

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

Efectividad de la Terapia Breve Estratégica Familiar y la Terapia Breve Familiar en familias con adolescentes diagnosticados con Trastorno de Conducta

Proyecto de Investigación

Isabel Carolina Vásquez Vallejo

Psicología Clínica

Trabajo de titulación presentado como requisito para la obtención del título de Psicóloga Clínica

Quito, 24 de abril de 2018

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

COLEGIO CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

**HOJA DE CALIFICACIÓN
DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

**Efectividad en la Terapia Breve Estratégica Familiar y la Terapia
Breve Familiar en familias con adolescentes diagnosticados con
Trastorno de Conducta**

Isabel Carolina Vásconez Vallejo

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico

Esteban Utreras Ph.D.

Firma del profesor

Quito, 24 de abril de 2018

Derechos de Autor

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

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

Firma del estudiante: _____

Nombres y apellidos: Isabel Carolina Vásconez Vallejo

Código: 00105118

Cédula de Identidad: 1720026648

Lugar y fecha: Quito, 24 de abril de 2018

RESUMEN

Antecedentes: Diversas investigaciones han descubierto una relación positiva entre la terapia breve estratégica familiar y la terapia breve familiar y el trastorno de conducta (Coatsworth et al., 2001). Este estudio se enfocará en brindar terapia breve estratégica familiar y terapia breve familiar a un grupo de participantes que se encuentra recluidos en un centro de infractores en la ciudad de Quito, que han sido diagnosticados con trastorno de conducta. **Metodología:** Se utilizó una muestra de 8 participantes, diagnosticados con trastorno de conducta, mediante la evaluación del Inventario Multifásico de Personalidad para Adolescentes (MMPI-A). Se los dividió de forma aleatoria en dos grupos el primer grupo recibió la terapia breve estratégica familiar y el segundo grupo la terapia breve familiar. Se les brindara las terapias psicológicas por un periodo de 12 semanas y al finalizar se los evaluara nuevamente con el MMPI-A. **Resultados:** Los resultados esperados según la revisión literaria fueron: una mejoría en el funcionamiento psicológico de los participantes; la reducción de síntomas de ira, irritabilidad, violencia, impulsividad, ansiedad, depresión, consumo o abuso de sustancias e ideación suicida. **Conclusiones:** La terapia breve estratégica familiar afecta de forma positiva a aquellos adolescentes que tiene trastorno de conducta, asimismo afecta de forma positiva a la dinámica familiar.

Palabras claves: terapia breve estratégica, terapia breve, trastorno de conducta, ideación suicida, ansiedad, depresión, agresividad, irritabilidad, violencia, DSM-V, CIE-10.

ABSTRACT

Background: Research has found a positive relationship between brief family strategic therapy and brief family therapy and behavior disorder (Coatsworth et al., 2001). This study will focus on providing brief family strategic therapy and brief family therapy to a group of participants who are being held in a center of offenders in the city of Quito who have been diagnosed with behavioral disorder. **Methodology:** A sample of 8 participants, diagnosed with behavioral disorder, was used by evaluating the Multiphasic Personality Inventory for Adolescents (MMPI-A). They were randomly divided into two groups the first group received brief family strategic therapy and the second group brief family therapy. They will be offered the psychological therapies for a period of 12 weeks and at the end will be evaluated again with the MMPI-A. **Results:** The expected results according to the literary review were: an improvement in the psychological functioning of the participants; Reduction of symptoms of anger, irritability, violence, impulsivity, anxiety, depression, substance use or abuse, and suicidal ideation. **Conclusions:** Brief family strategic therapy positively affects those adolescents who have behavioral disorders, as well as positively affecting family dynamics.

Keywords: brief strategic therapy, brief therapy, behavioral disorder, suicidal ideation, anxiety, depression, aggressiveness, irritability, violence, DSM-V, CIE-10.

TABLA DE CONTENIDO

Tabla de contenido

Introducción	7
Introducción al problema	8
Antecedentes	9
El Problema	11
Pregunta de investigación	12
Resumen	13
Revisión de la Literatura	14
Revisión de literatura	14
Formato de la revisión de literatura	14
Historia del trastorno de conducta	14
Historia de la terapia breve estratégica familiar	18
Historia de la terapia breve familiar	20
Tratamiento del trastorno de conducta con terapia breve estratégica familiar y terapia breve familiar	21
Metodología y diseño de la investigación	30
Justificación de la metodología seleccionada	30
Herramientas de investigación utilizada	31
Descripción de participantes	33
Reclutamiento de los participantes	34
Consideraciones éticas	35
Resultados esperados	36
Discusión	38
Limitaciones del estudio	40
Recomendaciones para futuros estudios	41
Referencias bibliográficas	43
ANEXO A: Solicitud para aprobación del estudio y formulario de consentimiento informado	46
ANEXO B: Anuncio para reclutamiento de participantes	56
ANEXO C: Herramienta para levantamiento de información	57

INTRODUCCIÓN

En la actualidad existen diferentes tipos de terapias psicológicas que han tenido resultados muy favorecedores para la disminución de la sintomatología del trastorno de conducta. Según el DSM V el trastorno de conducta está caracterizado por un patrón de comportamientos el cual es caracterizado por la violación de los derechos de otras personas y la falta de obediencia de las conductas básicas de convivencia o normas sociales (DSM V,2014). Teniendo en cuenta esta sintomatología se ha podido observar que tanto la terapia breve familia, la cual se enfoca más en fomentar la auto eficiencia personal para logara una mejor disponibilidad al cambio (Díaz & Ramírez, 2009), y la terapia familiar breve estratégica la cual se enfoca en la resolución de conflictos (Gober, Pomeroy & Thompson, 2005), han demostrado ser muy útiles para la disminución de los síntomas y para el cambio de patrones de conducta (Coatsworth et al., 2003).

Este estudio pretende dictaminar cuál de estas dos terapias es mucho más efectiva para el tratamiento del trastorno de conducta. Principalmente se debe tener en cuenta que este es un estudio nuevo en el País ya que en Ecuador no existe una investigación sobre el uso de terapia breve y terapia breve estratégica en pacientes con trastorno de la conducta. Por eso es la importancia de este estudio ya que brindaría una perspectiva mucho más clara sobre esta problemática y sobre como un tipo de terapia es más beneficiosa que otra para tratar el trastorno de conducta en adolescentes.

A continuación, se va a introducir el problema principal de esta investigación, después se presentará la revisión literaria donde se explicará de una forma más detallada lo que es el trastorno de conducta y cada tipo de terapia utilizada. Posteriormente se explicará la metodología

utilizada para llevar a cabo esta investigación y se finalizará con la exposición de los resultados y la discusión de ellos.

INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA

Los trastornos de conducta han tomado una importancia muy significativa en los últimos años ya que se ha vuelto uno de los motivos más consultados. El DSM V especifica que este trastorno se manifiesta como un patrón repetitivo y persistente de comportamientos que no respetan las normas básicas de comportamiento y que además afectan de forma directa a los derechos básicos de los seres humanos, además se debe manifestar la presencia de tres de los quince criterios sobre agresión a animales y personas, destrucción de la propiedad y engaño y robo, estos criterios deben manifestarse durante los últimos doce meses (DSM V, 2014). Este trastorno debe provocar un malestar que sea clínicamente significativo en las áreas social, laboral, académica y personal y por último, si la edad de la persona es de dieciocho o más y que no se cumplan los criterios para trastorno de la personalidad antisocial (DSM V, 2014).

Al ser un trastorno que representa un alto nivel de complejidad y de deterioro personal es de suma importancia encontrar el tratamiento adecuado que brinde no solo una disminución sintomatológica, sino también las herramientas necesarias para que el individuo al terminar la terapia pueda mantener las mejorías alcanzadas.

La Terapia Breve Familia fue desarrollada por Steven De Shazer e Insoo Kim Berg en el Mental Research Intitute de Palo Alto a fines de los años setentas (Sáez, 2006), Shazer manifestaba que los problemas de los clientes tenían con su conducta eran generadas por la forma en como ven el mundo que los rodea (Shazer, 1995 citado en Sáez, 2006). El objetivo de esta terapia es construir e implementar soluciones; y para conseguir ese objetivo el terapeuta

dedica una gran parte del proceso terapéutico en explorar las soluciones para las diferentes problemáticas, que en explorar las causas de la sintomatología o la causa del problema de fondo (De Jong & Kim Berg, I, 2002 citado en Sáez, 2006). Uno de los puntos más importantes en este tipo de terapia es el hecho de que el terapeuta debe conocer que es lo que aflige al cliente para de esa forma tener un entendimiento más amplio de o que el cliente quisiera que fuera distinto (De Jong & Kim Berg, 2002 citado en Sáez, 2006).

Por otro lado, también tenemos la Terapia Estratégica Breve es un modelo que inicio con la resolución de problemas de Jay Haley y Cloè Mandanes y las aportaciones del grupo de Milán (Gober et al., 2005). Esta terapia se enfoca en la solución de conflictos y va construyendo una solución basándose en el presente del cliente (Haley, 2008). Esta terapia lo que quiere es conocer al cliente y de esa forma entender como la familia juega un rol primordial en la problemática y en las soluciones a estas problemáticas (Haley, 2008).

A continuación, se elaborará a más profundidad sobre cada uno de estos temas y luego se explicará la metodología que se utilizará en este estudio de investigación.

Antecedentes

La historia de la terapia breve estratégica y la terapia breve familia y el trastorno de conducta.

El trastorno de la conducta está caracterizado principalmente por un patrón de conductas, comportamientos persistentes y repetitivos en los cuales el individuo violenta los derechos básicos de los otros o viola las normas sociales (DSM V, 2014). Este trastorno gemelamente comienza en la adolescencia y su prevalencia en del 2% en adolescentes, siendo un trastorno de 3 a 5 veces más frecuente en hombres que en mujeres (Ortuño, 2010). Se ha visto que el 90% de los pacientes con trastorno de

conducta tiene antecedentes de Trastorno Negativista Desafiante (Ortuño, 2010), el cual es un patrón de repetitivo y recurrentes comportamientos desafiantes, negativos y hostiles dirigidos hacia una figura de autoridad (DSM V, 2014), este trastorno tiene como características discusiones frecuentes con las figuras de autoridad, negarse a cumplir normas y reglas básicas, perder la calma con facilidad y molestar deliberadamente a otras personas (DSM V, 2014).

La Terapia Breve Familiar es un modelo desarrollado por Steve De Shazer e Insoo Kim Berg y su equipo los cuales fundaron el “BRIEF FAMILY THERAPY CENTER” en Milwaukee, Wisconsin (Sáez, 2006). Kim Berg también formó parte en el desarrollo de esta terapia, ella manifestaba que es de suma importancia explicar al cliente como se trabaja en sesión, que se describa el problema en las palabras del cliente, averiguar y amplificar lo que el cliente desea utilizando preguntas exploratorias y sobre todo ofrecer retroalimentación al cliente y seguir su proceso de cerca (De Jong & Kim Berg, 2002 citado en Saez, 2006).

La Terapia Breve Estratégica Familiar es definida como una terapia orientada a incrementar la conciencia de los clientes acerca de sus comportamientos y problemáticas, así como de su capacidad de cambio y motivación al cambio (Gantiva & Hewitt, 2009 citado en Droguett, 2014). Esta terapia se enfatiza más en incrementar la autoeficacia y la motivación para un cambio (Haley, 2008).

Al ser un trastorno que no solo implica un deterioramiento del cliente sino también de su entorno y al entender que es un trastorno que causa un nivel muy elevado de malestar clínico, es importante encontrar un tipo de terapia que logre abarcar todas las áreas de malestar del cliente y que brinde un nivel de resolución de esta problemática y de

mantenimiento de los resultados en el futuro. Entendiendo que las dos terapias se enfocan en encontrar estrategias enfocadas a la problemática del cliente y que se han visto resultados favorables que a continuación serán explicados a profundidad ya que se han encontrado una alivio sintomatológico y conductual.

Elaborando sobre la idea de que las dos terapias son beneficiosas para el tratamiento del trastorno de conducta, este estudio propone tratar a personas que son diagnosticadas con este trastorno utilizando en un grupo la terapia breve estratégica y en el segundo grupo la terapia breve y analizar los resultados para obtener información sobre cual terapia es más efectiva en el tratamiento del trastorno de conducta en adolescentes. Los participantes serán divididos aleatoriamente, con edades entre 12 a 18 años.

El problema

Teniendo en consideración que es un trastorno con sintomatología muy destructiva y compleja de manejar y que a pesar de que existe investigación sobre este trastorno, actualmente en el país la investigación sobre el trastorno de conducta en adolescentes es casi nula.

Principalmente se debe saber de antemano que cerca del 40% de personas que es diagnosticada con el trastorno negativista desafiante que tiene un inicio precoz suelen evolucionar en un trastorno de conducta con el tiempo (Ortuño, 2010). Además, la prevalencia de este trastorno está situada entre el 2% y el 16% (DSM V, 2014).

Este trastorno tiene varios factores de riesgo, entre ellos se encuentra la parte genética, socio-ambiental, factores individuales como el sexo, historial de abuso abusos, historial de problemas de aprendizaje (Ortuño, 2010). Otro factor de suma importancia es si existieron complicaciones perinatales, al igual que los factores familiares los cuales se ha visto que juegan un importante rol en el trastorno de conducta (Ortuño, 2010). Teniendo cuenta estos factores de

riesgo y el hecho de que en el Ecuador según una encuesta que realizó el Instituto Nacional de Estadística y Censo en el años 2011 la cual se enfocó en una población de mujeres de más de 15 años de 18.800 viviendas en donde se pudo ver que el 90% de las mujeres encuetadas habían sufrido de violencia intrafamiliar y que el 54.9% de estas mujeres no pensaba separarse (INEC, 2012), esto nos da una idea del nivel de violencia que existe en nuestro país, y que este nivel de violencia puede ser uno de los factores de riesgo para que niños que viven en estos habientes hostiles desarrolle un trastorno negativista desafiante y posteriormente desarrollen el trastorno de conducta. Por esa razón es de suma importancia ver como este trastorno se desarrolla en nuestra población y corroborar con distintas investigaciones existente cuál de las terapias propuestas es mucho más eficiente al momento de tratar un trastorno de conducta.

Pregunta de Investigación

¿Cómo y hasta qué punto la terapia breve estratégica familiar es más efectiva que la terapia breve familiar en individuos con trastorno de conducta?

El significado del Estudio

Principalmente se debe comprender que los trastornos de conducta son muy complejos de manejar, ya que representan una sintomatología muy compleja. Teniendo esto en cuenta la importancia de este estudio se basa en observar si los resultados de la terapia breve estratégica familiar se mantienen más en el tiempo que los de a terapia breve familiar, teniendo en cuenta que las dos terapias se trabaja no solo con el individuo que padece el trastorno, sino también con el vínculo familiar. Viendo estos dos componentes sería el primer estudio realizado en el Ecuador que abarque un proceso no solo individuo si no familiar para el tratamiento de los trastornos de conducta. Los resultados de este estudio nos darían una visión más clara sobre cómo se debe proceder en el manejo del tratamiento de esta problemática y nos brindara

información más precisa sobre como el vínculo familiar interviene de forma positiva o negativa en el tratamiento.

Resumen

Elaborando lo dicho, este estudio pretende investigar si los resultados de la terapia breve estratégica familiar se mantiene más en el tiempo que los resultados de la terapia breve familiar en individuos con trastornos de conducta. Esta investigación es de suma importancia ya que pretende ampliar el entendimiento sobre qué tipo de terapia es más eficaz. A continuación, se encuentra la Revisión de la Literatura donde se explica más acerca del trastorno de conducta, la terapia breve estratégica familiar y la terapia breve familiar. Esto esta seguido de la explicación de la metodología de investigación que se utiliza en este estudio, el análisis de los datos encontrados y las conclusiones y discusión.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Revisión de literatura

Fuentes.

La información que se utilizará para la revisión bibliográfica de esta investigación provendrá de libros, trabajos de investigación, artículos científicos y revistas indexadas. Para acceder a esta información, se utilizará palabras claves como trastorno de conducta, terapia breve familia, terapia breve estratégica familiar, terapia familiar, problemas de conducta, abuso de sustancias, suicidio, ideación suicida, ansiedad, depresión, DSM-V y CIE-10. De la misma manera la mayoría de la información se obtendrá de bases de datos como EBSCO, Proquest, Jstor y Google Academic, además de información obtenida de libros y revistas científicas físicas.

Formato de la Revisión de la Literatura

A continuación, se realizará la revisión literaria acerca del trastorno de conducta, la terapia breve estratégica familiar y la terapia breve familiar. Esta revisión se hará por temas, y por último se integrarán los tres temas.

Historia del trastorno de conducta

El trastorno de conducta apareció por primera vez en el DSM-III-R en el año de 1987 (Hinshaw & Lee 2003), en la actualidad es un trastorno ya definido y cuenta con todos sus criterios establecidos. A continuación, se dará una explicación sobre este trastorno.

Las características principales de este trastorno se definen como un patrón de comportamientos persistentes y repetitivos que violan los derechos básicos de los demás y la

violación de patrones y normas sociales, manifestándose por la presencia de tres o más de los siguientes criterios durante los últimos doce meses y por lo menos un criterio durante los últimos seis meses (DSM V, 2014). Los criterios se dividen en agresión a personas y animales, destrucción de la propiedad, engaño o robo y violaciones graves a normas y reglas (DSM V, 2014). Además el trastorno debe provocar un deterioro que sea clínicamente significativo en las esferas sociales, académicas o laborales del individuo (DSM V, 2014). Por último si la persona tiene dieciocho años o más o tiene un trastorno antisocial de la personalidad no cumpliría los criterios para este trastorno (DSM V, 2014).

