

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

**Terapia Cognitiva-Conductual en una Joven con
Desorden Relacional Padre-Hija y Distimia: Caso de Estudio**

María Sol Garcés Espinosa

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

Quito

Diciembre 2011

Universidad San Francisco de Quito

Colegio de Artes Liberales

HOJA DE APROBACIÓN DE TESIS

Terapia Cognitiva-Conductual en una Joven Desorden

Relacional Padre-Hija y Distimia: Caso de Estudio

María Sol Garcés Espinosa

Esteban Utreras, Ph.D.
Director de Tesis y
Miembro del Comité de Tesis

Teresa Borja, Ph.D
Miembro del Comité de Tesis

Esteban Ricaurte, Master (E)
Miembro del Comité de Tesis

Carmen Fernández, Ph.D.
Decana del Colegio de Artes Liberales

Quito, diciembre de 2011

© Derechos de autor

María Sol Garcés Espinosa

2011

A mi sobrina

Agradezco a mi familia y a mi novio por todo su cariño y apoyo.

A mis profesores por su paciencia y generosidad.

Resumen

Este estudio de caso explora las características asociadas con el tratamiento en una joven ecuatoriana e ilustra los retos y la variabilidad inherente a la terapia cognitivo-conductual. La paciente es una joven de 24 años, quién al inicio de la terapia cumplía criterios diagnósticos para distimia y desorden relacional padre-hija. La paciente presentaba síntomas depresivos moderados, baja autoestima, desesperanza, desconfianza y creencias y conductas disfuncionales. La terapia cognitivo-conductual aplicada consistió en 21 sesiones individuales, durante un periodo de seis meses. La metodología aplicada fue un estudio de caso basado en información cualitativa y cuantitativa. La información se recolectó por medio de notas clínicas del caso, instrumentos psicométricos de auto-reporte y grabaciones de audio de las sesiones terapéuticas. Al concluir el tratamiento la paciente presentó una reducción en los síntomas depresivos, en las distorsiones cognitivas y conductas disfuncionales y en los problemas relacionales. Además se observó una mejoría en su autoconcepto, en sus relaciones familiares y en su desempeño académico. A lo largo del proceso terapéutico fue posible modificar los pensamientos y creencias disfuncionales de la paciente instaurando nuevos esquemas adaptativos que mejoraron su conducta y su estado de ánimo. Al finalizar el tratamiento los síntomas de la paciente remitieron dejando de cumplir el diagnóstico inicial.

Palabras Clave: Terapia cognitivo-conductual, modelo cognitivo, esquemas mentales, pensamientos automáticos, creencias intermedias, creencias centrales, distorsiones cognitivas, distimia.

Abstract

This case study explores the characteristics associated with treatment of a young Ecuadorian woman illustrating the challenges and the inherent variability of cognitive-behavioral therapy. The patient is a 24 year old woman, who met diagnostic criteria for dysthymia and parent-child relational disorder at the beginning of therapy. The patient had moderate depressive symptoms, low self esteem, hopelessness, mistrust and dysfunctional beliefs and behaviors. Cognitive behavioral therapy was applied in 21 individual sessions over a period of six months. The methodology used was a case study, based on qualitative and quantitative information. The information was collected through clinical notes of the case, psychometric instruments of self-report and audio recordings of therapy sessions. Upon completion of treatment the patient had a reduction in depressive symptoms, cognitive distortions and dysfunctional behaviors and relationship problems. We observed an improvement in their self-esteem, in their family relationships and academic performance. Throughout the therapeutic process was possible to modify dysfunctional thoughts and beliefs of the patient by introducing new schemes adaptive behavior, and improved mood. After treatment the patient's symptoms remitted failing to meet the initial diagnosis.

Keywords: cognitive-behavioral therapy, cognitive model, schemes, automatic thoughts, intermediate beliefs, core beliefs, cognitive distortions, dysthymia.

Tabla de Contenidos

Capítulo 1. Información Contextual	10
1.1. Datos de Identificación.....	10
1.2. Presentación del Problema	1
1.3. Historia Personal	2
1.4. Historia Familiar.....	2
1.5. Situación Actual	3
Capítulo 2. Formulación del Caso	5
2.1. Orientación Teórica	5
2.1.1. Terapia cognitiva.....	5
2.1.2. Infidelidad parental.....	11
2.1.3. Depresión.....	14
2.1.4. Impacto neuropsicológico de la terapia cognitivo-conductual	17
Capítulo 3. Conceptualización Clínica del Caso	21
Capítulo 4. Curso del Tratamiento	27
4.1. Estado Mental.....	27
4.2. Pruebas Psicológicas	27
4.2.1. Inventario de Síntomas 90 Revisado (SCL-90-R).....	27
4.3. Diagnóstico y Evaluación Funcional.....	33
4.4. Criterios diagnósticos del DSM-IV-TR:	33
Capítulo 5. Estructura del Tratamiento	36
5.1. Objetivos a Corto Plazo.....	36
5.2. Objetivos a largo Plazo.....	37
5.3. Temas e Intervenciones	38
5.3.1. Involucrando al paciente en el proceso terapéutico.....	38

5.3.2. Evaluación de la problemática de la paciente.....	39
5.3.3. Aplicación del modelo cognitivo.....	40
Capítulo 6. Consideraciones Relacionadas al Tratamiento	45
6.1. Aspectos Éticos	45
6.2. Transferencia y Contra-transferencia	47
6.2.1. Transferencia.....	48
6.2.2. Contra-transferencia.....	48
Capítulo 7. Conclusiones.....	52
7.1. Limitaciones del estudio.....	53
Referencias	55
Anexos.....	60
Tablas	60
Gráficos	61

Capítulo 1. Información Contextual

1.1. Datos de Identificación

Julieta es una mujer ecuatoriana soltera y bilingüe (español e inglés) de 24 años. Mide aproximadamente 1,64 cm y pesa 120 lb. Julieta usualmente viene a terapia vestida de manera casual usando jeans y camiseta. Ella parece estar bien alimentada, tiene el cabello corto y lo usa suelto. Julieta nació en Quito y ha vivido toda su vida allí, se graduó del colegio en el año 2005 e inmediatamente ingresó a la Universidad San Francisco de Quito a estudiar, al momento esta cursando su tercer año. Actualmente vive en un departamento familiar con sus padres y su hermano. Terminó con su novio de un año hace cinco meses y en este momento no tiene una relación de pareja estable aunque esta interesada en un estudiante estadounidense con el que mantiene contacto desde hace cuatro meses.

1.2. Presentación del Problema

Julieta solicitó una cita en los servicios psicológicos gratuitos de la Universidad San Francisco de Quito, acudió a consulta por iniciativa propia debido a problemas familiares y académicos. Existía discordia familiar, la relación con su padre era muy mala produciéndose constantes peleas y desacuerdos que terminaban en ofensas irrumpiendo con la vida familiar. Adicionalmente había sido condicionada en la Universidad por su bajo desempeño académico, si no mejoraba su promedio sería suspendida durante un año completo. En consecuencia la paciente reportaba síntomas moderados de depresión incluyendo, tristeza, pensamientos intrusivos de derrota, desgano, inseguridad, rumiaciones, problemas de concentración y memoria. Adicionalmente reportó niveles leves de ansiedad incluyendo irritabilidad, dificultad para conciliar el sueño, nerviosismo, dificultad para resolver problemas y pensamientos recurrentes de desconfianza hacia el resto lo cual deterioraba sus relaciones sociales.

1.3. Historia Personal

La historia de Julieta revela un desarrollo normal sin la presencia de traumas significativos a pesar que su abuelo y su madre tuvieron cáncer. Julieta relata haber sido siempre alegre, cariñosa y abierta con la gente pero últimamente se siente insegura y se retraído socialmente. Julieta se considera una persona católica y piensa que su ha sido de gran ayuda en los momentos difíciles. Actualmente está cursando su tercer año de veterinaria, carrera que le apasiona, pero recibió una carta de condición por haber bajado su promedio lo cual le ha creado mucha ansiedad y malestar.

Recientemente fue de vacaciones a Estados Unidos a visitar a su hermana y conoció a un muchacho de allá con el que empezó a salir y aunque ella estaba interesada no le permitía acercarse mucho. Eventualmente él se lo reclamó diciéndole que ella no es una persona a la que se accede fácilmente y que ella no le permitía conocerla más. Esta situación le causó malestar ya que desea poder intimar con la gente sin tener que desconfiar todo el tiempo. La paciente goza de salud plena, actualmente no presenta problemas médicos. Sin embargo hace un año le operaron del útero para extraerle un quiste, esta fue una operación sencilla y de rápida recuperación. Adicionalmente presenta alergia a la penicilina y fuma tres cigarrillos diarios desde hace cuatro años aproximadamente. Julieta no posee una historia psiquiátrica o legal previa.

1.4. Historia Familiar

Julieta nació y se crió en Ecuador con sus padres biológicos, su madre tiene 58 años y su padre 60 años. Ella es la menor de tres hermanos, su hermana tiene 31 años y su hermano 28 años. Julieta considera que su infancia fue feliz y sin dificultades aún cuando su padre se ausentaba del hogar por periodos largos de tiempo debido a su trabajo que implicaba viajes constantes. El ritmo de vida del padre fue duro de asimilar para la madre a quién le tocó

hacerse cargo del cuidado y disciplina de sus hijos prácticamente por sí sola, cumpliendo así el rol de madre y padre a la vez. Debido a esto los abuelos maternos de Julieta se mantuvieron muy cercanos a la familia para apoyar a la madre en la crianza, educación y disciplina de sus hijos. A pesar de esto, cuando el padre regresaba de sus viajes la madre se llevaba muy bien con él e intentaba siempre integrarlo a las dinámicas familiares mediando la cercanía emocional entre este y sus hijos.

Julieta reporta que a pesar de que su padre siempre ha sido una persona seria y distante ella lo admiraba mucho y era muy cariñosa con él. La relación entre la madre y los hijos era muy cercana y en ocasiones un tanto invasiva pero no causaba mayores dificultades. La hermana mayor de Julieta se casó y se fue a vivir a Estados Unidos lo cual fue difícil en un inicio para Julieta porque ambas eran muy cercanas pero tratan de visitarse con frecuencia. Julieta y su hermano se llevan bien pero no comparten mucho tiempo juntos. Existía un vínculo muy fuerte entre Julieta y sus abuelos y cuando ellos mueren, ambos en un periodo de un año, fue muy doloroso para ella y para toda la familia inclusive para su padre quién tenía una relación muy buena con sus suegros.

Hace aproximadamente dos años Julieta descubrió la infidelidad de su padre, sorprendida e indignada decidió decírselo a la madre quién al enterarse le pidió a su esposo que se marchase de la casa. Este fue un evento muy doloroso y traumático para la familia entera pero después de dos meses de separación los padres decidieron reconciliarse e intentar salvar su matrimonio.

1.5. Situación Actual

A pesar de que han pasado dos años de la infidelidad la situación familiar no ha mejorado del todo, la relación entre Julieta y sus padres se ha deteriorado mucho. Julieta casi no se comunica con el padre y si lo hace solo pelean y ambos son groseros y se recriminan cosas. A raíz de este evento Julieta ha generado un malestar significativo que además de

afectar su relación familiar ha afectado sus relaciones interpersonales y su desempeño académico. Siente que ya no puede volver a confiar en nadie y por esto se aísla y evita la intimidad. Además reporta no poder concentrarse durante los exámenes por lo que sus notas han bajado y en consecuencia la han condicionado en la Universidad. La demanda inicial con la que la paciente llega a terapia fue mejorar la relación con el padre. Su situación familiar sumada a sus dificultades sociales y académicas ha creado patrones disfuncionales de pensamiento, conducta y emoción.

Capítulo 2. Formulación del Caso

2.1. Orientación Teórica

El presente estudio de caso se desarrolló a través de una orientación teórica cognitiva-conductual, a partir de la cual se conceptualizó el caso y se planificó el tratamiento.

2.1.1. Terapia cognitiva.

Antecedentes.

En 1960 en la Universidad de Pensilvania el psiquiatra Aaron Beck desarrolló una nueva modalidad de psicoterapia a partir de sus investigaciones y trabajo clínico con trastornos de depresión (Beck, S.J., 1995). Este enfoque adoptó el nombre de Terapia Cognitiva por su orientación hacia la resolución de problemas por medio de la modificación pensamientos y conductas disfuncionales. La terapia cognitiva conductual se caracteriza por ser un tratamiento activo, estructurado, de corta duración, colaborativo y enfocado en el presente (Beck, S.J., 1995). Desde que se instauró esta modalidad de tratamiento en trastornos de depresión se ha producido un desarrollo exponencial de la misma, siendo adaptada a una variedad de desórdenes psiquiátricos en distintas poblaciones, resultando efectiva en pacientes de distintas edades, antecedentes y niveles socioeconómicos y educacionales (Beck, T.A. & Freeman, 2006). Las adaptaciones terapéuticas del enfoque de Beck han modificado varios factores prácticos pero los supuestos teóricos han permanecido constantes (Beck, S.J., 1995).

Modelo cognitivo.

