. Estoy muy pendiente de lo que los otros puedan pensar de mí.					
70. Me siento incómodo/a en lugares donde hay mucha gente.					
71. Siento que todo me cuesta mucho esfuerzo.					
72. Tengo ataques de mucho miedo o de pánico.					
73. Me siento mal si estoy comiendo o bebiendo en público.					
74. Me meto muy seguido en discusiones.					
75. Me pongo nervioso/a cuando estoy solo/a.					
76. Siento que los demás no me valoran como merezco.					

77. Me siento solo/a aún estando con gente.					
78. Estoy inquieto/a; No puedo estar sentado/a sin moverme.					
79. Me siento un/a inútil.					
80. Siento que algo malo me va a pasar.					
81. Grito o tiro cosas.					
82. Tengo miedo a desmayarme en medio de la gente.					
83. Siento que se aprovechan de mí si lo permito					
84. Pienso cosas sobre el sexo que me molestan.					
85. Siento que debo ser castigado/a por mis pecados.					
86. Tengo imágenes y pensamientos que me dan miedo.					
87. Siento que algo anda mal en mi cuerpo.					
88. Me siento alejado/a de las demás personas.					
89. Me siento culpable.					
90. Pienso que en mi cabeza hay algo que no funciona bien.					

ANEXO C: MINNESOTA MULTIPHASIC PERSONALITY INVENTORY-2 (MMPI-

2)

CUESTIONARIO M M P I – 2*

Modelo de Cuadernillo

(Para ser usado sólo en tareas de investigación)

Este Cuestionario contiene una serie de frases. Lea cada una de ellas y decida si, aplicada a usted mismo, es verdadera o falsa; anote su contestación en la Hoja de Respuestas. Vea como se ha hecho en los ejemplos siguientes:

Frases Sección de la Hoja de Respuestas

Correctamente marcadas

V F

1. Me gusta la música. 1.
2. Me levanto muy temprano. 2.

TIENE QUE MARCAR LA CONTESTACIÓN EN LA HOJA DE RESPUESTAS. SUPONGA QUE LA FRASE 1, APLICADA A USTED MISMO, ES VERDADERA O CASI SIEMPRE VERDADERA: EN ESTE CASO **SE RELLENA CON LÁPIZ EL ESPACIO BAJO LA LETRA V** (INICIAL DE VERDADERO) QUE ACOMPAÑA AL NÚMERO DE ESTA FRASE EN LA HOJA DE RESPUESTAS. DEL MISMO MODO, SI LA FRASE 2, APLICADA A USTED MISMO, ES FALSA O NORMALMENTE NO ES VERDADERA, SE RELLENA CON EL LÁPIZ EL ESPACIO BAJO LA LETRA **F** (INICIAL DE FALSO) QUE ACOMPAÑA AL NÚMERO DE ESTA FRASE EN LA HOJA DE RESPUESTAS.

Si el contenido de una frase no tiene aplicación a su caso, o bien es algo de lo que usted no podría decir si es verdadero o falso, no haga ninguna señal y deje los dos espacios en blanco.

No escriba en este cuadernillo. Al marcar su contestación en la Hoja de Respuestas asegúrese de que el número de la frase que usted contesta se corresponda con el número colocado al lado del espacio que usted marca. Rellene bien ese espacio. Si desea cambiar alguna respuesta, borre por completo la señal hecha y marque el otro espacio. **No escriba nada en este cuadernillo.**

INTENTE RESPONDER TODAS LAS FRASES

**AHORA ABRA EL CUADERNILLO Y COMIENZE LA TAREA
NO HAGA MARCAS EN ESTE CUADERNILLO**

1. Me gustan las revistas de mecánica
2. Tengo buen apetito.
3. Casi siempre me levanto por las mañanas descansado y como nuevo.
4. Creo que me gustaría trabajar como bibliotecario.
5. El ruido me despierta fácilmente.
6. Mi padre es un buen hombre, (o lo fue en caso de haber fallecido).
7. Me gusta leer artículos sobre crímenes en los periódicos.
8. Normalmente tengo bastante calientes los pies y las manos.
9. En mi vida diaria hay muchas cosas que me resultan interesantes.
10. Actualmente, tengo tanta capacidad de trabajo como antes.
11. La mayor parte del tiempo me parece tener un nudo en la garganta.
12. Mi vida sexual es satisfactoria.
13. La gente debería intentar comprender sus sueños y guiarse por ellos o tomarlos como avisos.
14. Me divierten las historias de detectives y de misterio.
15. Trabajo bajo una tensión muy grande.
16. De vez en cuando pienso en cosas demasiado malas como para hablar de ellas.
17. Estoy seguro de que la vida es dura para mí.
18. Sufro ataques de náuseas y vómitos.
19. Cuando acepto un nuevo empleo, me gusta descubrir a quien debo "caerle bien".
20. Muy rara vez sufro de constipación (sequedad de vientre)
21. A veces he deseado muchísimo abandonar el hogar.
22. Nadie parece comprenderme.
23. A veces tengo accesos de risa y llanto que no puedo controlar.
24. A veces estoy poseído por espíritus diabólicos.
25. Me gustaría ser cantante.
26. Cuando estoy en dificultades o problemas creo que lo mejor es callarme.
27. Cuando alguien me hace algún daño, siento deseos de devolvérselo si me es posible, y esto, por cuestión de principios.
28. Varias veces a la semana me molesta la acidez de estómago.
29. A veces siento deseos de maldecir.
30. A menudo tengo pesadillas.
31. Me cuesta bastante concentrarme en una tarea o trabajo.
32. He tenido muy peculiares y extrañas experiencias.
33. Raras veces me preocupo por mi salud.
34. Nunca me he visto en dificultades a causa de mi conducta sexual.
35. Durante algún tiempo, cuando era joven, participé en pequeños robos.
36. Tengo tos la mayor parte del tiempo.
37. A veces siento deseos de romper cosas.
38. He tenido períodos de días, semanas o meses en los que no podía preocuparme por las cosas, porque no tenía ánimo para nada.
39. Mi sueño es irregular, inquieto.
40. La mayor parte del tiempo parece dolerme la cabeza por todas partes.
41. No digo siempre la verdad.
42. Si los demás no se la hubieran tomado conmigo, hubiese tenido más éxito.
43. Mis razonamientos son ahora mejores que nunca.
44. Una vez a la semana, o más a menudo, siento calor por todo el cuerpo sin causa aparente.
45. Tengo tan buena salud física como la mayor parte de mis amigos.
46. Prefiero hacerme el desentendido con amigos del colegio, o personas conocidas que no veo desde hace tiempo, a menos que ellos me hablen primero.
47. Casi nunca he sufrido de dolores en el pecho o en el corazón.

