

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

**Terapia Cognitiva Conductual en un Caso de Distimia, Inicio Temprano,
en una Adolescente perteneciente a una Tribu Urbana Emo**

Valeria Estefanía Granja Darquea
Esteban Utreras, Ph.D., Director de Tesis

Tesis de grado presentada como requisito
para la obtención del título de Psicología Clínica

Quito, Mayo 2013

Universidad San Francisco De Quito
Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

HOJA DE APROBACIÓN DE TESIS

**Terapia Cognitiva Conductual en un Caso de Distimia, Inicio Temprano,
en una Adolescente perteneciente a una Tribu Urbana Emo**

Valeria Estefanía Granja Darquea

Esteban Utreras, Ph.D.
Director de Tesis

Teresa Borja, Ph.D.
Miembro del Comité

Esteban Ricaurte, Ph.D.
Miembro del Comité

Carmen Fernández Salvador, PhD.
Decana del Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

Quito, Mayo 2013

© DERECHOS DE AUTOR

Por medio del presente documento certifico que he leído la Política de Propiedad Intelectual de la Universidad San Francisco de Quito y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo de investigación quedan sujetos a lo dispuesto en la Política.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo de investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art.144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma:

Nombre: Valeria Estefanía Granja Darquea

C. I.: 172476625 – 6

Fecha: Mayo 2013

DEDICATORIA

Esta tesis la dedico a mis padres, sin ellos todo este proceso no sería una realidad. A mis hermanos que han sido un pilar muy importante en mi vida y a mi enamorado quien ha estado día a día junto a mí en la elaboración de este proyecto.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi paciente, quien gracias a su apertura y confianza este proceso terapéutico pudo ser exitoso. A mis profesores y compañeros que con su apoyo toda mi carrera fue un agradable transitar.

Resumen

Antecedentes: Existen diversidad de estudios empíricos que han demostrado que la Terapia Cognitiva Conductual es una de las corrientes psicológicas más efectivas para tratar trastornos de estado de ánimo moderados, como la distimia. El presente estudio de caso tiene como objetivo aplicar las herramientas de la terapia en una adolescente ecuatoriana perteneciente a una tribu urbana emo con distimia, inicio temprano y lograr aminorar mediante diversas técnicas cognitivo – conductuales los síntomas depresivos.

Método: La paciente es una adolescente de 17 años que al inicio de terapia cumplía con los criterios para ser diagnosticada con distimia, inicio temprano. Manifestaba síntomas depresivos como fatiga, bajo apetito, baja autoestima, dificultad para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza. La Terapia Cognitivo Conductual fue aplicada en 24 sesiones a lo largo de seis meses. El estudio se basa en un estudio de caso, basado en información cualitativa. La información para la investigación fue recolectada en las sesiones terapéuticas, mediante instrumentos psicométricos de auto-reporte y grabaciones de audio.

Resultados: Al finalizar el tratamiento, se evidenció en la paciente reducción en los síntomas depresivos, creencias y conductas más adaptativas y funcionales, congruencia en su identidad, mejora en su autoestima y en sus relaciones familiares.

Conclusiones: A partir de una óptima modificación en pensamientos, creencias y conductas disfuncionales en la paciente, se logró fundar maneras más adaptativas de pensar, sentir y actuar, consiguiendo así aminorar los síntomas depresivos

Palabras clave: Terapia Cognitiva Conductual, Distimia, Tribu Urbana, Emo.

Abstract

Background: There are varieties of empirical studies that have shown Cognitive Behavioral Therapy is one of the most effective psychological approaches to treat moderate mood disorders as dysthymia. This case study aims to apply the tools of therapy on an Ecuadorian teenager belonging to an urban tribe emo with dysthymia, early onset, and achieve through various cognitive – behavioral techniques decrease depressive symptoms.

Method: The patient is a 17-year-old teenager, who at the beginning of therapy met the criteria to be diagnosed with dysthymia, early onset. She manifested depressive symptoms as fatigue, low appetite, low self esteem, difficulty making decisions, and feelings of hopelessness. Cognitive Behavioral Therapy was administered in 24 sessions over six months. The study is based on a case study, based on qualitative information. The research information was collected in therapy sessions, using psychometric instruments for self-report and audio recordings.

Outcome: Upon treatment, the patient had a reduction in depressive symptoms, consistency in their identity, better self-esteem, improved family relationships and more adaptive beliefs and behaviors.

Conclusions: From optimal change in thoughts, beliefs and dysfunctional behaviors in the patient, it was possible to establish more adaptive ways of thinking, feeling and acting, thus reduce depressive symptoms

Keywords: Cognitive Behavioral Therapy, Dysthymia, Urban Tribe, Emo

TABLA DE CONTENIDOS

Resumen	7
Abstract.....	8
Tabla de Contenidos	9
Cap 1. Introducción	12
Información Contextual	
Datos de Identificación	12
Historia Personal.	13
Relaciones Interpersonales	16
Historia Familiar	17
Presentación del problema.....	18
Hipótesis	19
Pregunta de investigación	21
Contexto y marco teórico	21
Definición de términos	23
Presunciones del autor del estudio	24
Cap 2. Revisión de la literatura	25
Géneros de literatura incluidos en la revisión	25
Pasos en el proceso de revisión de la literatura	25
Formato de la revisión de la literatura	25
Terapia Cognitiva Conductual.....	26
Depresión - Distimia.....	37
Adolescencia	46
Tribus Urbanas	49
Emos	51
Automutilación	54
Trastorno Límite de la Personalidad	56
Cap. 3 Metodología y diseño de la investigación	63
Justificación de la metodología seleccionada.....	63
Herramienta de investigación utilizada	63
Descripción de participante	66
Características especiales relacionadas con el estudio	66
Cap. 4 Análisis de datos	71
Detalle de las pruebas aplicadas	71
Inventario de Personalidad Multifacético de Minnesota 2	71
Listado de Síntomas 90	73
Detalle del análisis.....	79
Importancia del estudio	93
Cap. 5 Conclusiones	95
Respuestas a la pregunta de estudio	95
Limitaciones del estudio	96
Recomendaciones para futuros estudios	96
Resumen general	97

Referencias	98
ANEXO A: Tablas y gráficos de pruebas aplicadas	102 - 103
ANEXO B: Consentimiento Informado	104
ANEXO C: Listado de Síntomas 90.....	105- 108

FIGURAS

Figura 1. Modelo Cognitivo de Beck.....30

INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA

La presente investigación se realizó en base a un estudio de caso de una paciente que asistió a terapia psicológica por solicitud inicial de su madre, con el fin de tratar problemas que tuvo su hija en el colegio por haber sido encontrada con una funda de marihuana en su mochila y por posible pérdida del año lectivo. Esta paciente, de diecisiete años de edad, a quien se la llamará Isabel para el trabajo, continuó las terapias individualmente debido a que era ella la razón principal de las consultas. Isabel indicó presentar constantes sentimientos de tristeza, soledad y nerviosismo durante más de dos años a lo largo de su vida. Con la ayuda de pruebas sicométricas de detección y de evaluación y diagnóstico, se pudo determinar que Isabel vivía en una crisis emocional constante y por la recurrencia y severidad de síntomas se diagnosticó trastorno de estado de ánimo distímico.

INFORMACIÓN CONTEXTUAL

Antecedentes

Datos de identificación.

Isabel es una adolescente ecuatoriana soltera monolingüe (español) de 17 años al inicio terapia y a lo largo del proceso cumple 18 años. El nombre que se utiliza es ficticio, para mantener la confidencialidad del caso. Mide aproximadamente 1,65 m y pesa alrededor de 115 lb. Usualmente viene a terapia vestida con el uniforme de su colegio o de manera casual, usando jeans y camiseta, que por lo general varían entre colores negro, rosado y morado. Comúnmente utiliza varias pulseras de colores que cubren cicatrices que tiene en su brazo izquierdo. Isabel siempre se presenta muy bien arreglada, maquillada y

parece estar bien alimentada. Tiene el cabello corto y lo usa cuidadosamente suelto, con un flequillo que cubre su frente y un poco de su ojo izquierdo. Nació en Tumbaco y ha vivido toda su vida allí. Actualmente es estudiante de sexto curso con especialización Químico Biólogo y mantiene una relación de pareja con un chico de 15 años con quien lleva ya cinco meses de enamorada.

Historia personal.

La historia de Isabel revela un desarrollo aparentemente normal. En su niñez indica no haber vivido episodios traumáticos significativos, pero sí recuerda haber vivido eventos tanto felices como tristes que marcaron su modo de sentir, pensar y actuar. Isabel podía señalar momentos específicos en los que sintió rechazo por parte de familiares o amigos. El recuerdo más lejano que tiene la paciente fue en su cumpleaños de cuatro años, cuando todos sus amigos y primos le dejaron fuera de su propia piñata, creando para ella un instante lleno de tristeza. El segundo episodio que marcó a Isabel se da algunos años más tarde, cuando de igual manera sintió rechazo por parte de su padre, cuando frente a ella prefería a su hijo de otro matrimonio y a ella la dejaba a un lado. Un tercer momento determinante en la infancia de Isabel, fue cuando su padre y madre tuvieron un fuerte accidente de tránsito, generando en ella mucha ansiedad y miedo de ir en el carro con su padre y en general en carros de personas que manejen muy rápido. Isabel indica que cuando siente este miedo quiere bajarse del auto porque piensa todo el tiempo que se van a chocar y le vienen imágenes automáticas de verse accidentados.

Es en la adolescencia cuando Isabel vive un evento que marca su vida. A los trece años, Isabel indica que veía a una prima Emo cortarse las venas, lo cual llamó su atención y comenzó a investigar en Internet sobre esta Tribu Urbana. Fue informándose sobre esta agrupación, visitaba Blogs, se hizo virtualmente parte de una Comunidad Emo y luego

comenzó a tener amigos Emo y salir con ellos. Isabel indica que decidió ser integrante de este grupo por querer sentirse parte de algo. Describe a los Emos como jóvenes que siempre están en grupo, que se identifican con muñecos tristes y música depresiva, visten y peinan de una determinada manera y siempre están bien arreglados. Isabel reporta que para ser parte del grupo, debían cortarse las venas y ponerse también a la altura de la muñeca un imperdible incrustado en la piel. Asimismo, indica que los Emo usualmente se reúnen en parques o centros comerciales para conversar de todo lo malo que han pasado recientemente en sus vidas y conjuntamente se apoyan y comparten entre ellos lo que en verdad sienten y piensan. Detalla que para ellos no existe la felicidad, cuando quieren a alguien tan solo dicen “te extraño” porque para ellos no hay los buenos sentimientos ni lo duradero, creen firmemente que todo termina. La paciente recuerda que cuando salía con sus amigos para ellos era muy notorio como la gente los veía como “bichos raros”, pero que su consigna era siempre ignorarlos y no prestar atención, aunque sientan muy fuertemente el rechazo de la gente.

Ser parte de la Tribu urbana de Emos, hizo que Isabel generara el hábito desde sus trece años de desfogar sus sentimientos principalmente de iras o tristeza, a través de cortarse las venas. Indica que ella lo hacía por deseos de hacerse daño ella mismo, antes que responder de mala manera a otras personas o seguir sintiendo dolor emocional. Isabel cortaba solo su brazo izquierdo ya que los Emos tienen la creencia de que este brazo es del diablo y el brazo derecho es de Dios, por ser el brazo con el que se persignan.

Luego de cuatro años de generar la costumbre de auto – mutilarse, Isabel vive el cuarto episodio que marca su vida fuertemente. Llega tarde a su casa luego del colegio con olor a alcohol, sin avisar a su madre en dónde iba a estar. Por esta razón su madre muy enojada reta verbalmente a Isabel, llegando a decirle “Deberías morirte”. Ante lo que

Isabel, indica haber sentido muchas iras y tristeza, llevándola a cortarse alrededor de 60 veces su brazo izquierdo. Perdió mucha sangre y necesitó tener una cirugía de emergencia porque estuvo a punto de morir. Isabel revela que sus intenciones no fueron suicidarse, tan solo fueron sus fuertes emociones descontroladas que la llevaron a cortarse de esa manera.

Después del accidente la paciente dejó de auto – mutilarse y fue después de unos meses que probó dos veces marihuana. Dejó de consumir la droga por los problemas que tuvo con el colegio y porque pensaba que debía dejar de hacerse daño a ella mismo y buscar bienestar propio. Pero lo que se mantuvo constante, fueron las peleas con su madre y hermana, haciendo que Isabel intente tener un alto control del dolor emocional y al mismo tiempo de la ansiedad generada por querer manejar correctamente los pensamientos y deseos de cortarse, haciendo que Isabel viva en una constante variación de emociones intensas. Por estas razones, se indica que es en la adolescencia de la paciente cuando empieza a concebir diferentes formas de reaccionar ante las eventualidades de su vida y se comienzan a notar síntomas de depresión en ella, como aislamiento, pérdida de apetito, hiperinsomnio, irritabilidad, estado de ánimo depresivo la mayor parte del tiempo, entre otros.

Respecto a su educación, en el colegio sus calificaciones son regulares. Perdió el cuarto curso y tuvo dificultad en pasar el quinto año por bajas notas en algunas materias, especialmente en Química. Isabel revela no tener planes de estudio luego de graduarse y tampoco se ve estudiando alguna carrera en específico. Referente a la religión, Isabel se mantiene cercana a esta, pues asiste los domingos a un Campamento Evangélico. La paciente goza de salud plena, actualmente no presenta alergias ni problemas médicos. Toma socialmente bebidas alcohólicas y fuma 4 cigarrillos semanales desde hace un año y medio aproximadamente. Isabel no posee una historia psiquiátrica o legal previa.

Relaciones interpersonales.

Isabel se concibe como una persona que la mayor parte de su vida se ha sentido sola. Se describe como una persona callada, triste y con pocos amigos. Indica que la relación con su madre es de escasa comunicación y que cuando hablan generalmente es por peleas o para retarla por llegar tarde o por hacer algo mal. No comparten actividades juntas en ningún momento. Isabel reporta hacerle enojar a su madre o molestarla a propósito para hacerle cambiar de genio, porque considera que es muy seria y por lo menos con eso la hace cambiar de genio y hasta a veces sonreír. Mientras que la relación con su padre es mejor, pues tiene risas y momentos graciosos y espontáneos. Pero estos dependen de que no llegue su padre intoxicado con licor o de mal humor a su casa. Cuando lo hace, Isabel trata de no estar con él y se encierra en su cuarto. Con sus hermanos no tiene mayor relación. Su hermano mayor vive en una casa aparte y lo ve pocas veces al año. Su segunda hermana vive en otra provincia, con quien no mantiene una relación cercana. Su tercera hermana y su hijo, viven en la misma casa con Isabel. Con ella es con quien más contacto mantiene, pero esto no significa que tienen una buena relación, ya que rara vez conversan y la mayor parte del tiempo tienden a pelear. Es con el hijo de su hermana con quien conserva la mejor relación. Es un niño de seis años, con quien juega, le molesta y pasa momentos divertidos. Isabel tuvo un cuarto hermano que murió cuando tenía ocho años por negligencia médica. La paciente es la última hija.

Sus relaciones sociales son limitadas, con pocas personas conversa. Con sus compañeros de clase no comparte, tan solo lo hace con una compañera a quien conoce hace tres años. La describe como chistosa y con quien más identificada se siente, pues comparten gustos en común. Su mejor amiga en la mayor parte de su vida ha sido su prima, pero su relación fue cambiando y ahora comparten muy poco tiempo juntas.

Historia familiar.

Isabel nació y creció en Tumbaco. Su madre tiene 56 años y su padre tiene 48 años. Vive en una casa arrendada con su madre, hermana, sobrino, ocasionalmente va su hermano y su padre quien dependiendo de la situación va a dormir en su casa. Sus padres no son casados tan solo han vivido en unión libre, pero Isabel revela que no mantienen una relación estable, pues su padre va a su casa intermitentemente debido al matrimonio que mantiene con otra señora, con quien tiene tres hijos. El tercer hijo es menor a Isabel por dos años.

Isabel tiene únicamente medios – hermanos, pues son de diferentes parejas de su madre y padre, la paciente es la única hija de padre y madre. Su primer hermano no vive en la misma casa de Isabel hace algunos años pues tiene problemas de alcoholismo, razón por la que ha estado varias veces en centros de alcohólicos anónimos. La segunda hermana, vive en Santo Domingo y no mantiene mayor contacto. Su tercera hermana tiene un hijo y viven con Isabel y su madre. Es ella quien ayuda en la economía de su casa. Su cuarto hermano murió a los ocho años por negligencia médica. Isabel no conoce claramente la historia de la muerte de su hermano.

La paciente recuerda en su niñez haber sido cuidada por su tercera hermana, pues su madre trabajaba y su padre no iba mucho a visitarla. Su madre ha trabajado generalmente como empleada doméstica y su padre como instalador de vidrios. Su padre ha sido quien generalmente ha ayudado económicamente a Isabel. La disciplina que utiliza su padre ha sido la mayor parte retarla verbalmente, pero sin mayor intensidad, ya que el padre es quien más mimar a Isabel. Mientras que su madre a veces la corregía pegándole una vez cada tres meses con su mano, sin generar nunca huellas ni cicatrices.

Presentación del problema

La madre de Isabel es quien solicita una cita con los servicios psicológicos gratuitos de la Universidad San Francisco de Quito, debido a que su hija fue descubierta en su colegio con una pequeña funda de marihuana para consumo personal en su mochila, causando grandes problemas en la Institución. El colegio dijo a Isabel haber reportado a la policía, pero ella indica que nunca sucedió algo luego de esto.

La madre de la paciente busca asesoría para que alguien pueda ayudar a su hija, a quien la madre describió como una persona muy callada que no se sabe lo que siente o piensa y difícil de entender. Como consecuencia de este problema Isabel reporta haberse sentido rechazada por sus compañeros, pues escuchaba burlas y comentarios alrededor de esto. Relata haber tenido apoyo únicamente de una amiga de su curso.

Otra variable determinante en la vida de Isabel es la automutilación que presenta desde los trece años. La paciente generó un mecanismo de afrontamiento de problemas mediante el causarse dolor físico para no sentir tristeza, iras, rechazo, entre otras emociones. Luego de casi perder la vida a sus 16 años por cortarse alrededor de 60 veces su brazo izquierdo, paró de cortarse por ver el dolor que causó en su madre y físicamente en su brazo. Fueron meses después que comenzó a consumir marihuana y tuvo el problema con su colegio.

La paciente reportaba la mayor parte del día síntomas de desánimo e irritabilidad, soledad, pérdida de apetito, fatiga, baja autoestima, dificultad para tomar decisiones y un alto nivel de autocritica. También presentaba preocupación por posibilidad de perder el año académico en el colegio. En Isabel se podían notar rasgos de personalidad evitativa y de ansiedad por separación. Se dice esto, pues la paciente indicaba muchas veces no asistir a ciertas reuniones por no tener la seguridad de que iba a gradar a todos, también revelaba

que prefería no hablar o hacerlo en voz muy baja cuando estaba entre amigos para evitar ser ridiculizada o avergonzada. Además, indicaba desesperarse y preocuparse excesivamente por algo malo que podría suceder cuando se separa de personas muy cercanas a ella, como por ejemplo su enamorado o también reportaba dejar de ir a ciertos lugares para no tener que separarse de él. Los rasgos descritos, dificultaban altamente su funcionamiento habitual, creando problemas académicos en el colegio, con su familia y su círculo social.

En las primeras sesiones Isabel indicó no estar interesada en enfocarse en dejar de consumir marihuana pues sólo lo había hecho dos veces por curiosidad y era algo que no le causaba problema dejar, sobre todo luego de lo que pasó en el colegio. En sesiones posteriores la paciente puntualmente indicó que como objetivo terapéutico deseaba lograr dejar de ser y sentirse triste y además quería sentir que por fuera y por dentro podía ser la misma persona, es decir, sentirse auténtica, vestir como ella le gusta no como “debería hacerlo”, poder expresarse y enunciar de manera normal sus emociones. También indicó querer dejar de salir tanto de su casa pues notaba que le causaba muchos conflictos con su madre. Ante lo cual reportó que no podía dejar de salir por temor a decir “no” a su amiga más cercana, pues tenía miedo de que le rechace, que “le deje fuera” o que no le vuelva a invitar.

Hipótesis

Luego de conocer la historia personal y familiar de Isabel, el objetivo principal de la terapia es reducir los síntomas que impiden un funcionamiento adecuado y funcional del paciente. La hipótesis sobre la causa de los problemas de Isabel se basa en las relaciones ambivalentes que tuvo desde pequeña con su madre y padre. Lo cual ha producido inseguridad en su forma de relacionarse con las demás personas. Causando que ella busque

un grupo social (Emo) en el cual pueda sentirse identificada e importante para alguien. Esta Tribu Urbana se cree que intensificó y generó en Isabel una forma deficiente de expresión, afectando su sistema de creencias y regulación emocional, causando en ella un trastorno de estado de ánimo distímico.