Este trastorno se puede dividir en tres tipos. El primero es el de inicio infantil el cual se manifiesta cuando la persona tiene por lo menos un síntoma característico del trastorno de conducta antes de cumplir diez años (DSM V, 2014). El segundo es el de inicio en la adolescencia en donde no se manifiestan ninguno de los síntomas característicos del trastorno antes de los diez años, por último, el de inicio no especificado en el cual se cumple los criterios del trastorno de conducta, pero no se tiene la información suficiente para determinar si la aparición de los síntomas se dio antes de los diez años de edad del individuo (DSM V, 2014).

De esta clasificación de sub-tipos se debe también ver la gravedad del trastorno el cual se divide en leve, moderada y grave. En el nivel leve se puede observar que el sujeto tiene pocos o casi ningún problema de conducta, aparte de los criterios necesarios para cumplir con el trastorno (DSM V, 2014). Estos problemas de conducta no provocan un daño muy relevante a terceros por lo general se trata de mentiras, incumplimiento de reglas o faltas al colegio (DSM V, 2014). En el nivel moderado el sujeto tiene problemáticas de conducta que afectan a terceros de una forma mucho más grave y directa (DSM V, 2014), un ejemplo de estas problemáticas puede ser robo, vandalismo y peleas (DSM V, 2014). En el tercer nivel ya existen muchas más problemáticas y

estos problemas de conducta ya causan un daño considerable a terceros (DSM V, 2014), estos sujetos tienen más problemas con la ley y sus actitudes son cada vez más graves, suelen cometer actos como violaciones sexuales, crueldad física, el uso de armas, robo a mano armada con enfrentamiento a la víctima y atraco (DSM V, 2014).

Este trastorno también cuenta con un especificador relacionados con el tipo de personalidad que el individuo posee. Este especificador es el de emociones pro-sociales limitadas, para poder asignar este especificador la persona debe presentar dos de las siguientes características de forma persistente durante doce meses (DSM V, 2014), debe presentar falta de remordimiento o culpa, insensibilidad, carencia de empatía, despreocupación por su rendimiento o presentar un afecto superficial o deficiente (DSM V, 2014). Para evaluar estos criterios es necesario tener varias fuentes de información como padres, profesores, compañeros de trabajo, pareja o amigos, que nos brinden información para verificar si el individuo ingresa en este especificador del trastorno (DSM V, 2014). Según el DSM-V una minoría de los individuos con trastorno de conducta presenta características que corresponde con este especificador (2014). Los individuos que poseen las características de este especificador tienen más probabilidades que otras personas que igual tiene trastorno de conducta de participar en actos delictivos más severos y con consecuencias mucho más graves (DSM V, 2014).

Los individuos con trastorno de conducta suelen tener una baja tolerancia a la frustración, se pueden irritar fácilmente, buscan tener emociones fuertes constantemente, el castigo físico no funciona con ellos ya que tiene una insensibilidad al castigo y un alto nivel de tolerancia (DSM V, 2014). El abuso de sustancias es una característica que se asocia con frecuencia en el trastorno de conducta sobre todo con el género masculino (DSM V, 2014), las ideas suicidas, intentos

suicidas y suicidio es otra de las características que se puede observar en este trastorno de una forma más elevada (DSM V, 2014).

La prevalencia de este trastorno es estimada entre un 2% al 10% en la población, siendo más frecuente este trastorno en hombre que en mujeres (DSM V, 2014). Existen factores de riesgo que pueden dar una explicación al desarrollo de un trastorno de conducta. Entre estos factores de riesgo están los temperamentales, los ambientales que se definen como los factores de riesgo a nivel familiar y de su entorno (DSM V, 2014). Los factores a nivel familiar son el rechazo, negligencia, castigos severos, abuso físico, verbal o psicológico, tratarnos psicológicos familiares (DSM V, 2014), los factores a nivel entorno son ambientes violentos de residencia, rechazo escolar, pandillas (DSM V, 2014). Se ha visto que estos factores suelen ser mucho más graves y frecuentes en individuos con trastorno de conducta de inicio en la infancia (DSM V, 2014). Otro factor de riesgo es el genético, se a observado que el riesgo de que una persona desarrolle un trastorno de conducta es más elevado si un familiar directo lo padece (DSM V, 2014). Se ha visto también que el trastorno de conducta puede ser más frecuente si los padres biológicos presentan algún trastorno de sustancias, trastorno depresivo, bipolaridad, esquizofrenia o Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (DSM V, 2014).

Teniendo en claro que es el trastorno de conducta vamos a pasar a continuación a dar una explicación de cada tipo de terapia presentada en este estudio.

Historia de la terapia breve estratégica familiar

La Terapia Estratégica tuvo sus inicios en los años 80s, se desarrolló a partir de la Terapia Estratégica de Milton Erickson (Madanes, 2007). Esta terapia nace de tres modelos, el grupo de MRI, la Terapia Familia Estratégica de Cloè Madanes y Jay Haley y el Modelo Sistémico de Milán (Nichols, 2013). Una de las características más importantes de esta terapia es el hecho de que terapeuta asume la responsabilidad de planear una estrategia para lograr resolver las problemáticas del cliente (Madanes, 2007).

Esta terapia no aplica la misma metodología para todos los casos, sino que va diseñando estrategias específicas para cada problemática (Madanes, 2007). Entre los objetivos primordiales de esta terapia se encuentra el ayudar a las personas a sobrellevar las crisis que enfrentan en determinadas etapas de la vida (Madanes, 2007). Según Haley esas etapas son ciclos de la vida tales como el periodo de noviazgo, el matrimonio, nacimiento de los hijos, la relación con los hijos, la vejez y todo proceso de cambio (Haley, 1973 citado en Madanes, 2007). Esta terapia se enfoca en los marcos conceptuales de las personas, los cuales se definen como la forma en como el cliente ve su mundo (Nichols, 2013), además el foco de la terapia esta puesto en la modificación que el terapeuta debe hacer hacia las analogías y metáforas que el cliente le da y la forma en como las utiliza para representar y exponer sus problemáticas (Madanes, 2007).

La metodología de esta terapia se basa en el proceso de resolver problemas y en el cambio en la familia (Haley, 2008). Para este cambio Haley expone un modelo de entrevista el cual tiene cuatro etapas, la fase social, el planteamiento del problema, la fase de interacción y la fase de intervención (Haley, 2008). La etapa social es la primera interacción que la familia tiene con el terapeuta, en esta etapa se debe observar la dinámica familiar, el estado de ánimo de cada uno de los miembros de la familia, la relación entre los miembros de la familia, la organización

familiar y la necesidad de algún miembro de la familia en aliarse con el terapeuta (Haley, 2008). En esta primera fase el terapeuta debe estar muy atento y observar como es la dinámica familiar, para de esa forma obtener información que le puede ser de utilidad en el trascurso del proceso terapéutico (Haley, 2008).

La segunda etapa es la del planteamiento del problema, en esta etapa se trata de responder las siguientes preguntas, ¿cuál es el problema?, ¿qué cambios desean lograr? Y ¿por qué motivo han venido a verme? (Haley, 2008). Cada una de estas preguntas permite al terapeuta tener información de forma global de la problemática y de forma individual, es decir como cada miembro de la familia ve y percibe el problema (Haley, 2008).

La tercera etapa es la de interacción, en este punto el terapeuta debe formular hipótesis acerca de cómo la sintomatología del problema funciona (Haley, 2008), en este punto el terapeuta pasa a un segundo plano y deja que la familia interactúe entre sí (Haley, 2008), de esta forma el terapeuta observa como es el sistema familiar en términos de alianza, poder y jerarquías (Haley, 2008). En la cuarta etapa la de intervención Haley manifiesta que para que el cambio se de en la familia y su dinámica debe haber una acción por parte de la familia (Haley, 2008). Para lograr estos cambios el modelo propone que se asignen tareas, el objetivo es que la familia cambie su forma de comportarse frente al problema (Haley, 2008). Aparte de las tareas también existen otros mecanismos que llevan al cambio como las paradojas y el uso de analogías (Haley, 2008).

Este tipo de terapia es muy enfocada en la problemática familiar y en encontrar una solución a esa problemática, se intenta trabajar con toda la familia y ver como es la estructura familiar, como el problema afecta a cada miembro de la familia y buscar una solución y formas más adaptativas y eficaces de solucionar las diferentes problemáticas de una familia

Historia de la terapia breve familiar

La terapia Breve surge de la necesidad de tener una terapia corta en duración, pero efectiva en resultados (Díaz & Ramírez, 2009). Se define como una terapia estructurada que es orientada a incrementar la conciencia de los clientes acerca de sus comportamientos problemáticos y la forma en como los están viendo (Díaz & Ramírez, 2009). Es considerada como una intervención primaria en casos de excesos, déficit conductual y dificultades emocionales (Dulmus & Wordorski, 2002 citado en Díaz & Ramírez, 2009). La terapia breve se sitúa en el presente del cliente y utiliza herramientas para lograr el cambio de un comportamiento en específico (Díaz & Ramírez, 2009). Lo que se quiere lograr con esta terapia es enfatizar e incrementar la auto eficiencia y la motivación al cambio, así como la empatía y la alianza terapéutica, para posteriormente ir implementando técnicas de escucha reflexiva que permiten que el cliente identifique sus problemas respondiendo a las siguientes incógnitas; como, cuando y porqué podría cambiar su problemática (Díaz & Ramírez, 2009).

La terapia breve no es recomendada para cualquier tipo de patología, por esa razón es importante que el terapeuta evalúe la severidad de la problemática, ver si los objetivos son alcanzables para el cliente, siempre establecer los límites de tiempo de la terapia y explorar si el cliente está dispuesto al cambio (Dulmus & Wodarski, 2002).

El origen de esta terapia se basa en tres tipos de enfoques terapéuticos; se encuentra en la orientación hacia el insight como el objetivo principal de la terapia psicodinámica, el aquí y el ahora de la terapia conductual y el establecimiento de una relación terapéutica empática de la terapia centrada en el cliente (Díaz & Ramírez, 2009). Esta terapia se centra en la solución de problemas mediante la realización de tareas y la intervención en crisis (Dulmus & Wodarski, 2002).

La Terapia breve tuvo su crecimiento y notoriedad con el trabajo de Steve de Shazer, Insoo Berg y sus colegas en “Brief Family Therapy Center” en Milwaukee, en el año de 1979 (Nichols, 2013). Esta terapia se enfoca mucho en las soluciones es decir se enfoca más en la solución que alguna vez funciono que en la que no (Nichols, 2013). Esta terapia manifiesta que la meta es que el cliente defina su propio logro y su propia solución hacia el problema, y entender que para cada miembro de la familia el problema es percibido de distinta forma, por ende, el logro va a ser distinto (Nichols, 2013). La terapia breve se basas en la idea de que las cosas no ocurren por casualidad y que siempre es más útil centrar la atención sobre los aspectos positivos que sobre los aspectos negativos de la problemática del cliente (Ulivi, 2000). Es una terapia de doce sesiones que mantiene siempre al individuo en constante evolución mediante diferentes intervenciones para que el cliente desarrolle su problemática. Se utiliza muchas herramientas como scaling questions, la cual ayuda al terapeuta a monitorear como el cliente se está sintiendo, también se utilizan las preguntas del milagro, solution finding question y Brindding statement (Nichols, 2013). Esta es una terapia que trata de brindar esperanza al cliente y darle herramientas para el futuro. Trabajando en las cogniciones y emociones para logara un cambio en el cliente (Díaz & Ramírez, 2009).

Tratamiento del trastorno de conducta con terapia breve estratégica familiar y terapia breve familiar

Una vez explicado lo que es el trastorno de conducta, conocer su clasificación y sus criterios de diagnóstico y entender cada una de las terapias propuestas en este estudio, podemos llegar hacer un análisis sobre que terapia es mucho más eficaz para el tratamiento del trastorno de conducta.

En un estudio sobre la efectividad de “Brief Strategic Family Therapy (BSFT) vs Community Control (CC)” (Coatsworth, McBride, Santisban, Szopoczink, 2001). Se quiso observar cuál de las terapias era más eficaz para lograr que las familias se comprometan y se mantengan en el proceso terapéutico cuando sus hijos tienen un trastorno de conducta (Coatsworth et al., 2001). La muestra fue de 104 familias con adolescentes entre 12 a 14 años que reportaran problemas en el colegio, problemas de conducta, violencia, ansiedad, depresión, ideación suicida, problemas académicos y uso de alcohol y drogas (Coatsworth et al., 2001). Los resultados de ese estudio señalaron que el 81% mostraba una tasa significativamente más alta de participación y colaboración al recibir BSFT en comparación al 61% que recibieron CC y el 71% de los participantes que recibieron BSFT mostraban que desean mantenerse en tratamiento y buscar un cambio a comparación del 42% de los participantes que recibieron CC (Coatsworth et al., 2001). A su vez el estudio arrojó que la terapia breve estratégica es mucho más eficaz en casos con sintomatología más severa (Coatsworth et al., 2001). Este estudio tuvo un diseño experimental, donde los participantes fueron escogidos al azar (Coatsworth et al., 2001). De la muestra de 104 familias, 25 de ellos eran Afro-Americanas y 79 eran Familias hispanas, con adolescentes entre 12 a 14 años de edad (Coatsworth et al., 2001). Se administró el “Revised Behavior Problem Checklist” (RBPC) a los padres de cada uno de los adolescentes antes de empezar el tratamiento (Coatsworth et al., 2001). La intervención se dio de la siguiente forma se separó a la muestra de forma aleatoria y a una parte se le asignó recibir BSFT mientras que a la otra CC (Coatsworth et al., 2001).

En el caso de las familias que recibieron la BSFT se trabajó en los problemas de conducta del adolescente y en los problemas de compromiso por parte de los miembros de la familia que se reusaban a participar, estas dos problemáticas eran vistas como síntomas de un sistema mal

adaptativo de la interacción familiar (Coatsworth et al., 2001). En el caso de las familias que recibieron CC se trabajó con terapia familiar e individual, de esta forma los terapeutas realizaban un perfil de la forma en como la familia interactuaba entre sí y como cada miembro de la familia veía el problema (Coatsworth et al., 2001).

Los resultados arrojaron que de las 53 familias que recibieron BSFT el 81% se comprometieron con la terapia mientras que el 19% no y de las 51 familias que recibieron CC el 61% se comprometieron con la terapia el 39% no y el 72% de las familias que recibieron BSFT se mantuvieron en el proceso terapéutico mientras que el 12% no lo hizo y de las familias que recibieron CC el 42% se mantuvieron en el proceso terapéutico y el 58% no (Coatsworth et al., 2001).

La conclusión de este estudio determinó que la BSFT es mucho más efectiva para casos con problemas de conducta graves y severos y demostró que las familias se comprometían y se mantenían en el proceso terapéutico (Coatsworth et al., 2001).

El abuso de sustancias es una problemática que ha incrementado en los últimos años, su prevalencia en la población Europea es de 3.4% por dependencia al alcohol y 0.3% a 1.8% por dependencia al cannabis (Korsgaard, Larsen, Torgersen, & Ulberg, 2016). Se presume que los hombres usan más drogas y alcohol que las mujeres (Korsgaard et al., 2016). El abuso de sustancias tiene una alta comorbilidad con varios trastornos psiquiátricos como los trastornos de conducta, trastorno por déficit de atención e hiperactividad y trastorno de ansiedad (Korsgaard et al., 2016). Teniendo esto en cuenta y conociendo la comorbilidad existente entre el consumo de sustancias y el trastorno de conducta en un estudio sobre la eficiencia de la terapia breve en un

grupo de adolescentes con consumo de sustancias, se quería comprobar si la terapia breve ayudaba en la prevención de consumo de sustancias (Froeschle et al., 2007).

El programa fue diseñado para reducir el abuso de sustancias, aumentar las actitudes negativas hacia las drogas y tener un conocimiento más amplio sobre cómo actúan las drogas en nuestro sistema (Froeschle, Smith & Ricard, 2007). Este estudio fue realizado con una población de 80 adolescentes de octavo grado de una escuela ubicada en el área urbana, se realizó un grupo experimental y uno de control (Froeschle, Smith & Ricard, 2007). Se utilizó el SAM (solution, action & mentorship), programa que es basado en la terapia breve, tecinas de aprendizaje y mentores (Froeschle et al., 2007). Para medir la efectividad del estudio se utilizó seis instrumentos de medición que fueron administrados a los participantes, maestros o padres (Froeschle et al., 2007), la primera administración fue en agosto y la siguiente en diciembre. Se utilizó la encuesta The American Drug and Alcohol Survey (ADAS), The Substance Abuse Subtle Screening Inventory Adolescent Version 2 (SASSI-A2), The Piers-Harris Children's Self-Concept Scale, Version 2 (PHCSCS-2), The Home and Community Social Behavior Scales (HCSBS) y The School Social Behavior Scales, Second Edition (SSBS-2) (Froeschle et al., 2007).

Los resultados mostraron que la intervención causó una disminución del uso de drogas, se veía una menor aceptación del consumo de drogas y un aumento en la conciencia sobre el uso de drogas. Estos resultados se pudieron comparar con una investigación de Botvin sobre un programa de capacitación en aptitudes para la vida, donde se vio que el consumo de sustancias y los problemas de conducta pueden ser evitados mediante procesos donde se cubran y se entiendan las necesidades sociales y psicológicas de los estudiantes (Froeschle et al., 2007). Además este estudio también confirmó que los programas de orientación acerca del consumo de

sustancias en escuelas son más exitosos si se incorporan factores sociales y psicológicos al programa, entre los factores sociales se encuentran los mentores, consejeros, grupos de apoyo y sesiones grupales y entre los factores psicológicos las diferentes terapias, en el caso de estos dos estudios la terapia breve mostro tener más éxito cuando es apoyada de otros factores más al momento de la intervención (Froeschle et al., 2007).

En un estudio sobre la terapia breve estratégica en familias con hijos afroamericanos e hispanos con un alto riesgo de uso de drogas (Coatsworth et al., 1997). Se tomo una muestra de 122 chicos entre 12 a 14 años de edad con trastorno de conducta (Coatsworth et al., 1997), se pudo ver que la intervención fue exitosa ya que los problemas de conducta se redujeron en un 32.92%, la relación familiar mejoro en un 41.8% de los casos y que de los casos en donde había un previo consumo de sustancia se vio que el 22% de los casos el consumo disminuyo (Coatsworth et al.,1997).