48. En muchas ocasiones me gustaría más sentarme y soñar despierto que hacer cualquier cosa.
49. Soy una persona sociable.
50. A menudo he recibido órdenes de alguien que no sabía tanto como yo.
51. No leo diariamente todos los artículos principales del diario.
52. No he llevado un tipo de vida adecuado y normal.
53. A menudo algunas partes de mi cuerpo tienen sensaciones de hormigueo, quemazón, picazón o bien de quedarse "dormidas".
54. A mi familia no le gusta el trabajo que he elegido (o el trabajo que pienso elegir para mi futuro).
55. Algunas veces persisto en una cosa o tema hasta que los demás pierden la paciencia conmigo.
56. Me gustaría ser tan feliz como parecen ser los otros.
57. Muy raras veces siento dolor en la nuca.
58. Pienso que una gran mayoría de gente exagera sus desgracias para lograr la simpatía y ayuda de los demás.
59. Tengo molestias en la boca del estómago casi a diario.
60. Cuando estoy con gente escucho cosas extrañas.
61. Soy una persona importante.
62. A menudo he deseado ser mujer. (O si usted es mujer: nunca me ha molestado ser mujer)
63. Mis sentimientos no son heridos con facilidad.
64. Me gusta leer novelas de amor.
65. La mayor parte del tiempo siento melancolía.
66. Se viviría mejor sin leyes.
67. Me gusta la poesía.
68. A veces hago rabiar (jugando) a los animales.
69. Creo que me gustaría el trabajo de guardabosques.
70. En una discusión o debate, me dejo vencer fácilmente.
71. En el momento actual me es difícil tener la esperanza de llegar a ser alguien.
72. A veces mi alma abandona mi cuerpo.
73. Decididamente no tengo confianza en mí mismo.
74. Me gustaría ser florista.
75. Normalmente siento que la vida vale la pena vivirla.
76. Se necesita discutir mucho para con-vencer a la mayor parte de la gente de la verdad.
77. De vez en cuando dejo para mañana lo que debería hacer hoy.
78. Le agrado a la mayor parte de la gente que me conoce.
79. No me importa que se diviertan haciéndome bromas.
80. Me gustaría ser enfermero.
81. Creo que la mayor parte de la gente mentiría para conseguir lo que busca.
82. Hago muchas cosas de las que me arrepiento luego. (Me arrepiento de más cosas o con más frecuencia que otras personas).
83. Tengo pocas peleas con las personas de mi familia.
84. Siendo joven me echaron de clase, una o más veces, por portarme mal.
85. A veces siento grandes deseos de hacer algo dañino o chocante.
86. Me gustaría asistir a reuniones o fiestas donde haya mucha alegría y ruido.
87. Me he encontrado con problemas tan llenos de posibilidades que no he podido llegar a una decisión.
88. Creo que las mujeres deben tener tanta libertad sexual como los hombres.
89. Las luchas más encarnizadas las tengo conmigo mismo.
90. Yo quiero mucho a mi padre. (O lo quise, si falleció).
91. Tengo pocas o ninguna molestia a causa de espasmos o contracciones musculares.
92. No parece importarme lo que me suceda.
93. A veces, cuando no me siento bien, estoy irritable.
94. La mayor parte del tiempo me parece haber hecho algo malo o equivocado.
95. Soy feliz la mayor parte del tiempo.