Se cree que los sentimientos de tristeza y soledad en Isabel, fueron intensificados al ella desarrollar la distorsionada creencia de que debía desempeñarse como el grupo al que pertenecía, es decir, sentirse triste todo el tiempo y pensar solo en lo malo que le ocurría. Con esto y los acontecimientos que fue viviendo Isabel, se hicieron más frecuentes e intensas las distorsiones cognitivas de los deberías, sobre - generalización, falacia de control, etiquetas globales, culpabilidad, entre otras.

Como segundo evento determinante, se cree que Isabel al haber dejado de cortarse las venas por ver el dolor que causó a su madre y por ver las huellas profundas en su brazo, sus esquemas de creencias y costumbre de desfogue emocional, cambiaron. Causando en ella una situación en crisis, la cual se cree la llevó a buscar otra vía de desfogue: consumir marihuana. Llevándola a tener problemas en su colegio y con su madre en particular, lo que hizo que la madre tome la decisión de buscar ayuda para su hija. Se considera que la madre recién en esta circunstancia pide ayuda por ser un problema relacionado con sustancias estupefacientes, el mismo que tiene el padre de Isabel y uno de sus hijos. Pero cabe recalcar que cuando Isabel estuvo muy cerca de morir, ni su madre ni nadie de su familia buscaron ayuda.

Para aminorar los síntomas de la paciente, se espera que la Terapia Cognitiva – Conductual genere en Isabel un efecto positivo que permita en ella una re – adaptación a su entorno social, especialmente con su núcleo familiar y una integración entre lo que ella es y desea ser. Se evaluará el progreso de Isabel de acuerdo a la disminución de síntomas

distímicos, mejores maneras de expresión y regulación emocional, individualización de pensamiento y en base a una mejor adaptación adquirida por parte de la paciente. Para esto, es necesario utilizar intervenciones cognitivo – conductuales que ayuden a Isabel a generar una individualización de pensamiento y mejorar su auto – concepto.

Pregunta de investigación

El objetivo principal de la aplicación de la terapia cognitivo-conductual es reducir los síntomas de distimia en la paciente. A partir de esto, es factible plantear ¿Cómo y hasta qué punto las intervenciones de la Terapia Cognitivo – Conductual reducirán los síntomas de distimia en una joven adolescente perteneciente a una Tribu Urbana Emo?

Contexto y marco teórico

La distimia puede ser interpretada a partir de diferentes perspectivas. Para el presente estudio se ha usado la interpretación de Judith Rapoport y Deborah Ismond (1996) quienes basándose en el DSM – IV – R indican puntualmente que la distimia es un estado de ánimo deprimido la mayor parte del tiempo. Revelan que en niños y adolescentes puede presentarse como un estado de irritabilidad y debe durar al menos un año. Este desorden de estado de ánimo será asistido en base a Terapia Cognitiva Conductual, con el objetivo de lograr conjuntamente con el paciente diversas perspectivas de ver los problemas, logrando un cambio favorable en sus creencias. El Modelo Cognitivo de la Depresión guiará en la terapia la conceptualización de pensamientos, creencias y emociones del paciente ayudando a generar en sí mismo mayor introspección. Los modelos cognitivos mencionados, ayudaron a realizar una conceptualización total del sistema de creencias con el cual se puede visualizar los pensamientos y maneras de concebir la vida que nacen a raíz

de estas creencias. Permitiendo tener claro cómo analizar, evaluar y modificar las creencias y pensamientos irracionales que impiden el funcionamiento correcto.

El propósito del estudio.

Se espera que a través de la aplicación de la Terapia Cognitiva – Conductual haya una disminución principalmente de los síntomas distímicos. Con el propósito de que Isabel logre un mejor desenvolvimiento social, mejor adaptación a la situación que vive y sienta una congruencia entre lo que ella es por fuera y por dentro, logrando un refuerzo en su auto – concepto.

El significado del estudio.

El presente estudio de caso puede ser útil para personas que quieran conocer e investigar más sobre los resultados que tiene la Terapia Cognitivo – Conductual en pacientes pertenecientes a la Tribu Urbana Emo. Puede también ser de utilidad para terapeutas que deseen contrastar los efectos de este tipo de terapia con otras ramas de la psicología, como terapia humanista, narrativa, psicodinámica, entre otras. Podría también ayudar a comparar los resultados de este estudio con otros que apliquen otro tipo de terapias y así verificar su efectividad. Asimismo, se podría en un futuro investigar cómo Tribus Urbanas pueden generar cambios fundamentales en las creencias de adolescentes y con esto llegar a generar desórdenes de estado de ánimo o hasta de personalidad o conducta. Ayudando con estos resultados a forjar conocimiento y consciencia social sobre lo que está sucediendo en la actualidad y reconocer que las nuevas agrupaciones que se van generando continuamente tienen efectos profundos con consecuencias que van más allá de una moda o una forma de vestir. Este tipo de estudio es uno de los pocos que existen en el Ecuador a más de otras tesis realizadas en la Universidad San Francisco de Quito, debido a

que no existen estudios terapéuticos que apliquen Terapia Cognitiva Conductual en una población específica como es una Tribu Urbana Emo de adolescentes. Es debido a la especificidad del tema de la tesis presente, que la vuelve muy útil e importante, pues aporta a que las personas puedan entender la magnitud de las tendencias sociales actuales. Además, abre una gran puerta para futuras investigaciones sobre el caso, ya que el tema de esta población vulnerable no está siendo estudiado con la seriedad que necesita en la sociedad ecuatoriana actual.

Definición de términos

La definición de términos clave son necesarios para poder tener unidad en los conceptos de cada uno de ellos a lo largo del trabajo. A continuación se detallan los mismos:

Distimia: es un trastorno de estado de ánimo que se caracteriza por un estado deprimido la mayor parte del día durante los dos últimos años. En niños y adolescentes el estado de ánimo se presenta más irritable, mal humorados y deprimidos durante un año (AmericanPsychiatryAssociation, 2000).

Tribus Urbanas: “grupos de jóvenes entre los 12 y los 30 años, que comparten una estética, valores, en ocasiones una ideología y en otras son sólo fruto de un proceso de mediatización musical o publicitaria” (Belmonte Grey, 2010; Auletta, 2008).

Emos: es una agrupación de jóvenes que “se basan en la exaltación de los sentimientos y en un elevado sentido estético” (Auletta, 2008).

Automutilación: es un acto compulsivo con deseo de hacerse daño, pero sin la intención de suicidio (Vizcarra et al, 2009).

Presunciones del autor del estudio

La presunción del estudio de caso por parte del investigador fue que a partir de la aplicación de la terapia cognitivo – conductual, la paciente tendrá una disminución de sus síntomas distímicos, podrá tener mejor adaptación en sus relaciones interpersonales, principalmente en su núcleo familiar y podrá encontrar una mayor congruencia entre lo que ella quiere ser y lo que es.

En relación al estudio, se presume que la paciente asistió a terapia voluntariamente por desear encontrar una solución a los problemas de su vida y para ello, revelaba la verdad sobre lo que ella pensaba y sentía en relación a diferentes aspectos de su vida. Además, se presume que esta investigación podrá aportar a diferentes estudios sobre pacientes pertenecientes a la Tribu Urbana Emo que presenten rasgos depresivos y mediante esto, lograr realizar mayores aportes a cómo trabajar con la terapia cognitiva – conductual y jóvenes Emo.

A continuación se expone la Revisión de Literatura que explica detalladamente la terapia aplicada en este proceso, la misma que se encuentra sub – dividida. Seguido, se encuentra la ilustración de la metodología de investigación aplicada, el análisis de datos encontrados, las conclusiones y discusión.

Capítulo 2. Revisión de la literatura

Géneros de literatura incluidos en la revisión

Fuentes.

La información para la revisión literaria del trabajo, provendrá principalmente de revistas indexadas o *journals* de psicología, medicina, psiquiatría y tribus urbanas.

Asimismo, se utilizará libros relacionados a terapia cognitivo – conductual aplicada al desorden distímico.

Pasos en el proceso de revisión de la literatura

La revisión de literatura inició a partir de relatos de Isabel en terapia y de la conceptualización que se hizo a lo largo de las sesiones terapéuticas. Se comenzó a investigar sobre terapia cognitivo – conductual, Tribus Urbanas Emos, auto – mutilación, distimia y sobre la terapia cognitivo – conductual aplicada en casos de depresión. La fuente principal de búsqueda de información fueron *journals* en Internet de bases de datos especializadas en temas de psicología, tribus urbanas y en libros de autores creadores e investigadores de la terapia cognitiva y cognitiva – conductual aplicada en casos de depresión. Los libros y bases de datos electrónicas fueron encontrados principalmente en la Biblioteca de la Universidad San Francisco de Quito.

Formato de la revisión de la literatura

El diseño de la revisión literaria se lo organizó en temas. El primero a explorar es la terapia cognitiva, seguido por la adolescencia, Tribus Urbanas Emos, automutilación y depresión. En base a esto, se conceptualizó al paciente y se planificó el tratamiento.

Terapia Cognitiva Conductual.

El presente estudio de caso se conceptualiza en base al Modelo Cognitivo Conductual desarrollado por Beck, con el cual se comprobará la hipótesis planteada y medirá los efectos en reducción de síntomas en base a la terapia aplicada.

Antecedentes.

La Psicoterapia Cognitiva es la más joven de las grandes corrientes psicoterapéuticas (Kirszman, 2004) pues es en la década de los 60 y 70 cuando aparece la terapia cognitiva como un “puente entre el conductismo y el psicoanálisis, siendo la palabra cognición la protagonista del cambio” (Baringoltz, 2002). Se conoce que para 1960 Aaron Beck, el autor moderno de esta corriente, basando su investigación en experimentos y estudios empíricos sobre la depresión, desarrolla la Terapia Cognitiva conocida actualmente también como Terapia Cognitiva Conductual (Beck, 2011; Beck 1995; Hollon, Thase, & Markowitz, 2002; Ruiz & Cano, 2010). Esta terapia se enfoca en la solución de problemas modificando pensamientos y conductas disfuncionales, a través de un tratamiento colaborativo, estructurado, de corta duración y orientado hacia el presente (Beck, 2011; Beck 1995).

Desde su creación, la práctica de la terapia se ha ido adaptando a diferentes tipos de poblaciones y patologías, pero su esencia teórica sigue siendo la misma (Beck 2011; Beck 1995). Actualmente, es quizás una de las terapias mejor establecidas empíricamente (Hollon, Thase, & Markowitz, 2002). Estudios evidencian que es efectiva para todo tipo de antecedentes, edades, estratos económicos y niveles de educación (Beck, 1995).

Un estudio de meta-análisis realizado por Ward et al en Londres en el 2000, en busca de conocer el mejor tratamiento para la depresión, compara la eficacia clínica de la

asistencia médica general con dos tipos de terapias psicológicas, Terapia Cognitiva Conductual o consejería. Este estudio fue realizado con un diseño prospectivo, aleatorizado, controlado y también mediante la preferencia de asignación de los pacientes sobre qué tipo de terapia utilizar. La muestra fue de 464 a 627 pacientes que presentaban depresión o ansiedad mixta y depresión. Las intervenciones utilizadas fueron la asistencia médica general o 12 sesiones de consejería o Terapia Cognitiva Conductual. El estudio fue medido a través del Inventario de Depresión de Beck, síntomas psiquiátricos, el funcionamiento social, y la satisfacción con el tratamiento. Los resultados obtenidos fueron que todos los grupos mejoraron significativamente con el tiempo, pero principalmente los grupos asignados a Terapia Cognitiva Conductual o consejería, en base a resultados obtenidos con el Inventario de Beck a los cuatro y doce meses de tratamiento, tuvieron resultados satisfactorios en relación a la asistencia médica.

Otro estudio realizado por Harrington et al (1998), con el objetivo de determinar si la Terapia Cognitivo Conductual es un tratamiento efectivo para la infancia y adolescencia con trastorno depresivo, diseñó mediante una revisión sistemática de seis ensayos aleatorios la comparación de la eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual con intervenciones inactivas aplicada en sujetos de 8 a 19 años con depresión. Debido a que fue una revisión sistemática literaria de diferentes estudios sobre Terapia Cognitiva Conductual en adolescentes con depresión, el estudio no indica una muestra específica. Para valorar si el tratamiento era efectivo, usaban como medida que haya remisión del trastorno depresivo. Los resultados encontrados fueron que la Terapia Cognitiva Conductual tiene resultados satisfactorios en esta población siempre y cuando se trate depresión con severidad moderada. No obstante, Harrington et al (1998) mencionan que debido a que la mayoría de casos estudiados eran de calidad leve y moderada de depresión

y también por haber sido pequeño el número de ensayos disponibles para este análisis, recomiendan se investigue ensayos con estudios más generales para poder determinar si los resultados tienen un beneficio significativo al momento de tratar a ésta población determinada.

Modelo Cognitivo.

El modelo de Beck, establece que emociones y comportamientos son influenciadas por la percepción que tenga la persona del evento que vive (Beck, 1995; Hollon, Thase, & Markowitz, 2002). Por tanto, lo que siente la persona es determinado por lo que cognitivamente construye sobre la situación (Beck, 1995). La construcción cognitiva de una situación está mediada por creencias centrales e intermedias que influyen directamente en los pensamientos automáticos que una persona genera sobre una situación, formando en ella una emocionalidad (Beck, 1995).

La Terapia Cognitiva basa su modelo en la premisa de que las emociones, comportamientos y fisiología de las personas están influenciadas por la forma en cómo perciben el mundo, es decir, el evento no determina lo que sienten ni cómo actúan, sino es la percepción sobre este lo que las define (Beck, 2011; Beck, 1995; Beck, Emery, Rush & Shaw, 1979). A raíz de la percepción y la experiencia, se sintetizan los estímulos internos y externos que tiene una persona, dando lugar a las cogniciones (Beck, 1995; Beck, Emery, Rush & Shaw, 1979).

Por lo tanto, se puede decir que frente a un evento determinado un individuo forma pensamientos automáticos, los que al mismo tiempo llevan a la producción de una reacción emocional, fisiológica y comportamental, los cuales están mediados por esquemas de interpretación (creencias) ya existentes en la persona (Ruiz & Cano, 2010; Beck, 1979).

Los *esquemas de interpretación* o *esquemas cognitivos* son organizaciones conscientes de significados personales referentes a uno mismo, situaciones, personas y cosas, que suelen ignorar información que contradiga su contenido (Ruiz & Cano, 2010; Riso, 2009). Es por esto que pueden estar presentes en la vida de una persona de manera flexible o rígida, determinando la forma de procesamiento de información del individuo (Riso, 2009). En líneas generales, los esquemas están “establecidos en la llamada memoria a largo plazo, tanto de forma semántica-proposicional como de manera episódica mediante escenas de guiones” (Ruiz & Cano). Los esquemas son el núcleo de las distorsiones cognitivas y contiene las creencias y supuestos personales. Al estar los esquemas relacionados con las distorsiones cognitivas, se encuentran también formando parte de la creación de problemas emocionales, conductuales y relacionales. Es la comprensión del efecto de éstas, su detección y la modificación de las mismas lo que constituye la Terapia Cognitiva propuesta por Beck (Ruiz & Cano).

Los esquemas de interpretación son conocidos como la estructura cognitiva que tiene la mente, es como un mapa de guía que permite a la persona dependiendo de la situación que viva, poder reaccionar frente a ésta en base a información anteriormente almacenada (Beck, 1995). Por lo tanto, los esquemas son la estructura que clasifica la información que recibe, mientras que las creencias centrales, intermedias y pensamientos automáticos son la información recibida y organizada (Beck, 1995). Las cuales son el resultado directo de la relación realidad – esquemas, lo que percibimos de la realidad y lo filtramos como cierto (Beck, 1995). “Los esquemas son la base de las diferencias psicológicas entre las personas, así como de las semejanzas de la persona consigo misma” (Semerari, 2002).

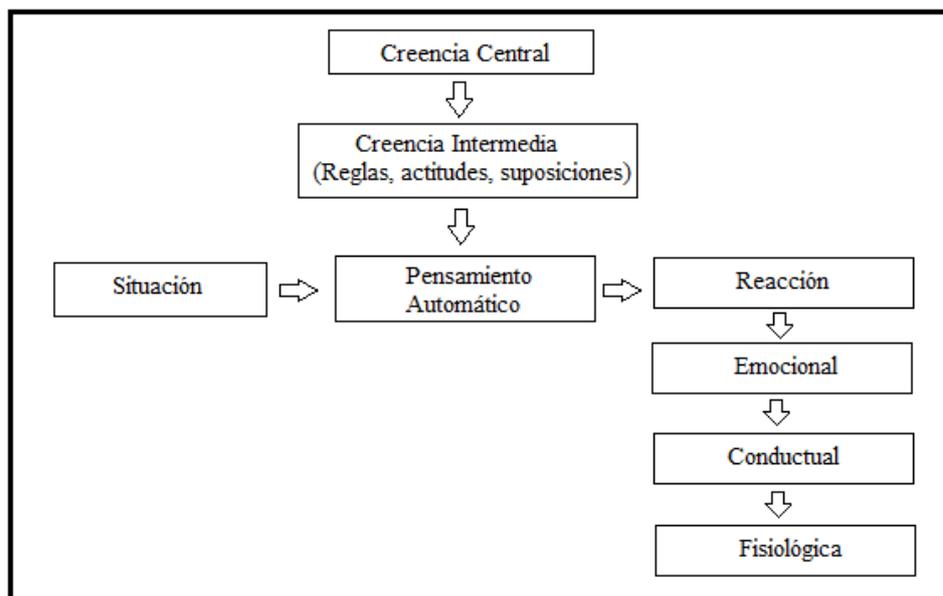


Figura 1. Modelo Cognitivo de Beck

Creencias Centrales

Las *creencias centrales* que forman parte de los esquemas, son definiciones, evaluaciones o interpretaciones que desde temprana edad uno genera sobre uno mismo, las personas y el mundo en general (Sergio & Vaintrube; Beck, 2011). Por tanto, son el nivel más profundo del pensamiento y suelen ser rígidas, globales y absolutas (Beck, 2011). Usualmente las personas no las articulan ni las ponen en evaluación, las consideran como verdades incondicionales (Beck, 2011). Tienden a activarse cuando se encuentran en una situación relacionada, generando una forma selectiva de percibir la información y escogiendo únicamente la que confirme su creencia y dejando de lado la que la contradiga (Beck, 1995). Cuando se genera una situación de estrés emocional, el paciente puede generar creencias relacionados con desamparo e incapacidad de ser amado. Las creencias de desamparo son “nunca voy a poder hacerlo por mí mismo”, “sin ayuda, soy nada”, “no soy normal”. Mientras que las creencias de incapacidad de sentirse amado son “nadie me

va a querer como soy”, “el mundo me detesta”, “soy aborrecido por todos” (Beck, 2011). A partir de las creencias centrales, es decir del contenido de los esquemas cognitivos, nacen varias distorsiones en la manera de procesar la información de varias personas. Es por esto, que se conoce que trabajar sobre estas creencias y modificarlas, produce un cambio más duradero en las personas, debido a que trabajas sobre la base que fundamenta la mayoría de sus pensamientos, emociones y conductas (Beck, 2011).

Creencias Intermedias

Las *creencias intermedias* que son influenciadas por las creencias centrales, se encuentran en un plano menos profundo del pensamiento, actuando como una defensa que cubre el nivel menos consciente en la mente, como son las creencias centrales. (Beck, 2011). Estas creencias influyen la percepción de las personas sobre uno mismo, el mundo y el futuro (Beck, 1995; Beck, 2011). Se encuentran subdivididas en tres categorías. La primera clasificación se la conoce como, actitudes las cuales tienen la tendencia a calificar o evaluar las situaciones vividas, como por ejemplo “es triste ser abandonado” o “es hermoso cuando me aceptan” (Riso, 2006); la segunda son reglas las cuales son medidas que las personas se autoimponen como por ejemplo “tengo que ser el mejor de mi clase”, y el tercero son los supuestos que son estrategias compensatorias y además conjeturas que hacen referencia a la regla, como por ejemplo “si lo hago cien veces, por fin podré hacerlo bien” (Riso, 2006). Éstas creencias suelen no ser expresadas verbalmente y se crean en busca de dar un sentido adaptativo al ambiente en el que se desarrollan (Beck, 2011).