El rol familiar juega un papel importante en la aparición y el mantenimiento del consumo de drogas, actos delictivos y conductas problemáticas (Coatsworth et al., 1997). Existen estudios donde se han demostrado que los padres de adolescentes con problemas de conducta muestran menos aceptación, menos apoyo emocional y afectivo y una relación afectiva muy pobre con sus hijos (Coatsworth et al., 1997). El principal objetivo de este estudio es reducir los niveles de las problemáticas de conducta y mejorara los niveles de la relación familiar (Coatsworth et al., 1997).

En este estudio se utilizó un solo grupo al cual se le aplico un pre test y un post-test al finalizar el programa (Coatsworth et al., 1997). Las variables que se quisieron medir fueron más de problemas de conducta, la dinámica familiar y el consumo de alcohol y drogas (Coatsworth et al., 1997). Se utilizaron distintas herramientas para medir cada uno de estas variables, en el caso de los problemas de conducta se administró el test Conduct Disorder and Socialized Aggression

subscales from the Revides Behavior Problem Checklist (RBPC), The Conduct Disorder Scale (CDS) (Coatsworth et al., 1997). Para medir la dinámica familiar se utilizó el test General Scale of the Family Assessment Measure y por último para medir el consumo de alcohol y drogas se aplicó la escala de Adolescent Drug Abuse Diagnosis (ADAD) (Coatsworth et al., 1997).

Los resultados tras la intervención clínica con la BSFT demostraron que es una terapia muy efectiva a nivel familiar como individual al mejorar las conductas problemáticas de personas que tiene un trastorno de conducta y una dinámica disfuncional familiar (Coatsworth et al., 1997). Además, que la terapia ayuda a la reducción de la sintomatología del trastorno de conducta, mejora la dinámica familiar, predice tasas más bajas a futuro de consumo de alcohol y drogas en adolescentes que no habían consumido previamente y por último del pequeño grupo de adolescentes que habían ingresado al estudio con consumo previo de drogas, se observó una disminución significativa en su consumo (Coatsworth et al., 1997). Lo que demostró este estudio es que la BSFT es de utilidad para la disminución de los síntomas del trastorno de conducta y abuso de sustancias y el mejoramiento de la dinámica familiar.

El trastorno de conducta es un trastorno que puede llegar a presentar comorbilidad con otros trastornos. Por esa razón es necesario saber que un trastorno repercute en la evolución del otro y de esta forma condiciona el pronóstico de mejoría en el futuro. Teniendo en cuenta que el trastorno de conducta puede llegar a tener una alta comorbilidad con otros trastornos, se debe tener en cuenta que la ideación suicida puede llegar a ser una problemática muy grave en este trastorno. Estudios realizados con 2967 adolescentes entre 11 a 17 en un periodo de 12 meses donde se realizó prevención para la conducta suicida se pudo observar que el 2.4% había tenido un intento suicida, el 7.5% habían tenido ideación suicida recurrente o por lo menos una vez, el 5.2% habían pensado en un plan suicida y el 1% había recibido atención médica a causa del

intento suicida (Buckingham et al., 2016). Además, también se pudo observar que el 19.7% de las personas que habían reportado tener un intento suicida sufrían de trastorno de depresión mayor y que porcentajes similares de participantes que sufrían de ansiedad y trastorno de conducta manifestaron haber tenido intentos suicidas en el pasado (Buckingham et al., 2016). En otro estudio con 41 niños y adolescentes hospitalizados por intento de suicidio en el Hospital de niños de Córdoba, se pudo observar que el 29.27% sufrían de un trastorno de depresión y el 24.39% sufrían de trastorno de conducta (Bella, Fernández & Willington, 2010).

En relación a estos hechos uno de los casos más ilustrativos de comorbilidad es la que existe entre el trastorno de conducta y varios trastornos, Carrasco (2009) realiza un estudio sobre la comorbilidad entre el trastorno de conducta y la depresión mayor. En este estudio se señaló que la prevalencia del trastorno de conducta oscila entre un 1.8% al 14.7% mientras que la del trastorno de depresión mayor es de un 0.3% al 18% (Angold, Costello & Erklani, 1999 citado en Carrasco et al., 2009). Se ha visto que la probabilidad de presentar uno de los dos trastornos es de 5 a 7 veces superior si se ha sido diagnosticado previamente con cualquiera de los dos trastornos (Ollendick & Wolff, 2006). Teniendo en cuenta estos datos en un estudio sobre la reducción de sintomatología de la ansiedad y depresión en adolescentes que estaban recibiendo tratamiento por abuso de sustancias se puso observar que después del tratamiento con la terapia breve estratégica familiar, hubo una disminución notable de la sintomatología de ansiedad y depresiva de los participantes y que la probabilidad de padecer un trastorno de ansiedad o depresión también disminuyó notablemente (Feaster et al., 2013).

Este estudio fue realizado con una muestra de 408 adolescentes entre 12 a 17 años con sus respectivas familias, los participantes fueron divididos de forma aleatoria y unos recibieron Terapia breve estratégica familia (BSFT) y otros el tratamiento usual del centro (TAU) (Feaster

et al., 2013). El estudio tuvo una duración de 12 meses, se realizó una evaluación previa a la intervención y posterior para evaluar los resultados (Feaster et al 2013). Para poder evaluar se utilizó la escala The Diagnostic Interview Schedule for Children-Predictive Scales (DISC-PS), el cual ayudo a medir los síntomas de ansiedad y depresión de los participantes, así como identificar posibles trastornos como la fobia social, ansiedad generalizada, depresión mayor, trastorno obsesivo compulsivo entre otras (Feaster et al., 2013). La intervención fue durante un periodo de 4 meses donde los participantes recibieron de 12 a 16 sesiones de BSFT, en donde se trató la dinámica familiar y el abuso de sustancias (Feaster et al., 2013), en el caso de los participantes que recibieron la TAU recibieron terapia individual, terapia grupal, entrenamiento para padres y terapia familiar durante 12 a 16 sesiones (Feaster et al., 2013). Los resultados del estudio también dieron que de un 93% de los participantes tenían una probabilidad del 63% de desarrollar un trastorno de conducta (Feaster et al., 2013). Los resultados entre los dos tipos de terapias fueron casi similares, con la diferencia de que el grupo que recibió TAU, se pudo ver que la ansiedad percibida de los padres hacia sus hijos se había disminuido considerablemente (Feaster et al., 2013). Para finalizar al BSFT mostro ser mucho más útil para la disminución de la sintomatología de ansiedad y depresión, así como mejoro la relación familiar y el funcionamiento familiar (Feaster et al., 2013). Cepukiene & Pakrosnis (2011) realizaron un estudio sobre la efectividad de la terapia breve en pacientes con trastorno de ansiedad en 46 adolescentes. Se realizaron 5 sesiones durante 5 semanas, en la 6ta semana se realizó una evaluación estandarizada para medir como habían cambiado los síntomas de ansiedad (Cepukiene & Pakrosnis, 2011). Los resultados demostraron que la terapia breve muestra mejores resultados positivos sobre las conductas problemáticas que el adolescente presenta, en 31% de los participantes se pudo ver una mejoría en las conductas problemáticas y el 29%

mostro un mejoramiento significativo en las dificultades cognitivas que manifestaba tener a causa del trastorno de ansiedad (Cepukiene & Pakrosnis, 2011).

Entonces, teniendo una idea más clara de cómo cada tipo de terapia trabaja con el trastorno de conducta y entendiendo de una forma más clara como el diagnostico de una persona puede mejorar dependiendo el tipo de terapia que se aplique, se puede reducir la sintomatología del trastorno de conducta.

METODOLOGIA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACION

Basándonos en que esta investigación se pregunta ¿cómo y hasta qué punto la terapia breve estratégica familiar es más efectiva que la terapia breve familiar en individuos con trastorno de conducta?, la metodología que se utilizará para responder a esta pregunta de investigación será cuantitativa con un diseño de pre-prueba – post-prueba.

Justificación de la metodología seleccionada

El presente estudio tiene como objetivo explorar si la terapia breve estratégica familiar es más efectiva que la terapia breve familiar en individuos con trastorno de conducta. Para esto, es necesario medir, mediante el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota para Adolescentes (MMPI-A), de esta forma se evaluará si existe un trastorno de conducta previo a la intervención y posterior a la intervención de las diferentes terapias. Por ese motivo la metodología cuantitativa es la más adecuada para esta investigación, ya que se va hacer una medición numérica y posteriormente se va analizar para de esa forma establecer patrones de comportamiento y comprobar nuestra pregunta de investigación. La medición numérica se obtendrá de la aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota para Adolescentes (MMPI-A), la cual se va aplicar antes y después de la intervención psicológica. Esta metodología necesita de variables, en este caso la terapia breve estratégica familiar será la variable independiente y su efecto en el trastorno de conducta será la variable dependiente en el caso de los participantes que reciban la terapia breve familiar la variable independiente será la terapia y la dependiente el efecto en el trastorno de conducta. Al finalizar el experimento, se

analizarán los datos obtenidos mediante métodos estadísticos y de esa forma se establecerán las conclusiones respecto a la hipótesis planteada anteriormente

Herramientas de investigación utilizada

Para el propósito de esta investigación, se aplicará el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota para Adolescentes (MMPI-A), a una muestra de adolescentes que serán reclutados mediante un método no probabilístico de los Centros de Adolescentes Infractores en la ciudad de Quito. Luego mediante un muestreo probabilístico aleatorio simple, se escogerán a 8 participantes de sexo masculino que cumplan con los criterios de diagnóstico del trastorno de conducta, que hayan tenido resultados validos en el MMPI-A y que sus familias deseen participar del proceso terapéutico. Posteriormente de esa muestra de forma aleatoria de dividirán en grupos de 4 personas en donde de forma aleatoria se asignará el tipo de terapia que recibirán. Al primer grupo se le aplicará la terapia breve específica y al segundo la terapia breve durante un periodo de 12 semanas y posteriormente, se aplicará nuevamente el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota para Adolescentes (MMPI-A). Se analizarán los resultados de la escala para medir el efecto de cada una de las terapias y ver cuál de ellas tuvo mejores resultados, y de esta forma confirmar o negar la hipótesis planteada.

Este inventario fue creado por Starke Hathaway y J.C McKinley en el año de 1940, al principio era una lista de 1000 ítems que fueron recolectados de textos psiquiátricos, inventarios de personalidad y experiencias clínicas (Greene, 2011). Después de una revisión más detallada quedaron 504 ítems, esta fue la primera edición del MMPI (Greene, 2011). En 1989 el MMPI fue re-estandarizado y surgió una segunda versión, en la actualidad el MMPI-II tiene 567 ítems de verdadero o falso, 1º escalas clínicas, 4 escalas principales de validez, 15 escalas de contenido y 15 escalas suplementarias en total y tiene una confiabilidad y valides de entre 0.80 a 0.95

(Greene, 2011). El MMPI-A es una versión re-estandarizada para la aplicación a adolescentes con un rango de edad entre 14 a 18 años y cuenta con 478 ítems (Greene, 2011).

Se escogió el MMPI-A por sus altos niveles de confiabilidad y valides y por el hecho de que es el instrumento más utilizado para trastornos de la conducta y actitudes delictivas (Butcher et al., 1992 citado en Ezzo & Pinsoneault, 2001). Además, el MMPI-A en su estructura es similar al MMPI-II, así que mantiene casi el mismo formato de escalas de validez, clínicas, contenido y suplementarias. Si las escalas de validez muestran un puntaje valido, entonces nos debemos fijar en las escalas clínicas ya que ellas nos van a dar la información necesaria sobre la descripción de la personalidad de los participantes. Las escalas de validez según Greene (2011), las define como:

- Escala 1 Hipocondriasis, la cual mide las preocupaciones neuróticas sobre el funcionamiento corporal
- Escala 2 Depresión, la cual mide la depresión situacional, catatónica de la persona y sentimientos de apatía y desesperanza
- Escala 3 Histeria, la cual mide si la persona es infantil, egocéntrica o desinhibida
- Escala 4 Desviación psicopática, la cual mide el uso de alcohol y drogas además de la inadaptación general y ausencia de experiencias placenteras
- Escala 5 Masculinidad y Femenidad, la cual evalúa los intereses vocacionales, la sensibilidad personal y la actividad pasiva o activa del sujeto. Se ve cual es el interés de la persona con su rol de genero no con su sexualidad.
- Escala 6 Paranoide, evalúa sensibilidad interpersonal, así como la sintomatología paranoide.

- Escala 7 Psicoastenia, mide los miedos anormales, ataques de pánico, la ansiedad, sentimientos de culpa, la auto-crítica, estrés situacional y dificultades de concentración
- Escala 8 Esquizofrenia, evalúa los procesos de pensamiento bizarros de la persona, las relaciones familiares conflictivas y la falta de interés del sujeto
- Escala 9 Hipomanía, mide los niveles de excitación maniaca, caracterizados por un estado de ánimo inestable
- Escala 0 Intervención Social, mide los problemas de interacción social.

Para un entendimiento más claro y preciso de las escalas clínicas del MMPI-A, consta de escalas de contenido y suplementarias que nos brindan una idea más clara de la personalidad del individuo y sus problemáticas (Greene, 2011). Este inventario fue escogido, por el hecho de que varias escalas clínicas, de contenido y suplementarias tiene un alto nivel de sensibilidad con los patrones de comportamiento y sintomatología del trastorno de conducta (Ezzo & Pineseault, 2001). Teniendo en cuenta que este estudio se foca en el trastorno de conducta y conociendo la comorbilidad que existe entre este trastorno y el consumo de sustancias, trastorno de depresión, ansiedad, conductas delictivas y problemáticas de conductas severas, fue necesario encontrar y utilizar una prueba psicométrica que describa con exactitud estas problemáticas y la personalidad del sujeto y de esa manera realizar un diagnóstico confiable y fiable. Es importante entender que el evaluador que utilice este inventario debe tener un conocimiento muy amplio y además un entrenamiento sobre el uso de este inventario.

Descripción de participantes

Para el propósito de esta investigación se requiere que participen 8 adolescentes de sexo masculino, que estén en reclusos en los Centros de Adolescentes Infractores en la ciudad de Quito, que tengan entre 14 a 17 años, que sean diagnosticados con trastorno de conducta y que

sus familias acepten iniciar un proceso terapéutico. Para esto, se colgarán anuncios en los diferentes centros de adolescentes infractores de la ciudad de Quito, donde se solicitará la participación de adolescentes y familias donde el adolescente tenga un trastorno de conducta. Aquellas familias y adolescentes que deseen participar se les dará un consentimiento informado, donde se explicara a profundidad sobre el procedimiento de esta investigación. A los adolescentes se les administrara el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota para Adolescentes (MMPI-A). Posterior a esto se escogerá de forma probabilística aleatoria simple a 8 participantes que cumplan con el diagnostico de trastorno de conducta y que hayan obtenido resultados validos en el MMPI-A.

Reclutamiento de los participantes

Para definir los participantes, se colgará un anuncio en los centros de adolescentes infractores en la ciudad de Quito. Aquellas familias y adolescentes que deseen participar, recibirán un incentivo económico de 50 dólares. Una vez que los participantes se hayan contactado e informado sobre los objetivos del estudio, se procederá a firmar los documentos del consentimiento informado a las familias y a los adolescentes se les administrara el MMPI-A. Primero se les aplicara el MMPI-A a todos los participantes, luego, todos los que cumplan con los criterios de diagnóstico de trastorno de conducta y que hayan obtenido resultados válidos. Mediante un muestreo probabilístico aleatorio simple, se escogerán a 8 participantes con sus respectivas familias. A estos 8 participantes se los dividirá de forma aleatoria y se les asignará a 4 participantes y sus familias terapia breve familiar y a los otros 4 terapia breve estratégica familiar durante un periodo de 12 semanas, posteriormente se les aplicará el MMPI-A a los adolescentes diagnosticados con trastorno de conducta para observar si ha existido algún cambio.

Consideraciones éticas.

En este estudio, se deben respetar todas las condiciones éticas ya que vamos a trabajar e interactuar con individuos, lo principal es que todos los participantes firmen un consentimiento informado previa a su participación, de esa forma estarán consientes de los objetivos de este estudio, se aclarara que la participación es totalmente voluntaria y que los participantes se podrán retirara del estudio en cualquier momento. La segunda consideración ética es mantener el anonimato de los participantes, para asegurarnos de que se cumpla a cada familia y adolescente se les asignará un código de identificación, este código solo será conocido por el investigador. Toda la información personal y todos los resultados obtenidos del MMPI-A, como las notas de los terapeutas durante el proceso terapéutico serán destruidas al finalizar la investigación. Se respetará el ritmo de cada participante, tanto en el proceso familiar como en el individual. En casos donde algún tema sobrepase a cualquier participante se le brindara horas extras se terapia para que pueda expresar y procesar sobre esos temas que le sobrepasan o le incomodan de forma individual.

Es importante saber que tanto la terapia breve familiar como la terapia breve estratégica familiar que se va a dar a los participantes esta estandarizada y tiene un alto evidencia empírica acerca de su eficiencia. A pesar de que se tengan en cuenta todas estas consideraciones éticas y se trata de disminuir cualquier impacto negativo sobre los participantes, este estudio puede afectar el ánimo de los participantes. Sin embargo, con todas estas consideraciones éticas se pretende minimizar al máximo cualquier posible daño.

RESULTADOS ESPERADOS

Basándonos en la revisión literaria que se realizó para esta investigación, se esperaría que los resultados de la investigación muestren una disminución de la sintomatología del trastorno de conducta. Se esperaría que los resultados de este estudio muestren una disminución en conductas problemáticas como el abuso de sustancias, las peleas y agresiones físicas, violencia y la sintomatología de trastornos comorbidos como el trastorno de ansiedad y depresión. También se espera que la intensidad del trastorno de conducta disminuya ya que se ha visto que la terapia breve estratégica familiar ha demostrado ser muy eficaz para el tratamiento de trastornos tan severos (Coatsworth et al., 2001). Como también se ha visto que la terapia breve familiar es eficaz en casos de conductas delictivas (Lipchik, 2004).