96. Veo a mi alrededor cosas, animales o personas que otros no ven.
97. Parece como si la mayor parte del tiempo tuviera la cabeza cargada o llena de ruidos.
98. Hay algunas personas tan mandonas que me dan ganas de hacer lo contrario de lo que quieren, aunque sepa que tienen razón.
99. Alguien me la tiene jurada.
100. Nunca he hecho algo peligroso solo por el placer de hacerlo.
101. A menudo siento como si tuviera una venda puesta fuertemente alrededor de mi cabeza.
102. Alguna vez me enojo.
103. Me divierte mas un juego cuando yo apuesto.
104. La mayoría de la gente es honrada por temor a ser descubierta.
105. En el colegio, algunas veces, fui enviado al director a causa de mi mala conducta.
106. Mi manera de hablar es como siempre (ni más rápida, ni más lenta, ni más atropellada, no tengo carraspera).
107. Mis modales en la mesa no son tan correctos en mi casa como cuando salgo a comer afuera.
108. Cualquier persona capacitada y dispuesta a trabajar fuerte, tiene muchas probabilidades de tener éxito.
109. Me parece ser tan capaz y despierto como la mayor parte de los que me rodean.
110. Para no perder un beneficio o ventaja, la mayoría de la gente está dispuesta a hacer cualquier cosa.
111. Tengo bastantes trastornos digestivos.
112. Me gustan el teatro y el cine.
113. Sé quien es el responsable de muchos de mis problemas.
114. A veces me siento tan atraído por las cosas de otros (zapatos, reloj), que tengo ganas de robarlas.
115. Ver sangre no me da miedo ni me hace mal.
116. Frecuentemente no puedo comprender porque he estado tan gruñón y mal-humorado.
117. Nunca he vomitado sangre, ni sangrado al toser.
118. No me preocupa contraer una enfer-medad.
119. Me gusta recoger flores o cultivar plantas en casa.
120. Frecuentemente encuentro necesario defender lo que es justo.
121. Nunca me he entregado a prácticas sexuales fuera de lo común.
122. A veces mi pensamiento ha ido más rápido y delante de mis palabras.
123. Si pudiera entrar en un espectáculo sin pagar y estuviera seguro de no ser visto, probablemente lo haría.
124. Generalmente me pregunto que razón oculta puede tener otra persona cuando me hace un favor.
125. Creo que mi vida hogareña es tan agradable como la de mucha gente que conozco.
126. Es necesario reforzar las leyes vigentes.
127. Me hieren profundamente las críticas y los retos.
128. Me gusta cocinar.
129. Mi conducta es ampliamente controlada por las costumbres que me rodean.
130. A veces siento que verdaderamente soy un inútil.
131. Cuando era pertenecía a una banda que intentaba mantenerse unida como "carne y uña".
132. Creo en la vida del allá.
133. Me gustaría ser soldado.
134. A veces siento deseos de tomarme a puñetazos con alguien.
135. Frecuentemente he perdido o desaprovechado cosas por no saber decidirme a tiempo.
136. Me molesta que me pidan consejo o que me interrumpan cuando estoy trabajando en algo importante.
137. Solía llevar un diario personal.
138. Creo que se trama algo contra mí.
139. En un juego o partida suelo más ganar que perder.
140. Casi todas las noches me duermo con ideas o pensamientos molestos.
141. Durante los últimos años he estado sano casi siempre.
142. Nunca he tenido un ataque o convulsión.
143. Ahora no estoy subiendo o bajando de peso.
144. Creo que me siguen.

145. Creo que frecuentemente he sido castigado sin causa.
146. Llora con facilidad.
147. Actualmente no comprendo lo que leo con la facilidad que tenía antes.
148. Nunca me he sentido mejor que ahora.
149. A veces siento dolores en la parte superior de la cabeza.
150. A veces siento que tengo que hacerme daño a mi mismo o a alguien.
151. Me molesta que alguien se haya burlado tan inteligentemente de mi que yo haya tenido que admitir que lo logré.
152. No me canso fácilmente.
153. Me gusta conocer alguna gente importante porque esto me hace sentir importante.
154. Siento miedo cuando miro hacia abajo desde un lugar alto.
155. No me sentiría nervioso si algún familiar tuviera problemas con la ley.
156. Solo me siento feliz cuando viajo de un lado para otro.
157. Me es indiferente lo que los demás piensen de mi.
158. Me siento incómodo cuando tengo que hacer una payasada en una reunión, incluso aunque otros la estén haciendo.
159. Nunca he tenido un desmayo o desvanecimiento.
160. Me gustaba ir al colegio.
161. Frecuentemente tengo que esforzarme para no demostrar que soy tímido.
162. Alguien ha intentado envenenarme.
163. Las serpientes no me dan mucho miedo.
164. Nunca o rara vez tengo mareos.
165. Mi memoria parece ser normal.
166. Me preocupan los temas sexuales.
167. Me es difícil entablar una conversación cuando recién conozco a alguien.
168. He tenido épocas durante las cuales ha realizado actividades que luego no recordaba haber hecho.
169. Cuando estoy aburrido me gusta promover algo excitante.
170. Tengo miedo de volverme loco.
171. Estoy en contra de dar dinero a los mendigos.
172. Frecuentemente noto temblar mis manos cuando intento hacer algo.
173. Puedo leer mucho tiempo sin que se me canse la vista.
174. Me gusta leer y estudiar acerca de lo que estoy trabajando.
175. Siento debilidad general la mayor parte del tiempo.
176. Muy pocas veces me duele la cabeza.
177. Mis manos siguen siendo hábiles.
178. A veces, cuando estoy preocupado, comienzo a sudar, lo que me molesta mucho.
179. No he tenido dificultades para mantener el equilibrio al caminar.
180. Algo no anda bien en mi cabeza.
181. No tengo accesos de alergia o asma.
182. He tenido ataques en los que perdía el control de mis movimientos o de la palabra, pero sabía lo que pasaba a mi alrededor.
183. Me desagradan algunas personas que conozco.
184. Muy pocas veces sueño despierto.
185. Me gustaría ser menos tímido.
186. No me da miedo manejar dinero.
187. Si fuera periodista me gustaría mucho informar sobre teatro.
188. Disfruto con muy diferentes clases de juegos o diversiones.
189. Me gusta flirtear (coquetear).
190. Los niños me tratan más como a un niño que como a un adulto.
191. Me gustaría ser periodista.
192. Mi madre es una buena mujer, (o lo fue, si falleció).