La Terapia cognitiva se basa en un modelo que propone que las emociones y conductas de los individuos están determinadas en gran medida por sus percepciones (Beck, S.J., 1995). Las situaciones por sí mismas no determinan como se siente la persona sino que son las construcciones que se hacen a partir de esta las que lo hacen. La percepción y la experiencia constituyen procesos activos mediante los cuales se sintetizan estímulos internos y externos dando lugar a las cogniciones (Beck, S.J., 1995; Beck, T.A., Emery, Rush & Shaw,

1979). Pero a su vez estas cogniciones emergentes se verán influenciadas por patrones de interpretación preexistentes de situaciones específicas. Cuando ambos flujos de información se combinan se producirán emociones, conductas y respuestas fisiológicas determinadas (Beck, S.J., 1995).

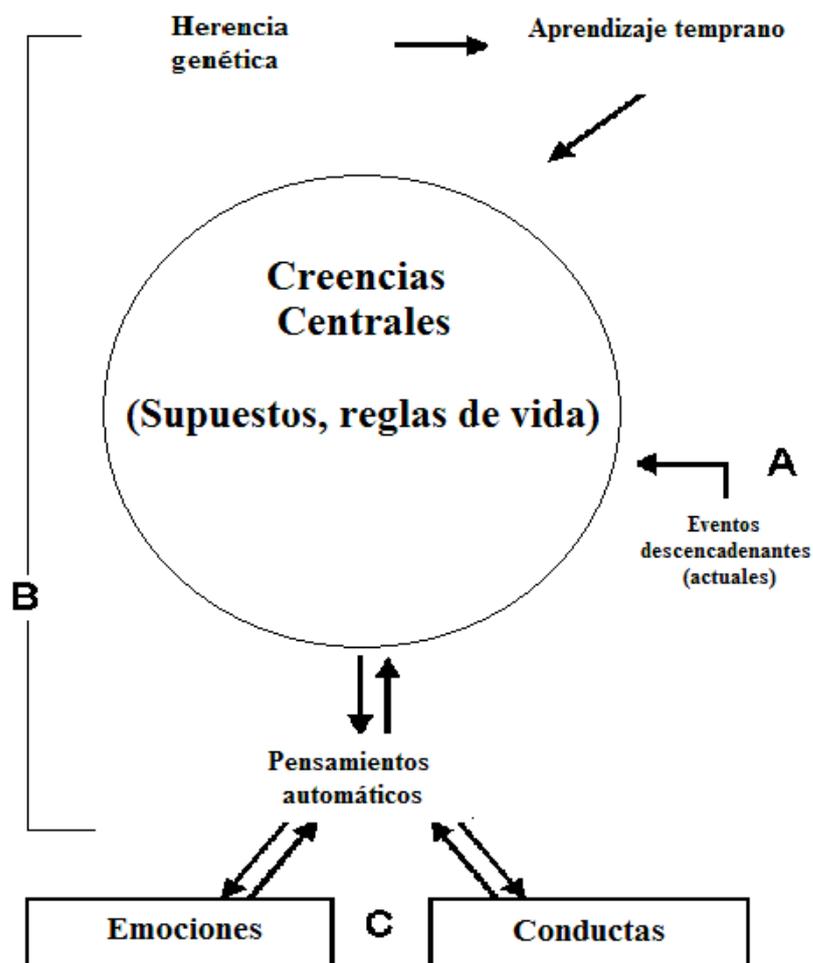


Figura 1. Modelo Cognitivo

Esquemas mentales.

Los patrones de interpretación mencionados constituyen los esquemas mentales (Beck, T.A. et al., 1979). Estas estructuras son construidas en base a las percepciones que las personas tienen del mundo y de sí mismos durante su desarrollo y sus experiencias de aprendizaje (Imbernon & Ruiz, 1996). Los significados personales adquiridos de estas experiencias se alojan en los circuitos neuronales de la memoria como sistemas estables de

organización (Beck, S.J., 1995; Imbernon & Ruiz, 1996). Los esquemas nucleares tempranos son los primeros en desarrollarse a partir de las interacciones con los padres y el ambiente y estos conforman la base de la personalidad (Imbernon & Ruiz, 1996). Algunos segmentos de estos esquemas tempranos se mantendrán a futuro y otros se modificaran dependiendo de las experiencias posteriores y el reforzamiento que reciban.

Las percepciones que las personas tienen acerca de los otros o de las situaciones a las que se enfrentan tratan de encajar en los esquemas existentes representando una especie de mapa que guía la vida y las relaciones personales (Beck, S.J., 1995; Imbernon & Ruiz, 1996). Cuando la persona se enfrenta a una situación específica un esquema relacionado a esta se activa, constituyendo la base de la detección, diferenciación y codificación de los estímulos (Beck, T.A. et al., 1979). “Cuando hablamos de mente humana nos referimos al funcionamiento de estos esquemas en forma de fenómenos como conocimiento, memoria, deseos, sentimientos, conducta, etc.” (Imbernon & Ruiz, 1996, p. 15). Los esquemas están estructurados en tres niveles principales, las creencias centrales, las creencias intermedias y los pensamientos automáticos.

Creencias centrales.

Las creencias centrales representan el nivel de pensamiento más profundo y se caracterizan por ser globales, rígidas y absolutas. Los individuos poseen creencias centrales sobre sí mismos y sobre otros aunque estas habitualmente no son articuladas (Beck, S.J., 1995; Dryden & Neenan, 2004; Sander & Willis, 2005). Cuando las creencias centrales se activan la persona filtra la información de manera selectiva para confirmar y mantener las creencias. La información que no concuerde con las creencias es descartada aunque exista evidencia racional a favor de esta (Beck, S.J., 1995). Los esquemas son estructuras estables pero pueden volverse rígidas e inflexibles ya que las creencias varían en exactitud y funcionalidad. Si la persona experimenta estrés emocional pueden emerger creencias

centrales negativas de dos tipos, asociadas con impotencia o asociadas con desvalorización (Beck, S.J., 1995).

Creencias intermedias.

Más hacia la periferia se encuentran las creencias intermedias, estas representan reglas, suposiciones y actitudes que direccionan la cognición. El desarrollo de las creencias intermedias está influenciado por el nivel más nuclear y fundamental del esquema que son las creencias centrales ya descritas (Beck, S.J., 1995). Estas son declaraciones condicionales que surgen en un intento por organizar de manera coherente y adaptativa las experiencias. Existen tres tipos de creencias intermedias (Sander & Willis, 2005). En primer lugar están las reglas condicionales que proponen que una determinada acción conducirá a otra. En segundo lugar están las reglas condicionales compensatorias en las cuales se utiliza una estrategia compensatoria para evitar el efecto de una acción determinada. Y por último están las reglas imperativas que consisten en comandos u ordenes (Sander & Willis, 2005).

Pensamientos automáticos.

En tercer lugar se encuentran los pensamientos automáticos que son el nivel más superficial de cognición y consisten en una breve y vertiginosa evaluación no racional acerca los eventos (Beck, S.J., 1995). Son palabras o imágenes acerca de una situación específica que cruzan por la mente de la persona y generalmente son inconscientes e incuestionables siendo asumidos como certeros. Por lo tanto es más probable que dirijan la atención a la emoción consiguiente que hacia el pensamiento. Si se atienden los cambios emocionales los pensamientos automáticos pueden ser identificados y posteriormente evaluados para determinar su validez. La reflexión de estos pensamientos puede generar un cambio en el afecto (Beck, S.J., 1995). Los pensamientos automáticos negativos pueden ser de tres tipos distorsionados a pesar de que hay evidencia contraria, acertados aunque la conclusión que

nace de ellos es herrada y verdaderos pero disfuncionales ya que crean malestar emocional (Beck, S.J., 1995; Sander & Willis, 2005).

Distorsiones cognitivas.

Si aparecen interpretaciones erróneas acerca de la realidad se desarrollan lo que se conoce como distorsiones cognitivas las cuales pueden producir psicopatología o malestar psicológico (Beck, S.J., 1995; Imbernon & Ruiz, 1996). Se han distinguido doce distorsiones cognitivas comunes que consisten en pensamiento dicotómico, pensamiento catastrófico, etiquetamiento, razonamiento emocional, descalificación de lo positivo, magnificación o minimización, filtro mental, lectura de la mente, sobre-generalización, personalización, los deberías y la visión de túnel. Estos errores alteran la realidad generando configuraciones idiosincrásicas en los esquemas que mantienen los patrones disfuncionales (Beck, T.A. et al., 1979). Comprender los errores cognitivos facilita la evaluación de la utilidad y validez de los pensamientos automáticos y la generación de respuestas más adaptativa hacia ellos (Beck, S.J., 1995).

Los desórdenes emocionales pueden ser comprendidos y resueltos a través de los tres niveles de pensamiento descritos tomando en cuenta las distorsiones en estos, ya que el momento que la cognición se hace conciente es posible realizar pruebas de realidad para modificar los pensamientos o creencias mal-adaptativas. Los objetivos principales de la terapia cognitiva es el alivio de los síntomas presentados dependiendo del trastorno y la modificación de los pensamientos disfuncionales. Esta terapia intenta concederle al paciente herramientas para la identificación y modificación de contenidos disfuncionales.

Estructura de la terapia cognitiva.

La terapia cognitiva posee una estructura establecida que guía el curso del tratamiento y la aplicación de las técnicas terapéuticas. Inicialmente el terapeuta introduce al paciente al modelo cognitivo para que logre comprender su propio funcionamiento (Beck, T.A. et al.,

1979). Una vez que se ha comprendido la organización del modelo se procede a enseñarle al paciente las siguientes operaciones a) monitorear sus pensamientos automáticos e identificar aquellos que son negativos, b) reconocer la relación que existe entre sus cogniciones, sus emociones y su comportamiento, c) revisar la evidencia que existe a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados, d) substituir las distorsiones por pensamientos más reales y adaptativos, e) identificar las creencias disfuncionales que predisponen a la distorsión y modificarlas (Beck, T.A. et al., 1979).

Existe una variedad de técnicas que se aplican durante el tratamiento para identificar, comprobar y corregir las distorsiones que cada paciente presenta. Las técnicas verbales como el cuestionamiento socrático, que es una de las técnicas más importantes dentro de la terapia cognitiva, consisten en una serie de preguntas formuladas para crear reflexión y por ende conciencia en los pacientes acerca de la lógica y los fundamentos de sus cogniciones. Las técnicas conductuales además de tratar de cambiar los comportamientos desadaptativos traen a la conciencia las cogniciones asociadas a estos para que el cambio se produzca de raíz (Beck, S.J., 1995; Beck, T.A. et al., 1979).

Para el tratamiento cognitivo-conductual se requiere de la constante reformulación de la problemática del paciente para luego conceptualizarla generando un marco conceptual que le permite al terapeuta la comprensión del paciente individual. La formulación del caso evoluciona durante el transcurso del tratamiento refinando las hipótesis del desarrollo y mantenimiento del problema facilitando así la planificación del tratamiento (Beck, S.J., 1995). Lo significativo de esta terapia es que considera que las creencias disfuncionales o distorsiones pueden ser modificadas sustituyéndose por nuevas creencias aprendidas en terapia que sean más adaptativas y consecuentes con la realidad (Beck, S.J., 1995). Esto provoca una mejoría en la conducta y el afecto que se mantiene en el tiempo ya que se

incentiva el desarrollo de habilidades para la resolución de problemas (Imbernon & Ruiz, 1996).

El objetivo general de este trabajo es probar la efectividad de la terapia cognitivo conductual en un caso de distimia y problemas relacionales entre padre-hija que aparecieron como consecuencia de la infidelidad parental. Existe evidencia substancial de que la terapia cognitivo conductual es efectiva para tratar problemas relacionales familiares y trastornos depresivos moderados como la distimia. Baucom, Daiuto, Mueser, Shoham & Stickle (1998), tras realizar una revisión de varios estudios indicaron que la terapia cognitivo conductual es eficaz reduciendo el estrés en las relaciones y estableciendo nuevos patrones de interacción. De igual manera la terapia cognitiva es ideal para el tratamiento de la distimia ya que al pertenecer al espectro depresivo se aplica por lo general el mismo tratamiento que para la depresión siendo este trastorno el más estudiado y en el que se ha encontrado mayor evidencia substancial de efectividad terapéutica (Beck, M., 2011).

2.1.2. Infidelidad parental.

En las culturas occidentales la monogamia usualmente es el principio básico de las relaciones de pareja por lo que una serie de creencias y normas sociales giran entorno a esta (Lusterman, 2005). Por lo tanto no es inusual que el descubrimiento de la infidelidad resulte traumatizante para la familia y sea la causa más común de conflicto marital (Lusterman, 2005). La infidelidad tiene consecuencias negativas en todo el sistema familiar ya que impacta los esquemas familiares preexistentes y produce sentimientos intensos de traición, ira, vergüenza y abandono en la pareja y en los hijos.

Esquemas familiares.