Basándonos en los criterios del DSM-IV para el diagnóstico del trastorno de conducta, se esperaría que existiera una mejoría notable en las relaciones personales, sobre todo con sus padres, los problemas de adaptación, problemas de violencia y agresión disminuyeran de forma notable (DSM-V, 2014). Asimismo, se esperaría que las conductas impulsivas y compulsivas disminuyeran de forma progresiva (CIE-10, 2008). Además, se esperaría que, si existen trastornos comorbidos, la sintomatología de dicho trastorno se viera disminuida de forma notable.

Si elaboramos sobre las diferentes causas de trastorno, debemos tener en cuenta que existen varios factores de riesgo que podrían explicar como el trastorno se da. Se ha visto que los factores de riesgo asociados al trastorno de conducta son de una vulnerabilidad genética y ambiental (Ortuño, 2010). Se ha visto que existe una asociación entre el trastorno de conducta y alteraciones de los procesos afectivos en la amígdala y el ventral striatum (Baumeister et al.,

2017). Estas asociaciones también se vieron evidenciadas cuando existen factores de riesgo ambientales como maltrato, abuso o negligencia que tienen una correlación positiva con el trastorno de conducta y además se pudo ver mediante MRI que la amígdala incrementaba su volumen (Baumeister et al., 2017). Teniendo esto en cuenta se esperaría una mejoría en estas áreas de funcionamiento al administrar la terapia breve estratégica familiar.

El efecto de la terapia breve estratégica familiar sobre la terapia breve familiar deber de representar mejores resultados para el tratamiento del trastorno de conducta, lo cual se verá evidenciado en los resultados del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota para Adolescentes (MMPI-A), obtenidos antes de la intervención psicoterapéutica y se comparará con los resultados obtenidos después del proceso terapéutico. Se esperará encontrar una diferencia estadísticamente significativa en el puntaje de las escalas clínicas del inventario, que justos, construyen el trastorno de conducta: hipocondriasis, desviación psicopática, esquizofrenia, hipomanía (Herkov & Myers, 1996). También se esperaría ver una diferencia estadísticamente significativa en las escalas de contenido como la escala de problemas de conducta, cinismo, depresión, problemas familiares y la escala de ira. Mediante un análisis estadístico a profundidad se esperaría comprobar que la terapia breve estratégica familiar es mucho más efectiva para trata el trastorno de conducta que la terapia breve familiar.

Finalmente, conociendo las características del trastorno de conducta, se esperaría que después de la intervención psicoterapéutica con la terapia breve estratégica familiar, los participantes tuvieran una disminución notable de la sintomatología del trastorno. Se esperaría que, al finalizar la investigación, algunos de los participantes que salen del centro de privación para menores no vuelvan a recaer en conductas delictivas, que su sintomatología disminuyera y que la relación familiar mejorara.

Discusión

Al finalizar este estudio, se debe responder la pregunta de investigación ¿cómo y hasta qué punto la terapia breve estratégica familiar es más efectiva que la terapia breve familiar en individuos con trastorno de conducta?, esta pregunta puede ser respondida de distintas formas.

Por un lado basándonos en el estudio de Coatsworth y sus colegas (2001) se puede decir que la terapia breve estratégica familiar es mucho más efectiva para que los clientes se mantengan en tratamiento, mientras que la terapia breve es mucho más eficaz para tratar la sintomatología más severa del trastorno de conducta; a pesar de ser más efectiva en la sintomatología al finalizar el estudio los investigadores pudieron corroborar que la terapia breve estratégica es mucho más efectiva en casos de problemas de conducta graves y que esta terapia es más efectiva para que los clientes se comprometan y se mantengan en el proceso terapéutico. Por otro lado, conociendo que la terapia breve estratégica demostró ser más efectiva para tratar el trastorno de conducta, se puede responder la pregunta de tal forma que esta terapia demuestra de forma efectiva que los pacientes mejoran su funcionamiento psicológico y reduce su sintomatología como ira, irritabilidad y violencia del trastorno de conducta (Buckingham et al., 2016; Feaster et al., 2013).

Además, elaborando sobre las características del trastorno de conducta que violan los patrones y normas sociales y que causan un malestar a terceros (DSM V, 2014), se puede ver que estas manifestaciones de malestar a terceros se ven disminuidas a causa de la terapia breve estratégica familiar, ya que la terapia está diseñada en desarrollar estrategias que sean

específicas para una problemática en específico (Madanes, 2007; Coatsworth, et al, 2001), además la terapia trabaja mucho en el marco conceptual de las personas, es decir como el cliente ve su mundo (Nichols, 2013). Entonces al basarnos en el modelo de la terapia breve estratégica el cliente cambia la forma en la que mira su mundo mediante las estrategias y herramientas terapéuticas que va adquiriendo, para de esa forma modificar su conducta, al modificar la conducta, se modificaría la dinámica familiar y el malestar que existe disminuiría de forma notable. Teniendo esto en cuenta las relaciones familiar, las relaciones personales los problemas de violencia y agresividad disminuirían y se esperaría que la impulsividad disminuyera de una forma progresiva.

Basándonos en la existencia de trastornos comorbidos se esperaría que la sintomatología de dichos trastornos disminuyera ya que se ha demostrado que la terapia breve estratégica tiene una gran efectividad para el trastorno de depresión mayor, trastorno de ansiedad, abuso de sustancias e ideación suicida (Froeschle, Ricard & Smith, 2007; Coatsworth et al., 1997; Feaster et al., 2013).

De igual forma, se puede responder la pregunta de investigación basándonos en los resultados obtenidos del Inventario Multifásico de Personalidad para Adolescentes (MMPI-A) que fue el mecanismo que utilizamos para el diagnóstico y medición estandarizada del trastorno de conducta. Al realizar el análisis estadístico de los puntajes de cada escala antes y después de la intervención psicoterapéutica se podría decir que hubo un efecto estadísticamente significativo en el uso de la terapia breve estratégica familiar sobre el uso de la terapia breve familiar en pacientes con trastorno de conducta.

Sin embargo, si los resultados esperados no se dan, podríamos concluir que es por lo que propone Ortuño sobre los factores de riesgo que pueden ser una variante importante en el trastorno de conducta ya que existe una vulnerabilidad genética y ambiental que juega un papel muy importante al momento de desarrollar un trastorno de conducta (2010). Además de estos factores de riesgo, estudios proponen que existe una asociación entre el trastorno de conducta y alteraciones de los procesos afectivos en la amígdala y el ventral striatum (Baumeister et al., 2017). Por ende, si no existe una mejoría después de la intervención psicoterapéutica utilizando la terapia breve estratégica familiar o la terapia breve familiar, se podría deber a que estas personas que participan en el estudio, siguen teniendo una vulnerabilidad genética que influye en su trastorno de conducta, y que el ambiente en donde viven sigue siendo desfavorable y no permite la mejoría de los participantes.

Finalmente, se puede concluir que la metodología utilizada en este estudio es adecuada para responder la pregunta de investigación. A pesar de esto hubiera sido de utilidad tener un grupo control que no recibiera ninguna de las dos terapias propuestas, para poder observar y comparara los resultados con aquellos participantes que si recibieron la terapia psicológica. Al realizar este grupo control, este estudio hubiera sido más completo y se podría decir con más certeza que la terapia breve estratégica familiar es mucho más efectiva que la terapia breve familiar en casos de adolescentes con trastorno de conducta.

Limitaciones del estudio

Al finalizar este estudio, se pueden encontrar algunas limitaciones que pudieron a ver sesgado los resultados del mismo. En primer lugar, el estudio se limitó a un número pequeño de participantes ya que la intervención del estudio era de tipo psicoterapéutica, lo cual con llevo a

tener varias horas de trabajo y dedicación ya que se intervino de forma familiar e individual, sobre todo en los casos en donde los participantes estaban sobrepasados por la terapia familiar y necesitaban una intervención individual. En segundo lugar, se trabajó con las participantes, en donde sus familias aceptaron ser parte del estudio, y se descartó a participantes que cumplían con los criterios de diagnóstico de trastorno de conducta, en donde sus familiares no deseaban participar en el proceso terapéutico. En tercer lugar, el estudio se basó en aquellos participantes que estaban en los Centros de Adolescentes Infractores en la ciudad de Quito, y se descartó a los adolescentes que habían sido diagnosticados con trastorno de conducta, pero que ya no permanecían en el centro. En cuarto lugar, al ser un tema del cuál no se ha investigado de forma profunda, no se encontró una base de información amplia y variada sobre el trastorno de conducta, la terapia breve estratégica familiar y la terapia breve familiar, por ende, el estudio tuvo una limitación en torno a la información sobre este tema. En quinto lugar, se debe tener en cuenta el método de recolección de datos que se utilizó, ya que el MMPI-A tiene ciertas limitaciones y se deben cumplir ciertos criterios para su aplicación, uno de esos criterios que pudo haber causado un sesgo es el nivel de educación de los participantes y el hecho de que los participantes se encuentran en un ambiente de reclusión (Greene, 2011).

Una de las limitaciones en torno a la metodología es que, si en uno de los Centros de Adolescentes Infractores no se encontraba la muestra necesaria, se debía buscar en otros centros. Otra limitación es el hecho de que solo se escogió a participantes de sexo masculino. De la misma manera otra limitación fue el hecho de que no se hizo un grupo control, para contrastar datos entre los participantes que recibían el tratamiento terapéutico y los que no. De igual forma otra limitación en base a la metodología sería el tiempo de intervención psicológica que se propuso de 12 semanas de terapia breve estratégica familiar y terapia breve familiar.

Recomendaciones para futuros estudios

Al culminar esta investigación, podemos observar que la terapia breve estratégica familiar es mucho más efectiva que la terapia breve para el tratamiento del trastorno de conducta (Coatsworth et al., 2001). Asimismo, se puede observar que existe un mejoramiento psicológico de los participantes y de reducción de sintomatología como la depresión, ansiedad, ira, violencia, irritabilidad, impulsividad y de consumo de sustancia e ideación suicida (Buckingham et al., 2016; Feaster et al., 2013; Froeschle et al., 2007). Sin embargo, a pesar de estos hallazgos, se debería de investigar de forma más profunda el tema, se debería utilizar grupos control para poder comparar los resultados entre los participantes que recibieron terapia breve estratégica familiar y terapia breve familiar de los participantes que no recibieron ninguna intervención psicoterapéutica. Otras recomendaciones serías tener un grupo más extenso de participantes y que también se tome en cuenta al sexo femenino en la muestra. Finalmente, se recomienda aplicar esta investigación a distintos grupos sociales y culturales para poder precisar el impacto de la terapia breve estratégica familiar de una forma mas global.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American psychiatric association (APA). (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR. Barcelona: Panamericana
- Baumeister, S., Blomeyer, D., Boecker-Schlier, R., Buchmann, A. F., Jennen-Steinmetz, C., Laucht, M., & Holz, N. E. (2017). Ventral striatum and amygdala activity as convergence sites for early adversity and conduct disorder. *Social Cognitive & Affective Neuroscience*, *12*(2), 261-272. doi:10.1093/scan/nsw120
- Bella, M. E., Fernández, R. A., & Willington, J. M. (2010). Intento de suicidio en niños y adolescentes: depresión y trastorno de conducta disocial como patologías más frecuentes. *Archivos argentinos de pediatría*, *108*(2), 124-129.
- Buckingham, W. J., Hafekost, J., Johnson, S. E., Lawrence, D., Saw, S., Sawyer, M., & Zubrick, S. R. (2016). Suicidal behaviours: Prevalence estimates from the second Australian Child and Adolescent Survey of Mental Health and Wellbeing. *Australian & New Zealand Journal Of Psychiatry*, *50*(9), 899-910. doi:10.1177/0004867415622563
- Carrasco, A., Fernández, M. J., Frías, A., García, A., & García, B. (2009). Comorbilidad entre Trastorno de Conducta y Depresión Mayor en la Adolescencia: Prevalencia, Teorías Explicativas y Estatus Nosológico. *Revista De Psicopatología Y Psicología Clínica*, *14*(1), 1-23.
- Cepukiene, V., & Pakrošnis, R. (2011). The outcome of Solution-Focused Brief Therapy among foster care adolescents: The changes of behavior and perceived somatic and cognitive difficulties. *Children & Youth Services Review*, *33*(6), 791-797. doi:10.1016/j.chilyouth.2010.11.027
- Coatsworth, J. D., Kurtines, W. M., LaPerriere, A., Pérez-Vidal, A., Santisteban, D. A., Schwartz, S. J. & Szapocznik, J. (2003). Efficacy of Brief Strategic Family Therapy in Modifying Hispanic Adolescent Behavior Problems and Substance Use. *Journal of Family Psychology : JFP : Journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, *17*(1), 121-133. <http://doi.org/10.1037/0893-3200.17.1.121>
- Coatsworth, J. D., Jean-Gilles, M., Mitrani, V., Pérez-Vidal, A., Santisteban, D. A., & Szapocznik, J. (1997). Brief structural/strategic family therapy with African and Hispanic high-risk youth. *Journal Of Community Psychology*, *25*(5), 453-471.

- Coatsworth, J. D., McBride, C. K., Santisteban, D. A., & Szapocznik, J. (2001). Brief strategic family therapy versus community control: Engagement, retention, and an exploration of the moderating role of adolescent symptom severity. *Family process*, 40(3), 313-332.
- De Jong, P & Kim Berg, I. (2002). *Interviewing for solution*. Book/Cole
- De Shazer, S. (1995). Claves para la solución en terapia breve. Barcelona. Paidòs.
- Díaz, C. A. G., & Ramírez, N.H. (2009). La terapia breve: una alternativa de intervención psicológica efectiva. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 27(1), 165-176.
- Droguett, V (2014). Terapia Familiar Breve Estratégica en el Tratamiento de Adolescentes con Consumo Perjudicial de Drogas. *Revista GPU* ,10 (1), 64-70
- Dulmus, C. N., & Wodarski, J. S. (2002). Six critical questions for brief therapeutic interventions. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 2(4), 279.
- Ezzo, F. R., & Pineseault, T. B. (2011). Efficacy of the Jesness Inventory-Revised Conduct Disorder and Oppositional Defiant Disorder Scales. *College of Juvenile Justice & Psychology Texas Juvenile Crime Prevention Center*, 5(1), 31-36.
- Feaster, D. J., Horigian, V. E., Miller, M., Robbins, M. S., Ucha, J., Weems, C. F., & Werstlein, R. (2013). Reductions in Anxiety and Depression Symptoms in Youth Receiving Substance Use Treatment. *American Journal On Addictions*, 22(4), 329-337. doi:10.1111/j.1521-0391.2013.12031.x
- Froeschle, J. G., Ricard, R., & Smith, R. L., (2007). The Efficacy of a Systematic Substance Abuse Program for Adolescent Females. *Professional School Counseling*, 10(5), 498-505.
- Greene , R. L. (2011). *The MMPI-2/MMPI-2-RF*. Boston : Pearson.
- Gober, K, Pomeroy, E & Thompson, S. (2005). Family-based treatment models targeting substance use and high-risk behaviors among adolscents. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 2, 207-233.
- Haley, J. (2008) *Terapia para resolver problemas. Nuevas estrategias para una terapia familiar eficaz*. Argentina: Amorrortu editores
- Herkov, M. J., & Myers, W. C. (1996). MMPI profiles of depressed adolescents with and without conduct disorder. *Journal Of Clinical Psychology*, 52(6), 705-710.

- Hinshaw, S & Lee, S. (2003). Conduct and Oppositional Defiant Disorders. En Barkley, R & Marsh, E. *Child Psychopathology* (pp.158). United States of America: The Guilford Press.
- Korsgaard, H. O., Torgersen, S., Ulberg, R., & Wentzel-Larsen, T. (2016). Substance abuse and personality disorder comorbidity in adolescent outpatients: are girls more severely ill than boys?. *Child & Adolescent Psychiatry & Mental Health*, 101-9. doi:10.1186/s13034-016-0096-5
- Lipchik, E. (2004). Terapia centrada en la solución. *Amorrortu. Buenos Aires-Argentina*.
- Madanes, C. (2007). *Terapia Familiar Estrategica*. Buenos Aires-Madrid: Amorrortu.
- Ollendick, T. H., & Wolff, J. C. (2006). The comorbidity of conduct problems and depression in childhood and adolescence. *Clinical child and family psychology review*, 9(3-4), 201-220.
- Organización Panamericana de la Salud. (1995). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud* (Vol. 1). Ginebra: Organización Panamericana de la Salud.
- Ortuño, F. (2010). *Lecciones de Psiquiatría*. Madrid: Panamericana
- Sáez, M. (2006). Las terapias posmodernas: una breve introducción a la terapia colaborativa, la terapia narrativa y la terapia centrada en soluciones. *Psicología conductual*, 14(3), 511-532.
- Ulivi, G. (2000). Terapia breve centrada en la solución como modelo de terapia familiar de toxicómanos. *Adicciones*, 12(3), 425-430.