Las *creencias intermedias* no son tan fácilmente modificables como son los pensamientos automáticos, pero sí son más maleables que las *creencias centrales*. Para ayudar al paciente modificar sus *creencias intermedias y centrales*, se debe primero

identificarlas. Esto se puede reconocer a través de cuestionamiento socrático, tomando en cuenta si creencias son expresadas como pensamientos automáticos y buscar si existen temas en común entre ellos o proporcionando al paciente la primera parte de un supuesto. A partir de la identificación, se valora cuál creencia debe ser modificada por generar mayor disfuncionalidad en el paciente y además se pregunta al paciente cuánto cree en una creencia puntuándola del 0 al 100. A partir de esto, se inicia la concientización de la creencia, el valorar, la utilidad y validez de la misma, se analiza qué ventajas y desventajas trae el tener éstas creencias y a partir de esto poder generar nuevas. Una vez que para el paciente, una creencia se encuentre en una puntuación igual o menor a 30 y su conducta disfuncional ha cambiado, se considera que la creencia está lo suficientemente atenuada y se puede dejar de trabajar sobre ésta (Beck, 1995; Beck, 2011).

Pensamientos automáticos

Los *pensamientos automáticos* se encuentran en el plano más superficial de la cognición, influenciados por las creencias centrales e intermedias (Beck, 2011). “Son nuestra charla interna o auto - diálogo interno con nosotros mismos, a nivel mental, expresados como pensamientos o imágenes” (Baringoltz, 2002). Espontáneamente pasan por la mente de una persona e influyen rápidamente la percepción sobre una situación vivida, generando prontamente una emoción, conducta o una reacción fisiológica en el cuerpo (Beck, 2011). Al ser pensamientos rápidos, usualmente no entran al campo de conciencia ni de evaluación, haciendo que sean asumidos como verdades absolutas (Beck, 2011; Beck, 1995). Las personas generalmente reconocen con mayor facilidad las emociones que generan estos pensamientos, pero no reconocen su origen.

Los pensamientos automáticos se generan de forma automática, es decir, no se encuentran sujetos a un análisis racional en nuestra mente (Figuroa, 2002). Por lo cual, no son fruto de pensamientos reflexivos y podrían llamárselos como "reacciones espontáneas" ante determinadas situaciones donde aparecen fuertes sentimientos (Baringoltz, 2002). Por esto se dice que las emociones suelen ser confundidas fácilmente como pensamientos automáticos, haciéndolas difíciles de identificar.

En terapia se busca enseñar al paciente el identificar sus pensamientos automáticos, principalmente los que son disfuncionales, como los que distorsionan la realidad, los que perturban emocionalmente y/o los que interfieren con la capacidad del paciente de alcanzar sus metas. La principal herramienta utilizada en la terapia cognitiva es la técnica verbal, la cual consiste en a través de cuestionamiento socrático ayudar a que el paciente concientice sus pensamientos y además encuentre el significado de éstos. A partir de la identificación, se busca evaluar la validez y la utilidad de los mismos en la vida del paciente (Beck, 1995).

Para la identificación de pensamientos automáticos, se puede buscar evocar los pensamientos que surgieron en situaciones perturbadoras vividas por el paciente. Para esto se puede usar imaginación o role – play o tan solo trabajar sobre los pensamientos automáticos que surgen durante terapia. Es importante poder identificar momentos de alta emocionalidad en el paciente para trabajar en los pensamientos que surgen en esos instantes en el paciente. Pues así el paciente comienza a entender que cuando emergen emociones perturbadoras al mismo tiempo se encuentran generando cantidad de pensamientos automáticos y el valorarlos ayuda a entender el porqué de sus reacciones emocionales, comportamentales y fisiológicas. Al reconocer el origen de los pensamientos,

es más fácil poder detectarlos y además ayuda a generar un cambio de raíz permitiendo que sea duradero en las diferentes áreas de la vida del paciente (Beck, 1979; Beck, 1995).

Una vez detectados e identificados se puede valorar la intensidad de los pensamientos y de las emociones y valorar si éstas están generando en la persona adaptación o por el contrario están generando en la persona disfuncionalidad (Beck J. , 2011). Es por esto que cuando se logra identificar, evaluar y responder a estos pensamientos automáticos, el cambio se puede lograr, ya que también las emociones a su vez tienen un potencial adaptativo innato (Beck, 1995; Greenberg, Elliot, & Pos). Existen tres tipos de pensamientos automáticos negativos: el primero es conocido como verdadero pero que ocasiona en la persona disfuncionalidad en el área emocional; el segundo conocido como acertado pero la conclusión que nacen de estos pensamientos suele ser errónea y el último conocido como distorsionados, ya que existen a pesar de que hay evidencia que los contradiga (Beck, 1995).

Distorsiones cognitivas

Son interpretaciones erróneas sobre uno mismo, el futuro y el mundo (Beck, 2011; Baringoltz, 2002). Es la Terapia Cognitiva la que postula que las creencias personales o esquemas son construidas en base a experiencias tempranas, las mismas que luego influyen en el procesamiento de información y por ende a la creación de distorsiones cognitivas (Baringoltz, 2002). Comúnmente funcionan a nivel "inconsciente" sin que la persona se percate de su papel (Riso, 2009). Dependiendo de su intensidad y frecuencia pueden generar patología o malestar psicológico (Beck, 2011). Riso (2009) indica que las distorsiones cognitivas son conclusiones sobre - generalizadas, ya que éstas hacen que de un

evento aislado la persona saque conclusiones globales, contribuyendo a que la realidad se vea alterada y patrones disfuncionales se mantengan.

Conocer cómo trabajan las distorsiones cognitivas en una persona, permiten al terapeuta medir la validez y utilidad de los pensamientos automáticos y a partir de este entendimiento, generar junto al paciente una manera más adaptativa de procesar la información (Beck, 1995).

Al momento se han distinguido doce distorsiones cognitivas, que listamos a continuación:

- Abstracción selectiva: es seleccionar únicamente lo negativo de una situación. Por ejemplo: “Dicen que la fiesta estuvo buena, pero yo creo que la música estuvo mala”.
- Personalización: es atribuir a la vida de uno, una situación ajena. Por ejemplo: “Lo que a ella le sucedió, estoy segura que me va a pasar a mi también”.
- Sobre – generalización: es sacar conclusiones generales de un evento único. Por ejemplo: “Nunca más podré hablar con alguien normalmente”
- Pensamiento polarizado: es clasificar las cosas en categorías opuestas, es como pensar que es blanco o negro. Por ejemplo “Antes era un triunfador. Ahora soy un fracasado”.
- Culpabilidad: es atribuirse la culpa de lo que sucede mal. Por ejemplo: “Lo siento, sé que el proyecto salió mal por mi culpa”.

- Pensamiento catastrófico: es anticiparse a los hechos pensando que solo cosas malas pasarán. Por ejemplo: “Nos van a robar, no salgamos”.
- Etiquetamiento: es estereotipar a personas o a uno mismo bajo una categoría específica. Por ejemplo “Soy un fracaso, soy inútil, no soy buena para socializar”.
- Interpretación del pensamiento: es dar sin fundamentos, posibles sentimientos e intenciones de otras personas hacia uno mismo. “Sé que a usted yo no le caigo y por eso me quiere hacer daño”.
- Falacia de Control: es pensar que uno tiene el control sobre todo o por el contrario sentirse impotente. Por ejemplo: “Siempre me va a pasar lo mismo y no puedo hacer nada”.
- Falacia de justicia: es valorar que todo lo que pasa es injusto. Por ejemplo: “Todo lo que me ha pasado últimamente es injusto”.
- Deberías: es establecer reglas determinantes sobre cómo uno cree que deberían suceder las cosas. Por ejemplo “Tuve buena calificación, deberían todos felicitarme”.
- Falacia de Cambio: es pensar que el bienestar de uno depende del cambio de otros. Por ejemplo: “Si cambias tu estilo de vida, por fin voy a estar bien” (Baringoltz, 2002; Ruiz Sanchez & Imbernon Gonzales, 1996).

Es importante señalar que es la terapia cognitiva, la que postula que a través de un tratamiento sicoterapéutico que aplique las debidas herramientas, podrán modificar las

distorsiones cognitivas o errores de pensamiento y llevarlas hacia un funcionamiento más adaptativo o acorde con la realidad de cada persona (Beck, 1995).

Depresión - Distimia.

Los Trastornos de Estado de Ánimo son algunos de los más comunes y debilitantes trastornos psiquiátricos (Hollon, Thase, & Markowitz, 2002). Dentro de éstos desórdenes, el más común es la depresión, la cual es la causa número uno de discapacidad en la población mundial, incluyendo a niños y adolescentes (Murray y López, 1997 citado en Hollon, Thase, & Markowitz, 2002; Harrington et al, 1998) La mayoría de desórdenes de Estado de Ánimo se organizan en dos grandes divisiones, trastornos unipolares y trastornos bipolares. Dentro de los trastornos unipolares se encuentra la depresión, la cual tiene tres subdivisiones: desorden de depresión mayor, distimia y desorden de depresión NOS (*Non Otherwise specified*). La Depresión Mayor puede ser de episodio único o recurrente y de severidad leve, moderada o grave. La Distimia es un tipo de Depresión Mayor pero se da de manera leve y es crónica, no es episódica. Crónica quiere decir que se ha encontrado la mayor parte del tiempo en la vida de una persona (Real Academia de la Lengua, 2010). Para ser diagnosticada en niños y adolescentes deben los síntomas estar presentes por un año y los intervalos libres de síntomas no son superiores a 2 meses. Sólo se puede realizar el diagnóstico de trastorno distímico si no ha habido episodios depresivos mayores antes de aparecer los síntomas distímicos (American Psychiatry Association, 2000). Depresión NOS es un tipo de depresión que cumple con criterios de depresión pero no con todos los necesarios para ser diagnosticada y hasta puede contener criterios que no han sido identificados por la Asociación Americana de Psicología.

Causas

Las causas del desarrollo de un trastorno distímico son desconocidas. Se cree que podría deberse a factores biológicos vinculados a desregulaciones neuroquímicas, que podría ser de la serotonina, la encargada de regular las emociones de una persona, así como reducción de actividad de regiones del cerebro, especialmente cortex pre frontal (McCoy, 2011; Baringoltz, 2002). Sin embargo, existen factores de riesgo que pueden volver a una persona vulnerable a generarlo. Como por ejemplo, un factor es ser mujer, debido a los cambios que experimentan con las distintas fases del ciclo menstrual. Viven cambios emocionales, físicos y comportamentales asociados a eventos como el síndrome premenstrual, puerperio, embarazo y la menopausia (National Institute of Mental Health, 2001). Otros factores de riesgo son tener antecedentes familiares de depresión mayor o distimia o tener una enfermedad mental o física crónica (McCoy, 2011). Desde otro punto de vista, el modelo de Barlow plantea otra perspectiva sobre la causa de la distimia. Este modelo indica que un desorden emocional es el resultado de experimentar de manera inapropiada una emoción. Es decir, al vivir una situación determinada que genera específicas emociones alrededor de ella, si la persona al revivirla siente que no puede controlar sus emociones y que siempre volverá a sentir lo mismo, comienza a generar un desorden emocional, en este caso la distimia. (Rachman, 1991).

Prevalencia

Se conoce que la depresión afecta a un 20% de la población femenina y a un 10% de la población masculina (Hollon, Thase, & Markowitz, 2002). Mientras que el desorden distímico, afecta a un 5% de la población general (Aragónes et al, 2001). Este tipo de trastornos pueden ser crónicos generando disfunción en la vida de las personas, pero se

conoce que hasta incluso los mínimos síntomas están asociados con un mayor riesgo de experimentar episodios posteriores y vivir un deterioro funcional importante (Judd et al, 1998 citado en Hollon, Thase, & Markowitz, 2002) Una de las principales preocupaciones de la existencia de depresión en una persona, es el suicidio. Ya que se conoce que el 50% de personas específicamente con depresión, lo comete sin importar la edad que tengan (DeRubeis, Siegle, & Hollon, 2008; Hollon, Thase, & Markowitz, 2002).

Desarrollo

A pesar del alto impacto que tiene la distimia en la población es escaso el conocimiento detallado que tiene la sociedad sobre ésta. Mas, es el elevado grado de incapacidad y repercusión funcional que generan los trastornos depresivos, la razón de la importancia clínica que se le otorga (Aragónes et al, 2001). Es transcendental conocer qué síntomas tiene una persona con distimia para poder diferenciarla de una tristeza situacional. La distimia suele involucrar afecto negativo como tristeza y pérdida generalizada de interés por las cosas que antes solía disfrutar. Es acompañada a menudo por un profundo sentido de creencias pesimistas, incluyendo pensamientos suicidas y creencias negativas acerca del yo. Otros síntomas que generalmente se encuentran en una persona con distimia, es tener menos energía que de costumbre, suelen involucrarse en menos actividades, se retraen, prefiriendo estar solos y pasan mucho tiempo en cama, disminuyen el volumen de su voz, pasan sentados solos y silenciosos, se sienten incapaces de actuar y de tomar decisiones, y se vuelven menos productivos. Llegando con éstas conductas a dar la impresión de una persona “vacía”, que se “ha dado por vencida”. En niños y adolescentes se puede identificar síntomas como irritabilidad o ira excesiva (American Psychiatry Association, 2000). Existen asimismo síntomas a menudo

vegetativos, como dificultad para dormir, pérdida de apetito y pérdida de interés en el sexo (Seligman, 1981; Hollon, Thase, & Markowitz, 2002).

El término depresión abarca una variedad de condiciones que difieren en gravedad y en curso. Las depresiones pueden variar en severidad, la cual puede ir desde leves trastornos del estado de ánimo normal a trastornos de intensidad psicótica. Si bien a menudo la depresión es episódica y suele ser resuelta por sí sola, la mayoría de los individuos afectados experimentan múltiples episodios o malestar residual, y algunas depresiones duran años (Hollon, Thase, & Markowitz, 2002). Klein et al (2000, citado en Hollon, Thase, & Markowitz, 2002) sostuvo que las depresiones leves eran crónicas, mientras que las depresiones más severas eran episódicas, pero la relación entre la gravedad y el curso de tiempo es más compleja. Por ejemplo, estudios recientes indican que las personas con depresión crónica leve, es decir con distimia, tienen un mayor riesgo de experimentar episodios de depresión severa (Hollon, Thase, & Markowitz, 2002).

Se conoce que tres – cuartos de la población mundial que cumple con el criterio diagnóstico de depresión, en algún punto de su vida podrá desarrollar otro desorden psiquiátrico, como trastorno de ansiedad, desorden por abuso de sustancias o trastorno por control de impulsos (DeRubeis, Siegle, & Hollon, 2008). Dada la naturaleza recurrente del trastorno, es importante no sólo tratar el episodio agudo, sino trabajar con el objetivo de volver al paciente recursivo para ayudar a que pueda protegerse de un retorno y de un posible inicio de episodios posteriores (Hollon, Thase, & Markowitz, 2002)

Terapia Cognitiva Conductual y Depresión

Las terapias cognitivas y del comportamiento constituyen un conjunto diverso de intervenciones, las cuales basan su premisa sobre los trastornos del estado de ánimo en que son causadas o exacerbadas por creencias y conductas aprendidas. A partir de esto, indican que sus intervenciones se basan en principios de aprendizaje pudiendo con esto prevenir o tratar esos trastornos. En lo que a intervenciones de carácter cognitivo respecta, destacan el papel que juega en la vida de una persona las creencias aberrantes y las estrategias de procesamiento de información des - adaptativas. Mientras que enfoques orientados a lo conductual, se centran en contingencias externas y el objetivo en la terapia está en la formación de conductas específicas. Sin embargo, en la actual práctica psicológica se utiliza una mezcla de los dos tipos de intervenciones, generando una conjugación de éstas en la terapia (Hollon, Thase, & Markowitz, 2002).

La Terapia Cognitiva Conductual (TCC) ha sido una de las más investigadas en los últimos cuarenta años. Especialmente se ha estudiado la Terapia Cognitiva Conductual aplicada al desorden depresivo la cual es empleada para el desorden distímico de la misma manera como para el desorden de depresión mayor, aunque cabe indicar que debido a que la distimia es un desorden crónico, el trabajo requiere mayor tiempo de tratamiento para lograr realizar los cambios necesarios en creencias que han estado tan arraigadas a lo largo de la vida del paciente (Beck, 2001; Beck, 2001; Hollon, Thase, & Markowitz, 2002).

Beck inicia sus estudios sobre esta temática, al observar que pacientes con depresión tenían similares patrones de pensamiento relacionados a desesperanza, pesimismo y auto crítica. Los mismos que tenían relación directa con sintomatología de depresión (Scott, 2001). El tratamiento cognitivo conductual, parte de las premisas

establecidas por la terapia cognitiva. La cual plantea que las cogniciones son las determinantes principales de las emociones, comportamientos y respuestas fisiológicas (Scott, 2001). Por tanto, se fundamenta en el indicio de que las creencias erróneas y procesamiento de información des – adaptativa desempeñan un papel causal en la depresión (DeRubeis, Siegle, & Hollon, 2008; Hollon, Thase, & Markowitz, 2002). Razón por la que cuando el pensamiento des – adaptativo es corregido, tanto angustia aguda y el riesgo de retorno de síntomas, reducirá (DeRubeis, Siegle, & Hollon, 2008).

Las personas deprimidas tienen un patrón excesivo de creencias negativas y sufren por mal utilizar estrategias que ayudan a adaptarse al procesamiento de información. Es por esto, que la terapia cognitiva busca enseñar a identificar creencias aberrantes y tendencias de procesamiento y probar sistemáticamente la exactitud de sus creencias e inclinaciones (Hollon, Thase, & Markowitz, 2002). Logrando con esto que el paciente pueda por sí solo identificar pensamientos e imágenes que acompañan y preceden a la experiencia de emociones perturbadoras, buscando que el paciente logre distanciarse de las creencias incrustadas, inducidos por estos pensamientos e imágenes y así poder identificar patrones en el contenido de éstos y generar entendimiento y mejor adaptación (Hollon, Thase, & Markowitz, 2002; DeRubeis, Siegle, & Hollon, 2008).

En gran parte la terapia enfatiza teorías cognitivas en su tratamiento, pero a la vez hace el uso frecuente de intervenciones sobre el comportamiento, para así ayudar a estructurar la vida de los pacientes y en particular para poner a prueba sus creencias (Hollon, Thase, & Markowitz, 2002). Por ejemplo, una de las estrategias utilizadas que incorporan las dos tendencias de intervención, cognitiva y conductual, es el programar conjuntamente con el paciente actividades que lo ayuden a aumentar el disfrute o para

proveer a la persona la sensación de dominio. Mas, esta actividad está siempre en busca subyacente de que el paciente teste sus creencias. A partir de esto, se los alienta a predecir lo que va a pasar y luego recoger datos o realizar experimentos que explícitamente prueben sus predicciones. Usualmente, pacientes deprimidos encuentran que son excesivamente pesimistas en su estimación de la probabilidad de éxito e innecesariamente negativos en su estimación de sus propias capacidades (Hollon, Thase, & Markowitz, 2002).

Es importante recalcar, que la evaluación de pensamientos se realiza con el deseo de desarrollar cogniciones realistas, mas no optimistas. El objetivo no es conseguir "pensamientos felices", sino poder ser más exactos en las autoevaluaciones y las percepciones del mundo y del futuro (Beck, 1995; Hollon, Thase, & Markowitz, 2002). El tiempo que se emplea en enseñar a los pacientes cómo evaluar la exactitud de sus propias creencias, es para que los pacientes aprendan a utilizar estas herramientas por sí mismos, de modo que puedan utilizarlas después de descontinuada la terapia (Beck, 1995; Hollon, Thase, & Markowitz, 2002).

Hasta el momento, se tiene evidencia de que la Terapia Cognitiva Conductual ha sido el mejor tratamiento para trabajar con trastornos depresivos, pues ayuda a los pacientes a evaluar el patrón de pensamientos negativos que tienen y los ayuda a entender el porqué de su depresión (Beck M. , 2011). En un estudio realizado por DeRubeis et al en el 2005, se buscó comprobar qué tipo de tratamiento era más eficaz para tratar depresión moderada a severa. Hubo una muestra de 240 personas entre edades de 18 a 70 años, con depresión moderada a severa, que fueron aleatoriamente asignadas a ser tratadas con terapia cognitiva (60), administración de antidepresivos (120) y una población controlada con placebo (60). En la primera fase del experimento, se pudo notar que a corto plazo

(primeras ocho semanas) la administración de medicamento antidepresivo y la terapia cognitiva obtuvieron resultados similares y satisfactorios en comparación con el placebo; fue cuando el placebo dejó de ser administrado y salió del experimento. En la segunda fase (16 semanas) se obtuvo menos recaída en pacientes que recibieron terapia cognitiva que los que recibieron fármacos antidepresivos, pero recalcan en el experimento que los resultados exitosos de una terapia cognitiva dependen de la experiencia y conocimientos del terapeuta (DeRubeis et al, 2005). Quedando con esta investigación y otros estudios demostrado que la Terapia Cognitiva tiene la misma efectividad que medicamentos antidepresivos en el tratamiento de depresión. Asimismo, se ha comprobado que los efectos de la terapia ayuda a la prevención de recaídas y recurrencia no solo hasta el término de la misma, sino hasta mucho después de discontinuado el tratamiento (DeRubeis, Siegle, & Hollon, 2008; DeRubeis, 2005; Hollon, Thase, & Markowitz, 2002).