193. Cuando camino por la vereda evito cuidadosamente pisar las baldosas flojas.
194. Nunca he tenido erupciones en la piel que me hayan preocupado.
195. Comparando con otros hogares, en el mío hay poco amor o unión.
196. Con frecuencia, estoy preocupado por algo.
197. Creo que me gustaría el trabajo de contratista de obras.
198. Normalmente oigo voces sin saber de donde vienen.
199. Me gusta la ciencia.
200. No me cuesta pedir ayuda a mis amigos, incluso aunque no pueda devolverles el favor.
201. Me gusta mucho cazar.
202. A menudo a mis padres les molestó el tipo de amigos que tenía.
203. A veces soy un poco chismoso.
204. Escucho tan bien como las demás personas.
205. Alguno de mis familiares tiene costumbres que me molestan y fastidian muchísimo.
206. A veces me siento capaz de tomar decisiones con extraordinaria facilidad.
207. Me gustaría pertenecer a varios clubes o asociaciones.
208. Raramente noto los latidos de mi corazón y pocas veces se me corta la respiración.
209. Me gusta hablar sobre temas sexuales.
210. Me gusta visitar lugares donde nunca he estado.
211. Me han sugerido una forma de vida basada en el deber y desde entonces la he seguido cuidadosamente.
212. A veces traté de que alguien no hiciera algo, porque eso estaba en contra de mis principios.
213. Me enojo fácilmente, pero se me pasa pronto.
214. He vivido bastante libre e independiente de las normas familiares.
215. Me preocupo muchísimo.
216. Alguien ha tratado de robarme.
217. Casi todos mis familiares simpatizan conmigo.
218. Hay momentos en que estoy tan nervioso que no puedo estar sentado mucho tiempo.
219. He tenido desengaños amorosos.
220. Nunca me preocupo por mi apariencia.
221. Sueño frecuentemente con cosas que es mejor guardarlas para mí mismo.
222. Debería enseñarse a los niños lo principal acerca de la vida sexual.
223. Creo que no soy más nervioso que la mayoría.
224. Tengo pocos o ningún dolor.
225. Mi modo de hacer las cosas tiende a ser mal interpretado por los demás.
226. Algunas veces, sin razón alguna, incluso cuando las cosas van mal, me siento feliz, "flotando entre nubes".
227. No culpo a nadie por tratar de apoderarse de todo lo que pueda en este mundo.
228. Hay personas que están intentando apoderarse de mis ideas y proyectos.
229. He tenido momentos de nerviosismo que interrumpieron mis actividades, y en los que no sabía que ocurría a mí alrededor.
230. Puedo mostrarme amistoso con la gente que hace cosas que yo considero incorrectas.
231. Me gusta estar en un grupo en el que se hacen bromas mutuamente.
232. En las elecciones, algunas veces, voto candidatos que conozco muy poco.
233. Me cuesta empezar a hacer cualquier cosa.
234. Siento que soy una persona condenada.
235. En el colegio era lento para aprender.
236. Si fuera artista me gustaría dibujar flores.
237. No me molesta ser poco elegante.
238. Transpiro muy fácilmente, incluso en días fríos.
239. Soy una persona plenamente segura de sí misma.
240. A veces me es imposible vencer la tentación de robar.
241. Es más seguro no confiar en nadie.
242. Me excito mucho una vez por semana o con más frecuencia.

243. Cuando estoy con un grupo de gente, me altera tener que pensar temas adecuados de conversación.
244. Cuando estoy abatido (bajoneado), algo emocionante me saca casi siempre de ese estado.
245. Cuando salgo de casa no me preocupa si la puerta y las ventanas quedan bien cerradas.
246. Creo que mis pecados son imperdonables.
247. Tengo entumecimientos en una o más partes de mi piel.
248. No culpo a aquel que se aprovecha de otro que deja que se aprovechen de él.
249. Mi vista es tan buena como lo ha sido durante años.
250. A veces me ha divertido tanto el ingenio de un delincuente, que he deseado que le fuera bien.
251. A menudo me ha dado la sensación de que gente extraña me ha estado mirando con ojos críticos.
252. Para mí todo tiene el mismo sabor o gusto.
253. Todos los días tomo una cantidad excesivamente grande de agua.
254. La mayor parte de la gente hace amigos porque es probable que le sean útiles.
255. No noto que me zumben o me chillen los oídos frecuentemente.
256. De vez en cuando siento fastidio hacia familiares que normalmente quiero.
257. Si fuera periodista me gustaría mucho informar sobre deportes.
258. Puedo dormir de día, pero no de noche.
259. Estoy seguro de que la gente habla de mí.
260. De cuando en cuando me divierten las bromas o chistes "verdes".
261. Comparado con mis amigos, tengo muy pocos miedos.
262. Puedo iniciar una discusión, en un grupo de personas, sobre un tema que conozco.
263. Siento siempre aversión por la ley cuando un criminal sale libre gracias a la habilidad de un abogado astuto.
264. He abusado del alcohol.
265. Por lo general no le hablo a las personas hasta que ellas me hablan a mí.
266. Nunca he tenido problemas con la ley.
267. Tengo épocas en las que me he sentido más animado que de costumbre sin que exista una razón especial.
268. Me gustaría no ser perturbado por pensamientos sexuales.
269. Si varias personas se encuentran inculpadas, lo mejor que pueden hacer es ponerse de acuerdo en lo que van a decir y no cambiarlo después.
270. No me molesta ver sufrir a los animales.
271. Creo que mi sensibilidad es más intensa que la de la mayor parte de la gente.
272. En ningún momento de mi vida me ha gustado jugar con muñecos.
273. Para mí, la vida es tensión la mayor parte del tiempo.
274. Soy tan susceptible en algunos asuntos que no puedo hablar de ellos.
275. Me costaba mucho hablar delante de todos en el colegio.
276. Quiero a mi madre (o la quise sí falleció).
277. Incluso cuando estoy con gente, me siento solo la mayor parte del tiempo.
278. Consigo todas las simpatías que debería.
279. Me niego a participar en algunos juegos porque no soy hábil en ellos.
280. Me parece que hago amigos tan rápido como los demás.
281. Me desagrada tener gente a mí alrededor.
282. Dicen que hablo cuando duermo.
283. Quien provoca la tentación dejando una cosa valiosa sin protegerla es tan culpable del robo como quien la roba.
284. Pienso que casi todo el mundo diría una mentira para evitar problemas.
285. Soy más sensible que la mayoría de la gente.
286. A la mayor parte de la gente le desagrada interiormente dejar lo suyo para ayudar a los demás.
287. Muchos de mis sueños son sobre temas sexuales.
288. Mis padres y familiares encuentran más defectos en mí de lo que deberían.
289. Me aturdo fácilmente.
290. Me preocupan el dinero y los negocios.