ANEXO A: SOLICITUD PARA APROBACIÓN DEL ESTUDIO Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos
Universidad San Francisco de Quito
 El Comité de Revisión Institucional de la USFQ
 The Institutional Review Board of the USFQ

SOLICITUD PARA APROBACION DE UN ESTUDIO DE INVESTIGACION

INSTRUCCIONES:

1. Antes de remitir este formulario al CBE, se debe solicitar vía electrónica un código para incluirlo, a comitebioetica@usfq.edu.ec
2. Enviar solo archivos digitales. Esta solicitud será firmada en su versión final, sea de manera presencial o enviando un documento escaneado.
3. Este documento debe completarse con la información del protocolo del estudio que debe servir al investigador como respaldo.
4. Favor leer cada uno de los parámetros verificando que se ha completado toda la información que se solicita antes de enviarla.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN	
Título de la Investigación	Efectividad de la Terapia Breve Estratégica Familiar y La Terapia Breve Familiar en Familias con Adolescentes Diagnosticados con Trastorno de Conducta
Investigador Principal <i>Nombre completo, afiliación institucional y dirección electrónica</i>	Isabel Carolina Vásconez Vallejo, Universidad San Francisco de Quito, isabelvasconezv@hotmail.com
Co-investigadores <i>Nombres completos, afiliación institucional y dirección electrónica. Especificar si no lo hubiera</i>	No aplica.
Persona de contacto <i>Nombre y datos de contacto incluyendo teléfonos fijo, celular y dirección electrónica</i>	Isabel Carolina Vásconez Vallejo, 022891856, 0984058105, isabelvasconezv@hotmail.com
Nombre de director de tesis y correo electrónico <i>Solo si es que aplica</i>	Esteban Utreras, eutreras@usfq.edu.ec
Fecha de inicio de la investigación <i>Agosto 2016</i>	
Fecha de término de la investigación <i>Mayo 2018</i>	
Financiamiento <i>No aplica.</i>	

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO	
Objetivo General <i>Se debe responder tres preguntas: qué? cómo? y para qué?</i>	Analizar el efecto que tiene la terapia breve estratégica familiar sobre la terapia breve familiar en adolescentes que sean diagnosticadas con trastorno de conducta. Se evaluará con el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota para Adolescentes (MMPI-A) antes y después de la intervención psicoterapéutica para medir el efecto de la terapia sobre los síntomas que construyen el trastorno de conducta.

Objetivos Específicos
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar a los adolescentes con el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota para Adolescentes (MMPI-A) • Intervenir por una duración de 12 semanas con terapia breve estratégica familiar y terapia breve familiar. • Evaluar nuevamente con el MMPI-A. • Analizar los cambios en los resultados de la evaluación antes y después de la intervención psicoterapéutica. • Analizar el efecto de la terapia breve estratégica familiar y la terapia breve familiar sobre el trastorno de conducta y verificar si la terapia breve estratégica familiar es más eficaz que la terapia breve familiar.
<p>Diseño y Metodología del estudio <i>Explicar el tipo de estudio (por ejemplo cualitativo, cuantitativo, con enfoque experimental, cuasi-experimental, pre-experimental; estudio descriptivo, transversal, de caso, in-vitro...) Explicar además el universo, la muestra, cómo se la calculó y un breve resumen de cómo se realizará el análisis de los datos, incluyendo las variables primarias y secundarias..</i></p>
<p>Este estudio es de tipo cuantitativo con un diseño de pre prueba-post prueba. Para el propósito de esta investigación se requiere que participen 8 adolescentes con sus familias, que los participantes sean de sexo masculino y con edades entre 14-17 años, que sean diagnosticadas con trastorno de conducta. Para esto, se utiliza un listado de los adolescentes que estén recluidos Centros de Adolescentes Infractores en la ciudad de Quito. A los mismos, se les aplicará el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota para Adolescentes (MMPI-A) y se escogerá un muestreo probabilístico aleatorio simple de 8 participantes que cumplan con el diagnóstico de trastorno de conducta y que hayan obtenido resultados válidos en el inventario de personalidad. Posteriormente a los 8 participantes se los dividirá de forma aleatoria en dos grupos de 4 personas y a cada grupo se le asignará un tipo de terapia. Al culminar la intervención psicoterapéutica, se analizará si existe una diferencia entre los resultados antes del estudio y después del mismo.</p>
<p>Procedimientos <i>Los pasos a seguir desde el primer contacto con los sujetos participantes, su reclutamiento o contacto con la muestra/datos.</i></p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Contactar al Centros de Adolescentes Infractores en la ciudad de Quito y pedir un listado de las adolescentes que estén recluidos en el lugar de edades entre los 14 a 17 años. 2. Contactar personalmente a los adolescentes y a sus familias, preguntar los criterios de inclusión mencionados anteriormente, y si cumplen con los mismos, explicarles el estudio y pedirles que participen con sus familias. 3. Evaluar a los adolescentes que sus familias aceptaron participar en el estudio con el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota para Adolescentes (MMPI-A). 4. Escoger, por un método probabilístico de aleatorio simple, 8 participantes que cumplan con los criterios del trastorno de conducta (según los puntajes en las escalas del MMPI-A). 5. Dividir a la muestra de 8 participantes de forma aleatoria en 2 grupos de 4 participantes y asignarle a cada grupo un tipo de terapia 6. Intervenir con la terapia breve estratégica familiar y con la terapia breve familiar por una duración 12 semanas. 7. Al culminar la intervención, evaluar nuevamente a las participantes con el MMPI-A. 8. Analizar si existe una diferencia entre los puntajes antes y después de la intervención.
<p>Recolección y almacenamiento de los datos <i>Para garantizar la confidencialidad y privacidad, de quién y donde se recolectarán datos; almacenamiento de datos—donde y por cuánto tiempo; quienes tendrán acceso a los datos, qué se hará con los datos cuando termine la investigación</i></p>
<p>En este estudio, se respetarán todas las consideraciones éticas relacionadas a un estudio con individuos. En primer lugar, todos los participantes firmarán un consentimiento informado previo a su participación, donde se especificarán los objetivos del estudio y se aclarará que su participación es completamente voluntaria, sin que existan implicaciones laborales o personales negativas por si deciden no participar o retirarse en cualquier</p>

momento del estudio. En segundo lugar, para asegurar el anonimato de las participantes, se les asignará un código a cada participante, el cual solo el investigador sabrá a quién le pertenece. A lo largo de la investigación se trabajará con este código para que no se pueda relacionar el documento que se está analizando con el participante. Asimismo, todas las muestras que se tomen de los participantes serán utilizadas solo para la investigación y destruidas tan pronto termine el estudio. En caso de que un participante se sienta abrumado o lastimado por cualquier tema que se toque durante las sesiones terapéuticas, se les pedirá que asistan algunas sesiones adicionales para poder trabajar sobre los mismos. Asimismo, se respetará el ritmo de cada participante y no se les obligará a trabajar en temas que no quieran o no se sientan preparados para trabajar. Es importante recalcar que las terapias que se darán son terapias estandarizadas y con evidencias empíricas de su eficacia.

Herramientas y equipos *Incluyendo cuestionarios y bases de datos, descripción de equipos*

Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota para Adolescentes (MMPI-A)

JUSTIFICACIÓN CIENTÍFICA DEL ESTUDIO

Se debe demostrar con suficiente evidencia por qué es importante este estudio y qué tipo de aporte ofrecerá a la comunidad científica.

En el Ecuador, el estudio sobre el trastorno de conducta en adolescentes es casi nulo. Existen estudios sobre los factores de riesgo que se ven asociados al trastorno. Por ejemplo, el Instituto Nacional de Estadística y Censo en el año 2011 sobre la violencia intra familiar en más de 18.800 viviendas (INEC, 2012), basándonos en esta información y teniendo en cuenta que la violencia es un factor de riesgo para el desarrollo del trastorno de conducta es importante realizar más estudios sobre terapias que no solo ayuden al adolescente con su sintomatología, si no que la familia también sea parte del cambio. Este estudio, por tanto, sería el primero que utilice la terapia breve estratégica familiar y terapia breve familiar para conocer su efecto en adolescentes con trastorno de conducta. Por esto, el mismo es útil ya que permite conocer si existe una terapia mucho más eficaz para el tratamiento del trastorno de conducta.

Referencias bibliográficas completas en formato APA

American psychiatric association (APA). (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR. Barcelona: Panamericana

Baumeister, S., Blomeyer, D., Boecker-Schlier, R., Buchmann, A. F., Jennen-Steinmetz, C., Laucht, M., & Holz, N. E. (2017). Ventral striatum and amygdala activity as convergence sites for early adversity and conduct disorder. *Social Cognitive & Affective Neuroscience*, *12*(2), 261-272. doi:10.1093/scan/nsw120

- Bella, M. E., Fernández, R. A., & Willington, J. M. (2010). Intento de suicidio en niños y adolescentes: depresión y trastorno de conducta disocial como patologías más frecuentes. *Archivos argentinos de pediatría*, 108(2), 124-129.
- Buckingham, W. J., Hafekost, J., Johnson, S. E., Lawrence, D., Saw, S., Sawyer, M., & Zubrick, S. R. (2016). Suicidal behaviours: Prevalence estimates from the second Australian Child and Adolescent Survey of Mental Health and Wellbeing. *Australian & New Zealand Journal Of Psychiatry*, 50(9), 899-910. doi:10.1177/0004867415622563
- Carrasco, A., Fernández, M. J., Frías, A., García, A., & García, B. (2009). Cormorbilidad entre Trastorno de Conducta y Depresión Mayor en la Adolescencia: Prevalencia, Teorías Explicativas y Estatus Nosológico. *Revista De Psicopatología Y Psicología Clínica*, 14(1), 1-23.
- Cepukiene, V., & Pakrosnis, R. (2011). The outcome of Solution-Focused Brief Therapy among foster care adolescents: The changes of behavior and perceived somatic and cognitive difficulties. *Children & Youth Services Review*, 33(6), 791-797. doi:10.1016/j.childyouth.2010.11.027
- Coatsworth, J. D., Kurtines, W. M., LaPerriere, A., Pérez-Vidal, A., Santisteban, D. A., Schwartz, S. J. & Szapocznik, J. (2003). Efficacy of Brief Strategic Family Therapy in Modifying Hispanic Adolescent Behavior Problems and Substance Use. *Journal of Family Psychology : JFP : Journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, 17(1), 121-133. <http://doi.org/10.1037/0893-3200.17.1.121>
- Coatsworth, J. D., Jean-Gilles, M., Mitrani, V., Pérez-Vidal, A., Santisteban, D. A., & Szapocznik, J. (1997). Brief structural/strategic family therapy with African and Hispanic high-risk youth. *Journal Of Community Psychology*, 25(5), 453-471.
- Coatsworth, J. D., McBride, C. K., Santisteban, D. A., & Szapocznik, J. (2001). Brief strategic family therapy versus community control: Engagement, retention, and an exploration of the moderating role of adolescent symptom severity. *Family process*, 40(3), 313-332.
- De Jong, P & Kim Berg, I. (2002). *Interviewing for solution*. Book/Cole
- De Shazer, S. (1995). Claves para la solución en terapia breve. Barcelona. Paidòs.
- Díaz, C. A. G., & Ramírez, N.H. (2009). La terapia breve: una alternativa de intervención psicológica efectiva. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 27(1), 165-176.
- Droguett, V (2014). Terapia Familiar Breve Estratégica en el Tratamiento de Adolescentes con Consumo Perjudicial de Drogas. *Revista GPU* ,10 (1), 64-70.
- Dulmus, C. N., & Wodarski, J. S. (2002). Six critical questions for brief therapeutic interventions. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 2(4), 279.
- Ezzo, F. R., & Pineseault, T. B. (2011). Efficacy of the Jesness Inventory-Revised Conduct Disorder and Oppositional Defiant Disorder Scales. *College of Juvenile Justice & Psychology Texas*

Juvenile Crime Prevention Center, 5(1), 31-36.

Feaster, D. J., Horigian, V. E., Miller, M., Robbins, M. S., Ucha, J., Weems, C. F., & Werstlein, R. (2013). Reductions in Anxiety and Depression Symptoms in Youth Receiving Substance Use Treatment. *American Journal On Addictions*, 22(4), 329-337. doi:10.1111/j.1521-0391.2013.12031.x

Froeschle, J. G., Ricard, R., & Smith, R. L., (2007). The Efficacy of a Systematic Substance Abuse Program for Adolescent Females. *Professional School Counseling*, 10(5), 498-505.

Greene , R. L. (2011). *The MMPI-2/MMPI-2-RF*. Boston : Pearson.

Gober, K, Pomeroy, E & Thompson, S. (2005). Family-based treatment models targeting substance use and high-risk behaviors among adolscents. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 2, 207-233.

Haley, J. (2008) *Terapia para resolver problemas. Nuevas estrategias para una terapia familiar eficaz*. Argentina: Amorrortu editores.

Herkov, M. J., & Myers, W. C. (1996). MMPI profiles of depressed adolescents with and without conduct disorder. *Journal Of Clinical Psychology*, 52(6), 705-710.

Hinshaw, S & Lee, S. (2003). Conduct and Oppositional Defiant Disorders. En Barkley, R & Marsh, E. *Child Psychopathology* (pp.158). United States of America: The Guilford Press.

Korsgaard, H. O., Torgersen, S., Ulberg, R., & Wentzel-Larsen, T. (2016). Substance abuse and personality disorder comorbidity in adolescent outpatients: are girls more severely ill than boys?. *Child & Adolescent Psychiatry & Mental Health*, 101-9. doi:10.1186/s13034-016-0096-5

Lipchik, E. (2004). *Terapia centrada en la solución*. Amorrortu. Buenos Aires-Argentina.

Madanes, C. (2007). *Terapia Familiar Estrategica*. Buenos Aires-Madrid: Amorrortu.

Ollendick, T. H., & Wolff, J. C. (2006). The comorbidity of conduct problems and depression in childhood and adolescence. *Clinical child and family psychology review*, 9(3-4), 201-220.

Organización Panamericana de la Salud. (1995). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud* (Vol. 1). Ginebra: Organización Panamericana de la Salud.

Ortuño, F. (2010). *Lecciones de Psiquiatria*. Madrid: Panamericana

Sáez, M. (2006). Las terapias posmodernas: una breve introducción a la terapia colaborativa, la terapia narrativa y la terapia centrada en soluciones. *Psicología conductual*, 14(3), 511-532.

Uliví, G. (2000). *Terapia breve centrada en la solución como modelo de terapia familiar de*

toxicómanos. *Adicciones*, 12(3), 425-430.

DESCRIPCIÓN DE LOS ASPECTOS ÉTICOS DEL ESTUDIO	
Criterios para la selección de los participantes	<i>Tomando en cuenta los principios de beneficencia, equidad, justicia y respeto</i>
Adolescentes recluidos en el Centros de Adolescentes Infractores en la ciudad de Quito, de sexo masculino y con edades entre 14 a 17 años, que sean diagnosticadas con trastorno de conducta, donde sus familias estén de acuerdo en participar y que hayan obtenido resultados válidos en el inventario de personalidad para Adolescentes (MMPI-A).	
Riesgos	<i>Describir los riesgos para los participantes en el estudio, incluyendo riesgos físico, emocionales y psicológicos aunque sean mínimos y cómo se los minimizará</i>
Las participantes pueden tener el riesgo de experimentar sentimientos abrumadores o de angustia durante la evaluación y/o la intervención terapéutica. En caso de que un participante se sienta abrumado o lastimado por cualquier tema que se tope durante las sesiones terapéuticas, se les pedirá que asistan algunas sesiones adicionales para poder trabajar sobre los mismos. Asimismo, se respetará el ritmo de cada participante y no se les obligará a trabajar en temas que no quieran o no se sientan preparados para trabajar. Es importante recalcar que las terapias que se darán son terapias estandarizadas y con evidencias empíricas de su eficacia.	
Beneficios para los participantes	<i>Incluyendo resultados de exámenes y otros; solo de este estudio y cómo los recibirán</i>
Las participantes se verán beneficiadas al final del estudio ya que las terapias que se les brindarán durante un periodo 12 semanas les ayudará a trabajar con diversos conflictos personales que puedan tener. Asimismo, su funcionamiento psicológico mejorará, permitiéndolas llevar una vida más sana. Se esperaría que la terapia breve estratégica familiar tenga un efecto positivo en la disminución de la sintomatología del trastorno.	
Ventajas potenciales a la sociedad	<i>Incluir solo ventajas que puedan medirse o a lo que se pueda tener acceso</i>
Si la terapia breve estratégica familiar tiene un efecto estadísticamente más positivo que la terapia breve familiar en adolescentes con trastorno de conducta, se podría utilizar para los demás casos en los distintos centros de adolescentes infractores del país, reduciendo así la prevalencia del trastorno de conducta en adolescentes en el Ecuador.	
Derechos y opciones de los participantes del estudio	<i>Incluyendo la opción de no participar o retirarse del estudio a pesar de haber aceptado participar en un inicio.</i>
Las participantes tienen el derecho a negarse o renunciar a su participación en cualquier momento del estudio, sin ninguna consecuencia tanto personal como profesional.	
Seguridad y Confidencialidad de los datos	<i>Describir de manera detallada y explícita como va a proteger los derechos de participantes</i>
En este estudio, se respetarán todas las consideraciones éticas relacionadas a un estudio con individuos. En primer lugar, todos los participantes firmarán un consentimiento informado previo a su participación, donde se especificarán los objetivos del estudio y se aclarará que su participación es completamente voluntaria, sin que existan implicaciones laborales o personales negativas por si deciden no participar o retirarse en cualquier momento del estudio. En segundo lugar, para asegurar el anonimato de las participantes, se le asignará un código a cada participante, el cual solo el investigador sabrá a quién le pertenece. A lo largo de la investigación se trabajará con este código para que no se pueda relacionar el documento que se está analizando con el participante. Asimismo, todas las muestras que se tomen de los participantes serán utilizadas solo para la investigación y destruidas tan pronto termine el estudio. En caso de que un participante se sienta abrumado o lastimado por cualquier tema que se tope durante las sesiones terapéuticas, se les pedirá que asistan algunas sesiones adicionales para poder trabajar sobre los mismos. Asimismo, se respetará el ritmo de cada participante y no se les obligará a trabajar en temas que no quieran o no se sientan preparados para trabajar. Es importante	

conducta.									
Evaluar a los adolescentes que aceptaron ser participantes con el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota para Adolescentes (MMPI-A).									
Escoger, por un método probabilístico de aleatorio simple, 8 participantes que cumplan con los criterios del trastorno de conducta (según los puntajes en las escalas del MMPI-II).									
Intervenir con la terapia breve estratégica familiar y con la terapia breve familiar, por una duración de 12 semanas a estos 8 participantes.									
Al culminar la intervención, evaluar nuevamente a las participantes con el MMPI-A.									
Analizar si existe una diferencia entre los puntajes antes y después de la intervención.									