Adicionalmente a los esquemas mentales individuales revisados existen los esquemas familiares. Este tipo de esquema tiene un origen transgeneracional y se encargan de regular las interacciones de los miembros mediante estándares de evaluación de la conducta o

principios establecidos (Beck, T.A. & Dattilio, 2009). Los estándares surgen de patrones históricos y guían el comportamiento para que este sea aceptable, apropiado y acorde a lo esperado en cada relación. Estos gobiernan la expresión afectiva, las normas de interacción internas y los contactos externos en temáticas como la conducta sexual, la honestidad y la integridad (Beck, T.A. & Dattilio, 2009). La importancia de los estándares varía dependiendo de la gama de desarrollo, de su articulación, del grado de influencia sobre la conducta y del malestar producido por el incumplimiento de estos (Beck, T.A. & Dattilio, 2009).

Normalmente existe un grado de atención selectiva debido al exceso de información generada en las relaciones interpersonales pero cuando existe conflicto en la familia esta se magnifica y se enfoca en los aspectos negativos exacerbando las interacciones y dañando la relación (Beck, T.A. & Dattilio, 2009).

Debido a que los esquemas se desarrollan a partir de experiencias que han tenido un impacto significativo estas son difíciles de modificar. Baucom, Epstein, Sayers, y Sher (1989) propusieron una tipología de cogniciones que emergen frecuentemente en la presencia de estrés relacional originando sesgos perceptivos, cada uno de los tipos representan cogniciones normales pero que son susceptibles a la distorsión dependiendo del curso de la experiencia personal. La tipología consta de atención selectiva, atribuciones, expectativas, supuestos y estándares. La atención selectiva es la tendencia de considerar únicamente ciertos aspectos relacionales e ignorar otros, las atribuciones son deducciones acerca de las razones que motivaron la acción de otros (Beck, T.A. & Dattilio, 2009). Las expectativas predicen la probabilidad de que ciertas situaciones sucedan en una relación, los supuestos representan creencias generales de otros y de la relación con estos. Por último los estándares son creencias anticipadas de las características que las personas y las relaciones deberían poseer (Beck, T.A. & Dattilio, 2009).

Los hijos generalmente consideran a sus padres como un modelo ideal y una guía a seguir pero cuando existe infidelidad y es descubierta, los padres dejan de estar a la altura de las expectativas de los hijos (Lusterman, 2005). Quienes a su vez experimentan ira, desilusión, malestar, inseguridad, confusión y en ocasiones desprecio frente a esta situación (Duncombe, 2004; Horwitz & Sweeney, 2001; Lusterman, 2005). La infidelidad parental activa sesgos negativos en los esquemas familiares e individuales por lo que se ha evidenciado que a partir de esta los hijos, inclusive si estos ya son adultos, adquieren una visión más negativa de sí mismos y de los demás y son más propensos a generar apegos inseguros y a cometer una futura infidelidad (Casanova, Nalbone, Platt & Wetchler, 2008; Horwitz & Sweeney, 2001).

Es común que en estos casos se involucre a los hijos en las discusiones parentales, posesionándolos como confidentes lo cual genera conflictos de lealtad y alianzas en contra del padre infiel a quien se le culpa por el conflicto. Esto resulta en el distanciamiento en la relación padre-hijo disminuyendo la cantidad de apoyo familiar y obstaculizando la formación de vínculos seguros (Casanova et al., 2008). En el caso de que el padre haya sido el miembro infiel de la pareja es más probable que la relación entre este y sus hijos se deteriore no solo por la falta cometida sino porque la madre dejará de desempeñar el rol de mediadora emocional entre estos (Duncombe, 2004). Además se han observado niveles más altos de estrés social y personal asociados en hijas mujeres, quienes reportan más sentimientos de exclusión y depresión (Johnson, La Voie & Mahoney, 2001).

El conflicto marital se traduce en mensajes negativos acerca de las relaciones íntimas, el amor y el matrimonio que comúnmente se replican a otras relaciones (Koski, 2001). Por lo tanto los hijos de parejas con problemas de infidelidad experimentarían dificultades en sus relaciones interpersonales por la visión negativa hacia otros, antes mencionada, ya que desarrollan la creencia de que las personas tienen intenciones negativas en las relaciones y por

lo tanto no resultan confiables. Esto genera un patrón de evitación relacional y de desconfianza hacia sus habilidades sociales (Casanova et al., 2008).

El estrés generado en un hijo como resultado de la infidelidad parental puede ocasionar varios problemas y niveles de malestar dependiendo de la situación específica, la cantidad de apoyo social recibido, las vulnerabilidades biológicas y los factores de protección de cada individuo. No es infrecuente que en familias que han experimentado estos conflictos se desarrollen problemas relacionales entre los miembros y como resultado trastornos del estado de ánimo. Dependiendo de la intensidad, frecuencia y duración de los síntomas se considera un posible diagnóstico especificado en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales Revisado (DSM-IV-TR, 2000). Como en este caso la aparición de síntomas depresivos moderados o distimia.

2.1.3. Depresión.

Función de los estados depresivos.

Los trastornos depresivos constituyen un problema de salud pública y aunque su prevalencia varía dependiendo la sociedad, en general fluctúa entre el 6% y el 8% (Fallahi, Modabberina, H.A., Modabberina J.M., Shirazi & Tehrani, 2008). Debido a la incidencia de este tipo de trastornos y a su importante influencia genética, la ciencia se ha cuestionado cual es su valor evolutivo. “¿Cómo la tristeza, el retraimiento, la baja de energía, la indefensión y la desesperanza han contribuido a los objetivos evolutivos de la humanidad?” (Leahy, 2010, pp.25-26, traducido por autor). ¿Por qué estos síntomas se mantienen a través de las generaciones?

Estas preguntas pueden ser dilucidadas remontándonos a la época de las sociedades primitivas y considerando los síntomas depresivos como una estrategia de supervivencia. Estas sociedades se desenvolvían en ambientes hostiles enfrentándose a constantes amenazas, competencias jerárquicas, climas extremos y a la escasez de recursos (Leahy, 2010). Por lo

tanto en tales condiciones la mentalidad más conveniente resultaba la de un pesimismo estratégico ya que el buscar recursos era muy arriesgado y peligroso. Por medio de la inactividad y el asilamiento la especie humana conservaba su energía y se protegía de la privación (Leahy, 2010).

Ya que con el tiempo las amenazas a las que las personas se enfrentan han cambiado la manifestación de esta estrategia de adaptación también lo ha hecho volviéndose menos específica y más generalizada (Leahy, 2010). Los individuos buscan protegerse de la experimentación de nuevas pérdidas pero cuando estas estrategias se mantienen en el tiempo y se vuelven crónicas dejan de ser adaptativas y causan disfuncionalidad originando trastornos depresivos (Leahy, 2010). En base a esta teoría resulta más fácil comprender la expresión clínica de los trastornos depresivos, como en este caso la distimia.

Distimia.

La distimia es un trastorno del estado de ánimo que consiste en síntomas depresivos moderados y crónicos que se presentan durante por lo menos dos años, la mayor parte de los días (Beck, M., 2011). Los sentimientos persistentes de desesperanza, la irritabilidad, la baja autoestima, la fatiga, los problemas de concentración, las dificultades en la toma de decisiones y las alteraciones del apetito y del sueño son signos característicos de la distimia (Beck, M., 2011; DSM-IV-TR; American Psychiatry Association, 2000). Aunque los síntomas de este trastorno no llegan a ser tan severos como en la depresión mayor, existe evidencia de que pueden causar disfunción significativa como problemas familiares, sociales, académicos y laborales (Beck, M., 2011).

La prevalencia de la distimia fluctúa entre el 3% y 6% y su aparición por lo general es dos veces mayor en mujeres que en hombres (DSM-IV-TR; American Psychiatry Association, 2000). El 75% de las personas que lo padecen corren el riesgo de desarrollar a futuro un cuadro de depresión mayor (Beck, M., 2011). Si la distimia u otros trastornos depresivos se

presentan en edades tempranas su etiología tiene más relación con una vulnerabilidad genética, pero de todas formas los factores ambientales contribuyen con su desarrollo (Beck, M., 2011). En cambio cuando aparece más tarde durante la adultez, generalmente es desencadenada por estrés psicosocial. Las molestias y preocupaciones cotidianas de tipo académico, laboral y relacional al acumularse aumentan el riesgo de que se produzcan síntomas depresivos. Los conflictos relacionales son una de los factores que predisponen más a las personas a sufrir trastornos del estado de ánimo como la distimia (Beck, M., 2011). Estos conflictos pueden ser originados por diversas causas, pero por el momento es de nuestro interés únicamente la infidelidad parental como evento desencadenante de este tipo de trastorno.

Modelo cognitivo de la depresión.

Beck y colegas (1979) propusieron un modelo cognitivo de la depresión que ha sido apoyado por la evidencia científica durante años y este propone que a nivel cognitivo los estados depresivos se caracterizan por una triada cognitiva disfuncional. Esta triada esta compuesta en primer lugar por una visión negativa de sí mismo volviéndose autocrítico y desvalorizándose constantemente (Beck, T.A. et al., 1979). En segundo lugar tiene una visión negativa de sus experiencias malinterpretándolas y concibiéndolas siempre como un fracaso o como una experiencia de privación. Y por último existe una visión negativa de su futuro anticipándose y prediciendo dificultades (Beck, T.A. et al., 1979).

Si la evaluación de las experiencias es hecha con esta visión la persona caerá en un estado de indefensión y no encontrará una salida a sus problemas. La objetividad para realizar esta evaluación depende del nivel de depresión experimentado, una persona moderadamente deprimida es más objetiva para evaluar sus pensamientos que alguien que sufre de una depresión severa (Beck, T.A. et al., 1979). Por lo tanto es fundamental comprender el origen y el desarrollo de estos trastornos para poder aplicar un tratamiento adecuado que se ajuste a las

necesidades de cada paciente y que este produzca un verdadero cambio en la estructura cerebral (Leahy, 2010).

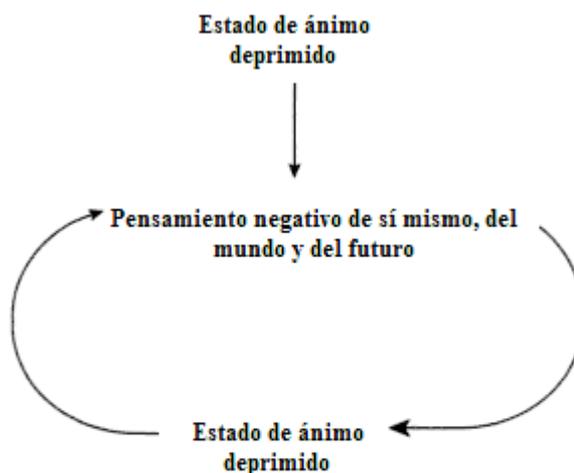


Figura 2. Ciclo vicioso: forma simple

2.1.4. Impacto neuropsicológico de la terapia cognitivo-conductual.

Durante años ha sido debatido el efecto de la psicoterapia en el funcionamiento del sistema nervioso central y aunque este dilema no ha sido del todo resuelto ya existe evidencia de que si se produce un efecto significativo (Bambling, 2011). En base a la nueva concepción del cerebro humano como un órgano dinámico capaz de cambiar y modificarse mediante el procesamiento de información o cognición y con el desarrollo de la tecnología, ha sido posible observar el impacto de la terapia psicológica en las estructuras cerebrales (Bambling, 2011). Estudios conducidos por medio de neuroimagen en pacientes con depresión y ansiedad evidenciaron cambios neurales después de haber recibido terapia cognitivo-conductual (Dougherty et al., 2005 citado en Heiller, Leibing, Leichsenring & Weissberg, 2006).

La terapia cognitiva-conductual se centra en los procesos cognitivos y estos tiene la capacidad de disparar potenciales de acción a través de las neuronas estimulándose unas a otras (Bambling, 2011). El nivel de activación cerebral derivado del aprendizaje y de los pensamientos positivos o negativos acerca del entorno social y físico es reconocido por los

genes de respuesta inmediata (Bambling, 2011). Estos genes se encargan de la síntesis y liberación del factor neurotrófico derivado del cerebro que regula la activación de los neurotransmisores o genes relacionados con el crecimiento y memoria (Bambling, 2011; Rodríguez, 2006).

Los disparos repetitivos en estas redes fortalecen las conexiones de las dendritas permitiéndoles codificar la información para generar respuestas a las demandas del aprendizaje y desarrollar nuevas conductas. (Bambling, 2011; Hernández-Muela, Mattos & Mulas, 2004). El proceso descrito hace referencia a lo que se conoce como expresión génica y plasticidad cerebral, fenómenos que constituyen “la base física de las transformaciones naturales de la mente, la consciencia y el comportamiento” (Lane & Lawrence, 2008, p.19).

A pesar de que la neuroplasticidad es reconocida como una de las facultades más adaptativas del cerebro esta puede relacionarse también con el desarrollo de la psicopatología, ya que no discrimina entre la naturaleza de los patrones adquiridos (Bambling, 2011). En el caso de Julieta la infidelidad parental y las creencias negativas asociadas modificaron las estructuras cerebrales predisponiéndola a estados depresivos. El modelo neural de la depresión implica desregulación límbica y cortical, observándose una mayor actividad en las estructuras ventrales y una disminución en las dorsales. Además de anomalías de las regiones temporales, límbicas, frontales y de los ganglios basales (Bambling, 2011; Bieling et al., 2004).