291. Nunca he estado enamorado de alguien.
292. Me han asustado ciertas cosas que han hecho algunos de mis familiares.
293. Casi nunca sueño.
294. A menudo me salen manchas rojas en el cuello.
295. Nunca he tenido parálisis ni sufrido una debilidad desacostumbrada en alguno de mis músculos.
296. Algunas veces pierdo o se me cambia la voz, incluso sin estar resfriado.
297. Mi padre o mi madre me obligaron frecuentemente a obedecer, incluso cuando yo pensaba que ello no era razonable.
298. A veces percibo olores extraños.
299. No puedo concentrarme en una sola cosa.
300. Tengo razones para sentirme celoso de uno o más de mis familiares.
301. Casi todo el tiempo siento ansiedad a causa de algo o alguien.
302. Me impaciento fácilmente con la gente.
303. Muchísimas veces me gustaría estar muerto.
304. Muchísimas veces me excito tanto que me cuesta dormirme por las noches.
305. Sin duda he tenido que preocuparme por más cosas que las que me correspondían.
306. Nadie parece comprenderme.
307. A veces oigo tan bien que me molesta.
308. Olvido enseguida lo que la gente me dice.
309. Normalmente tengo que pararme a pensar antes de actuar, incluso en asuntos sin importancia.
310. A menudo cruzo la calle para no encontrarme con alguna persona.
311. Con frecuencia siento como si las cosas no fueran reales.
312. La única parte interesante de los diarios es las páginas de los chistes.
313. Tengo la costumbre de contar con objetos sin importancia, como las bombillas de un letrero luminoso o cosas similares.
314. Carezco de enemigos que deseen realmente hacerme daño.
315. Tiendo a ponerme en guardia con aquellos que se muestran algo más amables de lo que yo esperaba.
316. Tengo pensamientos extraños y originales.
317. Me pongo ansioso e inquieto cuando tengo que hacer un viaje corto.
318. Normalmente espero tener éxito en las cosas que hago.
319. Oigo cosas extrañas cuando estoy solo.
320. He tenido miedo de cosas o personas que sabía que no podían hacerme daño.
321. No me da miedo entrar solo a una habitación donde hay gente reunida hablando.
322. Me da miedo utilizar cuchillos u objetos muy afilados o puntiagudos.
323. Algunas veces gozo con herir a personas que amo.
324. Me resulta fácil lograr que la gente me tenga miedo y eso me divierte.
325. Tengo más dificultad para concentrarme que la que otros parecen tener.
326. Varias veces he dejado de hacer algo por considerar insuficiente mi habilidad.
327. Se me ocurren palabras feas, a veces horribles, y no puedo dejarlas de lado.
328. Algunas veces me ronda en la cabeza un pensamiento sin importancia y me molesta durante días.
329. Casi a diario ocurre algo que me asusta.
330. A veces siento que me sobran energías.
331. Me inclino a tomar las cosas muy en serio.
332. A veces me ha gustado ser herido por una persona querida.
333. La gente dice de mi cosas insultantes y vulgares.
334. Me siento incómodo cuando estoy "bajo techo" (dentro de un edificio o habitación).
335. Soy poco conciente de mi mismo.
336. Estoy seguro de que alguien controla mi mente.
337. En las fiestas y reuniones, en vez de unirme al grupo, es más probable que me siente solo o con otra persona.
338. La gente me decepciona con frecuencia.

339. Frecuentemente mis proyectos me han parecido tan llenos de dificultades que he tenido que abandonarlos.
340. Me gusta mucho ir a bailar.
341. Durante ciertos períodos mi mente parece trabajar más despacio que de costumbre.
342. En micros, trenes, suelo conversar con extraños.
343. Me gustan los niños.
344. Me gusta jugar y apostar.
345. Si me dieran la oportunidad, podría hacer cosas que beneficiarían mucho al mundo.
346. Con frecuencia me he encontrado con personas con reputación de expertas, pero que no eran mejores que yo.
347. Me siento fracasado cuando me hablan del éxito de alguien que conozco bien.
348. Con frecuencia pienso: "Me gustaría volver a ser niño".
349. Nada me hace más feliz que estar solo.
350. Si me dieran la oportunidad podría ser un buen líder.
351. Me molestan las anécdotas indecentes.
352. Normalmente la gente pide para sus propios derechos más respeto que el que da a los de otras personas.
353. Me gustan las reuniones sociales porque puedo estar con gente.
354. Trato de memorizar los cuentos divertidos para poder contárselos a otros.
355. Una o más veces en mi vida sentí que alguien me obligó a hacer cosas hipnotizándome.
356. Me resulta difícil abandonar una tarea una vez que la empecé.
357. Generalmente no me involucro en los chismes que cuentan los que me rodean.
358. A menudo han sentido celos de mis ideas porque no las pensaron antes.
359. Me encanta estar con mucha gente (recitales, manifestaciones).
360. No me preocupa encontrarme con extraños.
361. Alguien ha tratado de influenciar mi mente.
362. He fingido "estar enfermo" para evitar hacer algo.
363. Mis preocupaciones tienden a desaparecer cuando me junto con amigos.
364. Tiendo a abandonar lo que estoy haciendo si me sale mal.
365. Me gusta que la gente conozca lo que realmente pienso.
366. He tenido períodos en los que me sentí tan lleno de fuerzas que no necesitaba dormir.
367. Siempre que sea posible evito estar en una multitud.
368. Trato de evitar situaciones de crisis o dificultad.
369. Me considero capaz de lograr lo que me propongo cuando otros creen que no vale la pena.
370. Me gustan las fiestas y reuniones sociales.
371. Muchas veces desee pertenecer al sexo opuesto.
372. No me enoja fácilmente.
373. He hecho algunas cosas malas en el pasado que no se las conté a nadie.
374. La mayoría de la gente puede hacer cosas incorrectas con tal de lograr su propósito.
375. Me pongo nervioso cuando la gente me hace preguntas personales.
376. Me siento incapaz de planificar mi futuro.
377. Me desagrada mi forma de ser.
378. Generalmente me enoja cuando amigos o familiares me dan consejos.
379. Me golpearon mucho cuando era chico.
380. Me molesto cuando la gente me elogia.
381. Me disgusta escuchar a la gente que da sus opiniones acerca de la vida.
382. A menudo he tenido desacuerdos serios con gente amiga.
383. Sé que puedo contar con la ayuda de mi familia cuando las cosas me van mal.
384. Me gustaba jugar "a la mamá" o "al papá" cuando era niño.
385. No le tengo miedo al fuego.
386. Muchas veces me he alejado de alguna persona por temor de decir o hacer algo de lo que después podría arrepentirme.
387. Sólo puedo expresar lo que realmente siento cuando bebo.