A pesar de la disponibilidad de intervenciones eficaces, investigaciones de manera consistente documentan que más del 75% de los individuos deprimidos reciben ningún tipo de tratamiento específico o reciben un cuidado inapropiado (Young et al 2001 citado en Hollon, Thase, & Markowitz, 2002). Tratamiento insuficiente de los trastornos del estado de ánimo puede ser consecuencia del estigma social, la falta de reconocimiento por parte de los proveedores de cuidado de salud, o la incapacidad de apreciar los beneficios potenciales del tratamiento (Hollon, Thase, & Markowitz, 2002).

Si no se tratan los trastornos del estado de ánimo tienen profundas consecuencias. Su impacto en la calidad de vida y la productividad económica quedan realmente afectados. Ya que se generan enfermedades del corazón y superan las cargas asociadas a úlcera péptica, artritis, hipertensión o diabetes (Hollon, Thase, & Markowitz, 2002). El

tratamiento eficaz de los trastornos del estado de ánimo disminuye la utilización de los recursos sanitarios y aumenta la productividad económica (Sclar et al.1994, citado en Hollon, Thase, & Markowitz, 2002). De hecho, el coste directo del tratamiento de los trastornos del estado de ánimo palidece en comparación con los costos asociados a la disminución de la productividad, las bajas por enfermedad y la muerte prematura (EP Greenberg, Stiglin, Finkelstein, & Berndt, 1993 citado en Hollon, Thase, & Markowitz, 2002).

Modelo Cognitivo de la Depresión

Beck es quien a partir de observaciones clínicas sistemáticas e investigaciones experimentales sobre la depresión, postula el modelo cognitivo de la depresión. Este modelo se basa en tres conceptualizaciones para explicar el sustrato psicológico de la depresión: tríada cognitiva, esquemas y errores en el procesamiento de la información (Baringoltz, 2002; Beck et al, 1979).

La tríada cognitiva envuelve tres estándares de la visión idiosincrática de una persona: Visión negativa de sí mismo, se da cuando la persona tiende a subestimarse y se critica atribuyéndose a sí mismo aspectos negativos. Interpretación negativa de experiencias vividas, viendo el mundo lleno de obstáculos insuperables, haciendo sentir a la persona derrotada e insuficiente. Visión negativa acerca del futuro, hace que la persona anticipe que sus sufrimientos y dificultades seguirán indefinidamente (Baringoltz, 2002; Beck et al, 1979).

El segundo componente del modelo, son los esquemas los cuales son conocidos como patrones cognitivos relativamente constantes que determinan el cómo un individuo

estructura distintas experiencias, es decir, cómo la persona entiende una situación basándose en experiencias anteriormente vividas. Pueden ciertos esquemas permanecer sin actividad durante largo tiempo pero volver a activarse en situaciones específicas (Beck et al, 1979). Se conoce que en depresiones más leves, el paciente puede mantener cierta objetividad respecto a sus pensamientos negativos. Mientras que en depresiones más graves, el pensamiento está cada vez más dominado por ideas negativas y repetitivas (Baringoltz, 2002)

El último componente, son los errores en el procesamiento de la información los cuales validan pensamientos negativos a pesar de existir pruebas que demuestran lo contrario (Baringoltz, 2002).

Adolescencia.

La *adolescencia* es una etapa de transición entre la juventud y la madurez, en la cual jóvenes viven riesgos y momentos de estrés desequilibrantes en los cuales adquieren habilidades necesarias para independizarse y alcanzar la vida adulta (Patia, 2000). Existen características que se cree son evolutivamente adaptativas que ayudan al adolescente a superar esta crítica etapa de transición. Por ejemplo, se ha encontrado entre la mayoría de jóvenes, tendencias a emplear mayor tiempo en interactuar con compañeros, en tomar mayores riesgos en su actuar, buscar estímulos nuevos y explorar ávidamente áreas desconocidas (Patia, 2000). En algunos casos, adolescentes asumen el experimentar altos niveles de riesgos de una manera des - adaptativa, comenzando a consumir excesivamente drogas y alcohol o comenzando a ser parte de actividades imprudentes que pueden ser potencialmente una amenaza para ellos mismos o para otros (Patia, 2000).

Asimismo, se conoce que durante la adolescencia hay cambios en las hormonas sexuales, en hombres la testosterona y en mujeres el estrógeno, y a partir de esto se dan cambios sexuales secundarios en los adolescentes (Patia, 2000). Mas, existe poca evidencia de que alteraciones hormonales sean la causa del cambio comportamental en la adolescencia. En su lugar, se conoce que dichos cambios se dan a partir de modificaciones en el cerebro, principalmente en el área del prosencéfalo, implicada en la búsqueda de la novedad y en la modulación del valor motivacional de las drogas y otro refuerzo de estímulos (Patia, 2000).

Interacciones sociales y afiliaciones

Es principalmente en la adolescencia cuando la interacción social, sobre todo con compañeros, es de suma importancia. Usualmente adolescentes emplean la mayor cantidad de tiempo de interacción con personas de su edad, que con adultos. Dichas interacciones ayudan a que puedan desarrollar habilidades sociales fuera del entorno familiar y por lo tanto facilitar la transición hacia la independencia (Larson y Richards, 1994, citado en Patia, 2000). Además, compartir con sus semejantes, es una guía para poder tomar cierto tipo de decisiones, como por ejemplo aprender a elegir el tipo de comida que ingerirán y hasta para tener la oportunidad de practicar y conocer los patrones típicos de conducta para cuando sean adultos (Patia, 2000).

La Búsqueda de Sensaciones y Toma de Riesgos

En adolescentes se ha encontrado que a medida que aumenta su edad, el deseo de buscar nuevas sensaciones y nuevos riesgos aumenta también. Lo cual ayuda a que los jóvenes se impulsen a buscar y explorar fuera de casa, a conocer más allá de la unidad

familiar que siempre han conocido y facilita el abandono de patrones infantiles de conducta. Pero los riesgos que asumen los adolescentes incluyen no sólo el comportamiento imprudente, mala conducta escolar, y los llamados comportamientos antisociales (peleas, robar, allanamiento y daños materiales), sino también el uso de alcohol, cigarrillos y drogas ilícitas (Patia, 2000).

Uso de drogas

Al igual que con otros tipos de conductas de riesgo, se ha visto que es casi normativa en la adolescencia la exploración en el consumo de drogas. Investigaciones realizadas han encontrado que adolescentes que alcanzan su último año en la secundaria, aproximadamente el 50% ha consumido marihuana o hachís, el 65% ha fumado cigarrillos, y el 82% ha bebido alcohol (Johnston, O'Malley, y Bachman, 1998, citado en Patia, 2000). Las consecuencias de dicho uso pueden ser de larga duración. El inicio temprano del consumo de drogas y alcohol es uno de los predictores más fuertes de abuso posterior de alcohol y otras drogas (Grant y Dawson, 1997, citado en Patia, 2000).

Estrés y Adolescencia

Autores de diversas investigaciones sobre adolescencia, evidencian que adolescentes pueden llegar a afectarse por factores de estrés más que los adultos. Aunque la mayoría de los adolescentes atraviesan este período de desarrollo sin grandes problemas psicológicos, la incidencia de la depresión es mayor durante la adolescencia que en edades más jóvenes o mayores (Petersen et al., 1993, citado en Patia, 2000). Adolescentes generalmente pueden responder con mayor efecto negativo a las circunstancias de su entorno que los niños y adultos; incluso cuando se hace referencia a las mismas

actividades, los adolescentes tienden a encontrarlas menos placenteras que los demás (Patia, 2000).

Fisiológicamente, los adolescentes pueden mostrar una mayor capacidad de respuesta al estrés. Exhiben un mayor aumento en la presión arterial y el flujo sanguíneo a través del corazón en respuesta a diversos procedimientos de pruebas de laboratorio que los niños (Allen & Matthews, 1997, citado en Patia 2000). Debido a que se ha comprobado que el estrés contribuye al inicio de consumo de alcohol y drogas, el elevado nivel de respuesta al estrés que tienen los adolescentes, puede a su vez contribuir a que se vuelvan propensos a iniciar el consumo de las mismas y también que inicien otro tipo de conductas (Patia, 2000).

Es por tanto, que los jóvenes deben ser abordados más desde el contexto que desde el texto, más desde su interioridad que desde su exterioridad (Montes, 2009). Atravesar por la adolescencia es una etapa de transición evolutiva necesaria en la vida de cada persona, en la cual se generan grandes cambios y tendencias. Cada generación tiene sus gustos marcados y su manera de expresión que hay que conocerla, entenderla y respetarla, pero no olvidarla. No hay que rotularla, señalarla y condenar toda aquella manifestación desconocida, nueva, ajena a uno. Hay que entender la adolescencia como una etapa de transición y ayudar a que sea abordada por los adolescentes de la mejor manera (Montes, 2009).

Tribus Urbanas.

Las Tribus Urbanas son agrupaciones que se configuran históricamente en los países occidentales tras la Segunda Guerra Mundial (Belmonte Grey, 2010). Las constituyen personas de edades que oscilan entre 12 a 30 años de edad y hasta a adultos de

edades mayores que mantienen la tendencia a la que estuvieron ligados (Belmonte Grey, 2010; Auletta, 2008).

De acuerdo a Bahamondes González (2009) la degeneración de identidades ha abierto camino a la difusión de nuevas formas de asociaciones sociales, cuya meta primordial está en luchar por ser reconocidos por sus diferencias. Por tanto, en la actual era de la globalización, las nuevas tendencias sociales, se esparcen alrededor del mundo en cuestión de segundos. Gracias al desarrollo tecnológico, la comunicación entre un país y otro, depende de un click. Es a través del internet, que se ha sustentado la creación y propagación de tribus urbanas, motivando la interacción tanto virtual como física de jóvenes que se encuentran en todo el mundo buscando un sentido de identidad. Se mantiene todavía la tradicional forma de reunirse cara a cara, pero va tomando acogida las visitas en el denominado ciberespacio (Bahamondes González, 2009). “Chats, fotologs, blogs, mensajes de texto, constituyen un elemento común al momento de caracterizar a las tribus urbanas. La existencia como miembro de una agrupación, se gana <<viviendo internet>>” (Bahamondes González, 2009).

El funcionamiento de las tribus urbanas, se identifica por la compatibilidad en su actuar (Bahamondes González, 2009). Son el resultado de deseos caracterizados por el “fortalecimiento del compañerismo, la lealtad y el afecto al interior de la agrupación (intragrupal), con actos ligados a la discriminación, xenofobia y violencia hacia el entorno (extragrupal)” (Bahamondes González, 2009). Son usualmente también el resultado de la mediatización musical o publicitaria, ayudándoles a sentirse diferentes del resto de la juventud y entregándoles grados significativos de autonomía respecto de las <<instituciones adultas>> (Feixa (2004), citado en Belmonte Grey, 2011).

En medio de una sociedad con propensión a la individualidad, los adolescentes han encontrado en estas agrupaciones, un refugio donde sentirse entendidos y acompañados en su realidad. Unidos por un motivo, tratando de decir a la sociedad en general ¡Aquí estamos!, quieren hacerse sentir y exaltar sus puntos de vista y emocionalidad (Montes, 2009)

Emos.

La agrupación de Emos surge de la evolución de los grupos *punk*, los cuales son una sub - cultura que tienen su base en la sociología norteamericana y a partir de ésta ha sido propagada a diferentes naciones (Baron, 1989). Nacen a partir del fundamento de que una persona de clase social baja se encuentra en desventaja en relación a otras clases sociales, pues reciben una educación de nivel bajo, haciendo que sus oportunidades de trabajo y de tener éxito en la vida sean limitadas. Al sentir que por clases sociales se encuentran restringidos de oportunidades, ésta subcultura comienza a rechazar las metas culturales y los medios legítimos para alcanzarlos. Es por esto, que ellos comienzan a buscar nuevas formas de adaptación social más eficaces que las que ofrecen los medios institucionales. Crean conjuntamente para su grupo, nuevas formas de lograr un estatus grupal y además crean normas y límites para rechazar la ideología dominante (Baron, 1989).

A raíz de esto, la tribu urbana Emo se crea a finales de la década de los ochenta. Iniciaron como una tendencia musical y fueron convirtiéndose en una distinción por su atuendo y ahora afrontan un proceso de ideologización, identificación y justificación propios (López Mayorga, 2008). Hay poca literatura que los describa, pues no se dan a conocer debido al rechazo que han tenido por parte de la sociedad en general (López Mayorga, 2008; Belmonte Grey, 2010).

El nombre de “emos” o “emotivos” se deriva de “*emotional*” en inglés (Auletta, 2008; Belmonte Grey, 2010; López Mayorga, 2008). Vivir como emo implica compartir con un grupo de personas, una manera específica de interpretar la realidad, participar en actividades y tener planteamientos y sentimientos comunes a sus miembros (López Mayorga, 2008). Sus valores se centran en un agudo sentimentalismo (Auletta, 2008). “Aunque valoran la amistad, son introvertidos y manifiestan estados depresivos” (Auletta, 2008). Se identifican con la exaltación de emociones y con un elevado sentido estético (Auletta, 2008).

Los integrantes oscilan entre edades que van desde 13 hasta los 21 años. Se los puede diferenciar por el estilo de su vestimenta. Tanto mujeres como hombres, visten de la misma forma, por lo que la distinción de género no es sustancial, tendiendo así hacia la androginia. Las edades de los emos mayores oscilan entre los 25 y 30 años, pero no comparten por completo la forma de vestir de los más jóvenes (López Mayorga, 2008).

En su mayoría son delgados, usan pantalones entallados y entubados, los cuales se sujetan por un cinturón cuya hebilla se localiza generalmente a un costado de la cadera. Los colores que predominan en su vestimenta son el negro y blanco, pero se permiten detalles contrastantes en colores morado, rojo, rosa y gris (López Mayorga, 2008). Suelen usar el cabello largo y lacio, cubriendo con este una parte del rostro y uno o dos ojos, los cuales generalmente delinear de color negro, a veces con sombras y con el maquillaje fuera de la línea. Se dice que el pelo en los ojos es un acto de protesta para mostrar su inconformidad con el mundo o para no ver cómo este se destruye (López Mayorga, 2008).

López Mayorga (2008) indica que los emos son el resultado de las circunstancias sociales, culturales y económicas. Como por ejemplo, “vínculos familiares débiles, dinámicas sociales de los jóvenes orientadas hacia la búsqueda del afecto que no

encuentran en casa y el acceso restringido a la educación” (López Mayorga, 2008). Es por esto, que intentan hacer una ruptura contra la tradición, la familia y la educación (Montes, 2009). Proponiendo formas diferentes de comunicación. Una comunicación que no es hablada, pero sí expresada a través de su vestimenta (Montes, 2009).

Existe una filosofía Emo que se puede encontrar en distintos lugares de internet como blogs, los cuales son la principal fuente de propagación de información de las tribus urbanas modernas. Según la filosofía emo indican que su exterior tiene mucho que ver con su personalidad, ya que creen que un emo debe ser extremadamente delgado para poder representar la vida que quieren llevar, es decir, una vida deprimente, sin sentido y sufrida (Tribus Urbanas, 2008). Es por esto, que creen que si una persona quiere ser emo deberá ser delgado a cualquier precio, de lo contrario será rechazado por su comunidad. De igual manera, un emo debe vivir en constante depresión debido a que según ellos el mundo es miserable y denigrante. Asimismo, tienen otras reglas de grupo como: los emo no creen en religiones ni en dioses, las parejas sentimentales de un emo deben ser emo también, sus símbolos son calaveras, corazones rotos y estrellas rosadas (Tribus Urbanas, 2008)

Es común que actualmente se asocien con los emos las emociones negativas y las conductas autodestructivas. Esta particularidad a pesar de no ser exclusiva de este movimiento, ha hecho que se los estigmatice como “corta – venas” (López Mayorga, 2008). La autoflagelación o automutilación consiste en cortarse la piel o quemársela (López Mayorga, 2008). Los emos que la practican, describen este acto como una forma de catarsis. Conciben al dolor como una fuente de placer, por lo que la consecuencia de lastimarse físicamente es sentirse aliviados posteriormente (López Mayorga, 2008). “Pero cabe recalcar que auto - flagelarse es una decisión propia, no una regla para ser emo” (López Mayorga, 2008).

Automutilación.

Parecería que la práctica de la autoagresión se da infrecuentemente, sin embargo se ha apreciado en la observación clínica que hay un aumento de esta conducta que adopta múltiples formas de presentación (Nader & Boehme, 2003). La automutilación o autolesión son formas de causarse daño, mas no tiene como objetivo el suicidio (Vizcarra et al, 2009; Nader & Boehme, 2003). Frecuentemente pueden presentarse como: cortes, golpes y/o quemaduras. En menor frecuencia, se encuentra: inserción de objetos bajo la piel, sacarse el cabello, tatuarse en exceso, amputaciones que pueden afectar dedos, mamas e incluso genitales y extremidades, entre otros (Nader & Boehme, 2003). Las heridas son realizadas generalmente en brazos, piernas y abdomen, mediante el uso de hojas y máquinas de afeitar, cuchillos, corrientes e incluso las propias uñas (Nader & Boehme, 2003).

El perfil de una persona que se auto – mutila tiende a ser el de una mujer de clase media, con edad promedio de inicio a los 14 años de edad, con un nivel intelectual sobre el promedio (Nader & Boehme, 2003). Las personas que lo practican, indican que es un acto compulsivo que puede llevarse a cabo para liberar un dolor emocional, como el enojo o ansiedad, para rebelarse contra la autoridad, para desafiar las situaciones de riesgo o para sentir control (Vizcarra et al, 2009; Nader & Boehme, 2003)

Esta conducta se puede dar de manera rutinaria o fortuita. En momentos en que la persona alcanza un estado lleno de emocionalidad, no logra tener tiempo de reflexión y pasa directamente al acto impulsivo, refiriéndose a este como una condición de inevitabilidad por el alivio inmediato que les genera (Nader & Boehme, 2003). Se conoce que las personas que lo practican, reportan que “el poder ver el fuido de la sangre, es parte importante de la automutilación, pues creen que al ver la sangre salir, el dolor está saliendo

también” (Malikow (2006) citado en Evans & Resendez, 2004). Mas, cabe mencionar que esta sensación de bienestar o alivio, es transitoria ya que a continuación aparecen fuertes sentimientos de culpa y vergüenza que inducen a esconder las lesiones y a no referirse a lo ocurrido (Nader & Boehme, 2003)..

Hasta el día de hoy la automutilación no ha sido descrita como una entidad clínica independiente, pero históricamente se la ha encontrado formando parte de una variedad de trastornos, como Trastornos del desarrollo de la infancia, Esquizofrenia y otras psicosis, Trastornos del estado de ánimo, Depresión y Bipolaridad, entre otros (Nader & Boehme, 2003).

Autores de algunos estudios realizados, proponen que la automutilación puede llegar a ser una conducta adictiva. Basan su argumento en los mediadores químicos cerebrales que secreta el cuerpo cuando se da la conducta, principalmente por la liberación de endorfinas que serían las responsables de las sensaciones de alivio que experimentan y además la responsable de la repetición de la conducta (Nader & Boehme, 2003).

En cuestión a factores sociales, se puede decir que las personas que practican este acto, en su generalidad forman parte de hogares en los cuales ha existido maltrato tanto físico como emocional, siendo frecuente la existencia de abuso sexual. Asimismo, es acostumbrado hallar antecedentes de enfermedades mentales y alcoholismo en la familia. Pero cabe recalcar que no se encuentra esta conducta únicamente en familias con factores de riesgo, sino también en las que las reglas son muy estrictas y reprimen la expresión emocional o en familias con padres intrusivos que imposibilitan una apropiada diferenciación y reconocimiento de sentimientos y percepciones personales (Nader & Boehme, 2003).

Por otro lado, en relación a factores psicológicos, las personas que practican la automutilación, muestran una muy baja autoestima con problemas para vincularse e incapacidad para intimar. Su necesidad de aprobación y afecto es insaciable, no toleran escuchar la opinión de otras personas, son inmaduros emocionalmente y son débiles frente a la necesidad de controlar sus impulsos.

Tal como personas alexitímicas, les cuesta distinguir y expresar sus propias emociones, especialmente las negativas, pues creen que merecen vivir sin bienestar. “Les cuesta desarrollar habilidades de autocuidado y al no lograr calmar su propia ansiedad incurren en conductas de autoagresión, a modo de una autoayuda distorsionada” (Nader & Boehme, 2003).