Basándose en este modelo teórico de la depresión la psicoterapia utiliza el aprendizaje como mecanismo principal para el cambio, por medio del cual se modifica la expresión génica y consecuentemente las conexiones sinápticas (Bambling, 2011; Lane & Lawrence, 2008). La terapia cognitivo-conductual enfoca sus intervenciones principalmente en la modificación de la atención y la memoria. Estas funciones constituyen mecanismos

descendientes involucrados en la mediación de las cogniciones depresivas, los sesgos emocionales y los procesos de información disfuncionales (Bieling et al., 2004).

La modificación de los esquemas disfuncionales que residen en los circuitos neurales de la memoria, permiten la desactivación de las conexiones que predisponen al estrés, estimulando los factores de crecimiento neuronal (Bambling, 2011; Beck, S.J., 1995). En consecuencia se produce una mejoría en las funciones cognitivas de aprendizaje y memoria disponibles para la resolución de problemas. Por lo tanto la identificación y modificación de las situaciones problemáticas del paciente y de sus creencias negativas es fundamental para que se produzca el cambio en la cognición y la conducta (Bambling, 2011). En la psicoterapia la simple presencia del terapeuta tiene la capacidad de activar los genes de respuesta inmediata, pero estos experimentan una mayor activación durante las intervenciones sobre lo pensamientos y situaciones dolorosas y posteriormente con las modificaciones cognitivo-conductuales que permiten el alivio del malestar (Bambling, 2011). El nivel de activación alcanzado durante el proceso terapéutico depende de la calidad y cantidad de la terapia (Bambling, 2011).

La terapia farmacológica aplicada a pacientes con estados depresivos moderados y graves ha demostrado, al igual que la terapia cognitivo-conductual, cambios estructurales del cerebro (Kumari, 2006). Las dos aproximaciones terapéuticas se asimilan en efectividad y producen cambios en la actividad prefrontal y una disminución en la actividad del córtex ventrolateral frontal. Pero la investigación ha demostrado que de la terapia cognitivo-conductual activa distintos mecanismos neurales que la farmacoterapia (Kumari, 2006). Se ha observado en pacientes depresivos que han recibido entre 15 y 20 sesiones de terapia cognitivo-conductual una activación de estructuras corticales involucradas en procesos descendentes. También un incremento de la actividad metabólica del hipocampo y del giro

cingulado y una reducción de la actividad en las cortezas dorsales y ventro-mediales (Bambling, 2011; Bieling et al., 2004; Kumari, 2006).

Por lo tanto el cambio en el curso de los síntomas observados en función de la terapia cognitivo-conductual sugiere que las regiones corticales son el principal lugar de acción de esta terapia, mejorando los estados emocionales depresivos y la visión negativa y desesperanzadora desarrollada por el paciente. Estos cambios preceden a la modificación de los síntomas vegetativos y motivacionales característicos de la depresión (Bieling et al., 2004). En conclusión existe evidencia de que la terapia cognitivo-conductual y otro tipo de terapias tienen el potencial de modificar los circuitos neuronales disfuncionales de la depresión y otras patologías por medio de la neuroplasticidad influenciando el código genético (Bambling, 2011; Kumari, 2006).

Capítulo 3. Conceptualización Clínica del Caso

Desde niña, Julieta ha tratado de comprenderse a sí misma, a los otros y al mundo que la rodea por medio de su percepción e interpretación de los eventos. Las observaciones y experiencias personales de la paciente constituyen formas de aprendizaje que han conformado sistemas de creencias y establecido esquemas mentales. Estos esquemas regulan la cognición, la emoción y la conducta de Julieta generando patrones de funcionamiento estables en sus interacciones. Las experiencias familiares tempranas de la paciente han sido fundamentales para el desarrollo de estos sistemas de organización ya que han determinado su configuración inicial.

Durante la infancia de Julieta su padre se ausentaba durante periodos largos de tiempo debido a sus obligaciones laborales. Su madre en un intento por compensar la figura ausente del padre y de respaldo como esposo buscó apoyo en los abuelos de Julieta para la crianza de sus hijos. Ambos abuelos se encargaron de disciplinar a Julieta y a sus hermanos transmitiéndoles esquema familiares transgeneracionales en los que predominaban reglas y normas morales estrictas. Estas reglas implícitas resaltaban la importancia de la honestidad determinando la valía de las personas en base al grado de sinceridad de estas. Por lo tanto una persona que mentía no era digna de confianza sin importar si fue un error de única ocurrencia. Debido a la gran influencia de ambas figuras en la vida de Julieta y a la importancia que estas normas tenían en la dinámica familiar, se instauraron como parte del sistema de creencias de la paciente modelando su conducta y filtrando su percepción sobre los otros.

Durante el desarrollo y crecimiento de Julieta su sistema de creencias no había causado mayor disfuncionalidad, mas bien era adaptativo y saludable dentro de su contexto. Las creencias centrales de Julieta acerca de ella, de otros y del mundo en general eran, en su mayoría, positivas y funcionales. Ella usualmente creía que las personas eran amigables, honestas y confiables. Y percibía al mundo como un lugar relativamente seguro, estable y

predecible. Hasta hace dos años las creencias centrales positivas de Julieta eran predominantes, pero un evento desencadenante la llevó a experimentar malestar y dificultad de adaptación, generándose estados de ánimo distímicos y generándose creencias centrales negativas de vulnerabilidad, desconfianza e incompetencia.

Los problemas empezaron después de que Julieta revisó el correo de su padre, por un pedido explícito de él, descubriendo que el había mantenido una relación durante los últimos tres años con otra mujer. Este acontecimiento y las posteriores consecuencias fueron traumáticas para Julieta y tuvieron un gran impacto en la dinámica familiar. Cuando el engaño de su padre salió a la luz la madre lo hecho de la casa, lo cual en un principio era congruente con las reglas, normas y supuestos implícitos de la familia, mencionados anteriormente. “Si alguien no es honesto, no tiene valía”, por lo tanto su padre no era digno de continuar viviendo en la casa. Esto constituye las creencias intermedias de la paciente y son las cogniciones más evidentes durante su desarrollo por la influencia de sus abuelos en su crianza.

Posteriormente los padres de Julieta se reconciliaron y la madre dejó que el padre volviese a la casa. Bajo la perspectiva de Julieta la madre había violado los principios fundamentales de la familia, considerando esto como una catástrofe. El padre inicialmente representaba un modelo ético a seguir y una figura de seguridad importante para Julieta por lo que el descubrimiento de su infidelidad le produjo a la paciente una disonancia cognitiva importante. La reacción de la madre contribuyó a la disonancia ya que esta se mostró vulnerable y permitió que se violen las normas familiares convirtiéndose de cierta manera en cómplice de la falta del padre. En consecuencia la imagen del de la madre, al igual que la del padre, perdió valor y desacreditaron el sistema de creencias inculcado.

Aunque estas creencias no eran articuladas, es decir que la paciente no era consciente de ellas, estas de todas formas influenciaban su pensamiento y conducta. Por lo tanto Julieta

empezó a experimentar mucha ira hacia su padre reprochándole constantemente su falta. Él ya no constituía una figura de autoridad y Julieta consideraba que no se merecía respeto ni confianza. Esta conducta de la paciente produjo discordia y reacciones defensivas por parte del padre, generándose patrones conflictivos de relación entre el padre y la hija y mucho estrés en el resto del sistema familiar. Adicionalmente la madre se quejaba de manera constante del padre, expresando su desconfianza hacia él. Debido a que la hermana mayor de Julieta vivía lejos y su hermano no se involucraba, la paciente era quién debía escuchar todos estos reclamos y consolar a la madre, situación que incrementaba la ira de ella alimentando el conflicto con el padre.

Estos acontecimientos produjeron la pérdida de la seguridad de Julieta en sus vínculos primarios o figuras parentales, contribuyendo al desarrollo de las nuevas creencias centrales de vulnerabilidad y desconfianza. Estas creencias se expresaban como “me siento vulnerable frente al resto”; “no puedo confiar en nadie”; “las personas son mal intencionadas.” En base a esto, las cogniciones de Julieta empezaron a cambiar y debido a que sus creencias intermedias estaban tan enraizadas en los esquemas de la paciente estas se combinaron con las nuevas creencias disfuncionales polarizándose. La generalización de estas creencias reflejaba estándares morales más altos hacia ella y hacia el resto. A nivel cognitivo la siguiente reflexión de naturaleza silogística incentivo los cambios: “Quién miente no es confiable, mi padre me mintió por lo tanto mi padre no es confiable y si mi padre, quien debería preocuparse siempre por mi bienestar, no es confiable nadie más lo será.” Aquí se reflejan creencias intermedias y evaluaciones rápidas o pensamientos automáticos.

En cierto grado Julieta si era conciente de sus pensamientos automáticos en situaciones específicas pero no evidenciaba las distorsiones cognitivas emergentes. La paciente desarrollo pensamientos polarizados “o es siempre honesto o no es una buena persona”; “o son siempre confiables o son unos mentirosos.” Sobre-generalización “nadie es

confiable”; “todos me quieren hacer daño.” Etiquetas globales “si las personas no hacen las cosas como a mí me parecen no son confiables”; “si alguien comete un error no es una persona digna.” Deberías “debo siempre ser honesta”; “no tengo que confiar en la gente”; “no debo mostrarme vulnerable”; “deben ser honestos.” Tener razón “mi moral es correcta”; “tengo razón en desconfiar de la gente.” Interpretación del pensamiento “la gente se aleja de mí porque no es confiable.” Razonamiento emocional “si me siento incomoda con la gente es por que no son confiables.”

La angustia que todas estas creencias y pensamientos le generaba a la paciente se evidenció en su estado de ánimo, conducta y en su fisiología. Más adelante Julieta empezó a replicar estos patrones disfuncionales en otras áreas, ya que su inseguridad alimentaba más desconfianza. La paciente experimentaba disforia y ansiedad por lo que empezó a retraerse socialmente y a tener dificultades de concentración. Debido a esto su relación de pareja y sus amistades empezaron a deteriorarse perdiendo lo que le quedaba de apoyo social. Aunque posteriormente a la infidelidad del padre ella mantuvo durante ocho meses más su relación de pareja jamás le contó a su novio lo que había sucedido en su núcleo familiar.

En relación a su novio Julieta pensaba “no puedo mostrarme vulnerable frente a él porque puede lastimarme”; “no confío en él porque puede hacerme lo mismo que mi padre le hizo a mi madre”; “para que contarle lo que me pasa si en cualquier momento me puede traicionar.” Esto generó mucho estrés en ambos y posteriormente su separación, ya que Julieta quería compartir lo que le sucedía con alguien pero por desconfianza no lo podía hacer.

En cuanto a sus amistades, Julieta ya no confiaba en nadie por lo que trataba de mantener la relación lo más superficial posible sin llegar a intimar. Pensaba “si me acerco mostraré mi vulnerabilidad y el resto la usará en mi contra”; “prefiero no acercarme porque después saldré lastimada”; “seguramente me traicionarán.” En base a la paciente desarrollo varias estrategias compensatorias como aislarse, ser sarcástica, limitarse a escuchar al resto,

no involucrarse demasiado y ser muy crítica con la conducta de los demás. Los problemas interpersonales de este tipo reflejan la activación de creencias negativas hacia uno mismo, hacia los otros y hacia el mundo general (Beck, S.J., 1995).

El malestar tardó poco en generalizarse también al ámbito académico ya que la dificultad de concentración y la falta de motivación que Julieta experimentaba impactaron su desempeño y fue condicionada por mal aprovechamiento en la Universidad. Esta situación contribuyó a la problemática general y creó más disfuncionalidad instaurando una nueva creencia central de incompetencia. Julieta creía que no era capaz de desempeñarse igual que sus compañeros y que no podría graduarse como una veterinaria competente. Nuevas reglas se instalaron en su esquema cognitivo pensando que debe ser excelente en todo lo que haga, que debe siempre dar lo mejor de sí y que es inaceptable desperdiciar su potencial. Debido a que su promedio no reflejaba su mejor esfuerzo cuando Julieta enfrentaba a situaciones de evaluación innumerables pensamientos automáticos invadían su mente como “esto es muy difícil para mí”; “No recuerdo nada”; “No podré lograrlo.” A pesar de que su desempeño decrecía por las creencias y pensamientos subyacentes Julieta conseguía pasar las clases.