CERTIFICACIÓN:

1. Certifico no haber recolectado ningún dato ni haber realizado ninguna intervención con sujetos humanos, muestras o datos. Sí () No ()
2. Certifico que los documentos adjuntos a esta solicitud han sido revisados y aprobados por mi director de tesis. Sí () No () No Aplica ()

Firma del investigador: _____ (con tinta azul)

Fecha de envío al Comité de Bioética de la USFQ: _____



Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos
Universidad San Francisco de Quito
 El Comité de Revisión Institucional de la USFQ
 The Institutional Review Board of the USFQ

Formulario Consentimiento Informado

Título de la investigación: Efectividad de la Terapia Breve Estratégica Familiar y La Terapia Breve Familiar en Familias con Adolescentes Diagnosticados con Trastorno de Conducta

Organización del investigador *Universidad San Francisco de Quito*

Nombre del investigador principal *Isabel Carolina Vásconez Vallejo*

Datos de localización del investigador principal *022891856, 0984058105, isabelvasconezv@hotmail.com*

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Introducción (Se incluye un ejemplo de texto. Debe tomarse en cuenta que el lenguaje que se utilice en este documento no puede ser subjetivo; debe ser lo más claro, conciso y sencillo posible; deben evitarse términos técnicos y en lo posible se los debe reemplazar con una explicación)

Este formulario incluye un resumen del propósito de este estudio. Usted puede hacer todas las preguntas que quiera para entender claramente su participación y despejar sus dudas. Para participar puede tomarse el tiempo que necesite para consultar con su familia y/o amigos si desea participar o no. Usted ha sido invitado a participar en una investigación sobre el efecto de la terapia breve estratégica familiar y la terapia breve familiar en casos de trastorno de conducta.

Propósito del estudio (incluir una breve descripción del estudio, incluyendo el número de participantes, evitando términos técnicos e incluyendo solo información que el participante necesita conocer para decidirse a participar o no en el estudio)

El estudio consta de 8 participantes que son diagnosticados con trastorno de conducta. El mismo quiere analizar qué efecto de la terapia breve estratégica familiar y la terapia breve familiar (un tipo de terapia psicológica) para la sintomatología del trastorno de conducta.

Descripción de los procedimientos (breve descripción de los pasos a seguir en cada etapa y el tiempo que tomará cada intervención en que participará el sujeto)

En primer lugar, se les aplicará el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota para Adolescentes (MMPI-A) para determinar los rasgos de personalidad de un trastorno de conducta de las participantes. Segundo, se les aplicará la terapia breve estratégica familiar propuesta por Cloè Madanes y Jay Haley a un grupo de 4 participantes y sus familias y la terapia breve familiar propuesta por Steven De Shazer e Insoo Kim Berg al segundo grupo de 4 participantes y sus familias. Después de 12 semanas de intervención psicoterapéutica, se les aplicará nuevamente el Inventario de Personalidad y se observará si existen cambios o no.

Riesgos y beneficios (explicar los riesgos para los participantes en detalle, aunque sean mínimos, incluyendo riesgos físicos, emocionales y/o psicológicos a corto y/o largo plazo, detallando cómo el investigador minimizará estos riesgos; incluir además los beneficios tanto para los participantes como para la sociedad, siendo explícito en cuanto a cómo y cuándo recibirán estos beneficios)

Los participantes pueden topar temas que les abrume dentro de terapia. Para esto, se les brindará apoyo y si es necesario se les permitirá venir a sesiones adicionales para trabajar en ellos. Además, habrá temas que los participantes no quieran hablar, por lo tanto, se respetará el ritmo del participante y no se le obligará a trabajar en lo que no quiere.

Este estudio es beneficioso para la sociedad ya que el mismo ampliará el conocimiento acerca de cómo la terapia psicológica puede ayudar a las personas que son diagnosticadas con trastorno de conducta. Además, si la terapia ayuda a estas personas, la prevalencia del trastorno de conducta, y la sintomatología como abuso de sustancia e ideación suicida podría bajar y la sociedad se viera beneficiada ya que la misma es un conflicto

social bastante alto. Finalmente, las participantes se verán beneficiadas ya que la terapia les ayudará a encontrar estabilidad psicológica.

Confidencialidad de los datos *(se incluyen algunos ejemplos de texto)*

Para nosotros es muy importante mantener su privacidad, por lo cual aplicaremos las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales:

- 1) La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo el investigador y el testigo de la investigación tendrán acceso.
- 2A) Si se toman muestras de su persona estas muestras serán utilizadas solo para esta investigación y destruidas tan pronto termine el estudio *(si aplica)* ó
- 2B) Si usted está de acuerdo, las muestras que se tomen de su persona serán utilizadas para esta investigación y luego se las guardarán para futuras investigaciones removiendo cualquier información que pueda identificarlo *(si aplica)*
- 3) Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones.
- 4) El Comité de Bioética de la USFQ podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuando a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio.

Derechos y opciones del participante *(se incluye un ejemplo de texto)*

Usted puede decidir no participar y si decide no participar solo debe decirselo al investigador principal o a la persona que le explica este documento. Además, aunque decida participar puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin que ello afecte los beneficios de los que goza en este momento. Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0984058105 que pertenece a Isabel Vásquez, o envíe un correo electrónico a isabelvasconezv@hotmail.com

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. William F. Waters, presidente del Comité de Bioética de la USFQ, al siguiente correo electrónico: comitebioetica@usfq.edu.ec

Consentimiento informado *(Es responsabilidad del investigador verificar que los participantes tengan un nivel de comprensión lectora adecuado para entender este documento. En caso de que no lo tuvieren el documento debe ser leído y explicado frente a un testigo, que corroborará con su firma que lo que se dice de manera oral es lo mismo que dice el documento escrito)*

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Firma del participante	Fecha
Firma del testigo <i>(si aplica)</i>	Fecha
Nombre del investigador que obtiene el consentimiento informado	
Firma del investigador	Fecha

ANEXO B: ANUNCIO PARA RECLUTAMIENTO DE PARTICIPANTES

Se buscan participantes para estudio psicológico

Valor por participar: \$50

Requisitos:

- Tener entre 14-17 años
- Únicamente participantes masculinos

Para más información contactar al:
0984058105

ANEXO C: HERRAMIENTAS PARA LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN

MMPI - A*

*Versión en estudio para uso exclusivo en investigación
Adaptación María Martina Casullo
. Universidad de Buenos Aires, Argentina

Instrucciones

A continuación hay una serie de frases o expresiones que las personas usan para describirse a sí mismas. Estas frases son aquí presentadas para ayudarlo a describir sus sentimientos y actitudes. Trate de responder de la manera más sincera y honesta posible. Recuerde que no existen respuestas correctas o incorrectas. Responda de acuerdo a lo que siente y piensa.

No se preocupe si algunas frases le parecen poco comunes; ellas fueron incluidas para describir muchos tipos diferentes de problemas que las personas pueden tener.

Considere atentamente cada frase y use la hoja de respuestas. Si está de acuerdo con la frase o decide que describe algún aspecto suyo, haga una cruz (X) sobre la casilla con la letra V (verdadero). Si esta en desacuerdo con la frase o considera que no lo describe, haga una cruz (X) sobre la casilla F (falso).

Trate de responder cada frase aún cuando no esté seguro de su decisión.

Si se equivoca o cambia de opinión, por favor tache claramente su respuesta y haga la cruz (X) en el lugar correcto.

No hay límite de tiempo para contestar este inventario. Trate de trabajar al ritmo más rápido y cómodo para Ud.

Material de uso exclusivo de alumnos de la Cátedra de Técnicas Psicométricas. Cat. II (Fac. Psicología UBA) en tareas de aprendizaje

1 Me gustan las revistas de mecánica	31 Jamás tuve problemas por mi conducta sexual.
2 Tengo buen apetito	32 Algunas veces robé cosas.
3 Generalmente me despierto fresco y descansado por las mañanas.	33 Me dá miedo ir a la escuela.
4 Raramente me preocupo por mi salud	34 A veces siento ganas de romper cosas.
5 Los ruidos me despiertan con facilidad.	35 He tenido épocas (días, semanas, o meses) en los que me era imposible ocuparme de lo que tenía que hacer.
6 Mi padre es un buen hombre.(o lo fué si falleció)	36 Duermo mal.
7 Me gusta leer las noticias sobre crímenes en el diario .	37 Muchas veces siento que mi cabeza me duele por todos lados.
8 Casi siempre, mis pies y mis manos , están normalmente calientes.	38 Algunas veces miento.
9 Mi vida diaria está ocupada por cosas que me interesan.	39 Si la gente no se la hubiera tomado conmigo, me hubiese ido mejor.
10 Soy ahora tan capaz para trabajar como lo he sido siempre.	40 Mi capacidad para pensar está mejor que nunca.
<hr/>	
11 La mayor parte del tiempo siento como un nudo en la garganta.	41 Una vez a la semana, o más seguido, siento calores sin motivos aparentes.
12 Mis profesores se la toman conmigo.	42 Mi salud física es tan buena como la del resto de mis amigos.
13 Me gustan las novelas de misterio.	43 Si me encuentro con gente que hace mucho que no veo, trato de pasar desapercibido, a menos que me dirijan la palabra.
14 Trabajo muy tensionado.	44 Casi nunca siento dolores en el pecho o en la espalda.
15 De vez en cuando pienso en cosas demasiado malas como para hablar de ellas.	45 La mayor parte del tiempo prefiero sentarme y soñar despierto antes que hacer cualquier cosa.
16 Estoy seguro de que la vida me trata mal.	46 Soy una persona muy sociable.
17 Sufro ataques de náuseas y vómitos.	47 A menudo tuve que cumplir órdenes de personas que sabían menos que yo.
18 Rara vez tengo problemas de constipación (sequedad de vientre).	48 Casi nunca leo los editoriales de los diarios.
19 A veces deseé irme de mi casa.	49 Mi forma de vida ha sido poco correcta.
20 Nadie parece comprenderme.	50 A menudo siento que algunas partes de mi cuerpo, se calientan tiemblan o se duermen.
<hr/>	
21 A veces tengo ataques de risa y llanto que no puedo controlar.	51 A mi familia le desagradan mis proyectos de trabajo.
22 Algunas veces me siento poseído por malos espíritus.	52 Algunas veces insisto con algo hasta que la otra persona pierde la paciencia.
23 Creo que es mejor mantenerme callado cuando me meto en líos.	53 Quisiera ser tan feliz como parecen serlo los demás.
24 Si alguien me hace algo malo, creo que debo pagar con la misma moneda, por cuestiones de principios.	54 Pocas veces siento dolor en la nuca.
25 Varias veces a la semana tengo molestias en el estómago.	55 Pienso que mucha gente exagera sus problemas para que los demás se compadezcan y la ayuden.
26 A veces tengo ganas de decir malas palabras.	56 Tengo molestias en la boca del estómago bastante seguido.
27 Trato de evitar una crisis o dificultad.	57 A mis padres les desagradan mis amigos.
28 Me cuesta concentrarme en una tarea.	58 Soy una persona importante.
29 He tenido experiencias peculiares y extrañas.	59 Hubiera deseado ser mujer, (o si usted es mujer: me gusta ser mujer).
30 A veces tomo laxantes para no engordar.	60 Es difícil que hieran mis sentimientos.

Material de uso exclusivo de alumnos de la Cátedra de Técnicas Psicométricas. Cat. II (Fac. Psicología UBA) en tareas de aprendizaje

61 Me gusta leer novelas románticas.	91 Soy feliz la mayor parte del tiempo.
62 La mayor parte del tiempo me siento triste.	92 Veo cosas, animales o personas a mi alrededor, que otros no ven.
63 Sería mejor vivir sin leyes.	93 Muchas veces tengo la sensación que mi cabeza o nariz están completamente tapadas.
64 Me gusta la poesía.	94 Hay personas tan autoritarias, que siento ganas de hacer lo contrario de lo que piden, aunque sepa que tienen razón.
65 A veces molesto a los animales.	95 Alguién me la tiene jurada.
66 Pienso que me gustaría ser guardabosques.	96 Nunca hice nada peligroso sólo por el placer de hacerlo.
67 Generalmente salgo perdiendo cuando me pongo a discutir.	97 A menudo siento como si una faja me apretara la cabeza.
68 En esta época es difícil tener esperanzas.	98 Algunas veces me pongo furioso.
69 Ir al colegio es perder el tiempo.	99 Disfruto más una carrera o un partido cuando apuesto.
70 Me falta confianza en mi mismo.	100 La mayoría de la gente es honesta porque tienen miedo que los pezuquen.
71 Creo que vale la pena vivir .	101 Me enviaron a la dirección del colegio por mal comportamiento
72 Cuesta mucho convencer a la gente de la verdad.	102 Mi manera de hablar es siempre la misma,(ni más rápida, ni más lenta, ni más confusa o ronca).
73 De vez en cuando dejo para mañana lo que tendría que hacer hoy.	103 Mis modales en la mesa son mejores, cuando salgo con otros que cuando estoy en casa.
74 Caigo bien a la gente que me conoce.	104 Cualquiera que sea capaz y voluntarioso para trabajar duro, tiene posibilidades de triunfar.
75 Me importa poco que me "carguen".	105 Soy capaz y talentoso como la mayoría de los que me rodean.
76 Me gustaría ser enfermero.	106 Tengo muchos problemas de estómago.
77 Creo que la mayor parte de la gente miente con tal de conseguir algo.	107 La mayoría de la gente está dispuesta a utilizar medios incorrectos para lograr lo que quiere.
78 Hago cosas de las que me arrepiento después.	108 A veces para no aumentar de peso, me provoqué vómitos después de comer.
79 Peleo poco con mi familia.	109 Se quién es el responsable de la mayoría de mis problemas.
80 En la escuela me han suspendido algunas veces por portarme mal.	110 Ver sangre no me asusta ni me provoca malestar.
81 A veces siento ganas de hacer algo dañino o chocante.	111 A menudo puedo entender, porque estuve muy irritable y quejoso.
82 Me gusta ir a divertirme a fiestas y lugares ruidosos.	112 Me preocupa poco la posibilidad de contagiarme enfermedades.
83 He enfrentado problemas con tantas soluciones posibles, que me fué difícil decidirme.	113 Nunca vomité ni escupí sangre.
84 Las mujeres deben tener tanta libertad sexual como los hombres.	114 Me gusta juntar flores o tener plantas en casa.
85 Las peores peleas las tengo conmigo mismo.	115 Muchas veces me veo en la necesidad de defender lo que considero correcto.
86 Yo quiero mucho a mi padre,(o lo quise, si falleció).	116 A veces mis pensamientos corren más rápidos de lo que puedo expresarlos.
87 No tengo calambres cuando me pongo a saltar o caminar.	117 Si pudiera, sin que me vieran, entrar en un cine sin apagar, probablemente lo haría.
88 Me importa poco lo que me sucede.	118 Muchas veces me pregunto que razones ocultas puede tener una persona para hacer algo bueno para mí.
89 A veces me pongo de mal humor cuando no me siento bien.	119 Creo que mi vida familiar es tan agradable como la de la mayoría de la gente que conozco.
90 Muchas veces me siento como si hubiera hecho algo malo.	120 Considero que debe obligarse a la gente a cumplir con las leyes.

121 Me duele terriblemente que me critiquen o me reten.	151 Me pone incómodo hacer una broma pesada en una fiesta, aunque los demás estén haciendo ese tipo de cosas
122 Me gusta cocinar.	152 Nunca tuve un desmayo.
123 Por lo general hago lo que los demás piensan que debo hacer.	153 Me gusta ir a la escuela.
124 A veces me siento muy inútil.	154 Muchas veces tengo que esforzarme para demostrar que soy tímido.
125 Formo parte de un grupo de amigos que trata de mantenerse unido a pesar de todas las vicisitudes.	155 Alguién ha estado tratando de envenenarme.
126 Creo en la vida después de la muerte.	156 No les tengo mucho miedo a las serpientes.
127 Me gustaría ser militar.	157 Nunca o rara vez tengo mareos.
128 A veces siento ganas de pelearme a golpes con alguien.	158 Mi memoria parece buena.
129 Muchas veces perdí la oportunidad de hacer algo porque no pude decidirme a tiempo.	159 Me preocupan temas sexuales.
130 Me pongo nervioso cuando me piden consejo o me interrumpen cuando estoy haciendo algo importante.	160 Me cuesta conversar con alguien que acabo de conocer.
131 Llevo un diario íntimo.	161 Tuve períodos en los que hice cosas que luego no recordaba haber hecho.
132 Creo que conspiran en contra mía.	162 Cuando me aburro me gusta generar algo divertido.
133 En un juego o deporte prefiero ganar o perder.	163 Tengo miedo de volverme loco.
134 La mayoría de las noches me voy a dormir sin ideas o pensamientos molestos.	164 Estoy en contra de dar dinero a los mendigos.
135 Durante los últimos años me he sentido bien la mayor parte del tiempo.	165 Frecuentemente noto temblar mis manos cuando trato de hacer algo.
136 Creo que alguien me sigue.	166 Puedo leer mucho tiempo sin que se me canse la vista.
137 Siento que muchas veces me castigaron sin motivo.	167 Me siento débil la mayor parte del tiempo.
138 Nunca tuve un ataque o convulsión.	168 Muy pocas veces me duele la cabeza.
139 Lloro fácilmente.	169 Mis manos no se han vuelto torpes o poco hábiles.
140 No estoy subiendo ni bajando de peso.	170 Me gusta estudiar o leer sobre cosas en las que estoy trabajando.
141 No puedo entender lo que leo tan bien como antes.	171 Me molesta mucho en que a veces en situaciones incómodas, empiezo transpirar.
142 Nunca en mi vida me sentí tan bien como ahora.	172 No he tenido dificultades para mantener el equilibrio al caminar.
143 A veces, si me tocan, me molesta la parte superior de la cabeza.	173 Algo anda mal en mi mente.
144 Tengo problemas con el alcohol y las drogas.	174 Muy pocas veces sufro de alergias respiratorias.
145 Me molesta que alguien me trampee tan hábilmente, que yo tenga que admitir que me engañaron.	175 He tenido ataques durante los cuales no podía controlar mis movimientos ni mis palabras, pero sabía lo que pasaba a mi alrededor.
146 Es poco probable que me canse fácilmente.	176 Algunas personas que conozco me disgustan.
147 Me gusta conocer gente importante porque me hace sentir importante a mí también.	177 A veces pienso en matarme.
148 Siento miedo cuando miro hacia abajo desde un lugar alto.	178 Me gustaría no ser tan tímido.
149 No me pondría nervioso si algún familiar tuviera problemas con la policía.	179 Me gustan diferentes tipos de juegos y diversiones.
150 Me tienen sin cuidado lo que los demás piensan de mí.	180 Me gusta "flirtear".