Trastorno Límite de la Personalidad.

En este caso, se han encontrado varios rasgos en la personalidad de Isabel y en la Tribu Urbana Emo analizada, similares al Trastorno Límite de la Personalidad. Es por esto, que a continuación se expondrá los criterios diagnósticos de éste trastorno para que pueda ser contrastado.

Características Diagnósticas

El trastorno de la personalidad limítrofe (TPL), según el Manual Diagnóstico Estadístico IV (DSM – IV - TR), se caracteriza principalmente por representar un patrón general de inestabilidad emocional, en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad (Sjastad, 2012). También, por una notable impulsividad en diversos contextos, que comienza al principio de la edad adulta (AmericanPsychiatryAssociation, 2000).

Las personas con este trastorno, realizan frenéticos esfuerzos para evitar un abandono real o imaginado. El percibir una inminente separación, rechazo o el perder una

estructura externa puede generar profundos cambios en su imagen personal, en su afectividad, cognición y comportamiento. Es por esto, que son muy sensibles a las situaciones ambientales que se suscitan. Generalmente experimentan intensos temores a ser abandonados y una ira inapropiada ante separaciones momentáneas. Pueden llegar a creer que el abandono se debe porque ellos son malos. El temor que tienen a ser abandonados está relacionado con la intolerancia a estar solos y a la necesidad de estar en compañía. Por su deseo de no ser abandonados, pueden llegar a presentar actos impulsivos como auto mutilarse o el suicidio (AmericanPsychiatryAssociation, 2000).

Las personas con el trastorno límite, presentan patrones de relaciones inestables e intensas. Pueden llegar muy rápidamente a idealizar y luego de un momento a devaluar a esa misma persona. También pueden presentar una alteración de la identidad caracterizada por una notable y persistente inestabilidad en la autoimagen, caracterizada por cambios de objetivos, valores y aspiraciones profesionales (AmericanPsychiatryAssociation, 2000). Asimismo, presentan impulsividad en por lo menos dos áreas potencialmente peligrosas para ellos mismos, como gastar dinero irresponsablemente, atracones, abuso de sustancias, involucrarse en prácticas sexuales no seguras o conducir temerariamente (AmericanPsychiatryAssociation, 2000).

Las personas con este trastorno presentan comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes o comportamientos de automutilación. Se ha observado casos de personas con éste trastorno, en los que el suicidio consumado se da en 8 a 10% de ellos y amenazas de realizarlo es muy frecuente, siendo este el motivo principal por el que buscan tratamiento. Además, personas con este desorden pueden presentar inestabilidad afectiva que es debida a una notable reactividad del estado de ánimo, como por ejemplo irritabilidad o ansiedad, que normalmente dura horas y es raro que llegue a persistir días.

Asimismo, pueden estar atormentados por sentimientos crónicos de vacío. Se aburren con facilidad y están buscando siempre algo que hacer. Es frecuente que los sujetos con éste trastorno expresen ira inapropiada e intensa o que tengan problemas en controlarla.

Generalmente esta ira se genera cuando su cuidador o pareja los va a abandonar real o imaginariamente (AmericanPsychiatryAssociation, 2000).

Éste patrón de comportamiento ha sido observado e identificado en diferentes partes del mundo y se ha diagnosticado con preferencia en mujeres en un porcentaje del 75%. Se puede encontrar éstas características principalmente en adolescentes y adultos jóvenes, dando la impresión errónea de tener el trastorno. Es en ésta población que se encuentra problemas de identidad, especialmente cuando se acompaña por consumo de sustancias, mostrando comportamientos caracterizados por la inestabilidad emocional, dilemas existenciales, incertidumbre, ansiedad provocada por decisiones que tomar, conflictos en la orientación sexual, y las presiones sociales contradictorias para elegir una profesión (AmericanPsychiatryAssociation, 2000).

Prevalencia

Se estima que en la población general éste trastorno se ha encontrado en un 2%. En poblaciones clínicas con trastornos de personalidad se sitúa entre el 30 a 60% (AmericanPsychiatryAssociation, 2000).

Curso

No existe un curso estable en este trastorno. El patrón más habitual es de inestabilidad crónica en el principio de la edad adulta, con episodios de grave descontrol afectivo e impulsivo. El deterioro causado por el trastorno y el riesgo de suicidio son mayores en los primeros años de la edad adulta y van desapareciendo gradualmente con la edad (AmericanPsychiatryAssociation, 2000).

Patrón familiar

El trastorno límite es unas cinco veces más frecuente en los familiares de primer grado de quienes tienen el trastorno que en la población general. También hay un riesgo aumentado para los trastornos del estado de ánimo, trastornos por consumo de sustancias y trastorno antisocial de la personalidad (AmericanPsychiatryAssociation, 2000).

Dijke et al en el 2010 investigaron con la finalidad de encontrar si traumas emocionales, sexuales o físicos causados en la niñez por cuidadores primarios pueden ser un factor de riesgo causal de trastorno límite de la personalidad o de desorden somatomorfo. Investigaron en una muestra de 472 personas con estos trastornos y se detectó que es frecuente en este tipo de pacientes haber experimentado un tipo de trauma causado por sus cuidadores primarios o por falta o interrupción de la presencia de los cuidadores en la vida de la persona, haciendo que en ellos exista una exagerada o baja regulación emocional, dependiendo del tipo de trauma vivido en la infancia.

El trastorno límite de la personalidad tradicionalmente ha sido asociado con trastornos del umbral psicótico, pero recientemente se ha encontrado con mayor frecuencia que se asocia con trastornos afectivos. Desórdenes afectivos son comunes entre personas diagnosticadas con el trastorno límite de la personalidad y a la vez altas tasas del trastorno límite se ha encontrado en personas con depresión. Sin embargo, una alta comorbilidad de los trastornos, no es suficiente para determinar que los trastornos afectivos son parte de la condición del trastorno límite de la personalidad (Sjastad et al, 2012). Es por esto que Sjastad et al en Noruega en el 2012, generan un estudio transversal nacional en el cual seleccionan una muestra de 1,043 pacientes psiquiátricos ambulatorios con trastorno de personalidad límite e investigan para conocer la prevalencia que tienen los trastornos afectivos con este desorden y más específicamente para saber la prevalencia de depresión,

distimia o bipolaridad. Éstos pacientes y su prevalencia, fueron comparados con otros desórdenes como paranoide, esquizoide, histriónico, obsesivo – compulsivo, trastorno de la personalidad por evitación, dependiente o no especificado y observaron también la prevalencia de trastornos afectivos en estos. De la investigación realizada, los resultados reflejaron que el trastorno límite de la personalidad tiene una asociación más fuerte con los trastornos afectivos en el espectro bipolar que los trastornos en el espectro unipolar. Esta asociación puede reflejar una relación causal o criterios de superposición para el diagnóstico (Sjastad et al, 2012).

Análisis entre personalidad de Isabel, Tribu Urbana Emo y Trastorno de Personalidad Limítrofe

Como se puede observar, entre la filosofía y comportamiento emo y el trastorno de personalidad límite hay una gran correlación en conductas y maneras de afrontamiento emocional a las adversidades de la vida. Por ejemplo, los emos se caracterizan por promover estados de ánimo deprimidos y exacerbaban sus conflictos que en muchos casos los llevan a extremos como automutilaciones o suicidios. Esta misma cualidad podemos encontrarla en el criterio del DSM – IV - R para el trastorno de personalidad límite que indica que viven en inestabilidad emocional muchas veces llevándolos hasta la euforia o a la depresión, a la angustia o la irritabilidad (Barcelata). Esta es una característica también encontrada en Isabel, quien vivía en constantes emociones depresivas o de irritabilidad que la llevaban a automutilar su brazo.

Otra similitud encontrada en emos y el TPL es la búsqueda constante en los emos de una imagen - identidad caracterizada por vestuario, maquillaje, peinados. Es lo mismo que indica el criterio del trastorno de personalidad, detallando que viven con distorsiones en su sentido de identidad y en sus objetivos personales (Barcelata). Lo cual, es otra

característica similar que se puede encontrar en Isabel, quien presenta también una inestabilidad en su identidad, ya que nuevamente busca una con la cual poder identificarse.

En el trastorno de personalidad hay otro criterio en relación al pobre control de impulsos experimentando posibles riesgos en la vida de estas personas. Lo cual es equivalente a lo encontrado en emos, quienes se automutilan sin pensar en sus consecuencias, consumen drogas, tratan a expensas de lo que sea ser flacos arriesgando su salud corporal (Barcelata). Esta peculiaridad se presenta también en la vida de Isabel quien tenía consumos frecuentes de alcohol, tuvo problemas en su colegio por drogas y tuvo el accidente por automutilarse desenfrenadamente.

Fuera de la filosofía emo, se pueden encontrar en la personalidad de Isabel rasgos que concuerdan con los criterios necesarios para diagnosticar a la paciente con el desorden de personalidad limítrofe. Además de los ya mencionados, Isabel revelaba comportamientos frenéticos para evitar el abandono real, principalmente de su enamorado, como por ejemplo cuando dejó de asistir al colegio por dos días por estar con él. Por otro lado, Isabel reportaba también inestabilidad afectiva debido a una notable reactividad del estado de ánimo, la cual se presentaba en la paciente como irritabilidad o ansiedad primordialmente en las noches cuando tenía que socializar con su madre, hermana y / o sobrino o por tener que estar lejos de su enamorado.

Es importante indicar que varias características de los emos e Isabel se deben a la transición de adolescencia a la vida adulta que experimentan. Pero es esencial presentar la similitud existente entre la filosofía emo, el trastorno de personalidad limítrofe y la vida de Isabel porque podría ser que la filosofía emo y el estilo de vida de la paciente, haya contribuido en la exacerbación de rasgos limítrofes, generando en ella el desorden de personalidad. A pesar de que la paciente está comenzando la edad adulta, cumple con

cinco de los criterios que el DSM – IV- R requiere para diagnosticar, por tanto se determina que Isabel tiene trastorno de personalidad limítrofe.

Capítulo 3. Metodología y diseño de la investigación

Justificación de la metodología seleccionada

La metodología escogida para el estudio de caso planteado, es la revisión literaria, la cual se considera es la más adecuada para el mismo ya que permite a partir de investigaciones y diferentes estudios recopilados, determinar si la Terapia Cognitiva Conductual es la más adecuada para tratar un caso de distimia. Es importante mencionar que la Terapia Cognitiva Conductual fue seleccionada para tratar a la paciente, ya que a partir de conocer a Isabel, sus necesidades y personalidad, se consideró que es la corriente psicológica idónea y que mejores resultados iba a conseguir en Isabel, debido a su diagnóstico y a las necesidades de cambio que requería la paciente.

Lo que a medición cuantitativa consiste, se utilizó dos pruebas sicométricas que permitieron medir la intensidad y severidad de síntomas de depresión en la paciente. La primera prueba fue el Listado de Síntomas 90 (SCL-90) y la segunda el Inventario de Personalidad Multifasético de Minnesota - 2 (MMPI - 2).

Herramientas de investigación utilizadas

Durante el desarrollo del proceso terapéutico, se administraron dos pruebas sicométricas, una de detección de síntomas y otra de evaluación y diagnóstico de la personalidad. La primera fue tomada al principio, mitad y al final del tratamiento y la segunda fue aplicada una sola vez al inicio del proceso. A continuación se describe cada una de ellas:

Listado de Síntomas 90 (SCL – 90)

El SCL – 90 es una prueba sicométrica multidimensional desarrollada por Leonard Derogatis en 1973 (Muñoz et al, 2005), que permite evaluar y determinar patrones de síntomas que experimente una persona en los siete días antes de la aplicación del test. La prueba ha sido utilizada a nivel mundial, siendo por esto traducida a varios idiomas y normada en varias poblaciones. En 1999 el test fue normado en Buenos Aires y actualizado por Casullo y Pérez en el 2008. Debido a que en el Ecuador no ha sido realizada la adaptación, se utilizó la revisión de Buenos Aires (Casullo & Pérez, 2008). Factores positivos de este instrumento, son la posibilidad de administrarlo en un amplio rango de edad que va de 13 a 65 años, es de rápida aplicación con una duración de alrededor de 12 a 15 minutos, es sensible y de mucha utilidad al momento de evaluar los cambios que vive un paciente a lo largo de un proceso terapéutico (Casullo & Pérez, 2008). Otra fortaleza del test, es su alto nivel de confiabilidad, tanto en los test - re test ($r = 0,79$) como en los análisis de consistencia interna (0,80) (Lara Muñoz et al, 2005). Está compuesto por 90 reactivos que se contestan en base a una escala Likert que tiene cinco posibles respuestas, que van desde *para nada* (valor cero) hasta *demasiado* (valor cinco). Los ítems están agrupados en nueve dimensiones de psicopatología:

Somatización (SOM)

Obsesiones y Compulsiones (OBS)

Sensibilidad Interpersonal (SI)

Depresión (DEP)

Ansiedad (ANS)

Hostilidad (HOS)

Ansiedad Fóbica (FOB)

Ideación Paranoide (PAR)

Psicoticismo (PSIC)

Los índices globales de las respuestas, se los obtiene según tres categorías: Índice de Severidad Global, Total de Síntomas Positivos y el Índice de Malestar Sintomático Positivo (Lara Muñoz et al, 2005; Casullo, 2004).

Inventario de Personalidad Multifacético de Minnesota - 2 (MMPI - 2)

El Inventario de Personalidad Multifacético de Minnesota creado inicialmente por Hathaway y McKinley en 1940, actualizado y modificado en 1989 por Butcher et al, es uno de los inventarios objetivos de personalidad más usados e investigados a nivel mundial, que permiten evaluar objetivamente psicopatología (Greene, 2000). Cabe recalcar que no es una prueba de diagnóstico. Es un instrumento que permite conocer de cerca la estructura de personalidad de una persona y poder visualizar los factores que pueden dificultar un proceso terapéutico (Greene, 2000). La confiabilidad y validez del test – re test, se encuentran alrededor de 0,68 a 0,92 (Aiken, 2003).

El Inventario cuenta con 567 reactivos, los cuales son contestados en base a dos alternativas de respuesta: verdadero o falso (Greene, 2000). Los ítems son valorados en: diez escalas clínicas que evalúan las categorías más comunes de psicopatología (Greene, 2000). Cuatro escalas de validez que valoran la actitud que tuvo la persona al responder el test en cuanto a consistencia e inconsistencia (Greene, 2000). Escalas de contenido que miden las respuestas del usuario frente al contenido de cada ítem establecido (Greene, 2000). Por último, existen también doce escalas suplementarias, que hacen un análisis más completo de cada ítem de la prueba (Greene, 2000).

Descripción de participante

Número

En el estudio participó únicamente una paciente a quien se la ha llamado Isabel por motivos de confidencialidad.

Género

La paciente es mujer.

Nivel socioeconómico

Isabel se considera es de un nivel socioeconómico bajo debido al nivel de educación recibido, el vecindario donde habita, el trabajo de sus padres, el tipo de alimentación que recibe y el acceso que tiene a centros de salud (Viguer & Serra, 1996).

Características especiales relacionadas con el estudio

Isabel quien presenta distimia, tuvo un patrón de consumo de sustancias estupefacientes, lo cual pudo haber influido en el desarrollo del desorden de estado de ánimo a lo largo de los años. Fácilmente se relaciona al abuso de sustancias con Desórdenes de Conducta, pero a menudo en casos de adolescentes no es considerado como tal cuando existe depresión. Los problemas escolares que Isabel tenía, eran parte del problema presentado, pero éstos no reflejan ningún tipo de problema de aprendizaje o retraso mental. Mas, cabe indicar que el nivel socioeconómico de la paciente, influye en el tipo de educación que ha recibido, lo cual contribuyó a un desarrollo del proceso terapéutico más lento (Rapoport & Ismond, 1996).

Diagnóstico y evaluación funcional.

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

Eje I: 300.4 Trastorno Distímico: Inicio temprano.

Eje II: 301.83 Trastorno de Personalidad Limítrofe.

Eje III: Cirugía por automutilación.

Eje IV: A, B, C

A. Problemas relacionados al grupo primario de apoyo: falta de comunicación entre padres e hija

B. Problemas relacionados con el ambiente social.

C. Problemas académicos

Eje V:

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 de Estado de Ánimo distímico:

A. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, durante la mayor parte de los días, según lo indicado 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. Pobre apetito o comer en exceso

2. Insomnio o hipersomnia

3. Falta de energía o fatiga

4. Baja autoestima
5. Dificultad 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).

301.83 Trastorno de Personalidad Limítrofe

Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la efectividad, y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

(1) esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado. **Nota:** No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5.

(2) un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación

(3) alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable

(4) impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida). **Nota:** No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5.

(5) comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación

(6) inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar

unas horas y rara vez unos días)

(7) sentimientos crónicos de vacío

(8) ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes)

(9) ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves

(AmericanPsychiatryAssociation, 2000).

Capítulo 4. Análisis de datos

Detalle de las pruebas aplicadas.

Para un entendimiento más claro del proceso terapéutico y un seguimiento del progreso del paciente, se aplicaron dos pruebas sicométricas, el Inventario de Personalidad Multifacético de Minnesota 2, administrado únicamente al inicio del tratamiento, ya que esta prueba puede ser administrada con alrededor de una separación de doce meses entre la primera prueba administrada y la siguiente para que la validez del test no se vea alterada (Greene, 2000). La segunda prueba administrada fue el Listado de Síntomas 90 que fue tomado tres veces, al principio, en la mitad y al final del tratamiento.

Inventario de Personalidad Multifacético de Minnesota 2.

Resultados.

La prueba en su totalidad no pudo ser interpretada debido a que las respuestas dadas por la paciente, invalidaron a la misma. Se dice esto debido al análisis que se presenta a continuación sobre la primera parte de la prueba, las Escalas de Validez. Este segmento está subdividido en ocho escalas, las cuales tienen un rango de puntuación aceptable entre 50 y 65 puntos. En la primera escala VRIN (*Variable Response Inconsistency*) la paciente obtuvo un puntaje de $T = 82$, el cual se encuentra por arriba del límite superior al rango aceptable, mostrando que la paciente tuvo una tendencia a ser inconsistente en sus respuestas. En la segunda escala TRIN (*True Response Inconsistency*) obtuvo un resultado clínicamente significativo de 95 puntos, lo cual indica que hubo una predisposición de la paciente a responder todo “sí”, independientemente del contenido del ítem. Esta tendencia a responder de esta manera, podría considerarse que fue por estrés, falta de concentración, impaciencia o alguna variable que haga que la paciente no analice

detenidamente el contenido de cada reactivo. En la tercera escala F (Infrecuencia) puntuó $T = 120$. Siendo este valor clínicamente significativo, reporta que el paciente experimenta severo dolor y angustia en su vida, pensamientos extraños, experiencias peculiares, aislamiento y creencias contradictorias. La cuarta escala Fb (*Back Infrequency*), tiene una puntuación de $T = 120$, alcanzando el límite superior del rango clínico, lo cual indica que la paciente está dispuesta a reportar algo inusual como desesperanza, abuso de sustancias, problemas interpersonales y familiares. La siguiente escala es F(p) (*Infrequency Psychopathology*) con una puntuación de $T = 120$, de igual manera se encuentra en el límite superior del rango clínicamente significativo indicando hábitos inusuales, alta frecuencia de actitudes amorales y/o confusión de identidad. Cabe recalcar que puntuajes mayores a $T = 100$ en esta escala, indican que la persona está sobre – reportando, lo cual es un factor más para reconocer que el perfil es inválido.

En la sexta escala L (Lie), la paciente obtiene un puntaje de $T=57$, el cual indica que la paciente mostró un equilibrio entre admitir y negar cualquier tipo de debilidades humanas como deshonestidad, ser agresivo, tener malos pensamientos o debilidades de carácter. La escala séptima K (Correction), muestra un puntaje de 30, el cual se encuentra en el límite inferior de los valores posibles obtenidos, reportando que la paciente acepta necesitar ayuda y muestra no tener límites ni los recursos que la guíen.

A raíz de las escalas L, F y K podemos identificar que hay una configuración que reporta que la paciente pide ayuda de manera urgente. A partir del perfil analizado, se entiende que es una persona que reconoce necesitar ayuda pues vive en crisis. Lo cual aporta a entender que el perfil no es válido debido al deseo urgente de conseguir atención para obtener el cuidado y ayuda de una persona. El sobre – reportar y los diferentes

acontecimientos en la vida de la paciente, como la automutilación, pueden ser síntomas de psicopatología.

Análisis de Resultados.