Figura 3. Relación pensamiento y sentimiento

Las creencias negativas de Julieta la predispusieron a los estados depresivos leves o distimia. A partir de las creencias desarrolladas en base a la infidelidad de su padre y a la

posterior condición académica, Julieta desarrollo una vulnerabilidad a interpretar sus experiencias de manera negativa. Ella no cuestionaba ni evaluaba críticamente sus pensamientos y los aceptaba como verdaderos. Los pensamientos y las creencias *per se* no causaron la distimia pero una vez que esta se instaló, las cogniciones negativas influenciaban su estado de ánimo y su conducta. Sin duda la distimia se originó por una variedad de factores neuropsicológicos y ambientales. Julieta empezó a retraerse socialmente y a estudiar incansablemente durante horas, sin lograr resultados óptimos debido a su desconcentración y disforia. Ella continuó siendo muy crítica con sí misma y con el resto, manteniendo pensamientos negativos acerca de su situación. Experimentaba apatía, ansiedad y dificultad para conciliar el sueño. El autoconcepto y el concepto que Julieta tiene de los otros fueron importantes para el inicio y desarrollo de su estado de ánimo distímicos y de sus problemas relacionales.

Capítulo 4. Curso del Tratamiento

4.1. Estado Mental

Julietta se mostró cooperativa en todo momento y siempre con una apariencia impecable. Su capacidad intelectual, su juicio y su prosodia son normales; no se observaron anormalidades aparentes en su funcionamiento psico-motor. El contacto visual durante la evaluación y las sesiones fue bueno. Al inicio la paciente reportaba problemas de concentración y atención pero estas capacidades cognitivas mejoraron en el curso del tratamiento. En general sus procesos mentales son coherentes y su orientación, memoria y juicio son normales. Durante la evaluación mostró embotamiento afectivo y su estado de ánimo era un moderadamente depresivo y un poco ansioso pero este fue cambiando en el transcurso del tratamiento. La paciente negó tener ideación suicida u homicida o algún tipo de alucinaciones o delirios. La capacidad de introspección es adecuada lo cual representa una fortaleza que le permite la modificación de su contenido mental como creencias y pensamientos.

4.2. Pruebas Psicológicas

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

Descripción.

Al inicio y a la final del tratamiento se aplicó el Inventario de Síntomas 90 (SCL-90-R) que constituye un instrumento psicométrico de auto-reporte, aplicable en personas entre 13 y 65 años, que permite la detección de estrés y psicopatología al evaluar una amplia gama de síntomas experimentados durante los siete días anteriores a la evaluación. Además es una herramienta útil para valorar el progreso y el resultado del tratamiento psicológico implementado (Barrios, Graff, González-Santos & Mercadillo, 2007).

El SCL-90 fue diseñado por Leonard Derogatis en 1973 y como el nombre del test lo indica consta de 90 reactivos dispuestos en una escala de tipo Likert en la que se expresa el

nivel de acuerdo o desacuerdo con respecto al ítem. Su aplicación es breve, aproximadamente de 15 minutos y su nivel de confiabilidad es alto tanto en los test re test ($r = 0,79$) como en los análisis de consistencia interna (0,80) (Barrios et al. 2007; Cárdenas, Cavazos, Espinosa, Fócil & Muñoz, 2005).

Dimensiones.

Los reactivos están agrupados en nueve dimensiones de sintomatología:

Somatización (SOM)

Obsesiones y Compulsiones (OBS)

Sensitividad Interpersonal (SI)

Depresión (DEP)

Ansiedad (ANS)

Hostilidad (HOS)

Ansiedad Fóbica (FOB)

Ideación Paranoide (PAR)

Psicoticismo (PSIC)

Índices globales.

Adicionalmente a estas dimensiones existe el Índice de Severidad Global, el total de síntomas positivos y el Índice Malestar Sintomático Positivo.

El SCL-90 ha sido traducido a varios idiomas y normado en distintas poblaciones, debido a que no existe una adaptación para el Ecuador se utilizó la adaptación de Buenos Aires desarrollada por María Martina Casullo y Marcelo Pérez en 1999 y actualizada en el 2008 (Barrios et al. 2007; Cárdenas et al. 2005).

Resultados.

A continuación se presentan los datos de la evolución de las nueve dimensiones y de los tres índices del SCL-90-R y las variaciones en los puntajes obtenidos del pre-test o prueba inicial y del post-test aplicado, seis meses después, al concluir el tratamiento.

Dimensiones.

Pre-Test.

El perfil inicial de la paciente se encontraba en un nivel medio normativo, ninguna dimensión llegó al rango clínico ya que los puntajes obtenidos no rebasan los el valor T estandarizado en el que empieza este rango (T= 63-80). Las dimensiones con mayor elevación fueron la de depresión (DEP) y la de ideación paranoide (PAR), ubicándose sobre la media pero sin rebasar la desviación estándar (T= 55). La dimensión de depresión mide estados de ánimo disfóricos, falta de motivación, menos energía vital y sentimientos de desesperanza. Y la dimensión de ideación paranoide (T= 55) evalúa pensamientos proyectivos, suspicacia y temor a la pérdida de autonomía.

Las dimensiones de obsesión-compulsión (OBS) y la de sensibilidad interpersonal (SI) se ubicaron en la media (T= 50). Esta primera mide pensamientos, acciones e impulsos que son vivenciados como imposibles de evitar o no deseados. En cambio, la escala de sensibilidad interpersonal se focaliza en detectar la presencia de sentimientos de inferioridad e inadecuación cuando la persona se compara con sus semejantes. Un poco más abajo de la media (T= 45) se ubicaron las dimensiones de ansiedad (ANS) y de hostilidad (HOS). La dimensión de ansiedad evalúa la presencia de signos generales de ansiedad tales como nerviosismo, tensión, ataques de pánico y miedos. Y la dimensión de hostilidad hace referencia a pensamientos, sentimientos y acciones característicos de la presencia de afectos negativos de enojo.

Las dimensiones con menor elevación (T= 30) fueron la de somatización (SOM), psicoticismo (PSIC) y ansiedad fóbica (FOB). La dimensión de somatizaciones evalúa la presencia de malestares que la persona percibe relacionados con diferentes disfunciones corporales (cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorias). La dimensión de psicoticismo representa un constructo dimensional que incluye síntomas referidos a estados de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones y control del pensamiento. Y la dimensión de ansiedad fóbica alude a una respuesta persistente de miedo (a personas específicas, lugares, objetos, situaciones) que es en sí misma irracional y desproporcionada en relación con el estímulo que la provoca.

Post-test.

En la segunda aplicación del SCL-90-R las dimensiones con cambios más significativos fueron la de depresión (T= 35) y la sensibilidad interpersonal (T= 30), disminuyendo en 20 puntos. Seguidas por dimensión de obsesiones-compulsiones (T= 35) que se redujo en 15 puntos y la de paranoia (T= 45) y hostilidad (T= 5) que disminuyeron en 5 puntos cada una. Por otro lado la dimensión de ansiedad (T= 45) y la de ansiedad fóbica (T=45) se mantuvieron constantes. Y las dimensiones en las que se observó un incremento fueron la de psicoticismo (T= 40), en 10 puntos y la de somatizaciones (T= 35) en 5 puntos.

Índices globales.

Pre-test.

El índice de malestar sintomático positivo (IMSP) se ubicó 10 puntos sobre la media (T= 60), aproximándose al rango clínico. Esto sugiere que la paciente reporta un nivel mayor de malestar al real porque ella lo experimenta así, por lo tanto no revela fingimiento. El índice de severidad global (IGS) no indica una severidad clínica (T= 45) en el malestar experimentado por la paciente. Por último el índice total de síntomas positivos (TSP) no

muestra intentos conscientes de la paciente por mostrarse mejor de lo que realmente esta, ni tampoco tiende a exagerar su malestar (T= 40).

Post-test.

En el post-test se evidenció una reducción de los tres índices globales. El índice de severidad global (T= 30) fue el que más disminuyó, reduciéndose en 15 puntos. Seguido por el índice de malestar sintomático positivo (T= 50) y el índice total de síntomas positivos (T= 30) que disminuyeron en 10 puntos cada uno.

Análisis de los resultados.

Antes de discutir los resultados, es importante notar que una sola prueba de considerable reputación como el SCL-90-R no es suficiente para constituir una evaluación psicológica completa. Idealmente es necesario utilizar múltiples herramientas para generar resultados más amplios y sólidos. Lastimosamente en el presente estudio solo se utilizó el SCL-R-90 y la evaluación clínica por lo que los resultados revisados a continuación constituyeron una guía y no la base del diagnóstico.

A pesar de que la paciente, en ambas evaluaciones, se encontró en un nivel medio normativo y no obtuvo puntajes que la consideren dentro del rango clínico, los resultados revelaron el cambio en la magnitud y en los patrones de sus síntomas. Es importante siempre considerar la existencia de diferencias individuales por lo que la interpretación de los resultados de los tests deben tomar en cuenta también los datos clínicos y la problemática específica de la paciente.

En primer lugar se observó que la elevación de la dimensión de depresión en el pre-test no coincide la distimia diagnosticada a la paciente, pero esto no quiere decir necesariamente que el diagnóstico este errado. Se debe considerar la posibilidad de que en la primera evaluación la paciente no reportó adecuadamente su estado depresivo debido a un fenómeno de acostumbramiento. Es decir, que el estado de ánimo distímico posiblemente se

convirtió en su línea base, ya que ha sido mantenido durante dos años como señalan los criterios. La disminución de 20 puntos en el post-tets de esta dimensión apoya esta hipótesis, ya que la reducción indica que la paciente experimentaba más disforia y sentimientos de desesperanza de los niveles normales para ella.

En segundo lugar se puede especular que las dimensiones de sensibilidad interpersonal, hostilidad e ideación paranoide configuran el patrón de dificultades interpersonales presentadas por la paciente. Julieta se mostraba suspicaz y se sentía desconfiada del resto, presentando pensamientos y sentimientos de enojo hacia su padre y hacia otros. Se observó una reducción mayor de los puntajes de sensibilidad personal que de los de ideación paranoide, probablemente porque esta primera alude a estados más internos que son más controlables por la paciente. En cambio la ideación paranoide se relaciona más con el medio externo y resulta más difícil de comprobar. Por lo tanto se asume que los síntomas incluidos en estas tres dimensiones disminuyeron por medio del trabajo en efectividad interpersonal realizado durante el tratamiento.

En tercer lugar, la elevación observada en la dimensión de psicoticismo en el post-test puede relacionarse al hecho de que Julieta ha dejado de aislarse. Por lo tanto se encuentra más expuesta a relaciones interpersonales y por ende a más distorsiones cognitivas porque interpreta sus interacciones, aunque ahora ella cuenta con herramientas para identificar y modificar estas distorsiones. La exposición a más interacciones sociales también explica el mantenimiento estable de los puntajes de ansiedad, ya que en un inicio la ansiedad se debía a su problemática y al malestar experimentado y ahora puede explicarse por un cierto grado de preocupación al interactuar con otros. Los puntajes de la dimensión de somatizaciones no son significativos, resultando irrelevantes ya que por lo general los malestares corporales percibidos por las personas fluctúan.

Por último la disminución de los puntajes en los tres índices globales reflejan una reducción en la severidad del malestar y la percepción de este. Además de un estilo de consistente al endosar las respuestas del test. En base a los cambios de los puntajes observados en el SCL-90-R y a la evaluación clínica, se considera que el tratamiento fue efectivo para la reducción significativa de los síntomas que producían el malestar de la paciente.

4.3. Diagnóstico y Evaluación Funcional

Eje I: 300.4 Distimia: inicio tardío.

V61.20 Problema relacional entre padre-hijo.

Eje II: V71.09 (No hay diagnóstico en el eje II).

Eje III: 799.9 (Referido a consulta médica).

Eje IV: A, B, C.

A. Problemas relativos al grupo primario de apoyo.

B. Problemas relativos al ambiente social.

C. Problemas relativos a la enseñanza.

Eje V:

GAF inicial → 53

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

GAF Actual → 68

(Síntomas leves y alguna dificultad en el funcionamiento social).

4.4. Criterios diagnósticos del DSM-IV-TR:

300.4 Trastorno distímico.

A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2

años. **Nota:** En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año.

B. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. Pérdida o aumento de apetito
2. Insomnio o hipersomnia
3. Falta de energía o fatiga
4. Baja autoestima
5. Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones
6. Sentimientos de desesperanza

C. Durante el período de 2 años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.

D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial. **Nota:** Antes de la aparición del episodio distímico pudo haber un episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativos durante 2 meses). Además, tras los primeros 2 años (1 año en niños y adolescentes) de trastorno distímico, puede haber episodios de trastorno depresivo mayor superpuestos, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.

G. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

H. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

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

Inicio tardío: si el inicio se produce a los 21 años o con posterioridad
(America Psychiatry Association, 2000, pp.380-381).

V61.20 Problema relacional padre-hijo.

Esta categoría debe ser utilizada cuando el enfoque de la atención clínica es un patrón de interacción entre padre e hijo (p. ej., deterioro de la comunicación, sobreprotección, disciplina inadecuada) que esta asociado con un deterioro clínico significativo en el funcionamiento de la familia o el individuo o con en el desarrollo de síntomas clínicos significativos en el padre o el hijo (America Psychiatry Association, 2000, p. 737).