181 Mi familia me trata como a un nene.	211 Mi forma de hacer las cosas suele ser mal comprendida por los demás.
182 Mi madre es una buena mujer,(o lo fué si falleció).	212 A veces incluso cuando las cosas me salen mal, y sin ninguna razón, me siento exitado, y feliz,"en la cima del mundo".
183 Cuando camino tengo mucho cuidado de no pisar las baldosas flojas de las veredas.	213 Me parece bien que la gente trate de aprovechar todo lo que pueda conseguir en este mundo.
184 En mi familia comparando, con otras hay poco amor y compañerismo.	214 He tenido momentos en los que me quedé "en blanco", interrumpiendo mis actividades, y sin saber que ocurría a mi alrededor.
185 Muchas veces estoy preocupado por algo.	215 Mis padres no me quieren realmente.
186 Creo que me gustaría trabajar como constructor.	216 Puedo ser amigo de gente que, para mí , hace cosas incorrectas.
187 Tengo un problema físico que me impide disfrutar de ciertas actividades.	217 Me gusta estar en un grupo de gente bromista.
188 Me gustan las ciencias.	218 Tengo dificultades para empezar a hacer algo.
189 Puedo pedir ayuda a mis amigos, aunque sepa que no podré devolverles el favor.	219 Creo que soy una persona condenada.
190 Me gusta mucho cazar.	220 Soy lento para aprender en en colegio.
191 Muchas veces a mis padres no le gustan mis amigos.	221 Me molesta poco o nada no tener más "pinta".
192 A veces "chusmeo" un poco.	222 Transpiro con facilidad, incluso en días fríos.
193 Aparentemente oigo tan bien como la mayoría de la gente.	223 Tengo gran confianza en mí mismo.
194 Algunos de mis familiares tienen costumbres que me molestan y disgustan mucho.	224 A veces me ha sido imposible evitar robar algo de un negocio.
195 A veces siento que me es demasiado fácil tomar decisiones.	225 Lo más seguro es no confiar en nadie.
196 Casi nunca siento palpitar mi corazón con fuerza ni me falta el aliento.	226 Una vez por semana me siento muy exitado.
197 Me gusta hablar sobre temas sexuales.	227 Cuando estoy en un grupo, me cuesta pensar temas adecuados sobre los que hablar.
198 Me gusta visitar lugares desconocidos.	228 Cuando me siento "bajoneado", siempre puedo superarlo si sucede algo que me entusiasma.
199 Me han orientado hacia un programa de vida basado en el deber, que yo he seguido cuidadosamente.	229 Cuando salgo de casa nunca me preocupó porque las puertas y las ventanas queden bien cerradas.
200 A veces evité que alguien hiciera algo, no porque fuera demasiado importante, sino por una cuestión de principios.	230 Creo que mis pecados son imperdonables.
201 Me enoja facilmente pero se me pasa pronto.	231 Tengo adormecidos una o varias partes de mi piel.
202 He sido bastante independiente de las reglas familiares.	232 Acepto a las personas que se aprovechan de otro que permite que eso le pase.
203 Me deprimó con frecuencia .	233 Mi visión es tan buena como lo ha sido siempre.
204 La mayoría de mis familiares se lleva bien conmigo.	234 A veces me ha sorprendido tanto la inteligencia de algunos delincuentes que desee que les fuera bien.
205 Tengo períodos de tanta intranquilidad que no puedo quedarme sentado en la silla mucho tiempo.	235 Muchas veces me sentí observado críticamente por desconocidos.
206 He sufrido desengaños amorosos.	236 Todo tiene el mismo gusto.
207 Nunca me preocupo por mi aspecto.	237 Todos los días tomo una cantidad excesiva de agua.
208 Muchas veces sueño sobre cosas que prefiero no contarle a nadie.	238 Muchas personas hacen amistades porque piensan que les conviene.
209 Creo que no soy más nervioso que la mayoría de la gente.	239 Es poco frecuente que sienta un zumbido en mis oídos.
210 Tengo muy pocos o ningún dolor.	240 A veces siento odio hacia familiares que generalmente amo.

241 Si fuera periodista, me gustaría escribir sobre noticias deportivas.	271 Me preocupo por temas económicos.
242 A la gente le preocupa poco lo que le pasa a uno.	272 Nunca estuve enamorado.
243 De cuando en cuando me río de un chiste "verde".	273 Me da miedo usar cuchillo u otra cosa afilada y puntiaguda.
244 Comparado con mis amigos tengo muy pocos miedos.	274 Casi nunca sueño.
245 Cuando estoy con un grupo, no me averguenza tener que discutir u opinar sobre un tema que conozco bien.	275 Nunca se me paralizaron ni tuve una debilidad poco común en mis músculos.
246 Me enoja con la justicia cuando un delincuente sale libre porque tiene un abogado hábil.	276 A veces pierdo o se me cambia la voz, aunque no esté resfriado.
247 He abusado del alcohol.	277 Muchas veces mi padre o mi madre me obligan a obedecer aunque yo crea que no tienen razón.
248 En general no le hablo a la gente hasta que me hablan a mí.	278 A veces percibo olores extraños.
249 Nunca he tenido problemas con la policía.	279 Me cuesta que mi mente se concentre en una sola cosa.
250 Hay veces que mi alma abandona mi cuerpo.	280 Soy capaz de dejar de lado algo que quiero hacer si los demás piensan que no vale la pena.
251 Me gustaría que no me molestaran pensamientos sobre temas sexuales.	281 Casi todo el tiempo siento ansiedad por algo o por alguien.
252 Si varias personas están en un lío, lo mejor que pueden hacer es ponerse de acuerdo en lo que van a decir y no apartarse de eso.	282 Pierdo la paciencia fácilmente con la gente.
253 Creo que siento las cosas más intensamente que los demás.	283 La mayor parte del tiempo me gustaría estar muerto.
254 Nunca en mi vida me gusto jugar con muñecos.	284 Algunas veces me exito tanto que me cuesta dormirme.
255 La mayor parte del tiempo la vida me resulta una carga.	285 Me han pasado demasiadas cosas por las que debí preocuparme.
256 Soy tan sensible frente a ciertos temas que no puedo hablar de ellos.	286 Estoy seguro que hablan de mí.
257 Me resultaba muy difícil hablar delante de la clase en el colegio.	287 A veces oigo tan bien que eso me molesta.
258 Quiero a mi madre (o la quise si falleció).	288 Olvido enseguida lo que la gente me dice.
259 La mayor parte del tiempo me siento solo aunque esté con otras personas.	289 A veces me siento lleno de energía.
260 Recibo todo el apoyo que me merezco.	290 Muchas veces cruzo la calle para no encontrarme con alguna persona.
261 Me niego a participar en algunos deportes porque no soy bueno en ellos.	291 Con frecuencia siento como si las cosas no fueran reales.
262 Aparentemente hago amigos tan rápidamente como los demás.	292 Me gustan las fiestas y reuniones.
263 Si uno descuida cosas valiosas, tiene tanta culpa de que se las roben como un ladrón.	293 Tengo el hábito de contar objetos sin importancia , como las baldosas de un piso.
264 Me molesta tener gente a mi alrededor.	294 No tengo enemigos que deseen realmente hacerme daño.
265 Creo que casi todo el mundo mentiría para evitar meterse en problemas.	295 Tiendo a ser precavido con gente que se muestra más amistosa de lo que yo esperaba.
266 Soy más sensible que la mayoría de la gente.	296 Tengo pensamientos extraños y raros.
267 A la mayoría de la gente le disgusta arriesgarse para ayudar a otros.	297 Me pongo ansioso y molesto cuando tengo que hacer un viaje corto y salir de mi casa.
268 Muchos de mis sueños son sobre temas sexuales.	298 Tengo períodos en los que me siento inusualmente alegre, sin ninguna razón es especial.
269 Mis padres y familiares me encuentran demasiados defectos.	299 Oigo cosas extrañas cuando estoy solo.
270 Me meto en dificultades con mucha facilidad.	300 He tenido miedo de cosas o personas que sabía que no podían hacerme daño.

Material de uso exclusivo de alumnos de la Cátedra de Técnicas Psicométricas. Cat. II (Fac. Psicología UBA) en tareas de aprendizaje

301 No me preocupa entrar solo a una habitación donde ya hay otras personas reunidas y charlando.	331 Me gustan las reuniones aunque sólo sea para estar con gente.
302 Me asustan las cosas que hicieron algunas personas de mi familia.	332 Una o más veces en mi vida sentí que alguien estaba hipnotizándome y haciéndome hacer cosas.
303 A veces disfruto haciendo sufrir a personas que quiero.	333 Me resulta difícil abandonar una tarea una vez que la empecé, aunque sea por poco tiempo.
304 Siempre que es posible evito estar en medio de una multitud.	334 A menudo han sentido celos de mis ideas sólo porque no las pensaron primero.
305 Tengo más dificultades para concentrarme que las que parecen tener los demás.	335 Me gusta la sensación de estar en medio de una multitud (recitales, manifestaciones).
306 Varias veces dejé de hacer algo por creer que no tenía suficiente capacidad.	336 No me molesta conocer gente nueva.
307 Me vienen a la mente palabras feas, a veces horribles, y no logro librarme de ellas.	337 Alguien ha estado tratando de influenciar mi mente.
308 A veces me vienen a la mente pensamientos sin importancia pero que me molestan durante días.	338 He fingido "estar enfermo" para salvame de algo .
309 Casi todos los días pasa algo que me asusta.	339 Mis preocupaciones parecen desaparecer cuando me junto con amigos divertidos.
310 Por lo general, aún en cuestiones pequeñas, tengo que detenerme y pensar antes de actuar.	340 Siento ganas de abandonar lo que estoy haciendo si me sale mal.
311 Tiendo a tomar las cosas muy en serio.	341 Me gusta comunicar a los demás mi opinión sobre las cosas.
312 A menudo cuando viajo en trenes, ómnibus, etc, hablo con desconocidos.	342 Sólo cuando bebo puedo expresar mis verdaderos sentimientos .
313 La gente debería atender sus sueños, guiarse por ellos y tomarlos como presagios.	343 He tenido períodos en los que me sentía tan lleno de entusiasmo que o necesitaba dormir por varios días.
314 Las personas dicen cosas insultantes y groseras sobre mí.	344 No veo la hora de poder irme del todo de casa.
315 Hay alguien que controla mi mente.	345 Mis amigos siempre tienen problemas.
316 En las fiestas suelo sentarme solo o con alguna persona, antes que integrar un grupo.	346 No le tengo miedo al agua.
317 Con frecuencia la gente me desilusiona.	347 Me siento poco feliz de ser como soy.
318 A veces he sentido que las dificultades se acumulaban hasta tal punto que no podía superarlas.	348 Me gustaría usar ropa cara.
319 Me encanta ir a bailar.	349 Me da miedo estar solo en un lugar muy grande y abierto.
320 A veces mi mente parece funcionar más lenta que lo habitual.	350 Me siento incómodo en un lugar cerrado.
321 A veces he sentido placer al ser herido por alguien a quien quería.	351 La única parte interesante de los diarios es la página de historietas.
322 Me gustan los niños.	352 Tengo muchas razones para estar celoso de uno o más miembros de mi familia.
323 Me gusta los juegos de azar donde se apuesta poco.	353 Tengo pesadillas muy seguido.
324 Si tuviera la oportunidad, podría hacer cosas que beneficiarían a la humanidad.	354 Me resulta fácil hacer que las personas me tengan miedo, y a veces lo hago para divertirme.
325 Muchas veces conocí gente supuestamente experta, que no sabía más que yo.	355 No me enojo fácilmente.
326 Cuando me entero del éxito de alguien que yo conozco bien , me siento fracasado.	356 En el pasado hice algunas cosas malas de las que no cuento nada a nadie.
327 Con frecuencia pienso:" ojalá volviera a ser chico".	357 Me pone nervioso que me hagan preguntas personales.
328 Nunca me siento tan feliz como cuando estoy solo.	358 Creo que no puedo planear mi propio futuro.
329 Si tuviera a oportunidad yo podría ser un buen líder.	359 Me enojo cuando mi familia o mis amigos me aconsejan sobre como tengo que vivir mi vida.
330 Por lo general las personas reclaman ser más respetadas pero respetan poco a los demás.	360 Rara vez me siento bajoneado.

Material de uso exclusivo de alumnos de la Cátedra de Técnicas Psicométricas. Cat. II (Fac. Psicología UBA) en tareas de aprendizaje

361 Mientras uno no haga algo realmente ilegal, está bien hacer todo tipo de cosas.	391 Cuando me veo presionado, digo la parte de verdad que menos me perjudica.
362 Me disgusta escuchar a la gente dando opiniones sobre la vida.	392 Merezco un castigo severo por mis pecados.
363 A menudo estoy seriamente en desacuerdo con la gente que me rodea.	393 Si una idea me parece buena, la acepto rápidamente.
364 Muchas veces estoy descontento con cosas que suceden en la escuela.	394 Debo admitir que a veces me he preocupado demasiado por algo que no tenía mucha importancia.
365 Cuando las cosas realmente empeoran, sé que puedo contar con mi familia para que me ayude.	395 Muchas veces he trabajado para gente que se atribuye, los méritos cuando las cosas salen bien, pero culpa a los empleados de los errores.
366 He sido golpeado muchas veces " me pegaron".	396 Algunos miembros de mi familia se enojan con mucha facilidad.
367 Muchos dicen que me enojo con facilidad.	397 Prefiero hacer un trabajo que requiera mucha atención antes que uno que me permita ser descuidado.
368 Me gustaría dejar de preocuparme por cosas que dije y que pueden haber molestado a otros.	398 Mis familiares y parientes cercanos se llevan bastante bien.
369 Me siento incapaz de contar las cosas a los demás.	399 Veo el futuro sin esperanzas.
370 Muchas veces mis proyectos tuvieron tantas dificultades que tuve que abandonarlos.	400 La gente puede hacerme cambiar de ideas a pesar de que yo crea que estoy seguro acerca de algo.
371 El futuro es demasiado incierto, para que una persona haga planes serios.	401 Me pongo de mal humor cuando me piden que me apure.
372 A menudo a pesar que las cosas andan bien, siento que nada me interesa.	402 Varias veces a la semana tengo la sensación de que va a pasarme algo terrible.
373 Con frecuencia las personas interpretaron mal mis intenciones cuando trataba de señalarles lo correcto y ayudarlos.	403 Me gusta leer libros científicos.
374 Puedo tragar sin problemas.	404 A veces siento que me estoy "quebrando", "desarmando".
375 Soy una persona calma que rara vez se irrita.	405 Odio a toda mi familia.
376 Si estuviera en problemas junto con amigos tan culpables como yo, me haría cargo del tema sin tratar de evadirme.	406 Muchas personas son culpables
377 Me tomo las cosas muy a pecho.	407 La persona con quien he estado más unido o quién más admiré fue una mujer (madre, hermana, tía, amiga, etc).
378 Me molesta tanto que alguien trate de adelantarse en una fila que, a menudo, me pongo a hablar con esa persona a cerca de ello.	408 Algunas personas piensan que es difícil llegar a conoceme bien.
379 A veces pienso que no soy bueno.	409 Me gusta leer los editoriales de los diarios.
380 Muchas veces no fui al colegio aunque debería haberlo hecho.	410 La mayor parte de mi tiempo libre la paso solo.
381 Algunas personas de mi familia son muy nerviosas.	411 Me gusta asistir a charlas o conferencias en las que se tratan temas serios.
382 A veces he tenido que ser grosero con gente mal educada o molesta.	412 Tuve épocas en las que dormí poco por estar preocupado.
383 Me preocupa bastante la probabilidad de que me salgan las cosas.	413 Podría ser feliz viviendo solo en una cabaña en un bosque o en una montaña.
384 Me molesta que la gente diga cosas lindas acerca de mí.	414 Tengo uno o dos hábitos malos tan arraigados que es inútil que trate de cambiarlos.
385 Puedo llegar a dejar de hacer algo que quiero hacer si los demás piensan que no lo estoy haciendo bien.	415 Nada me sale bien.
386 Me gustan las cosas divertidas y exitantes.	416 Soy una cabeza dura.
387 Nunca tuve "una visión".	417 Los fantasmas o los espíritus pueden ejercer influencia buena o mala sobre la gente.
388 Muchas veces lamento el ser tan irritable y quejoso.	418 No soy responsable de las cosas buenas o malas que me suceden.
389 Mis notas de conducta, en el colegio suelen ser malas.	419 Las metas de mi vida son posibles de alcanzar.
390 Me fascina el fuego.	420 La enfermedad mental es un signo de debilidad.