388. Rara vez tengo momentos de depresión (de bajoneo).
389. Me han dicho con frecuencia que tengo mal carácter.
390. Desearía haber podido dejar de preocuparme por cosas que dije y que pudieron lastimar los sentimientos de algunas personas.
391. Me siento incapaz de contarle a alguien todas mis cosas.
392. Le tengo miedo a los relámpagos.
393. Me gusta que los demás estén intrigados acerca de lo que voy a hacer.
394. Algunas veces me ha parecido que las dificultades se acumulaban de tal modo que no podía superarlas.
395. Me da miedo estar solo en la oscuridad.
396. Muchas veces me ha caído mal ser incomprendido cuando trataba de evitar que alguien se equivocara.
397. Le tengo miedo a las tormentas con mucho viento.
398. Frecuentemente pido consejos a otras personas.
399. El futuro es demasiado incierto para que una persona haga planes importantes.
400. A menudo, incluso cuando todo me sale bien, siento que nada me importa.
401. No le tengo miedo al agua.
402. A menudo tengo que “consultar con la almohada” antes de tomar una decisión.
403. A menudo la gente ha interpretado mal mis intenciones cuando trataba de ayudarla.
404. No tengo dificultad al tragar.
405. Soy una persona tranquila y no me altero fácilmente.
406. Me gusta combatir a los criminales con sus propias armas.
407. Merezco un castigo severo por mis pecados.
408. Me tomo tan en serio las preocupaciones que me cuesta sacármelas de la cabeza.
409. Me molesta que alguien me observe cuando trabajo aunque sepa que lo hago bien.
410. A menudo me molesta tanto que alguien trate de “colarse” delante de mí en una cola, que tengo que decirle algo.
411. A veces pienso que no valgo para nada.
412. Cuando era chico me hacía “la rabona” en la escuela.
413. Uno o varios de mis familiares son muy nerviosos.
414. A veces he tenido que ser duro con personas groseras o inoportunas.
415. Me preocupo bastante por posibles desgracias.
416. Tengo opiniones políticas muy definidas.
417. Me gustaría ser corredor de automovilismo.
418. Es correcto bordear los límites de la Ley con tal de no violarla claramente.
419. Me desagradan tanto algunas personas, que me alegro interiormente cuando les llaman la atención por algo que han hecho.
420. Me pone nervioso tener que esperar.
421. Tiendo a dejar algo que deseo hacer porque otros piensan que lo encaro incorrectamente.
422. Cuando era joven me apasionaba lo emocionante.
423. Con frecuencia me esfuerzo para triunfar sobre alguien que se enfrenta a mí.
424. Me molesta que me mire gente desconocida, en el colectivo, en los negocios.
425. El hombre que más tuvo que ver conmigo cuando era niño (como mi padre, mi padrastro, etc.) fue muy rígido.
426. Cuando era chico, me gustaba jugar al rango y a la soga.
427. Nunca he tenido una “visión”.
428. Varias veces he cambiado de modo de pensar acerca de mi trabajo.
429. Nunca tomo drogas o pastillas para dormir, a no ser por orden del médico.
430. Frecuentemente lamento tener mal carácter o ser tan protestón.
431. En la escuela, mis calificaciones en conducta fueron generalmente malas.
432. Me fascina el fuego.
433. Cuando estoy en una situación difícil sólo digo aquella parte de la verdad que probablemente no me va a perjudicar.