Capítulo 5. Estructura del Tratamiento

5.1. Objetivos a Corto Plazo

1. Crear confianza y *rapport*.
2. Educar a la paciente acerca de la terapia cognitiva.
3. Instruir a la paciente respecto a su trastorno, al modelo cognitivo y al proceso de la terapia, tomando en cuenta sus expectativas.
 - Verbalizar y comprender la relación entre los estados depresivos y la represión emocional.
 - Identificar y modificar pensamientos y creencias disfuncionales.
 - Identificar y reemplazar la triada cognitiva que mantiene los estados depresivos.
4. Normalizar las dificultades de la paciente y generar esperanza.
5. Indagar acerca de las dificultades de la paciente.
6. Descripción del conflicto entre la paciente y sus padres por la infidelidad parental.
7. Identificación de su rol y el de los demás miembros de la familia dentro del conflicto relacional.
8. Utilizar la información sobre el problema para desarrollar una lista de objetivos.
 - Incrementar la comunicación asertiva.
 - Incrementar las interacciones positivas entre ella y su padre.
 - Generar relaciones interpersonales saludables.
 - Mejorar el desempeño académico.
9. Establecer la agenda en cada sesión.
10. Monitorear el estado de ánimo.

11. Fijar tareas como activación conductual, monitoreo de los pensamientos automáticos, revisar las sesiones terapéuticas anteriores, prepararse para las próximas sesiones.
12. Obtener retroalimentación.
13. Utilizar estrategias conductuales para sobreponerse a la distimia como activación conductual, experimentos conductuales e imaginación.
14. Verbalizar gradualmente declaraciones positivas y esperanzadoras acerca de sí mismo, de otros y del futuro.
15. Aprender a implementar estrategias para prevenir la recaída como monitoreo del estado de ánimo, registros de pensamiento, análisis de problemas, entre otras.

5.2. Objetivos a largo Plazo

1. Afrontar el miedo, la desconfianza y la baja autoestima identificando los conflictos desarrollados en la familia y comprender la conexión de estos a la situación actual.
2. Reducir el nivel de conflicto con los padres, resolviendo y dejando ir los conflictos pasados con ellos.
3. Reconocer, aceptar y hacer frente a los sentimientos depresivos.
4. Aliviar los estados depresivos de la distimia y retornar al nivel previo de funcionamiento efectivo por medio de la reestructuración cognitiva y la activación conductual.
5. Desarrollar relaciones interpersonales sanas por medio del modelamiento y de experimentos conductuales.
6. Desarrollar patrones cognitivos y creencias sanas acerca de uno mismo y del mundo que prevengan la recaída, por medio de la modificación de las

distorsiones cognitivas y el reforzamiento de los pensamientos positivos.

Además de practicar el uso de estrategias cognitivas como los registros de pensamiento fuera de la terapia.

5.3. Temas e Intervenciones

5.3.1. Involucrando al paciente en el proceso terapéutico.

En la terapia cognitivo-conductual, el primer contacto con el paciente es fundamental, ya que permite el establecimiento del *rapport* o sintonía con el paciente. El *rapport* es un aspecto esencial para la construcción de la alianza terapéutica y posteriormente para el trabajo colaborativo. Por lo tanto el tratamiento con Julieta inicio con el objetivo principal de brindarle a la paciente un espacio seguro para que ella pueda describir su conflicto y el malestar asociado y se establezca una buena relación por medio del respeto y empatía.

Cuando se le preguntó a Julieta que la traía a consulta ella expresó que quería “dejar de sentirse deprimida”; “dejar de sentir desconfianza” y “mejorar las relaciones interpersonales y su desempeño académico.” Indicó que todo empezó a ir mal desde que ella descubrió la infidelidad de su padre y parecía experimentar mucha ira ya que se refería a él de manera hostil diciendo “mi papá es la peor persona que conozco”; “él no se merece respeto”; “nunca podré llevarme bien con él”; “no me importa su bienestar, nos hizo daño a todos.” La paciente describió como había sido el conflicto familiar y reportó sentirse deprimida y muy desconfiada de la gente en general a partir de este evento.

Algunos de los pensamientos y creencias que estaban contribuyendo al malestar eran evidentes al igual que los aspectos subyacentes a la problemática de la paciente como su ansiedad, su afecto embotado, su inseguridad, su baja autoestima, su sentido de desesperanza y a su angustia. Adicionalmente, la incertidumbre asociada a la utilidad de la terapia preocupaba a la paciente por lo que era imprescindible intervenir para comprometerla con el proceso terapéutico. Para esto fue importante desde un inicio, mostrarle que su situación tiene

una solución y que es posible alcanzar el cambio si nos comprometemos a trabajar en equipo. Además se reforzó positivamente su iniciativa de buscar ayuda profesional que la asistiese en su proceso de recuperación

5.3.2. Evaluación de la problemática de la paciente.

La información reportada por la paciente en la primera sesión sirvió como una introducción inicial, pero para poder realizar la conceptualización del caso bajo el modelo cognitivo y establecer un diagnóstico adecuado era necesario indagar más por medio de una entrevista clínica. En primer lugar se evaluó que aspectos de su vida Julieta consideraba disfuncionales. Ella mencionó que sus relaciones familiares eran conflictivas, sobre todo la relación con el padre que se había deteriorado significativamente. Identificó los roles de cada uno de los miembros de la familia dentro del conflicto, explorando diversas perspectivas de las dinámicas relacionales. Además reportó problemas en sus relaciones interpersonales ajenas a su núcleo familiar y dificultades académicas. Posteriormente se revisó la historia social y médica completando la entrevista clínica.

En base a la información recopilada, a la aplicación del inventario de síntomas y a la continua reformulación conceptual del caso fue posible establecer el diagnóstico clínico de la paciente. Julieta cumplía los criterios diagnósticos establecido por el DSM-IV-TR para el trastorno distímico y para el desorden relacional padre-hija. Por lo tanto el tratamiento debía ser enfocado en el modelo cognitivo de la depresión y en el desarrollo de habilidades interpersonales. A pesar de que la identificación del diagnóstico se demoró durante el proceso terapéutico los síntomas identificados en la paciente apuntaban en esa dirección por lo que se utilizaron estos modelos antes de tener la certeza de que presentaba los trastornos mencionados.

5.3.3. Aplicación del modelo cognitivo.

Las intervenciones tempranas durante el tratamiento consistieron en el establecimiento de los objetivos de la terapia y en la psico-educación sobre el modelo cognitivo para que Julieta desarrolle conciencia acerca de la conexión entre sus pensamientos negativos, creencias, emociones y conductas. Para esto también fue necesario el monitoreo del estado de ánimo, pidiéndole a Julieta que mida el nivel de irritabilidad y tristeza durante un periodo de tiempo determinado. Y que a partir de esto identifique las situaciones en que los niveles de malestar incrementan y aquellas en que reducían, para que así la paciente desarrolle cierto grado de control sobre los desencadenantes de los estados depresivos.

Los estados distímicos de Julieta fueron abordados dentro del modelo cognitivo haciendo énfasis en la triada cognitiva, para así explorar los pensamientos y creencias negativas acerca de sí misma, de los otros y de su futuro. Cuando este modelo es aplicado al tratamiento se inicia por la estructura más superficial del esquema, es decir por los pensamientos automáticos. Esto se debe a que este tipo de pensamientos resultan más accesibles para la paciente y son más evidentes para el terapeuta. Eventualmente, conforme avanza el tratamiento se trabaja en creencias más profundas y centrales (Beck, S.J., 1995). Adicionalmente se le explicó a la paciente que el malestar que experimentaba era un estado depresivo moderado conocido como distimia, se describieron sus características, su función y las situaciones que la desencadenaron.

Pensamientos automáticos: Identificación, evaluación y modificación.

Una vez que se establecieron cuáles eran las situaciones problemáticas como la relación conflictiva con el padre, la desconfianza hacia otros y las dificultades académicas, se instruyó a la paciente en la identificación de los pensamientos automáticos. Durante las sesiones Julieta fue alentada, por medio del cuestionamiento socrático, a identificar sus pensamientos automáticos negativos como “mi padre es una mala persona”; “nadie es

confiable”; “fracasaré en el examen.” Además se enfatizó en el reconocimiento de las emociones negativas, preguntándole “¿Cómo estos pensamientos negativos acerca de sí misma y de los demás la hacen sentir? Julieta reconoció que sus pensamientos desencadenaban ira, tristeza, miedo y frustración lo cual le causaba mucho malestar.

Más adelante los pensamientos automáticos de Julieta fueron sometidos a una prueba de veracidad por medio de preguntas como “¿Qué evidencia tienes para pensar así?” La paciente articuló varias respuestas como “las personas que mienten no son buenas, por lo tanto mi padre es malo”; “si mi padre fue capaz de engañarme todos son capaces de hacerlo”; “estoy condicionada en la universidad porque soy incapaz.” A partir de estas respuestas se introdujeron las distorsiones cognitivas y se le pidió a Julieta que identifique cuál de estos posibles errores puede estar cometiendo. La generalización, el pensamiento polarizado, las etiquetas y los deberías fueron las distorsiones predominantes en las cogniciones de Julieta. Y una vez que ella las comprendió le fue más sencillo considerar nuevas perspectivas refiriendo “es cierto que soy muy extremista, juzgo las cosas como buenas y malas, blancas o negras y no me he percatado de los matices”; “por lo general yo meto en un saco a todas las personas generalizando sus acciones”; “pienso que todos deben hacer las cosas de la manera como yo las hago y tal vez si existan otras formas”; “aunque últimamente me ha ido mal en los exámenes no siempre fue así.”

Para responder a los pensamientos automáticos negativos y modificarlos fue útil la aplicación del registro de pensamientos. Esta herramienta terapéutica tan efectiva consiste en una hoja de trabajo que permite la evaluación y formulación de respuestas adaptativas, midiendo su resultado en base a la situación, los pensamientos automáticos y las emociones experimentadas (Beck, S.J., 1995). Adicionalmente se utilizó la técnica de resolución de problemas que consiste en la realización de un listado de situaciones problemáticas para luego proponer soluciones, implementarlas y posteriormente evaluar su efectividad (Beck, S.J.,

1995). La resolución de problemas fue aplicada a la problemática con el padre “¿Qué otras opciones tienes cuándo tu papá discute contigo?” Julieta decidió que la mejor opción era escucharlo y no darle la contra, mantenerse serena y cuando la euforia pase expresar lo que piensa. La solución fue utilizada para un experimento conductual donde debía aplicar esta opción. Esta intervención fue importante porque le permitió incrementar las interacciones positivas con el padre y la comunicación asertiva, lo cual podía ser replicado en otros contextos y situaciones. El resultado del experimento fue positivo y reforzó este tipo de conductas en sus interacciones, a partir de esto la relación empezó a mejorar gradualmente.

Creencias intermedias: Identificación, evaluación y modificación.

La identificación de los supuestos, las reglas y actitudes que Julieta desarrolló a partir de la situación problemática y de su estado de ánimo depresivo fue el siguiente paso del tratamiento. Identificar la repetición de temas en los pensamientos automáticos facilitó el descubrimiento de estas creencias. De manera colaborativa se exploraron las coincidencias en los pensamientos automáticos y Julieta pudo evidenciar reglas como “no debo confiar en nadie”; “tengo que hacer todo bien”; “si no está perfecto, no sirve”; “siempre hay que ser honestos”; entre otras creencias. El uso de los continuos cognitivos, los cuales permiten la visualización dimensional de una actitud facilitó la modificación de los pensamientos polarizados creando más tolerancia en la visión que Julieta tenía de sí misma y del resto. La paciente empezó a reconocer sus recursos y se la reforzaba cada vez que reportaba pensamientos basados en la realidad.

Debido a su estado de ánimo depresivo y a sus sentimientos de desesperanza y desconfianza, Julieta se aislaba de la gente. Por lo que el desarrollo de habilidades interpersonales y comunicación asertiva fue fundamental para su tratamiento. Los experimentos conductuales cumplieron un rol muy importante en este proceso. En cierta ocasión la paciente refirió no confiar en nadie por lo que consideraba innecesario conservar

sus relaciones. En base a estas creencias se alentó a Julieta a realizar un experimento en el que debía dejar de hablar con toda la gente por lo menos un día. Inicialmente ella creyó que lo lograría pero no lo consiguió y al evaluar porque había sido así Julieta concluyó que no podía aislarse de la gente y que en ocasiones sí disfrutaba de su compañía. Esto le proporcionó evidencia contraria a sus creencias iniciales contribuyendo a la reestructuración de sus esquemas.

Creencias centrales: Identificación, evaluación y modificación.

Conforme el proceso avanzaba Julieta fue capaz de identificar sus creencias centrales articulándolas en la terapia. Declaró lo siguiente “me siento vulnerable”; “soy desconfiada” y “me siento incompetente.” En base a esto y de manera colaborativa se analizó la inseguridad y desconfianza características de las creencias de Julieta. Las probabilidades de que sus expectativas negativas, como el fracaso o que otros la lastimen y la traicionen sucediesen, fueron exploradas. Mientras se examinaban estas posibilidades se implementó la imaginación y se evocaron situaciones pasadas similares de la vida de Julieta, con el fin de reconocer los recursos y generar nuevas opciones. Al identificar la manera en la que la paciente había procedido en situaciones similares a las temidas, ella se dio cuenta que era capaz de manejar esta situación de manera adecuada. Por lo tanto la sensación de inseguridad y vulnerabilidad empezaron a reducirse ya que la paciente experimentaba más control sobre sí misma.