Como se ha podido analizar, el perfil de MMPI – 2 de Isabel ha sido inválido por su deseo urgente de conseguir ayuda de alguien, ya que es una persona que se encuentra constantemente en crisis, con sentimientos de soledad, angustia, dolor y una continua autocrítica. Estos sentimientos han estado por largo tiempo en Isabel, debido a que aprendió a callar y a expresarse únicamente mediante la automutilación. Pero al parar esta forma de desahogo, Isabel se encontraba en un estado de crisis recurrente al no saber otra forma de expresión emocional.

El perfil de la prueba al ser inválido, muestra que Isabel es una persona que vive en crisis, con constantes emociones desbordantes que la paciente no puede manejar y canalizar. El entender esto a través del análisis de resultados del perfil, fue de ayuda para el terapeuta y para la planeación del proceso terapéutico.

Listado de Síntomas 90 (SCL – 90).

Resultados.

A continuación se mostrará el progreso realizado por la paciente durante los seis meses de tratamiento en cada una de las diferentes dimensiones e índices del instrumento. La primera prueba fue tomada al iniciar el tratamiento, la segunda en la mitad, es decir, a los tres meses y la última al finalizar el tratamiento, a los seis meses. (Gráficas de resultados en Anexo A).

Dimensiones.

Pre –test

El perfil inicial de los resultados de la paciente, indicaron que dos de las nueve dimensiones estuvieron dentro del rango clínico denominado en riesgo ($T \geq 63$). Dichas puntuaciones son: Fobia (FOB) ($T = 65$) la cual evalúa el malestar formado por una respuesta persistente de miedo irracional y desproporcionado ante la presencia de un estímulo determinado, como pueden ser personas específicas, lugares, objetos o situaciones (Casullo & Pérez, 2008). La segunda es Ideación Paranoide (PAR) ($T = 70$) que valora el temor a la pérdida de autonomía, pensamiento proyectivo y suspicacia (Casullo & Pérez, 2008). Las dimensiones que se señalan a continuación, estuvieron por debajo de la desviación estándar. La primera dimensión es de Somatizaciones (SOM) ($T = 45$) la cual valora la presencia de malestares que una persona relaciona con diferentes disfunciones corporales; Obsesiones – Compulsiones (OBS) ($T = 45$) evalúa pensamientos acciones e impulsos que son vivenciados como imposibles de evitar o no deseados; Sensibilidad Interpersonal (SI) ($T = 45$) se centra en la detección de sentimientos de inferioridad e inadecuación, en especial cuando la persona se compara con sus semejantes. Tanto la dimensión de Depresión (DEP) como Psicoticismo (PSIC) ($T = 50$), se ubicaron en la media. Esta primera, mide las principales manifestaciones clínicas de un trastorno de tipo depresivo como estado de ánimo disfórico, falta de motivación, poca energía vital, sentimientos de desesperanza e ideaciones suicidas. La dimensión de psicoticismo, mide síntomas referidos a estados de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones y control del pensamiento. Las dimensiones de Ansiedad (ANS) ($T = 55$) y Hostilidad (HOS) ($T = 60$), se encontraron por arriba del valor de la media, sin llegar a la desviación estándar. La primera dimensión, alude a síntomas de nerviosismo, tensión, ataques de pánico, miedos. La segunda, valora la presencia de pensamientos, sentimientos y acciones característicos de afectos negativos de enojo.

Intermedio

En el segundo test, administrado a la paciente en la sesión número 12, se obtuvieron resultados con cambios significativos en sus puntuaciones. Principalmente en las dimensiones de Fobia (T = 45), la cual tuvo una disminución de 20 puntos en relación a la primera prueba administrada. La siguiente disminución se da en Ideación Paranoide (T = 60) disminuyendo 10 puntos y en Somatización (T = 40) la cual disminuye 5 puntos. Las dimensiones de Obsesiones – Compulsiones y Sensibilidad Interpersonal tuvieron una puntuación de T = 50, aumentando 5 puntos cada una. Un aumento se da también en las escalas de Depresión (T = 63) y Psicoticismo (T = 63), ya que incrementan 13 puntos en relación al anterior *test*. Las puntuaciones que mantuvieron su valor son Ansiedad (T = 55) y Hostilidad (T = 60).

Post – test

El *test* tomado al final del tratamiento muestra cambios significativos en sus resultados. La única dimensión que aumenta su puntuación en 10 puntos es Fobia con T=55. Mientras que Ideación Paranoide (T = 50) disminuye 10 puntos, Somatizaciones (T = 40) mantiene su puntuación. Obsesiones – compulsiones (T = 45) disminuye 5 puntos y Sensibilidad Interpersonal (T = 35) disminuye 15 puntos. La escala de Depresión (T = 45) disminuye 18 puntos y la dimensión que mayor baja de puntos tiene es la de Psicoticismo (T = 40) la cual disminuye 23 puntos en comparación con la segunda prueba administrada. Ansiedad (T = 50) disminuye en 5 puntos y Hostilidad (T = 50) lo hace también con 10 puntos. Como se puede evidenciar, la mayoría de escalas experimentaron una disminución en sus puntuaciones a comparación de la segunda prueba administrada.

Índices Globales

Pre – test

Es importante mencionar que en los índices globales, también es 63 el rango clínico de las escalas a continuación analizadas. El Índice Global de Severidad (IGS) revela una puntuación de T = 55 puntos. Éste indica evalúa el número de síntomas reconocidos como presentes combinándolo con la intensidad del malestar percibido. En el Total de síntomas positivos (TSP) se obtuvo una puntuación de T = 50, valor que se encuentra en la media e indica que la paciente no intenta conscientemente mostrarse mejor de lo que está ni exagerar su malestar. En el Índice de Malestar Sintomático Positivo (IMSP) hubo un resultado de T = 60, valor el cual está 10 puntos por encima de la media y cercano a la desviación estándar, mostrando que la paciente reporta un nivel de malestar mayor al real, lo cual indica que no es fingimiento.

Intermedio

En la segunda prueba administrada a la paciente, se puede observar en el Índice Global de Severidad que no hubo un cambio en su puntuación en relación a la inicial, pues se mantiene en T = 55. Mientras que en el Total de síntomas positivos (T = 60) se puede notar un aumento del resultado en 10 puntos. En el Índice de Malestar Sintomático Positivo (T = 55), se visualiza una disminución del resultado en 5 puntos.

Post – test

En el *test* administrado al final del tratamiento, se obtuvieron resultados que indicaron una disminución en los tres índices. En el Índice Global de Severidad el valor de T fue igual a 45, es decir, hubo una baja de 10 puntos. En el Total de Síntomas Positivos se tuvo un resultado de T = 45, bajando 15 puntos del anterior valor. En el Índice de Malestar Sintomático Positivo, (T = 45), indicando que hubo una baja de 10 puntos. Pudiendo con

esto evidenciar que el índice de mayor disminución fue el de Total de Síntomas Positivos, seguido por los dos restantes.

Análisis de Resultados

A priori al análisis de los resultados obtenidos, es importante recalcar que a pesar de la validez y eficacia del Listado de Síntomas 90, no es suficiente el uso único de esta herramienta para poder generar una evaluación psicológica completa. Lo óptimo sería utilizar diferentes tipos de herramientas para poder generar una evaluación más sólida e integral. En este caso, únicamente se usaron dos instrumentos de medición, SCL – 90 y MMPI – 2, los cuales fueron una guía para el proceso, mas no la base del diagnóstico.

Para el análisis de los resultados de las pruebas administradas, es necesario considerar que serán evaluadas en base a los datos clínicos y a la problemática específica de la paciente. En los resultados de cada uno de los *tests*, se puede evidenciar la evolución y cambios en Isabel a lo largo del proceso terapéutico.

Como se puede observar en el pre – test, el resultado de la dimensión de Depresión, no alude a la distimia diagnosticada, sin embargo esto no quiere decir que se haya errado en el diagnóstico. El puntaje se puede deber a un fenómeno de acostumbramiento a su estado emocional, haciendo que Isabel no reportara adecuadamente su estado depresivo, por posible falta de reconocimiento del mismo. Por otro lado, las marcadas elevaciones dentro del rango clínico de las escalas, Ideación Paranoide y Ansiedad Fóbica, pueden explicar la suspicacia y miedo que Isabel pudo haber experimentado al comenzar un proceso terapéutico, algo completamente nuevo para ella, con una persona de igual manera completamente desconocida. Asimismo, contextualmente en base a la situación que Isabel venía viviendo, se cree que estas marcadas elevaciones podrían deberse a la alta

emocionalidad con la que la paciente estuvo por largos períodos, por querer controlar sus emociones y cogniciones para no llegar a lastimarse físicamente de nuevo. Por otro lado, el valor obtenido en el Índice de Malestar Sintomático Positivo, que se encuentra bordeando el rango clínico, podría indicar un deseo de mostrar actitudes de fingimiento, en este caso, no querer revelar sus verdaderas emociones.

En cuanto al *test* intermedio, se puede observar un alza en el valor obtenido en la escala de depresión. Se cree que esto se puede deber a una mejor introspección por parte del paciente sobre sus emociones y una mejor capacidad de expresión. Esto va acorde al resultado obtenido en la dimensión psicoticismo, la cual indica sentimientos de soledad en cuanto a la experiencia humana. Es importante analizar también la disminución de 20 puntos en la dimensión de Ansiedad Fóbica. Dicha escala hace referencia a los sentimientos de miedo desmedidos que tiene una persona en relación a algo específico, ya sea una persona, situación, lugar u objeto. Lo cual podría entenderse como una transición a familiarizarse, aceptar y entender lo que estuvo viviendo y sintiendo por varios meses. Lo cual antes era para la paciente situaciones que le traían dolor, pasaron a ser situaciones en las que ella reconocía qué era lo que le dolía y las consecuencias que esto tenía en ella. Podemos relacionar con esto, la disminución que presenta la dimensión Ideación paranoide, la cual disminuyó en 10 puntos, es decir, salió del rango clínico, gracias a una mejor comprensión de lo que vivía la paciente. En los Índices Globales del *test* intermedio podemos evidenciar que el Total de Síntomas positivos tiene un incremento de 10 puntos, indicando que la paciente intenta incrementar la expresión de su patología. Lo cual coincide con los valores anteriormente mencionados. A pesar de que se está hablando de una exageración de expresión de síntomas, indica algo positivo como es el cambio que se

puede notar en Isabel, pues al comienzo ella trató de cubrir su sentir, pero esta vez lo expresa de una manera abierta.

En el post – *test* podemos evidenciar pronunciados cambios en los resultados que obtuvo la paciente en la prueba. En la dimensión de Psicoticismo, se puede notar una disminución de 23 puntos, indicando que en Isabel han bajado sus sentimientos de soledad y control de pensamiento. Por otro lado, se encuentra la dimensión de Depresión, la cual esta vez baja su valor en 18 puntos, indicando el progreso de Isabel.

En el *test* inicial encontramos una falta de conocimiento y reconocimiento emocional, en el *test* intermedio se puede evidenciar el reconocimiento del estado de ánimo y en el post *test* observamos una mejora en su estado de ánimo. Asimismo, podemos observar una baja de 15 puntos en la escala de Sensibilidad Interpersonal, lo cual muestra en la paciente una disminución en sentimientos de inferioridad e inadecuación, en especial cuando se compara con sus semejantes.

Las tres dimensiones analizadas del post *test*, se correlacionan y son congruentes en sus resultados, mostrando una mejora en la imagen propia de Isabel, en su estado de ánimo, en su energía vital.

Detalle del análisis.

Temas e intervenciones terapéuticas

Objetivos a Corto plazo

1. Iniciar el establecimiento de una buena relación terapeuta – paciente.
2. Conocer inquietudes y necesidades del paciente sobre la terapia.
3. Generar un ambiente confiable y amigable para la paciente.

4. Adentrarme en el mundo de la paciente, Tribu Urbana Emo, a partir de escuchar en terapia música Emo, pedirle que traiga cosas significativas que representen a la tribu para poder comprenderla mejor: vestimenta, muñecos, dibujos que ha realizado la paciente. Con todo esto, buscar que la paciente defienda su punto de vista sobre los emos y que valide qué es lo bueno y lo malo de ser parte de ésta tribu.
5. Instruir a la paciente mediante alternativas didácticas la Terapia Cognitiva Conductual.
6. Establecer conjuntamente con la paciente, objetivos a corto y largo plazo para conocer el curso que debe tomar la terapia.
 - ❖ Antes de iniciar cada sesión hacer 5 minutos de relajación: respirar, sentir cómo está cada parte de mi cuerpo, sentir mi respiración, conectarnos con el ahora.
 - ❖ Al inicio de cada sesión, recordar y repetir lo que conjuntamente descubrimos en una sesión: “yo me merezco, quiero y necesito ser feliz”.
 - ❖ Al principio de la sesión también se monitoreaba la semana antes a la terapia. Esto se hacía en busca de evaluar emociones de la paciente, usando la medición de 0 a 100, ¿cómo estuve esta semana?
 - ❖ Aprender a expresar lo que siento → esto fue realizado a través de una manualidad artística en la cual ella iba indicando qué era lo que ella pensaba y sentía sobre ella misma. Lo cual ayudó a conocer pensamientos automáticos y creencias centrales.
 - ❖ “Esto soy yo por dentro y por fuera”. Este objetivo fue diseñado para ubicar visualmente a través del arte, cómo es ser Isabel por dentro y cómo es serlo

por fuera. Cómo se siente ser Isabel por dentro y cómo se siente serlo por fuera.

- ❖ “Lo que siento lo expreso”. Esto fue diseñado con la meta de concientizar en cada sesión qué era lo que sentía y qué era en realidad lo que estaba expresando. Para ir logrando generar conciencia, congruencia en pensamientos – emociones y comportamientos.

7. Con los diferentes ejercicios mencionados anteriormente, se buscó que la paciente pueda localizar de manera didáctica sus pensamientos y creencias. Logrando al mismo tiempo, encontrar nuevas formas de pensar y comportamientos más funcionales para la vida de la paciente y así lograr aminorar los estados depresivos.

Objetivos a Largo Plazo

1. Crear pensamientos funcionales sobre sí mismo, el mundo y el futuro
2. Aprender a vivir y manejar emociones intensas, como por ejemplo afrontar situaciones que le causan ansiedad o irritabilidad
 - ❖ Mediante Role Play recrear situaciones de alta emocionalidad para la paciente, buscando que ella en el espacio seguro de terapia pueda validar la realidad y la utilidad de sus pensamientos, creencias y comportamientos.
3. Alcanzar conjuntamente con la paciente una identidad congruente sobre lo que ella es. Lograr que confíe en ella mismo, mejorar su autoestima, que se quiera. Lograr que sienta que su pensamiento vale, que es importante y que necesita ser

escuchado. Esto se trabajó reforzando sus cogniciones, recordándole que no hay correcto ni incorrecto, solo hay Isabel y ella es importante.

4. Mejorar su relación con su madre. Para esto, ante el pedido de Isabel de trabajar terapéuticamente con su madre por separado y al hablar con la señora y ella acceder, se trabajó terapéuticamente con su ella y en una de las últimas sesiones, se hizo una terapia con Isabel y su madre, lo cual tenía como objetivo ayudar a esclarecer confusiones en su relación que las mantenía en conflicto.
5. Alcanzar que hayan aminorando en un alto porcentaje su estado de ánimo depresivo.

Conceptualización clínica del caso.

Isabel desde su infancia generó esquemas cognitivos y creencias sobre ella misma y su realidad. Las cuales fueron moldeando patrones de reacción emocional, cognitiva y conductual para aplicarlas en diferentes aspectos de su vida. Se considera que su familia y las experiencias vividas con ésta, han sido de gran influencia en el moldeamiento de esquemas y maneras de concebir su realidad.

Desde pequeña Isabel vivió en un ambiente familiar inestable, debido a que no era constante la presencia de su padre en su vida. Su madre trabajaba la mayor parte del tiempo y sus cuidadores principales fueron sus hermanos. Quienes años después, tomaron rumbos diferentes y salieron a formar sus propias vidas fuera de casa. Los recuerdos felices sobre su padre son escasos y siempre acompañados de momentos de embriaguez. Para Isabel el otro matrimonio de su padre y sus otros hijos, eran fuente de tristeza y de intensos sentimientos de rechazo, ya que su padre prefería su hijo del otro matrimonio más que a

ella. Mientras que los recuerdos con su madre son para Isabel más relacionados a pelea, gritos, rechazo y con grandes períodos de ausencia.

Sus relaciones interpersonales eran escasas desde su infancia y recuerda no haber sido aceptada por sus compañeros de colegio. Como estudiante era regular y ha perdido dos años lectivos. Duda constantemente sobre sus gustos y sus tendencias de estudio, haciendo que no tenga para su futuro algo planeado ni algún tipo de carrera que quiera estudiar. Isabel piensa para su futuro el lograr terminar su colegio y encontrar un trabajo para poder vivir sola

Es a raíz de diversas evidencias de rechazo e inseguridad, que en la adolescencia de Isabel inician deseos de buscar algo, alguien o un grupo social en el cual sentir pertenencia. Es una prima de ella, quien le presenta el mundo emo. A partir de esto, la paciente se hace parte de esta tribu urbana y aprende a no expresar sus emociones, sino a desfogarlas mediante la automutilación y a confiar únicamente en su grupo social. En los emos, encuentra personas que le hacen sentir aceptada y entiende que no es la única en el mundo que se siente como ella.

Al ser el grupo Emo donde Isabel encuentra acogida y personas que sufren por ser rechazadas y que hablan únicamente de tristezas, su vida da un giro completo y cambia su forma de pensar, sentir y actuar. Se dice esto pues Isabel comienza la automutilación, a rodearse de personas que consumen drogas y alcohol y a creer que el grupo emo es su espacio de “confort”, comenzando a rechazar todo lo que no se relaciona a ellos y llamando a los otros como “los normales”.

Años más tarde, es cuando Isabel por consumo de alcohol y una pelea con su madre, corta su brazo muchas veces y por derramar mucha sangre, estuvo a punto de perder su vida. Es por este incidente, que la mala relación con su madre se intensifica. La

comunicación empeora entre ellas, deja de automutilarse. Es por esto, que Isabel empieza a experimentar fuertes emociones de ansiedad, pues no encuentra maneras “adecuadas” para desfogar su emocionalidad, haciendo que comience el consumo de marihuana. Es cuando se da el problema en el colegio y su madre trae a Isabel a terapia.

Fueron las distorsiones de pensamiento y creencias de Isabel los que la llevaron a estar cerca de morir, pero no pararon la tristeza que sentía, sino que la incrementó. Su accidente causó confusión en ella, sin saber qué estaba bien y qué estaba mal. Tan solo entendía que se sentía muy mal estar en sus zapatos. Luego de un tiempo comienza a salir con un chico, de quien se encuentra muy enamorada.

Pensamientos Automáticos

En Isabel se pueden detectar diferentes tipos de pensamientos automáticos como por ejemplo “Mi mamá no me quiere”, “Es difícil que alguien me quiera”, “Las personas no me entienden”, “Me gusta estar sola”. Cada vez que sale Isabel de su casa, vienen a ella pensamientos automáticos como: “Mi mamá me va a gritar”, “Hice algo mal”, “Me van a pegar”, “Estoy en problemas”. En relación al colegio y sus estudios, Isabel tiene pensamientos automáticos como “Odio el colegio”, “Estudiar es aburrido”, “Estudiar no te sirve de nada”. Cuando Isabel sale con un grupo de personas “normales” tiene pensamientos como “Me caen mal”, “Estoy mal vestida”, “Que odiosos”, “No son personas de confiar”. Cuando el enamorado de Isabel no le contesta el celular o tienen una pelea, Isabel desarrolla pensamientos automáticos como “Me engaña”, “Me va a dejar”, “Ya no me quiere”, “Algo hice mal”. Isabel al experimentar una situación llena de emocionalidad como tristeza o irritabilidad, pasaban por su mente pensamientos

automáticos como “Quiero estar sola”, “Quiero cortarme”, “Dónde están mis hojas de navaja”, “Necesito cortarme”.

Creencias Intermedias

Isabel presentaba también creencias intermedias como “Estudiar no me gusta, es difícil” (Actitud), “Estar en mi casa es aburrido, pues tengo que encerrarme en mi cuarto” (Actitud), “Mi madre es mala, porque no me quiere” (Supuesto). Asimismo se pudo encontrar en Isabel varias creencias intermedias en relación a los emos y el mundo como por ejemplo, “Ser emo es bueno para mí, porque pertenezco a algo” (Actitud), “Ser emo, es sentir el rechazo de la gente” (Regla), “Cuando tengo iras o tristeza, quiero estar sola para poder cortarme” (Regla). También generó una regla de creencia intermedia, “Sólo en los emos se puede confiar”. Al mismo tiempo, se fue creando en Isabel una nueva creencia intermedia de actitud, “Expresar tus emociones es vergonzoso”, ya que los Emos son un grupo cerrado en el cual sólo entre ellos se confían sus sentimientos. A raíz del accidente que experimenta Isabel surge en ella la regla de creencia intermedia de “Una hija mala, no se merece el cariño de su madre”, “Para estar bien con mi mamá, no debo salir de mi casa” la cual es un supuesto de creencia intermedia.