434. Si estuviera en dificultades junto con varios amigos que fueran tan culpables como yo, preferiría echarme la culpa antes que descubrirlos.
435. A menudo tengo miedo a la oscuridad.
436. Cuando un hombre está con una mujer, generalmente está pensando cosas relacionadas con el sexo de ella.
437. Generalmente "le hablo claro" a la gente que estoy intentando corregir o mejorar.
438. Me aterroriza la idea de un terremoto.
439. Rápidamente me convengo por completo de una buena idea.
440. Generalmente hago las cosas por mí mismo, en vez de buscar a alguien que me diga como hacerlas.
441. Siento miedo cuando estoy en un lugar pequeño y cerrado.
442. Admito que a veces me he preocupado sin motivo alguno por cosas que no valían la pena.
443. No trato de disimular mi pobre opinión o lástima sobre algunas personas.
444. Soy una persona de una gran tensión.
445. Frecuentemente he trabajado a las órdenes de personas que parecen haber arreglado las cosas de tal modo, que ellas son las que reciben el reconocimiento de una buena labor y, en cambio, atribuyen los errores a sus subordinados.
446. A veces me es difícil defender mis derechos por ser tan reservado.
447. La suciedad me espanta o me disgusta.
448. Vivo una vida de ensueños, acerca de la cual no digo nada a nadie.
449. Algunos de mis familiares tienen mal carácter.
450. No puedo hacer bien ninguna cosa.
451. A menudo me he sentido culpable porque he fingido mayor sufrimiento del que realmente sentía.
452. Por regla general defiendo con tenacidad mis opiniones.
453. No temo a las arañas.
454. Para mí el futuro carece de esperanza.
455. Mis familiares y parientes más cercanos se llevan bastante bien.
456. Me gustaría tener ropa cara.
457. La gente puede hacerme cambiar de opinión muy fácilmente, incluso en materias en las que creía tener ya un criterio firme.
458. Ciertos animales me ponen nervioso.
459. Puedo soportar tanto dolor como los demás.
460. Varias veces he sido el último en darme por vencido al tratar de hacer algo.
461. Me pone de mal humor que la gente me apure.
462. No tengo miedo a los ratones.
463. Varias veces a la semana siento como si fuera a suceder algo espantoso.
464. Me siento cansado una buena parte del tiempo.
465. Me gusta arreglar las cerraduras de las puertas.
466. Algunas veces estoy seguro de que otro puede decir lo que estoy pensando.
467. Me gusta leer temas científicos.
468. Temo estar solo en lugares amplios y abiertos.
469. Algunas veces me siento al borde de una crisis nerviosa.
470. Muchas personas tienen mala conducta sexual.
471. A menudo he sentido miedo en plena noche.
472. Me molesta mucho olvidarme donde pongo las cosas.
473. La persona hacia quien sentía más afecto y admiración cuando era niño, fue una mujer (madre, hermana, tía u otra mujer).
474. Me gustan más las historias de aventuras que las románticas.
475. A veces me confundo y no sé que decir.
476. Soy una persona poco agradable.
477. Me gustan los deportes fuertes como el fútbol o rugby.
478. Detesto a mi familia.

479. Algunas personas piensan que es difícil conocerme, saber como soy.
480. Paso mucho tiempo a solas.
481. Me gusta que la gente conozca mi punto de vista cuando hacen cosas que me enojan.
482. Me cuesta tomar decisiones.
483. Soy una persona poco atractiva.
484. La gente es poco amable conmigo.
485. A veces siento que no soy tan bueno como los demás.
486. Soy "cabeza dura".
487. Me gustó fumar marihuana.
488. La enfermedad mental es signo de debilidad.
489. Tengo problemas con la droga o el alcohol.
490. Los fantasmas o espíritus influyen en la vida de las personas, para bien o para mal.
491. Me siento desamparado cuando tengo que decidir algo importante.
492. Trato de ser paciente aún cuando me critican.
493. Cuando tengo un problema me ayuda el contárselo a otra persona.
494. Creo que puedo lograr concretar mis proyectos.
495. Creo que la gente debe "guardarse" sus problemas personales.
496. En esta etapa de mi vida me siento poco tenso o estresado.
497. Me molesta pensar en hacer cambios en mi vida.
498. Mis mayores problemas son causados por la forma de ser de alguien con quien convivo.
499. Detesto ir al médico aún cuando estoy enfermo.
500. Aunque soy poco feliz, no puedo hacer nada para modificarlo.
501. Conversar acerca de los problemas es más útil que tomar remedios para resolverlos.
502. Tengo tan arraigados uno o varios malos hábitos que es inútil luchar contra ellos.
503. Si hay que resolver un problema, le dejo la iniciativa a los demás.
504. Reconozco que cometo errores pero no puedo cambiar.
505. Me disgusta tanto lo que hago diariamente que quisiera dejar de hacerlo.
506. He pensado en suicidarme.
507. Realmente me enojo cuando interrumpen mi trabajo.
508. A menudo siento que puedo leer lo que otros están pensando.
509. Me pongo nervioso cuando tengo que tomar una decisión importante.
510. Dicen que como muy rápido.
511. Por lo menos una vez por semana me emborracho o me drogo.
512. Tuve una pérdida afectiva importante en mi vida que no puedo olvidar.
513. A veces me enojo tanto que no sé lo que digo o hago.
514. Me cuesta decir que "no" cuando me piden que haga algo.
515. Sólo soy feliz cuando estoy solo.
516. Mi vida es vacía y sin sentido.
517. Me cuesta conservar un trabajo.
518. Cometí muchos errores en mi vida.
519. Me enojo conmigo mismo por ser tan generoso con los demás.
520. Últimamente he pensado mucho en quitarme la vida.
521. Me agrada ayudar a los demás.
522. Aunque me quedara sin familia siempre hay alguien que puede ayudarme.
523. Me disgusta tener que hacer colas en cines teatros o restaurantes.
524. Nadie sabe que intenté suicidarme.
525. Todo pasa muy rápido a mi alrededor.
526. Sé que le resulto "pesado" a la gente.
527. Después de un mal día, necesito tomar unos tragos para poder relajarme.
528. Muchos de mis problemas se deben a mi mala suerte.
529. A veces me resulta difícil dejar de hablar.