Adicionalmente, se desarrolló un formulario de creencias centrales que evidenció el reemplazo de las creencias centrales disfuncionales de Julieta mencionadas anteriormente. La paciente había generado nuevas creencias, más adaptativas como “es normal en ocasiones sentirse vulnerable”; “puedo confiar en ciertas personas” y “soy competente en algunas cosas.” Julieta identificó que la evidencia que contradice a las antiguas creencias centrales era: a) “Decidí pedir ayuda.” b) “Conseguí hablar de mis problemas en terapia.” c) “No tuve miedo a decir lo que sentía.” d) “Reacciono más tranquila con mi papá.” e) “Logré ver que mi

papá si le pone ganas a las cosas.” d) “Logré contarle a una amiga las cosas que me sucedían.”
e) “Estoy mejorando mis notas.” f) “Logré afrontar mis problemas.”

Por otro lado, la evidencia que avala las antiguas creencias centrales ya revisadas según Julieta es “muchas veces tengo miedo pero es normal que me sienta así en ocasiones.”; “Todavía no confío en mi papá, pero intento tener una buena relación.”; “Me cuesta expresar lo que pienso pero en ocasiones lo he hecho y no me ha pasado nada.” La estructuración de las creencias centrales, de ahora en adelante le permitirá a la paciente tener una mejor relación con el padre mejorando su dinámica familiar, tener más confianza en su desempeño académico y establecer relaciones interpersonales sanas. Para que los cambios se mantengan y se prevenga la recaída es importante reforzar el uso las herramientas utilizadas en terapia y entrenar a la paciente para que las use fuera de esta y se convierta en su propia terapeuta.

Capítulo 6. Consideraciones Relacionadas al Tratamiento

6.1. Aspectos Éticos

En el Ecuador, la negligencia por parte de las instituciones y profesionales especializados en salud mental es frecuente, debido a la falta de organismos reguladores y de educación en ética profesional. Por lo tanto los problemas éticos son comunes en la psicoterapia y estos representan un riesgo para el bienestar del paciente y del terapeuta. Para evitar que esto suceda se deben seguir lineamientos establecidos tanto éticos, legales y clínicos dependiendo de la conceptualización del caso y las leyes nacionales. El presente estudio de caso se basó en los principios generales del código de ética de la Asociación Americana de Psicología que son:

- a. Beneficio no maleficio
- b. Fidelidad y responsabilidad
- c. Integridad
- d. Justicia
- e. Respeto por los derechos y la dignidad de los demás (American Psychology Association, 2002b).

Adicionalmente se tomaron en cuenta los estándares éticos durante el proceso terapéutico y el desarrollo del presente estudio. Inicialmente la paciente firmó el consentimiento informado que especificaba estándares de privacidad, confidencialidad, competencia, de investigación y de publicación (American Psychology Association, 2002b).

En los cuales se aseguraba la protección de toda la información revelada en terapia y se advertían las condiciones en las que se la realizaba. La paciente autorizó el registro de la información por medio de grabaciones y entrevistas clínicas. Posteriormente accedió a que su caso fuera sometido a estudio siempre y cuando su identidad fuera resguardada, por lo que el

nombre utilizado en el presente estudio no es el original (American Psychology Association, 2002b).

A pesar de que se puso especial cuidado en no violar ningún código ético si se presentaron dilemas durante el tratamiento. En primer lugar, la paciente entregó un obsequio como forma de agradecimiento por la terapia. No es ideal recibir obsequios por parte de los pacientes porque se corre el riesgo de caer en relaciones duales o arreglos implícitos de explotación (American Psychology Association, 2002b). Pero en este caso en particular, después de recibir supervisión, se aceptó el obsequio al considerar que la paciente lo estaba haciendo como un acto de gratitud y que el rechazarlo podría ser contraproducente para su proceso terapéutico ya que necesitaba modelamiento de relaciones interpersonales asertivas. Además el monto del valor del obsequio no era significativo para ella por lo que no se podía dar una relación de coerción (American Psychology Association, 2002b).

El segundo dilema está relacionado a la confidencialidad, ya que varios estudios de caso disponibles en la biblioteca de la Universidad San Francisco de Quito tienen como sujeto a un estudiante de la misma universidad (American Psychology Association, 2002b). Por más que los pacientes hayan brindado su consentimiento, esto expone más su identidad y aumenta la posibilidad de que ellos accedan a su caso y experimenten incomodidad al leerlo o al saber que es accesible para cualquier persona. Por lo tanto la pregunta que surgió es si la paciente deber ser informada de que la tesis basada en su caso está en la biblioteca (American Psychology Association, 2002b).

En tercer lugar es importante mencionar que existe una limitación en la competencia del terapeuta ya que todavía no es psicólogo clínico. El código ético del APA estipula en estándar 2.01, que los psicólogos deben brindar únicamente los servicios que estén dentro de los límites de su competencia (American Psychology Association, 2002b). En este caso el terapeuta no posee ningún tipo de especialización en la terapia cognitivo-conductual ni en el

abordaje de trastornos depresivos o problemas relacionales lo cual si puede reducir la calidad del servicio. Pero es importante mencionar que desde un inicio se le advierte acerca de esto al paciente y para compensar la falta de experiencia del terapeuta este cuenta con el respaldo y supervisión de profesionales competentes y especializados. Es importante prepararse constantemente y ganar competencia en el área en el que se va a trabajar siendo guiado por un superior (American Psychology Association, 2002b). No siempre es posible evitar los dilemas éticos en el ámbito profesional por lo que se deben tomar medidas preventivas como supervisión o asistencia de otros profesionales para evitar el daño.

6.2. Transferencia y Contra-transferencia

Durante la terapia es frecuente que ambos, paciente y terapeuta experimenten reacciones emocionales hacia al otro (Diveky et al., 2010). Si es que la reacción proviene del paciente hacia el terapeuta este fenómeno se conoce como transferencia y si es que se produce en la dirección contraria es conocido como contra-transferencia (Diveky et al., 2010). A pesar de que ambos fenómenos no son un tema central dentro de la terapia cognitivo-conductual, estos pueden representar una valiosa fuente de información acerca de los esquemas mentales del paciente y del terapeuta (Diveky et al., 2010). Los pensamientos automáticos y el estado emocional experimentado durante la interacción terapéutica brindan la oportunidad de explorar y modificar pensamientos y creencias disfuncionales además de conductas desadaptativas (Diveky et al., 2010). En la terapia cognitiva-conductual es fundamental que se monitoree constantemente las reacciones emocionales y así como el terapeuta promueve la conciencia del paciente sobre su funcionamiento, este debe también estar pendiente del propio (Diveky et al., 2010). La habilidad del terapeuta para manejar la contra-transferencia es crítica para el progreso de la terapia (Diveky et al., 2010).

Los seres humanos son capaces de reconocer el mundo externo por medio de la comparación de sus percepciones recientes y sus experiencias pasadas (Diveky et al., 2010).

Eventos del presente pueden evocar memorias ya consolidadas provocando reacciones similares a las producidas en ese entonces (Diveky et al., 2010). Por lo tanto, ciertas interacciones durante la terapia pueden activar creencias disfuncionales que distorsionan la percepción del paciente acerca de los otros incluyendo en este caso al terapeuta. Y en el caso de que el paciente posea estrategias interpersonales disfuncionales, estas se manifestaran en la relación paciente-terapeuta dificultando el tratamiento si no son manejadas de manera adecuada (Diveky et al., 2010).

6.2.1. Transferencia.

En el caso de Julieta había el riesgo de que no se establezca una buena alianza terapéutica si es que el terapeuta pasaba a formar parte de la dinámica de su problema. Es decir que la relación terapéutica active sus creencias de desconfianza, considerando que el terapeuta no es alguien confiable, quién podría causarle daño. Al inicio la paciente se mostró reservada y un poco a la defensiva no le resultaba fácil revelar sus problemas, pero conforme avanzó el tratamiento Julieta se iba sintiendo más cómoda y se generó un vínculo de confianza. Para esto fue importante el establecimiento de los acuerdos de confidencialidad y la empatía.

Por otro lado, la paciente durante el tratamiento se presentó muy complaciente y condescendiente tal vez porque en ocasiones percibió inseguridad en el terapeuta. Esta inseguridad tenía que ver con la falta de experiencia del terapeuta, quién en ocasiones no sabía como intervenir. Por lo tanto Julieta pudo haber percibido la incertidumbre y respondió de manera complaciente para calmar la tensión. En general, la transferencia pareció ser buena ya que a partir de esta se modelaron conductas de comunicación asertiva y de efectividad interpersonal.

6.2.2. Contra-transferencia.

Para poder guiar efectivamente a los pacientes en la identificación y modificación de aspectos cognitivos, conductuales y emocionales asociados a su problema, el terapeuta debe tener la habilidad de reconocer y comprender los propios (Diveky et al., 2010). Cualquier cambio conductual en el terapeuta puede señalar la presencia de reacción emocional o pensamientos asociados hacia el paciente y es importante explorarlos para poder manejar esto en terapia y usándolo como un recurso para el cambio (Diveky et al., 2010). El terapeuta para entender más sus propias limitaciones, esquemas y patrones de comportamiento debe descubrir más acerca de sí mismo y los efectos que el paciente le genera. Al reconocer como el paciente afecta al terapeuta se puede comprender mejor el efecto que el paciente puede tener sobre otras personas (Diveky et al., 2010). La contra-transferencia del terapeuta esta influenciada por sus esquemas individuales y es posible que aparezcan distintas distorsiones cognitivas que la afecten (Diveky et al., 2010).

Durante el tratamiento con Julieta el terapeuta identificó la activación de algunos esquemas propios que afectaban la contra-transferencia. Uno de ellos fue el esquema de abandono ya que existía la preocupación de que la paciente se sienta incómoda y no vuelva más a terapia (Diveky et al., 2010). Al inicio cuando ella ocasionalmente no podía asistir o se atrasaba a la sesión, el terapeuta personalizaba la situación considerándolo como un rechazo y pensaba “va a dejar de venir porque soy incompetente y no puedo ayudarla”; “seguramente me equivoqué”; “no le agrado”; entre otros pensamientos.

La constante preocupación de abandono del terapeuta en un inicio produjo, como indica Diveky y colegas (2010), cierta evitación a establecer una relación terapéutica profunda, miedo a la confrontación y cuidados excesivos hacia el paciente. El cuidado excesivo tuvo que ver con el hecho de que la problemática de la paciente resultaba muy familiar y se asimilaba mucho a una experiencia personal del terapeuta. Por lo tanto este intentó de proteger a la paciente de sus dificultades y en ocasiones las sentía como propias,

porque sabía el dolor que ocasionaban y no quería que ella pase por lo mismo. Pero posteriormente esta similitud entre las experiencias dejó de ser un obstáculo, ya que le permitió al terapeuta empatizar más con la paciente y por medio del modelamiento y los experimentos conductuales se pudo hacer productiva la contra-transferencia modelando conductas (Diveky et al., 2010). Se considera que el proceso terapéutico con Julieta fue beneficioso también para el terapeuta porque ayudó a que asimile ciertos aspectos de su propia experiencia y a que fortalezca creencias más adaptativas y soluciones más funcionales (Diveky et al., 2010).

Otro esquema que el terapeuta logró identificar fue el de necesidad de aprobación que está íntimamente relacionado con el esquema anterior. Este esquema se fundamenta en la distorsión de atribución y personalización que sostiene que la incomodidad del paciente está relacionada directamente con la incompetencia del terapeuta (Diveky et al., 2010). En base a esto, en ocasiones el terapeuta se comportaba muy complaciente con Julieta tratando de evitar que se sienta incómoda durante la sesión y pensaba “si la paciente se siente incómoda quiere decir que estoy fracasando como terapeuta.” Eventualmente fue inevitable que Julieta experimente malestar, ya que la terapia busca que los pacientes trabajen en las problemáticas que evitan lo cual puede causar cierto grado de malestar, pero conforme iba avanzando el proceso terapéutico su estado emocional mejoró (Diveky et al., 2010).

Es fundamental que el terapeuta preste atención a sus pensamientos y emociones positivas y negativas con referencia al paciente. Además debe explorar que tanto de lo que el paciente está procesando coincide con juicios o experiencias preexistentes propias para permitir intervenciones menos subjetivas (Diveky et al., 2010). La calidad de la experiencia del paciente influye significativamente la relación con el terapeuta y viceversa. En una buena alianza terapéutica los pacientes son capaces de centrarse en sus propios procesos y responder a las condiciones de su vida en vez de centrar su atención en la aprobación del

terapeuta y en cuanto al terapeuta, este puede asistir adecuadamente al paciente (Heiller, 2006).