Creencias Centrales

Es a partir de las diferentes situaciones presentadas que Isabel comienza a generar en ella creencias centrales en relación a ella como “Soy mala”, “Soy incompetente”, “No soy amigable”, “Soy irresponsable”, “Nadie me quiere”, “Todos me abandonan y rechazan”, “Soy rara, soy callada, soy tímida”, “El mundo no es confiable”, “Nunca he tenido el apoyo de mi padre”, “Soy algo malo para mi familia”. Asimismo, cuando Isabel forma parte de la tribu urbana emo, se intensifica su creencia central de que “El mundo me rechaza”, pues el grupo emo es rechazado en la sociedad por su manera de vestir, actuar y

pensar. Con esto, se intensifica también la creencia de “Soy rara” y el “El mundo es hostil conmigo”, pues es parte y se identifica con un grupo al que el mundo ve como raros y no es aceptado.

Distorsiones Cognitivas

Las distorsiones cognitivas frecuentes encontradas en el procesamiento de pensamiento de Isabel fueron Abstracción Selectiva, especialmente en la relación que Isabel tiene con su madre, de quien al principio veía sólo las cosas malas, como por ejemplo “Mi madre no me quiere, “Mi mamá sólo me habla a mí”, “A mi mamá sólo le importa mi hermana”. Pero con el tiempo fue abriendo su visión sobre su madre y fue entendiendo que su madre sí la quiere y que pelea con ella cuando sale por que se preocupa y quiere cuidarle. Se encontró también en Isabel pensamiento polarizado, sobre todo en la filosofía emo a la que estaba ligada, como por ejemplo “Solo la tristeza existe en mí”, “De niña alguna vez fui feliz, ahora soy triste”, “Sólo puedo vestir colores oscuros”, “El amor no existe, todo se acaba, por eso los emos decimos a nuestras parejas sólo ‘te extraño’”. También se pudo encontrar en Isabel la distorsión cognitiva de pensamiento catastrófico, principalmente cuando tiene que separarse de una persona querida para ella, como por ejemplo cuando su enamorado no le contesta el celular la paciente piensa “Me va a dejar”, “Algo hice mal”, “Me engaña”, o cuando su madre no está en casa la paciente piensa “Algo le pasó”, “Está brava conmigo”, “Ahora qué hice mal”. Asimismo se puede encontrar en Isabel de manera marcada la distorsión cognitiva de Etiquetamiento, especialmente cuando se refiere a “Los normales”, “Soy emo”, “Soy triste”, “Son personas de poca confianza”, “Soy mala”. Se encontraba también frecuentemente en Isabel la distorsión cognitiva de falacia de control, en la cual ella creía en la impotencia que ella tiene en su vida generando pensamientos como “Siempre voy a ser así, nunca voy a poder

cambiar”, “Después del accidente, mi mamá nunca más me quiso de nuevo”, “Soy mala estudiante, ojalá logre pasar el año”.

Terapia Cognitiva Conductual en el estudio de caso

La terapia inicia con la presencia de la madre de Isabel en la primera sesión, pues es su madre quien pide cita para las terapias psicológicas gratuitas por un requisito que solicitó el colegio de Isabel para que pueda seguir estudiando luego del problema tenido. Posterior a la primera sesión, se continúa la terapia sólo con Isabel. Las primeras sesiones se basaron en tratar de conocer a Isabel. Fueron sesiones con un ritmo lento, ya que Isabel debido a sus creencias y su desconfianza en el mundo y sobretodo en los “normales” (los que no son Emo), el diálogo con ella se limitaba a un “sí” o a un “no”. Esquivaba la mirada y la escondía mirando y jugando con un imperdible o con algo afilado que traía a terapia. Se pudo conocer algo más de Isabel a través de tratar de reunir datos para completar la ficha clínica.

A partir de conocer que Isabel pertenecía a la Tribu Urbana Emo, la relación mejoró pues la paciente pudo hablar de lo suyo, de su mundo y de sus creencias. Entender que Isabel veía a la terapeuta como “la normal”, hizo que pueda trabajar sobre eso e indagar qué es normal y qué no, qué de bueno tiene serlo y qué tiene de malo. Con lo cual la paciente llegó a validar sus antiguas creencias centrales, concluyendo que “ser normal” es bueno, pues te libera de tanto rechazo social por vestimenta e ideologías emo. Con lo cual, se logró que la paciente tenga una forma de ver a las personas de una manera más realista y a la vez, pudo verse a ella misma, de una manera más real que encaja en el mundo.

Luego de algunas sesiones de trabajar tan solo en la relación terapéutica, se logró que Isabel mirara a la terapeuta como una persona confiable. Pero a pesar de esto, la terapia no fluía normalmente. Fue cuando se decidió tomar el Inventario de Personalidad Multifacético Minnesota - 2. A pesar de que el perfil del test fue invalidado, ayudó a entender la situación que vivía la paciente, la cual era un estado de crisis continuo pero controlado, que no se permitía expresar. A partir de lo que se pudo entender el comportamiento de Isabel, se pudo generar una mejor empatía con la situación que ella vivía, la cual era de mucha ansiedad por no conocer formas nuevas de expresión emocional. Al Isabel saber que se entendía su situación, cambió su apertura con la terapeuta, ya que se le explicó que existía una solución a lo que estaba sintiendo.

A lo largo de las sesiones, se intentó explicar la Terapia Cognitiva Conductual y el Modelo Cognitivo, pero no había mayor receptividad por parte de la paciente. Por lo cual se optó en trabajar con ella de manera implícita con la terapia. Es decir, se trabajaba sobre sus pensamientos automáticos, creencias intermedias y centrales de manera casual, sin indicarle sus nombres técnicos y la terapia fluyó de una mejor manera.

Para poder conocer la historia de Isabel y trabajar en la modificación de cogniciones, se trabajó mediante el arte. Usando pinturas, dibujos y plastilina, se pudo notar que Isabel se abría de una manera más relajada y se lograban mejores cambios en ella. Se logró que Isabel expresara sus verdaderas emociones, las cuales ella las tenía tan controladas y no encontraba manera de expresarlas. Fue con esto, que Isabel halló un espacio seguro en terapia y una manera controlada para permitirse expresar y llorar.

Además, a través de un ejercicio artístico, se conoció de Isabel sus pensamientos automáticos, creencias intermedias y centrales. Las cuales acto seguido, fueron valoradas y se fue reconociendo con Isabel qué tan realistas eran sus creencias. A partir de esto, Isabel

fue dándose cuenta que expresar sus emociones sí es posible, que hacerlo es bueno y satisfactorio, es decir, se logró modificar su creencia intermedia de “Expresar tus emociones no está bien”, por “Sentir y expresarte de una manera controlada, te alivia, no es malo”.

También pudo valorar que haber sido Emo por tanto tiempo era algo que ya no quería más para su vida, pues sentía bastante rechazo por parte de “los normales”. Haciendo que Isabel comience a abrirse a nuevas experiencias, a personas diferentes a ella. Lo cual ayudó a generar en ella nuevos pensamientos automáticos como “Ser normal no está mal”; además, hubieron cambios comportamentales en ella, pues comenzó a cambiar su forma de vestir e indicaba “Me siento bien vistiéndome de colores” o “Salí con mi curso del colegio y me sentí bien”. Ayudando con esto a generar creencias centrales más funcionales como “Ser “normal”, no está mal”, “No soy tan rara como pensaba”, “Se puede confiar en más personas de lo que yo pensaba”, “Mi mamá se preocupa por mí porque me quiere”.

Fueron estos cambios a nivel cognitivo, que generaron en ella también cambios a nivel comportamental, pues se podía ver cómo la paciente modificó su manera de vestir, tenía más colores y su peinado dejó de tapar sus ojos; su actitud también era distinta ya que comenzó a interesarse por conocer a sus compañeros de clase y querer ser parte de las actividades extracurriculares del colegio. Asimismo, fue dándose cuenta que el cortarse su brazo, no le traía nada bueno, sino un daño más, generando una creencia intermedia más funcional “Tengo que cuidar mi cuerpo, porque si no lo cuido yo, quién más lo hará”. Cambiar su forma de pensar respecto a la automutilación, ayudó a que su ansiedad por querer cortarse disminuyera y buscara diferentes formas de desahogo, como es el permitirse llorar o reír cuando necesitara. Con lo cual se consiguió que Isabel se sienta por

dentro y por fuera, la misma persona y no existiese más una discordancia entre lo que ella es y tenía que ser por la tribu urbana Emo.

Además, se pudo evidenciar a lo largo de la terapia, que a través de un continuo refuerzo de hacerle conocer a Isabel que su criterio es importante, que sus creencias valen, que puede expresar lo que ella piensa sin necesidad que los otros lo acepten, hizo que la paciente tenga la apertura de contar más sus cosas, de expresar sus opiniones sobre diferentes puntos tratados en terapia. Lo cual también pudo haber contribuido a que ella diferenciara su propio pensamiento, del pensamiento emo.

A partir de un trabajo enfocado a una expresión más regulada de emociones y de una valoración de validez y utilidad de creencias y pensamientos automáticos de Isabel, se considera que su estado anímico de tristeza continua fue aminorando y se presentaba con menor frecuencia en una semana, por ejemplo al inicio de terapia su estado de tristeza se presentaba en 5 días de 7 en una semana. Luego del tratamiento, se presentaba en 2 o 3 días en una semana. También se pudo identificar en Isabel mayor deseo de participación en actividades extracurriculares del colegio, subió de peso y además indicó comenzar a interesarse por conseguir entrar a estudiar en la universidad enfermería. Con lo cual, se logró en Isabel mayor adaptabilidad en su medio social y en las diferentes áreas importantes de la vida de la paciente.

Transferencia

La transferencia es una herramienta que nace con la corriente psicoanalista, pero que en Terapia Cognitiva Conductual también ha sido utilizada para beneficio del proceso terapéutico. La Terapia Cognitiva Conductual concibe la transferencia como un instrumento que permite al terapeuta identificar pensamientos automáticos, creencias y

distorsiones cognitivas que tiene el paciente en relación al terapeuta y a la terapia, lo cual ayuda a entender cómo es el funcionamiento del paciente en el mundo. La transferencia se genera cuando el paciente relaciona experiencias pasadas con la personalidad, apariencia y conducta del terapeuta, haciendo que reaccione frente al psicólogo de la misma manera como lo haría, por ejemplo con su madre (Diveky et al, 2010). Comprender la reacción emocional y cognitiva del paciente en relación a la terapia y hacia el terapeuta, es importante sobre todo con pacientes difíciles. Es por esto, que hay que identificar y evaluar los pensamientos automáticos y creencias de los pacientes para que el mismo terapeuta no genere pensamientos distorsionados e interfieran en el curso terapéutico (Diveky et al, 2010).

Al iniciar la terapia con Isabel, la relación de paciente – terapeuta se veía limitada por las creencias centrales e intermedias que ella había desarrollado en relación a “los normales”. Por lo cual, se trabajó varias sesiones en que Isabel se sienta cómoda en sesión y valore lo bueno y malo de “los normales”, logrando con esto que ella pueda adaptarse mejor en terapia y en su vida en general. Para esto se hizo que el ambiente terapéutico no sea tanto de terapeuta – paciente, sino de dos personas sin jerarquía que deseaban trabajar juntas. Además, se enfatizó en que ella sienta que terapia era un lugar donde ella pueda ser sin restricciones, donde nadie la va juzgar. Generar esto fue muy importante para Isabel, pues se sintió más en confianza y pudo percibir en mí una persona que a pesar de ser “normal” la aceptaba y buscaba su bienestar.

Contratransferencia

La contratransferencia se genera cuando el terapeuta reacciona de manera complementaria a la transferencia del paciente. A pesar de los avances en descubrimientos

de terapia, no existe un terapeuta que se salve de experimentar la contratransferencia por un paciente. Es por tanto, que es de gran importancia analizar las reacciones emocionales tanto del paciente y del terapeuta (Diveky et al, 2010). Para poder comprender cómo se genera la contratransferencia, es importante llenarse de bastante información sobre el paciente y sobre nosotros mismos y así aprender cómo el paciente afecta a la contratransferencia del terapeuta y también cómo el paciente afecta a otros (Diveky et al, 2010). Para lograr la identificación de la contratransferencia en Terapia Cognitiva Conductual, el terapeuta debe estar alerta de sensaciones físicas, fluctuaciones emocionales y pensamientos automáticos que experimenta cuando está con el paciente (Diveky et al, 2010).

En relación a la contratransferencia en el proceso con Isabel, al inicio hubo emociones personales en la capacidad del terapeuta de poder llegar al paciente y generar una buena alianza terapéutica. Pero mientras fue avanzando la terapia, se pudo entender que no era el terapeuta, sino eran las experiencias vividas por Isabel que entorpecían al inicio el proceso terapéutico. Es por esto, que se buscó supervisión sobre el caso y se pudieron formular nuevas maneras de acercamiento a Isabel, entendiendo su forma de relacionarse, validando la importancia que tenían los emos para la paciente y también valorando la situación en crisis que vivía Isabel.

Aspectos Éticos

Para el presente estudio realizado, hemos basado la investigación en el Código de Ética de la Asociación Americana de Psicología (APA). Por ende, al iniciar las terapias psicológicas, el primer paso fue firmar con el paciente el consentimiento informado, como indica el estándar 10.01 (Consentimiento Informado de Terapia), en el cual se detallan las

pautas de confidencialidad, puntualidad, normas de las terapias psicológicas. En las cuales la paciente accede a ser filmada y a que su identidad no sea revelada para el trabajo (Fisher, 2009), (En el Anexo B se encuentra el Consentimiento Informado utilizado).

En cuanto a la redacción del presente estudio, se conversó primero con el paciente para indicarle que su caso iba a ser utilizado para la redacción de una tesis. Ante lo que el paciente accedió, con el compromiso del terapeuta de que la identidad del paciente será resguardada y protegida de manera confidencial, a menos que el paciente acepte que sea revelada la información o para fines legales, como indica el código 4.07 (Fisher, 2009).

Asimismo, en base al principio 2.01c que trata sobre la Competencia del Terapeuta e indica que el terapeuta debe tener los conocimientos necesarios para poder realizar un trabajo eficaz como psicólogo (Fisher, 2009). En este caso, al ser el terapeuta estudiante todavía, estuvo en constante supervisión del caso, para poder el servicio adecuado al paciente.

A lo largo del proceso terapéutico, se guiaron las terapias psicológicas, en base a los principios generales del Código de Ética, los cuales son:

- a) Beneficencia y no maleficencia para el paciente
- b) Fidelidad y Responsabilidad
- c) Integridad
- d) Justicia
- e) Respeto por los derechos de las personas y su dignidad (Fisher, 2009).

Importancia del estudio

Potencialmente, este estudio podría contribuir a generar conciencia en la sociedad sobre las consecuencias que puede traer en un adolescente el formar parte de cualquier

tribu urbana. Se dice cualquiera, pues no cabe estigmatizar la analizada, ya que éste tipo de estudio es único y no se conoce a profundidad el caso de otras tribus.

Asimismo, contribuye a que futuros estudiantes o analistas sobre tribus urbanas conozcan el impacto psicológico que tiene el ser parte de una moda, las cuales en algunos casos es algo transitorio. También podría ayudar a que puedan interesarse a conocer el mundo que viven éstas personas y empiecen a ver su modo de vida ya no desde una visión estereotipada, sino como personas que buscan un sentido de pertenencia. Además, permite a que psicólogos y personas en general, puedan conocer la efectividad que tiene la Terapia Cognitiva Conductual en casos de depresión y más específicamente en un caso de distimia.

Capítulo 5. Conclusiones

Respuestas a la pregunta de estudio

Como se pudo evidenciar la Terapia Cognitiva Conductual basada en el Modelo Cognitivo de depresión de Beck, es una de las tendencias psicoterapéuticas más efectivas para el tratamiento de la depresión, en este caso distimia. Además, por el curso y resultado de la terapia se pudo comprobar que es una terapia adecuada para trabajar con adolescentes y sobre todo con jóvenes que pertenecen a grupos sociales en los cuales generalmente se tiene creencias arraigadas a sus ideologías.

Se dice que ha sido adecuada el uso de ésta terapia en el presente caso, ya que la paciente pudo en el proceso terapéutico conocer el origen de sus creencias y por ende de sus emociones y comportamientos, haciendo que ella nuevamente pueda decidir sobre el curso de su vida y dejar de ser parte de la Tribu Urbana Emo. Con lo cual se alcanzó el principal objetivo de Isabel que era el poder ser por dentro y por fuera la misma persona, es decir, dejar de ser Emo y poder ser una persona que siente, ríe y llora, que viste de colores cuando desea y se lleva con las personas que desea. Además, se alcanzó otro objetivo de Isabel que era el poder tener una buena relación con su madre. Todo esto se logró, trabajando conjuntamente para poder cambiar sus creencias y pensamientos automáticos y volverlos más realistas y funcionales a la vida de la paciente. Con lo cual los síntomas distímicos aminoraron, pero no desaparecieron, volvieron a Isabel una persona más adaptada a su vida y con más herramientas y recursos para afrontar las futuras adversidades que vengan en su vida.

Limitaciones del estudio

La presente investigación es un estudio de caso único, por lo que sus resultados no pueden ser generalizados (Huerta, 2005). Además, por ser un estudio de caso único y no experimental, las variables a las que pudo haber estado expuesta la paciente durante el proceso terapéutico no pudieron ser estudiadas ni controladas para conocer los efectos de éstas sobre los resultados conseguidos (Huerta, 2005). Por otro lado, al ser éste estudio de caso tan específico, como lo es el haber trabajado con una adolescente perteneciente a una Tribu Urbana Emo, no se encontraron estudios sobre la Terapia Cognitiva Conductual con la cual corroborar los resultados obtenidos (Huerta, 2005). Asimismo, se considera un limitante el que luego de concluido el proceso terapéutico se haya diagnosticado con trastorno de personalidad limítrofe a la paciente, pues no se pudo trabajar sobre éste desorden y además hubiera sido de gran aporte el haber diagnosticado antes durante la terapia, ya que hubiera dado muchas razones al comportamiento de la paciente. Por último, se cree que puede haber sido una limitante en el estudio, es la inexperiencia del terapeuta, la cual pudo haber causado restricciones en el proceso del paciente, sin embargo, con la ayuda de las supervisiones terapéuticas se pudo desarrollar un buen trabajo y conseguir resultados exitosos (Huerta, 2005).

Recomendaciones para futuros estudios

Considero que a partir del estudio realizado, se puede conocer de cerca las necesidades que representan para una joven adolescente el pertenecer a un grupo social, como es la Tribu Urbana Emo. Es claro que no se pueden generalizar los resultados, pero ha sido para mí una gran oportunidad para acercarme a una realidad social que era desconocida para mí y con la cual se puede trabajar desde diferentes ámbitos como es la

psicología, la antropología, la sociología, entre otros. Además, considero se podrían hacer grupos terapéuticos con adolescentes para conocer más sobre ésta Tribu Urbana y analizar conjuntamente desde dónde nacen sus creencias y poder validar su ideología.

Resumen general

Isabel acude a terapia por problemas con drogas y principalmente por petición de su madre. Las sesiones se desarrollaron únicamente con Isabel y los objetivos terapéuticos cambiaron al conocer las verdaderas necesidades de la paciente. Isabel es una joven adolescente de 17 años, perteneciente a una Tribu Urbana Emo, quien tenía como expresión emocional primordial, la automutilación.

Isabel de las terapias psicológicas deseaba conseguir una mejor relación con su madre y poder disfrutar de ser quien verdaderamente es, es decir, dejar de ser Emo. Mediante el trabajo terapéutico aplicando Terapia Cognitiva Conductual, se diagnosticó a Isabel con Trastorno de Estado de Ánimo Distímico, Inicio Temprano y con Trastorno de Personalidad Limítrofe. Ante lo cual se trabajó mediante el arte la modificación de pensamientos automáticos, creencias intermedias y centrales; además, se proporcionó a la paciente herramientas de expresión emocional adecuadas, alcanzando con esto resultados exitosos con Isabel. La paciente descubrió que no compartía más las creencias y comportamientos de los Emo, mejoró su relación con su madre, su ansiedad disminuyó y aprendió nuevas formas de expresión emocional.