530. A veces me hago daño a mí mismo sin saber por qué.
531. Trabajo muchas horas sin que ello sea necesario.
532. Generalmente me siento mejor después de llorar.
533. Me olvido donde dejo las cosas.
534. Si volviera a nacer haría las cosas de la misma manera.
535. Me pone de mal humor que la gente con la que trabajo no haga las cosas a tiempo.
536. Cuando estoy enojado me duele la cabeza.
537. Me gusta manejar autos viejos.
538. Muchos hombres son infieles a sus parejas.
539. Últimamente, perdí las ganas de preocuparme por mis problemas.
540. Hubo ocasiones en las que me enojé y rompí cosas por haber bebido mucho.
541. Trabajo mejor cuando tengo plazos bien definidos.
542. He llegado a enfurecerme tanto con alguien que creí que iba a estallar.
543. A veces tengo malos pensamientos sobre mi familia.
544. La gente me dice que tengo problemas con el alcohol, pero yo no estoy de acuerdo.
545. Tengo poco tiempo para poder hacer las cosas que debo.
546. Últimamente, pienso mucho en la muerte y "el más allá".
547. Guardo cosas que nunca uso.
548. He estado tan enojado que llegué a golpear y lastimar a una persona.
549. En todo lo que hago, siento que me están tomando examen.
550. Estoy bastante alejado de mis familiares actualmente.
551. A veces siento que escuchan los que estoy pensando.
552. Cuando estoy triste, me hace bien visitar amigos.
553. Siento que lo que me está pasando ahora ya me sucedió antes.
554. Cuando tengo problemas serios, siento ganas de salir corriendo.
555. Me da miedo entrar a una habitación oscura, aún en mi propia casa.
556. Me preocupo mucho por el dinero.
557. El hombre debe ser la cabeza de la familia.
558. Sólo me siento relajado en mi casa.
559. Mis compañeros de trabajo entienden muy poco mis problemas.
560. Estoy conforme con el dinero que gano.
561. Generalmente tengo suficiente energía para cumplir con mis tareas.
562. Me resulta difícil aceptar elogios.
563. En la mayoría de los matrimonios, una de las personas o ambas son poco felices.
564. Casi nunca pierdo el control.
565. Me cuesta mucho esfuerzo recordar lo que me dicen.
566. Si me siento triste, trabajo mal.
567. La mayor parte de los matrimonios no muestran que están enamorados uno del otro.

ANEXO D: REGISTRO DE PENSAMIENTO

REGISTRO DE PENSAMIENTOS PARA				
SITUACION	AUTOMÁTICOS/REACTIVOS PENSAMIENTOS % CREENCIA EN PENSAMIENTO INTENSIDAD 0 - 100 (NADA) (MÁXIMO)	SENTIMIENTOS OS INTENSIDAD 0 - 100 (NADA) (MÁXIMO)	REFLECTIVOS PENSAMIENTOS RACIONALES % CREENCIA EN PENSAMIENTO INTENSIDAD 0 - 100 (NADA) (MÁXIMO)	RESULTADO SENTIMIENTOS INTENSIDAD 0 - 100 (NADA) (MÁXIMO)
	Creencias & Pensamientos implícitos	Comportamientos Antiguos		

ANEXO E: CONSENTIMIENTO INFORMADO

COPIA PARA LA PERSONA QUE ACEPTA RECIBIR CONSULTAS SICOLÓGICAS

CONSENTIMIENTO

Fecha: _____

Yo _____ acepto voluntariamente venir a consultas psicológicas con el/la estudiante de último año de Psicología Clínica _____ (NOMBRE DE LA ESTUDIANTE EN PRÁCTICA)

Sé que puedo retirarme en cualquier momento.

Me comprometo a asistir puntualmente a las citas y a cancelarlas telefónicamente con por lo menos 1 hora de anticipación.

El/la a estudiante que me atiende será directamente supervisado/a por un profesor/a durante todo este proceso.

Acepto que se filme, se grave o se tome notas de las sesiones terapéuticas y que se converse sobre las mismas con fines académicos únicamente.

Acepto que mi caso sea utilizado académicamente como parte de una tesis de grado.

Sé que se guardará absoluta reserva sobre mi identidad, de manera que cualquier información que se comparta no permitirá mi identificación.

Sé que el/la estudiante que me atiende, romperá la confidencialidad en el caso de que yo revele información que me ponga directamente en riesgo físico a mí o los que me rodean o si intento cometer algo contra la ley.

Sé que las consultas son gratuitas.

Si tengo algún inconveniente, sé que puedo acudir a Teresa Borja (2971700 ext 1264, 099803001), coordinadora del departamento de Psicología de la USFQ.

Yo _____ estudiante de último año me comprometo a seguir las normas éticas de la APA para psicólogos clínicos. También me comprometo a asistir puntualmente a las citas y a **cancelarlas telefónicamente con por lo menos 1 hora de anticipación.**

Firma de la persona que recibe atención psicológica

Firma de el/la practicante de último año de psicología Clínica de la USFQ

-----CORTE AQUÍ-----

COPIA PARA EL ESTUDIANTE DE ÚLTIMO AÑO DE SICOLOGÍA CLÍNICA

CONSENTIMIENTO

Fecha: _____

Yo _____ acepto voluntariamente venir a consultas psicológicas con el/la estudiante de último año de Psicología Clínica _____ (NOMBRE DE LA ESTUDIANTE EN PRÁCTICA)

Sé que puedo retirarme en cualquier momento.

Me comprometo a asistir puntualmente a las citas y a cancelarlas telefónicamente con por lo menos 1 hora de anticipación.

El/la a estudiante que me atiende será directamente supervisado/a por un profesor/a durante todo este proceso.

Acepto que se filme, se grave o se tome notas de las sesiones terapéuticas y que se converse sobre las mismas con fines académicos únicamente.

Acepto que mi caso sea utilizado académicamente como parte de una tesis de grado.

Sé que se guardará absoluta reserva sobre mi identidad, de manera que cualquier información que se comparta no permitirá mi identificación.

Sé que el/la estudiante que me atiende, romperá la confidencialidad en el caso de que yo revele información que me ponga directamente en riesgo físico a mí o los que me rodean o si intento cometer algo contra la ley.

Sé que las consultas son gratuitas.

Si tengo algún inconveniente, sé que puedo acudir a Teresa Borja (2971700 ext 1264, 099803001), coordinadora del departamento de Psicología de la USFQ.

Yo _____ estudiante de último año me comprometo a seguir las normas éticas de la APA para psicólogos clínicos. También me comprometo a asistir puntualmente a las citas y a **cancelarlas telefónicamente con por lo menos 1 hora de anticipación.**

Firma de la persona que recibe atención psicológica

Firma de el/la practicante de último año de psicología Clínica de la USFQ