Material de uso exclusivo de alumnos de la Cátedra de Técnicas Psicométricas. Cat. II (Fac. Psicología UBA) en tareas de aprendizaje

421 Me siento desamparado cuando tengo que tomar una decisión importante.	451 En mi familia no tenemos problemas para comunicarnos.
422 Mis problemas desaparecerían si mi salud fuera mejor.	452 La única cosa buena del colegio son mis amigos.
423 Creo que la gente debe guardarse sus problemas personales.	453 Los demás dicen que armo "líos" para conseguir lo que quiero.
424 En estos días me siento un poco estresado(tensionado).	454 En mi familia, otros reciben más atención que yo.
425 Creo que mis profesores son estúpidos.	455 Muchas veces me dicen que no soy respetuoso con la gente.
426 Aunque mi vida es poco satisfactoria, eso no puede cambiarse.	456 Me gusta decir malas palabras para impactar a la gente.
427 Detesto reconocer que me siento mal.	457 En casa, ayudo en las tareas que me tocan.
428 Hay persona que pretenden robar mis ideas y pensamientos.	458 A veces cuando me emborracho, me meto en peleas.
429 Tengo algunas costumbres que son dañinas.	459 Mis notas en la escuela son de nivel medio para arriba.
430 Si hay que resolver algun problema, prefiero dejar que otros se hagan cargo de ello.	460 Nunca me escapé de mi casa.
431 Hablar con alguien sobre problemas y situaciones personales es más útil que tomar drogas o medicamentos.	461 Muchas veces tengo que gritar para que me entiendan.
432 Reconozco fallas o errores en mí que no voy a ser capaz de corregir.	462 Muchas veces tengo que mentir para "zafar".
433 Cuando estoy con gente me preocupa escuchar cosas muy extrañas.	463 No tenemos amigos íntimos.
434 Odio ir al médico, aún cuando estoy enfermo.	464 La gente me dice que soy perezoso.
435 Prefiero estar con mis amigos antes que participar en actividades escolares o deportivas.	465 Me disgusta tener que ponerme "pesado" con la gente.
436 Quiero ir a la Universidad.	466 Muchas veces , en la escuela, me aburro y me da sueño.
437 Cuando tengo un problema me ayuda el poder contárselo a alguien.	467 Me gusta fumar marihuana.
438 Mis padres no me comprenden bien.	468 Muchas veces me confundo y me olvido lo que quería decir.
439 A veces escucho voces que no sé de dónde vienen.	469 A veces hago, a propósito, lo contrario de lo que los demás quieren.
440 He pasado noches fuera de casa sin que mis padres supieran dónde estaba.	470 Tengo tos casi todo el tiempo.
441 La gente no me encuentra atractivo.	471 Evito encontrarme con los demás para que no me "carguen".
442 La gente debe actuar siempre según sus creencias, aunque para ello tenga que dejar de respetar algunas reglas sociales.	472 Tengo muchos secretos que no cuento a nadie.
443 Por causas de enfermedades he perdido muchos días en la escuela.	473 Creo que no me divierto tanto con otros chicos de mi edad.
444 Me molesta mucho la idea de tener que hacer cambios en mi vida.	474 Muchas veces la gente me dice que bebo demasiado.
445 Muchas veces me meto en líos por romper o destruir cosas.	475 Cuando estoy con otras personas, por lo general , me quedo tranquilo.
446 La gente no es buena conmigo.	476 Tengo un amigo íntimo con el que puedo compartir secretos.
447 Por lo general, espero tener éxito en las cosas que hago.	477 Muchas veces, mis amigos me convencen para que haga cosas que sé que están mal.
448 La mayoría de la gente me considera digno de confianza.	478 Aunque yo no quería, hice algunas cosas malas porque mis amigos pensaban que las tenía que hacer.
449 Me resulta difícil abandonar malos hábitos.	
450 Me llevo bien con la mayoría de la gente.	

Hoja de Respuestas MMPI-A

Nombre: Sexo: Edad:
 Estudios: Ocupación: Evaluador:

Material de uso exclusivo de alumnos de la Cátedra de Técnicas Psicométricas. Cat. II (Fac. Psicología UBA) en tareas de aprendizaje

1	<input type="radio"/> V <input type="radio"/> F	61	<input type="radio"/> V <input type="radio"/> F	121	<input type="radio"/> V <input type="radio"/> F	181	<input type="radio"/> V <input type="radio"/> F	241	<input type="radio"/> V <input type="radio"/> F	301	<input type="radio"/> V <input type="radio"/> F	361	<input type="radio"/> V <input type="radio"/> F	421	<input type="radio"/> V <input type="radio"/> F
2	<input type="radio"/>	62	<input type="radio"/>	122	<input type="radio"/>	182	<input type="radio"/>	242	<input type="radio"/>	302	<input type="radio"/>	362	<input type="radio"/>	422	<input type="radio"/>
3	<input type="radio"/>	63	<input type="radio"/>	123	<input type="radio"/>	183	<input type="radio"/>	243	<input type="radio"/>	303	<input type="radio"/>	363	<input type="radio"/>	423	<input type="radio"/>
4	<input type="radio"/>	64	<input type="radio"/>	124	<input type="radio"/>	184	<input type="radio"/>	244	<input type="radio"/>	304	<input type="radio"/>	364	<input type="radio"/>	424	<input type="radio"/>
5	<input type="radio"/>	65	<input type="radio"/>	125	<input type="radio"/>	185	<input type="radio"/>	245	<input type="radio"/>	305	<input type="radio"/>	365	<input type="radio"/>	425	<input type="radio"/>
6	<input type="radio"/>	66	<input type="radio"/>	126	<input type="radio"/>	186	<input type="radio"/>	246	<input type="radio"/>	306	<input type="radio"/>	366	<input type="radio"/>	426	<input type="radio"/>
7	<input type="radio"/>	67	<input type="radio"/>	127	<input type="radio"/>	187	<input type="radio"/>	247	<input type="radio"/>	307	<input type="radio"/>	367	<input type="radio"/>	427	<input type="radio"/>
8	<input type="radio"/>	68	<input type="radio"/>	128	<input type="radio"/>	188	<input type="radio"/>	248	<input type="radio"/>	308	<input type="radio"/>	368	<input type="radio"/>	428	<input type="radio"/>
9	<input type="radio"/>	69	<input type="radio"/>	129	<input type="radio"/>	189	<input type="radio"/>	249	<input type="radio"/>	309	<input type="radio"/>	369	<input type="radio"/>	429	<input type="radio"/>
10	<input type="radio"/>	70	<input type="radio"/>	130	<input type="radio"/>	190	<input type="radio"/>	250	<input type="radio"/>	310	<input type="radio"/>	370	<input type="radio"/>	430	<input type="radio"/>
11	<input type="radio"/>	71	<input type="radio"/>	131	<input type="radio"/>	191	<input type="radio"/>	251	<input type="radio"/>	311	<input type="radio"/>	371	<input type="radio"/>	431	<input type="radio"/>
12	<input type="radio"/>	72	<input type="radio"/>	132	<input type="radio"/>	192	<input type="radio"/>	252	<input type="radio"/>	312	<input type="radio"/>	372	<input type="radio"/>	432	<input type="radio"/>
13	<input type="radio"/>	73	<input type="radio"/>	133	<input type="radio"/>	193	<input type="radio"/>	253	<input type="radio"/>	313	<input type="radio"/>	373	<input type="radio"/>	433	<input type="radio"/>
14	<input type="radio"/>	74	<input type="radio"/>	134	<input type="radio"/>	194	<input type="radio"/>	254	<input type="radio"/>	314	<input type="radio"/>	374	<input type="radio"/>	434	<input type="radio"/>
15	<input type="radio"/>	75	<input type="radio"/>	135	<input type="radio"/>	195	<input type="radio"/>	255	<input type="radio"/>	315	<input type="radio"/>	375	<input type="radio"/>	435	<input type="radio"/>
16	<input type="radio"/>	76	<input type="radio"/>	136	<input type="radio"/>	196	<input type="radio"/>	256	<input type="radio"/>	316	<input type="radio"/>	376	<input type="radio"/>	436	<input type="radio"/>
17	<input type="radio"/>	77	<input type="radio"/>	137	<input type="radio"/>	197	<input type="radio"/>	257	<input type="radio"/>	317	<input type="radio"/>	377	<input type="radio"/>	437	<input type="radio"/>
18	<input type="radio"/>	78	<input type="radio"/>	138	<input type="radio"/>	198	<input type="radio"/>	258	<input type="radio"/>	318	<input type="radio"/>	378	<input type="radio"/>	438	<input type="radio"/>
19	<input type="radio"/>	79	<input type="radio"/>	139	<input type="radio"/>	199	<input type="radio"/>	259	<input type="radio"/>	319	<input type="radio"/>	379	<input type="radio"/>	439	<input type="radio"/>
20	<input type="radio"/>	80	<input type="radio"/>	140	<input type="radio"/>	200	<input type="radio"/>	260	<input type="radio"/>	320	<input type="radio"/>	380	<input type="radio"/>	440	<input type="radio"/>
21	<input type="radio"/>	81	<input type="radio"/>	141	<input type="radio"/>	201	<input type="radio"/>	261	<input type="radio"/>	321	<input type="radio"/>	381	<input type="radio"/>	441	<input type="radio"/>
22	<input type="radio"/>	82	<input type="radio"/>	142	<input type="radio"/>	202	<input type="radio"/>	262	<input type="radio"/>	322	<input type="radio"/>	382	<input type="radio"/>	442	<input type="radio"/>
23	<input type="radio"/>	83	<input type="radio"/>	143	<input type="radio"/>	203	<input type="radio"/>	263	<input type="radio"/>	323	<input type="radio"/>	383	<input type="radio"/>	443	<input type="radio"/>
24	<input type="radio"/>	84	<input type="radio"/>	144	<input type="radio"/>	204	<input type="radio"/>	264	<input type="radio"/>	324	<input type="radio"/>	384	<input type="radio"/>	444	<input type="radio"/>
25	<input type="radio"/>	85	<input type="radio"/>	145	<input type="radio"/>	205	<input type="radio"/>	265	<input type="radio"/>	325	<input type="radio"/>	385	<input type="radio"/>	445	<input type="radio"/>
26	<input type="radio"/>	86	<input type="radio"/>	146	<input type="radio"/>	206	<input type="radio"/>	266	<input type="radio"/>	326	<input type="radio"/>	386	<input type="radio"/>	446	<input type="radio"/>
27	<input type="radio"/>	87	<input type="radio"/>	147	<input type="radio"/>	207	<input type="radio"/>	267	<input type="radio"/>	327	<input type="radio"/>	387	<input type="radio"/>	447	<input type="radio"/>
28	<input type="radio"/>	88	<input type="radio"/>	148	<input type="radio"/>	208	<input type="radio"/>	268	<input type="radio"/>	328	<input type="radio"/>	388	<input type="radio"/>	448	<input type="radio"/>
29	<input type="radio"/>	89	<input type="radio"/>	149	<input type="radio"/>	209	<input type="radio"/>	269	<input type="radio"/>	329	<input type="radio"/>	389	<input type="radio"/>	449	<input type="radio"/>
30	<input type="radio"/>	90	<input type="radio"/>	150	<input type="radio"/>	210	<input type="radio"/>	270	<input type="radio"/>	330	<input type="radio"/>	390	<input type="radio"/>	450	<input type="radio"/>
31	<input type="radio"/> V <input type="radio"/> F	91	<input type="radio"/> V <input type="radio"/> F	151	<input type="radio"/> V <input type="radio"/> F	211	<input type="radio"/> V <input type="radio"/> F	271	<input type="radio"/> V <input type="radio"/> F	331	<input type="radio"/> V <input type="radio"/> F	391	<input type="radio"/> V <input type="radio"/> F	451	<input type="radio"/> V <input type="radio"/> F
32	<input type="radio"/>	92	<input type="radio"/>	152	<input type="radio"/>	212	<input type="radio"/>	272	<input type="radio"/>	332	<input type="radio"/>	392	<input type="radio"/>	452	<input type="radio"/>
33	<input type="radio"/>	93	<input type="radio"/>	153	<input type="radio"/>	213	<input type="radio"/>	273	<input type="radio"/>	333	<input type="radio"/>	393	<input type="radio"/>	453	<input type="radio"/>
34	<input type="radio"/>	94	<input type="radio"/>	154	<input type="radio"/>	214	<input type="radio"/>	274	<input type="radio"/>	334	<input type="radio"/>	394	<input type="radio"/>	454	<input type="radio"/>
35	<input type="radio"/>	95	<input type="radio"/>	155	<input type="radio"/>	215	<input type="radio"/>	275	<input type="radio"/>	335	<input type="radio"/>	395	<input type="radio"/>	455	<input type="radio"/>
36	<input type="radio"/>	96	<input type="radio"/>	156	<input type="radio"/>	216	<input type="radio"/>	276	<input type="radio"/>	336	<input type="radio"/>	396	<input type="radio"/>	456	<input type="radio"/>
37	<input type="radio"/>	97	<input type="radio"/>	157	<input type="radio"/>	217	<input type="radio"/>	277	<input type="radio"/>	337	<input type="radio"/>	397	<input type="radio"/>	457	<input type="radio"/>
38	<input type="radio"/>	98	<input type="radio"/>	158	<input type="radio"/>	218	<input type="radio"/>	278	<input type="radio"/>	338	<input type="radio"/>	398	<input type="radio"/>	458	<input type="radio"/>
39	<input type="radio"/>	99	<input type="radio"/>	159	<input type="radio"/>	219	<input type="radio"/>	279	<input type="radio"/>	339	<input type="radio"/>	399	<input type="radio"/>	459	<input type="radio"/>
40	<input type="radio"/>	100	<input type="radio"/>	160	<input type="radio"/>	220	<input type="radio"/>	280	<input type="radio"/>	340	<input type="radio"/>	400	<input type="radio"/>	460	<input type="radio"/>
41	<input type="radio"/>	101	<input type="radio"/>	161	<input type="radio"/>	221	<input type="radio"/>	281	<input type="radio"/>	341	<input type="radio"/>	401	<input type="radio"/>	461	<input type="radio"/>
42	<input type="radio"/>	102	<input type="radio"/>	162	<input type="radio"/>	222	<input type="radio"/>	282	<input type="radio"/>	342	<input type="radio"/>	402	<input type="radio"/>	462	<input type="radio"/>
43	<input type="radio"/>	103	<input type="radio"/>	163	<input type="radio"/>	223	<input type="radio"/>	283	<input type="radio"/>	343	<input type="radio"/>	403	<input type="radio"/>	463	<input type="radio"/>
44	<input type="radio"/>	104	<input type="radio"/>	164	<input type="radio"/>	224	<input type="radio"/>	284	<input type="radio"/>	344	<input type="radio"/>	404	<input type="radio"/>	464	<input type="radio"/>
45	<input type="radio"/>	105	<input type="radio"/>	165	<input type="radio"/>	225	<input type="radio"/>	285	<input type="radio"/>	345	<input type="radio"/>	405	<input type="radio"/>	465	<input type="radio"/>
46	<input type="radio"/>	106	<input type="radio"/>	166	<input type="radio"/>	226	<input type="radio"/>	286	<input type="radio"/>	346	<input type="radio"/>	406	<input type="radio"/>	466	<input type="radio"/>
47	<input type="radio"/>	107	<input type="radio"/>	167	<input type="radio"/>	227	<input type="radio"/>	287	<input type="radio"/>	347	<input type="radio"/>	407	<input type="radio"/>	467	<input type="radio"/>
48	<input type="radio"/>	108	<input type="radio"/>	168	<input type="radio"/>	228	<input type="radio"/>	288	<input type="radio"/>	348	<input type="radio"/>	408	<input type="radio"/>	468	<input type="radio"/>
49	<input type="radio"/>	109	<input type="radio"/>	169	<input type="radio"/>	229	<input type="radio"/>	289	<input type="radio"/>	349	<input type="radio"/>	409	<input type="radio"/>	469	<input type="radio"/>
50	<input type="radio"/>	110	<input type="radio"/>	170	<input type="radio"/>	230	<input type="radio"/>	290	<input type="radio"/>	350	<input type="radio"/>	410	<input type="radio"/>	470	<input type="radio"/>
51	<input type="radio"/>	111	<input type="radio"/>	171	<input type="radio"/>	231	<input type="radio"/>	291	<input type="radio"/>	351	<input type="radio"/>	411	<input type="radio"/>	471	<input type="radio"/>
52	<input type="radio"/>	112	<input type="radio"/>	172	<input type="radio"/>	232	<input type="radio"/>	292	<input type="radio"/>	352	<input type="radio"/>	412	<input type="radio"/>	472	<input type="radio"/>
53	<input type="radio"/>	113	<input type="radio"/>	173	<input type="radio"/>	233	<input type="radio"/>	293	<input type="radio"/>	353	<input type="radio"/>	413	<input type="radio"/>	473	<input type="radio"/>
54	<input type="radio"/>	114	<input type="radio"/>	174	<input type="radio"/>	234	<input type="radio"/>	294	<input type="radio"/>	354	<input type="radio"/>	414	<input type="radio"/>	474	<input type="radio"/>
55	<input type="radio"/>	115	<input type="radio"/>	175	<input type="radio"/>	235	<input type="radio"/>	295	<input type="radio"/>	355	<input type="radio"/>	415	<input type="radio"/>	475	<input type="radio"/>
56	<input type="radio"/>	116	<input type="radio"/>	176	<input type="radio"/>	236	<input type="radio"/>	296	<input type="radio"/>	356	<input type="radio"/>	416	<input type="radio"/>	476	<input type="radio"/>
57	<input type="radio"/>	117	<input type="radio"/>	177	<input type="radio"/>	237	<input type="radio"/>	297	<input type="radio"/>	357	<input type="radio"/>	417	<input type="radio"/>	477	<input type="radio"/>
58	<input type="radio"/>	118	<input type="radio"/>	178	<input type="radio"/>	238	<input type="radio"/>	298	<input type="radio"/>	358	<input type="radio"/>	418	<input type="radio"/>	478	<input type="radio"/>
59	<input type="radio"/>	119	<input type="radio"/>	179	<input type="radio"/>	239	<input type="radio"/>	299	<input type="radio"/>	359	<input type="radio"/>	419	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
60	<input type="radio"/>	120	<input type="radio"/>	180	<input type="radio"/>	240	<input type="radio"/>	300	<input type="radio"/>	360	<input type="radio"/>	420	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>