Referencias

- Aiken, L. R. (2003). *Test psicológicos y evaluación*. México: Pearson Education.
- AmericanPsychiatryAssociation. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Text revision*. Washington, DC: Author.
- Aragónes, E., Gutierrez, M., Pino, M., Lucena, C., Cervera, J., & Garreta, I. (2001). *ELSEVIER*. Recuperado el 04 de 04 de 2013, de Prevalencia y características de la depresión mayor y la distimia en atención primaria:
<http://www.elsevier.es/es/revistas/atencion-primaria-27/prevalencia-caracteristicas-depresion-mayor-distimia-atencion-primaria-13013384-originales-2001>
- Auletta, N. (2008). *Un mundo de tribus: los jóvenes consumidores*. Recuperado el octubre de 2012, de EBSCO:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=33391544&lang=es&site=ehost-live>
- Bahamondes González, L. A. (Diciembre de 2009). *Tribus Urbanas: discriminación y comunicación en la era postmoderna*. Recuperado el 13 de Noviembre de 2012, de EBSCO:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=79627524&lang=es&site=ehost-live>
- Barcelata, C. (s.f). *Los jóvenes emo, ¿una moda borderline?* Recuperado el 15 de 04 de 2013, de http://www.igecoretamerica.com/pdfs/articulo_emo.pdf
- Baringoltz, S. (2002). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Recuperado el 04 de 04 de 2013, de <http://www.revistadeapra.org.ar/Articulos/Julio/Sara.pdf>
- Baron, S. (1989). *The Canadian West Coast Punk Subculture: A Field Study*. Recuperado el 14 de 04 de 2013, de <http://www.jstor.org/stable/pdfplus/3340606.pdf>
- Beck, A. (1995). *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. New York: Guilford Press.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B., & Emery, G. (1979). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. España: Guilford.
- Beck, A., Steer, R., & Brown, G. (2006). *SC Cooperative for Healthy Aging in Minority Populations Resource Centers For Minority Aging Research*. Recuperado el octubre de 2012, de <http://www.musc.edu/dfm/RCMAR/Beck.html>
- Beck, J. (2011). *Cognitive Behavior Therapy: basics and beyond*. New York: Guilford Press.
- Beck, M. (26 de Julio de 2011). *When Gray Days Signal a Problem*. Recuperado el Noviembre de 2012, de The World Street Journal:
<http://online.wsj.com/article/SB10001424053111904772304576467993357594526.html>
- Belmonte Grey, C. A. (Junio de 2010). *Las tribus urbanas: campo virgen en la historia y fértil para la interdisciplinarietà*. Recuperado el octubre de 2012, de EBSCO:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=fua&AN=60305313&lang=es&site=ehost-live>
- Casullo, M. (2004). *El Inventario de Síntomas de SCL - 90 - R de L. Derogatis*. Recuperado el octubre de 2012, de <http://www.fundacionforo.com/pdfs/inventariodesintomas.pdf>
- Casullo, M., & Marcelo Pérez. (2008). *El Inventario de Síntomas SCL - 90 de L. Derogatis*. Buenos Aires.

- DeRubeis, R., Hollon, S., Amsterdam, J., & Young, P. (Abril de 2005). *Cognitive Therapy vs Medications in the Treatment of Moderate to Severe Depression*. Recuperado el 15 de abril de 2013, de American Medical Association:
<https://psychology.sas.upenn.edu/system/files/DeRubeis%20AGP%202005%20CT%20vs%20ADM.pdf>
- DeRubeis, R., Siegle, G., & Hollon, S. (2008). *Cognitive Therapy vs. Medications for Depression: Treatment outcomes and neural mechanisms*. Recuperado el Noviembre de 2012, de NIH Public Access:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2748674/>
- Diveky et al. (2010). *Transference and Countertransference in Cognitive Behavioral Therapy*. Recuperado en Abril 2013, de
<http://biomed.papers.upol.cz/pdfs/bio/2010/03/01.pdf>
- Dijke, A. et al. (2010). *Childhood traumatization by primary caretaker and affect dysregulation in patients with borderline personality disorder and somatoform disorder*. Recuperado el 25 de abril del 2013, de EBSCO:
<http://web.ebscohost.com.ezbiblio.usfq.edu.ec/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=423fc432-0719-4706-a554-8eb7e47d1aed%40sessionmgr115&vid=8&hid=121>
- Evans, A., & Resendez, C. (2004). *Understanding Self Mutilation in Adolescents*. Recuperado el Noviembre de 2012, de
http://prtl.uhcl.edu/portal/page/portal/SOE/Programs/COUNSELING_MS/Counseling_Resources/Files/Feb_22_2011/UnderstandingSelfMutilationAdolescents.pdf
- Figuroa, G. (2002). *La terapia cognitiva en el tratamiento de la depresión mayor*. Recuperado el 14 de 04 de 2013, de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272002000500004&script=sci_arttext
- Fisher, C. (2009). *Decoding the ethics code, a practical guide for psychologists*. Estados Unidos: SAGE.
- Flórez, L., & Gantiva, C. (20 de 12 de 2011). *El Doble Procesamiento Paralelo en Situación en Crisis*. Recuperado el 22 de 10 de 2012, de EBSCO: www.ebsco.com
- Gonzalez, L., Mercadillo, R., Graff, A., & Barrios, F. (agosto de 2007). *Versión Computarizada para la Aplicación del Listado de Síntomas SCL - 90 y del Inventario de Temperamento y Caracter*. Recuperado el octubre de 2012, de
<http://www.inprf-cd.org.mx/pdf/sm3004/sm300431.pdf>
- Greenberg, L., Elliot, R., & Pos, A. (s.f.). *La terapia focalizada en las emociones: una visión de conjunto*. Recuperado el 04 de 04 de 2013, de
http://www.revistadeapra.org.ar/Articulos/_Greenberg.pdf
- Greene, R. (2000). *The MMPI - 2 an Interpretive Manual. Second Edition*. PEARSON EDUCATION.
- Harrington, R., Whitakker, J., Shoebridge, P., & Campbell, F. (23 de Mayo de 1998). *JSTORE*. Recuperado el 03 de 04 de 2013, de Systematic Review of Efficacy of Cognitive Behaviour Therapies in Childhood and Adolescent Depressive Disorder:
<http://www.jstor.org/stable/pdfplus/25179286.pdf>
- Health, N. I. (2001). *La depresión y la mujer*. Recuperado el 14 de 04 de 2013, de
http://geosalud.com/depresion/depresion_mujer.htm
- Hollon, S., Thase, M., & Markowitz, J. (Noviembre de 2002). *JSTORE*. Recuperado el 03 de 04 de 2013, de Treatment and Prevention of Depression:
<http://www.jstor.org/stable/pdfplus/40062329.pdf>
- Huerta, J. (Abril de 2005). *Guía para los estudios como técnica de evaluación o investigación*. Obtenido de http://academic.uprm.edu/jhuerta/HTMLobj-116/Estudio_de_caso.pdf

- Kirszman, D. (04 de 2004). *Psicoterapia Cognitiva de la Depresión*. Recuperado el 04 de 04 de 2013, de http://www.robertexto.com/archivo16/psicoter_cogn_depre.htm
- Muñoz, C., Espinosa, I., Cárdenas, M. L., Fósil, M., & Cavazos, J. (junio de 2005). *Confiabilidad y validez de la SCL - 90 en la Evaluación de Psicopatología de Mujeres*. Recuperado el octubre de 2012, de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/582/58232805.pdf>
- López Mayorga, D. (Octubre de 2008). *Emos: transgresión y feminidad*. Recuperado el Noviembre de 2012, de EBSCO: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=35719184&lang=es&site=ehost-live>
- McCoy, K. (2011). *Beth Israel Deaconess Medical Center*. Recuperado el 04 de 04 de 2013, de Distimia: <http://www.bidmc.org/YourHealth/ConditionsAZ/Hypoglycemia.aspx?ChunkID=103716>
- Montes Marín, E. A. (Junio de 2009). *De Tribus, de emos: de jóvenes en una sociedad débil y de riesgo*. Recuperado el Noviembre de 2012, de EBSCO: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=43417665&lang=es&site=ehost-live>
- Montes, A. (Junio de 2009). *De Tribus, de emos: de jóvenes en una sociedad débil y de riesgo*. Recuperado el Noviembre de 2012, de EBSCO: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=43417665&lang=es&site=ehost-live>
- Nader, A., & Boehme, V. (Abril de 2003). *Automutilación: ¿Síntoma o síndrome?* Recuperado el Noviembre de 2012, de <http://www.sopnia.com/boletines/boletin-abril.PDF#page=32>
- Patia, L. (agosto de 2000). *Neurobehavioral Changes in Adolescence*. Recuperado el 10 de 04 de 2013, de JSTORE: <http://www.jstor.org/stable/pdfplus/20182641.pdf?acceptTC=true>
- Rachman, S. (1991). *JSTORE*. Recuperado el 03 de 04 de 2013, de Disorders of Emotion: Causes and Consequence: <http://www.jstor.org/stable/pdfplus/1449423.pdf>
- Rapoport, J., & Ismond, D. (1996). *DSM - IV Training Guide For Diagnosis Of Childhood Disorders*. Nueva York: Routledge.
- Real Academia de la Lengua*. (2010). Recuperado el 04 de 04 de 2013, de <http://lema.rae.es/drae/?val=cr%C3%B3nico>
- Riso, W. (2006) *Terapia cognitiva: fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. Bogotá: Norma.
- Riso, W. (2009). *Terapia Cognitiva*. Barcelona: Paidós.
- Ruiz Sanchez, J. J., & Imbernon Gonzales, J. J. (1996). *Sentirse Mejor*. UBEDA.
- Ruiz, J., & Cano, J. (2010). *INTRODUCCION A LAS ORIENTACIONES PSICOTERAPEUTICAS PARA PROFESIONALES SANITARIOS*. Recuperado el 04 de 04 de 2013, de http://www.psicologia-online.com/ESMUbeda/Libros/ProfSanitarios/profesionales3e.htm#modelos_cognitivos
- Sanz, J., & Vásquez, C. (1998). *Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. (Journal)*. Recuperado el octubre de 2012, de <http://www.unioviado.es/reunido/index.php/PST/article/view/7467/7331>
- Sjastad, H. et al, 2012. *Affective Disorders among Patients with Borderline Personality Disorder*. Recuperado el 25 de abril 2013, de EBSCO:

- <http://web.ebscohost.com.ezbiblio.usfq.edu.ec/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=423fc432-0719-4706-a554-8eb7e47d1aed%40sessionmgr115&hid=121>
- Scott, J. (2001). *Cognitive Therapy For Depression*. Recuperado el Noviembre de 2012, de The British Council: <http://bmb.oxfordjournals.org/content/57/1/101.full.pdf+html>
- Seligman, M. (1981). *Indefensión*. Madrid: Debate.
- Semerari, A. (2002). *Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva*. Barcelona: Paidós.
- Sergio, F., & Vaintrube, D. (s.f.). *Psicoterapia Integrativa*. Recuperado el 04 de 04 de 2013, de Psicoterapia Cognitiva: <http://www.psicoterapiaintegra.com.ar/quienesosmos.php>
- Tribus Urbanas*. (20 de septiembre de 2008). Recuperado el 14 de abril de 2013, de <http://dtribusurbanas.wordpress.com/2008/09/20/emos/>
- Viguer, P., & Serra, E. (1996). *Nivel socioeconómico y calidad del entorno familiar en la infancia*. Recuperado el 14 de 04 de 2013, de http://www.um.es/analesps/v12/v12_2/08-12-2.pdf
- Vizcarra, G. (2009). *Síndrome de Automutilación. Implicaciones estomatológicas. Informe de un caso*. Recuperado el 12 de noviembre de 2012, de EBSCO: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=51907221&lang=es&site=ehost-live>
- Ward, E., King, M., & Lloyd, M. (diciembre de 2000). *Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive behavior therapy and usual general practitioner care for patients with depression*. Recuperado el 15 de 04 de 2013, de JSTORE: <http://www.jstor.org/stable/pdfplus/25226336.pdf>

ANEXO A

Tablas y Gráficos de Resultados de Pruebas aplicadas

Tabla I. Puntajes Pre - Intermedio - Post Test: Dimensiones

Dimensiones	Puntaje Bruto			Puntaje T Normal		
	Pre	Intermedio	Post	Pre	Intermedio	Post
SOM	0,33	0,17	0,25	45	40	40
OBS	0,70	1,20	0,80	45	50	45
SI	0,75	0,88	0,13	45	50	35
DEP	0,85	2,00	0,54	50	63	45
ANS	1,10	1,10	0,90	55	55	50
HOS	1,70	1,83	0,83	60	60	50
FOB	1,52	0,10	0,43	65	45	55
PAR	1,83	1,33	0,33	70	60	50
PSIC	0,60	1,60	0,20	50	63	40

SCL - 90 - R Listado de Síntomas 90

Tabla II. Puntajes Pre - Intermedio - Post: Índices Globales

Índices Globales	Puntaje Bruto			T - Score		
	Pre	Intermedio	Post	Pre	Intermedio	Post
IGS	0,97	1,16	0,52	55	55	45
TSP	39,00	56,00	32,00	50	60	45
IMSP	2,23	1,86	1,47	60	55	45

SCL - 90 - R Listado de Síntomas 90

Gráficos de Resultados Pruebas aplicadas

Gráfico I: Puntajes Pre, Intermedio y Post: Dimensiones

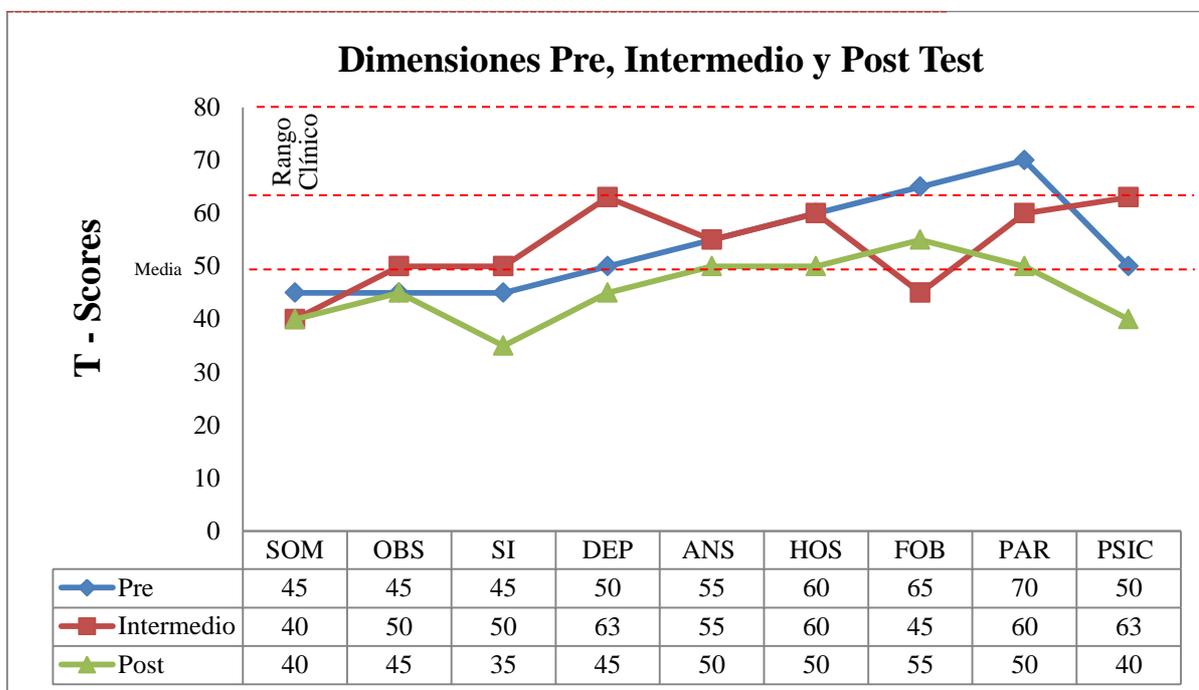
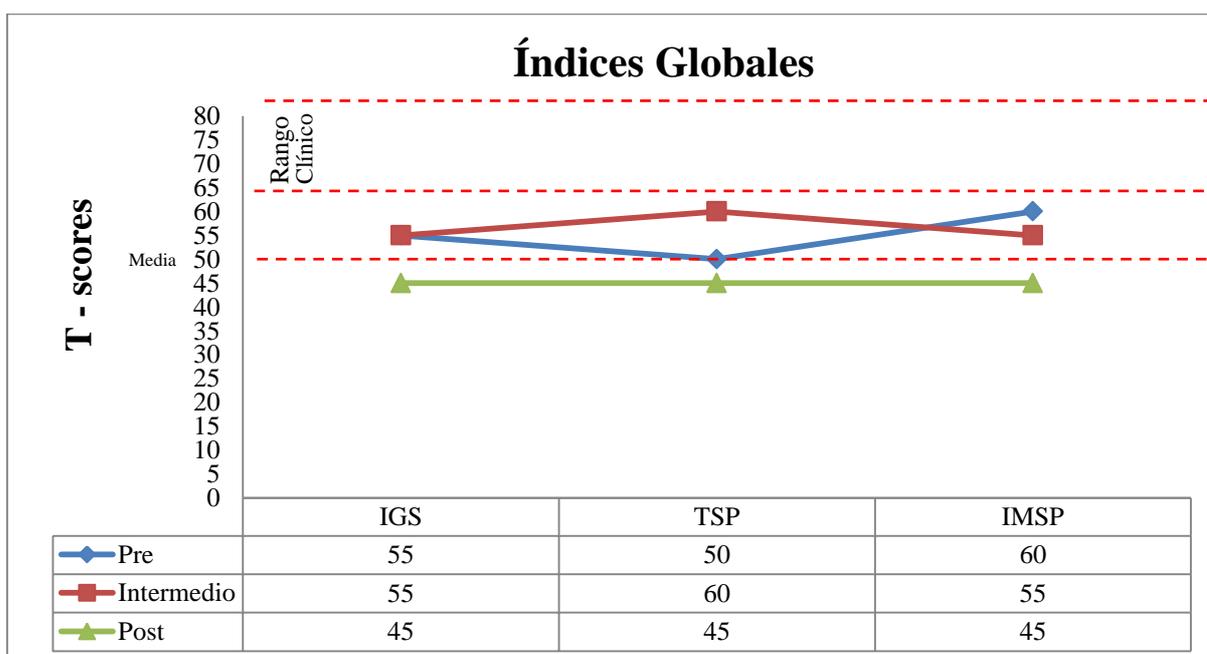


Gráfico II: Puntajes Pre, Intermedio y Post: Índices Globales



ANEXO B. Consentimiento Informado

COPIA PARA LA PERSONA QUE ACEPTA RECIBIR CONSULTAS SICOLÓGICAS CONSENTIMIENTO

Fecha: _____

Yo _____ acepto voluntariamente venir a consultas
sicológicas 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 Sicolología de la USFQ.

Yo _____ estudiante de último año me comprometo a seguir las
normas éticas de la APA para sicólogos 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 sicológica

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

ANEXO C. LISTADO DE SÍNTOMAS 90 (SCL – 90)

SCL90 Test de Síntomas L. R. Derogatis.

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.					

5. Falta de interés en relaciones sexuales.					
6. Critico a los demás.					
7. Siento que otro puede controlar mis pensamientos.					
8. Siento que otros son culpables de lo que me pasa.					
9. Tengo dificultad para memorizar cosas.					
10. Estoy preocupado/a por mi falta de ganas para hacer algo.					
11. Me siento enojado/a, malhumorado/a.					
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 ÚNICAMENTE					
12. Dolores en el pecho.					
13. Miedo a los espacios abiertos o las calles.					
14. Me siento con muy pocas energías.					
15. Pienso en quitarme la vida.					
16. Escucho voces que otras personas no oyen.					
17. Temblores en mi cuerpo.					
18. Pierdo la confianza en la mayoría de las personas.					
19. No tengo ganas de comer.					
20. Llora por cualquier cosa.					
21. Me siento incómodo/a con personas del otro sexo.					
22. Me siento atrapada/o o encerrado/a.					
23. Me asusto de repente sin razón alguna.					
24. Exploto y No puedo controlarme.					
25. Tengo miedo a salir solo/a de mi casa.					
26. Me siento culpable por cosas que ocurren.					
27. Dolores en la espalda.					
28. No puedo terminar las cosas que empecé a hacer.					
29. Me siento solo/a.					
30. Me siento triste.					
31. Me preocupo demasiado por todo lo que pasa.					
32. No tengo interés por nada.					
33. Tengo miedos.					
34. Me siento herido en mis sentimientos.					
35. Creo que la gente sabe lo que estoy pensando.					
36. Siento que no me comprenden.					
37. Siento que no caigo bien a la gente, que no les gusto.					
38. Tengo que hacer las cosas muy despacio para estar seguro/a de que están bien hechas.					
39. Mi corazón late muy fuerte, se acelera.					
40. Náuseas o dolor de estómago.					
41. Me siento inferior a los demás.					
42. Calambres en manos, brazos o piernas.					

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.					