Capítulo 7. Conclusiones

Existe evidencia substancial de que la terapia cognitivo-conductual es efectiva para el tratamiento de trastornos depresivos moderados como la distimia y de problemas interpersonales (Bernal, Jiménez & Rossello, 2009). Estudios aleatorios en los que se aplicaron esta modalidad de terapia han demostrado efectividad en la remisión de los síntomas y en la prevención de la recaída (Bernal, Jiménez & Rossello, 2009). En este caso de estudio, la terapia cognitivo-conductual parece haber reducido los síntomas depresivos, las distorsiones cognitivas y conductas disfuncionales y los problemas relacionales de la paciente. Además se observó una mejoría en su autoconcepto, en sus relaciones familiares y en su desempeño académico. La duración del tratamiento fue de seis meses y se requirieron 21 sesiones para la remisión de los síntomas, es decir nueve sesiones más a las doce sesiones estándar normalmente aplicadas en la terapia cognitivo-conductual.

La paciente en un inicio cumplía criterios diagnósticos para un trastorno distímico comórbido con un desorden relacional padre-hija. Los estresores más significativos que contribuyeron al desarrollo y mantenimiento de los trastornos fueron el conflicto parental y la desconfianza percibida en sus relaciones interpersonales. La variación en el malestar experimentado por la paciente dependía mucho de la cantidad de cogniciones disfuncionales asociadas a los estresores (Bernal, Jiménez & Rossello, 2009). Pero a lo largo del proceso terapéutico fue posible modificar los pensamientos y creencias disfuncionales de la paciente instaurando nuevos esquemas adaptativos que mejoraron su conducta y su estado de ánimo. A pesar de que la relación con el padre todavía no es excelente existe una predisposición positiva por parte de la paciente para que esta mejore. Además la paciente ha sido capaz de generar nuevas relaciones interpersonales sanas por medio de la comunicación asertiva y la efectividad interpersonal.

7.1. Limitaciones del estudio.

Existieron varias limitaciones en este estudio las cuales serán mencionadas a continuación. En primer lugar hay la posibilidad de que exista un sesgo en la interpretación de los resultados ya que la mejoría de la paciente puede ser atribuida a otros factores ajenos a la psicoterapia (Bernal, Jiménez & Rossello, 2009). Se han visto casos en los que los síntomas remiten sin la necesidad de tratamiento por lo tanto los factores que pudieron haber intervenido son el paso del tiempo, tener la oportunidad de desahogarse, factores de protección personales, redes de apoyo social, entre otros (Bernal, Jiménez & Rossello, 2009).

Otra posible limitación es que para la evaluación sintomática de la paciente se utilizó una adaptación argentina del SCL-90-R y aunque la población en la que este test fue estandarizado puede presentar similitudes con la población ecuatoriana no son completamente equivalentes. Por lo tanto este instrumento psicométrico, al ser aplicado, no discriminó entre las diferencias culturales e idiosincrásicas de la paciente y el de las de la muestras estándar. Sin embargo para tratar de controlar estos efectos se tomó muy en cuenta las observaciones clínicas del caso en la interpretación de los resultados. Adicionalmente la aplicación del SCL-90-R para la realización de un estudio de caso puede no ser suficiente ya que arroja resultados muy limitados y no permite observar patrones de funcionamiento o rasgos de personalidad.

En tercer lugar se encontró una limitación con los registros de información ya que a pesar de que se registraron las sesiones por medio de grabaciones de audio hubiera sido preferible hacerlo mediante filmaciones. Pero la utilización de una cámara le resultaba muy intrusivo para la paciente, quién se negó a ser filmada. Por último una de las limitaciones más importantes de este estudio fue la falta de experiencia de la terapeuta, quién no tenía la competencia necesaria para el abordaje de ciertas problemáticas como en el caso de que la paciente hubiera requerido medicación. Afortunadamente este no fue el caso y además se

contó con apoyo y la supervisión de psicólogos clínicos durante el proceso lo cual reduce cualquier riesgo. Pero de todas formas es importante que el terapeuta se instruya y gane más competencia en el área de estudio a la que se está enfrentando.

Referencias

- American Psychiatry Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: Text revision* (4th edition). Washington, DC: Author.
- American Psychology Association. (2002b). Ethical principles of psychologist and code of conduct. *American Psychologist*, 57, 160-1073. Obtenido el 30 de noviembre del 2011 de <http://www.apa.org/ethics/code/index.aspx>
- Bambling, M. (2011). *Neurobiology of behavior change*. Austrian Catholic University. Recuperado el 18 de noviembre del 2011 de <http://www.reconnexion.org.au/presentations/w1/i1020864/downloadfile.asp>
- Barrios, A.F., Graff, A., González-Santos, L. & Mercadillo, E.R. (2007). Versión computarizada para la aplicación del listado de síntomas 90 (SCL-90) y del inventario de temperamento y carácter (ITC). *Salud Mental*, 30(4), 31-40. Recuperado de <http://www.inprf-cd.org.mx/pdf/sm3004/sm300431.pdf>
- Baucom, D.H., Daiuto, A.D., Mueser, K.T., Shoham, V. & Stickle, T.R. (1998). Empirically supported couples and family therapies for adult problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 53-88.
- Baucom, D.H., Epstein, N., Sayers, S. & Sher, T.G. (1989). The role of cognitions in marital relationships: Definitional, methodological and conceptual issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 31-8.
- Beck, M. (2011, July). When gray days signal a problem. *Wall Street Journal Eastern Edition*, D1-D4. Recuperado el 3 de noviembre del 2011 de <http://online.wsj.com/article/SB10001424053111904772304576467993357594526.html>
- Beck, S.J. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. Nueva York: The Guilford Press.

- Beck, T.A. & Dattilio, M.F. (2009). *Cognitive-behavioral therapy with couples and families: A comprehensive guide for clinicians*. [Versión Digital de Guilford Press]. Recuperado de http://books.google.com.ec/books?id=ErZ8Be5s2GAC&dq=cognitive+behavioral+therapy+beck&hl=es&source=gbs_navlinks_s
- Beck, T.A., Emery, G., Rush, J.A. & Shaw, F.B. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, T.A. & Freeman, A. (2006). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Bernal, G., Jiménez, C.M. & Rossello, J. (2009). Clinical case study: Cbt for depression in a Puerto Rican adolescent: Challenges and variability in treatment response. *Depression and Anxiety*, 26, 98-103. doi: 10.1002/da.20457
- Bieling, P., Garson, C., Goldapple, K., Kennedy, S., Lau, M., Mayberg, H. & Segal, Z. (2004). Modulations of cortical-limbic pathways in major depression. *Archives of General Psychiatry*, 61, 34-41. Recuperado el 19 de noviembre del 2011 de www.archgenpsychiatry.com
- Bruce, J.T., Jongasma, E.A. & Peterson, L.M. (2006). *The complete adult psychotherapy*. New Jersey: John Willey and Sons.
- Cárdenas, M.L., Cavazos, J., Espinosa, S.I., Fócil, M. & Muñoz, L.C. (2005). Confiabilidad y validez de la SCL 90 en la evaluación de psicopatología en mujeres. *Salud Mental*, 28(3), 42-50. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/582/58232805.pdf>
- Casanova, M.G., Nalbone, P.D., Platt, L.R. & Wetchler, L.J. (2008). Parental conflict and infidelity as predictors of adult children's attachment style and infidelity. *The American Journal of Family Therapy*, 36(2), 149-161. doi: 10.1080/01926180701236258

- Casullo, M.M. & Pérez, M. (2008). El inventario de síntomas SCL-90-R de L. Derogatis. *Conicet*, 1-12. Recuperado el 12 de octubre del 2011 de <http://www.aidep.org/uba/Bibliografia/SCL08.pdf>
- Clay, L. & Damani, S. (2008). *Resolving relationships difficulties with Cbt*. [Versión digital de Blue Stallion]. Recuperado el 3 de noviembre del 2011 de http://books.google.com.ec/books?id=iraDXEBCbwsC&printsec=frontcover&dq=Resolving+relationship+difficulties+with+CBT,&hl=es&ei=zHG0TtXsJ47ogQee-ZGjBA&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCsQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false
- Diveky, T., Grambal, A., Kamaradova, D., Mozny, P., Prasko, J., Sigmundova, Z., Slepecky, M. & Vyskocilova, J. (2010). Transference and countertransference in cognitive behavioral therapy. *Biomedical Papers of the Medical Faculty of the University Palacký Olomouc Czechoslovakia Republic*, 154(3), 189–198. Recuperado el 17 de noviembre del 2011 de <http://biomed.papers.upol.cz/pdfs/bio/2010/03/01.pdf>
- Dryden, W. & Neenan, M. (2004). *Cognitive therapy: 100 key points and techniques*. [Versión digital de Psychology Press]. Recuperado el 20 de octubre del 2011 de http://books.google.com.ec/books?id=C5IFdN_O4eEC&dq=cognitive+therapy&hl=es&source=gbs_navlinks_s
- Duncombe, J. (2004). *The state of affairs: Explorations in infidelity and commitment*. [Versión digital de Routledge]. Recuperado de http://books.google.com.ec/books?id=7uvLBvPqhKAC&dq=parental+infidelity+impact+on+children&hl=es&source=gbs_navlinks_s
- Fallahi, M., Modabberina, H.A., Modabberina, J.M., Shirazi, M. & Tehrani, S.H. (2008). Prevalence of depressive disorders in Rasht, Iran: A community based study. *Clinical practice and epidemiology in mental health*, 4(20), 1-6. doi:10.1186/1745-0179-4-20

- Fisher, B.,C. (2009). *Decoding Ethics Code*. California: Sage Publications.
- Heiller, W., Leibing, E., Leichsenring, F. & Weissberg, M. (2006). Cognitive-behavioral therapy and psychodynamic psychotherapy: Techniques, efficacy, and indications. *American Journal of Psychotherapy*, 60(3), 233-256. Recuperado el 3 de noviembre del 2011 de http://klinische-psychologie-mainz.de/abteilung/downloads/leichsenring_06.pdf
- Hernández-Muela, S., Mattos, L. & Mulas, F. (2004). Plasticidad neuronal funcional. *Revista de Neurología*, 38(1), S58-S68. Recuperado el 10 de septiembre del 2011 de <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-equino/plasticidad2.pdf>
- Horwitz, V.A. & Sweeney, M.M. (2001). Infidelity, initiation, and the emotional climate of divorce: are there implications for mental health? *Journal of Health and Social Behavior*, 42(3), 295-309. doi: 88786638
- Imbernon, J.J & Ruiz, J.J. (1996). *Sentirse mejor: Como enfrentar los problemas emocionales con la terapia cognitiva*. [Versión electrónica de ESMD]. Obtenido el 12 de octubre de http://www.psicologia-online.com/ESMUBeda/Libros/Sentirse_Mejor/sentirse.htm
- Johnson, H.D., LaVoie, J.C., & Mahoney, M. (2001, May). Interparental conflict and family cohesion: Predictors of loneliness, social anxiety, and social avoidance in late adolescence. *Journal of Adolescent Research*, 16 (3), 304-318.
- Koski, A.M. (2001). *Adult children of parental infidelity and their perspectives of love, intimate relationships and marriage*. (Tesis de maestría, Universidad de Winsconsin-Stout). Recuperado el 21 de octubre del 2011 de <http://www2.uwstout.edu/content/lib/thesis/2001/2001koskim.pdf>
- Kumari, V. (2006). Do psychotherapies produce neurobiological effect? *Acta Neuropsychiatrica*, 18, 61-70.

- Lane, K. & Lawrence, E. (2008). *La nueva neurociencia de la psicoterapia, la hipnosis terapéutica y la rehabilitación: un diálogo creativo con nuestros genes*. [Versión digital del Instituto de Milton Erickson]. Recuperado el 21 de octubre del 2011 de <http://ernestrossi.com/documents/librogratis-2.0-r081118.pdf>
- Leahy, L.R. (2010). *Beat the blues before they beat you: How to overcome depression*. [Versión digital de Hay House]. Recuperado el 3 de noviembre del 2011 de http://books.google.com.ec/books?id=-zXAY9wLQ9gC&dq=beat+the+blues+before&hl=es&source=gbs_navlinks_s
- Lusterman, D.D. (2005). Helping children and adults cope with parental infidelity. *Wiley Interscience*, 61(11), 1439-1451. doi: 10.1002/jclp.20193
- Rodríguez, B. D. (2006). *Análisis de datos de expresión genética mediante técnicas de biclustering*. (Tesis de maestría, Universidad de Sevilla). Recuperado el 23 de octubre del 2011 de <http://www.lsi.us.es/docs/doctorado/memorias/Memoria-v2.pdf>
- Sander, D. & Willis F. (2005). *Cognitive therapy: An introduction*. [Versión digital de Sage]. Recuperado el 6 de noviembre del 2011 de http://books.google.com.ec/books?id=U2I7kn9gAzoC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

Anexos

Tablas

Tabla I. Puntajes Pre-Post: Dimensiones

Dimensiones	Puntaje Bruto		T-Score	
	Antes (Pre)	Después (Post)	Antes (Pre)	Después (Post)
SOM	0,00	0,08	30	35
OBS	0,90	0,20	50	35
SI	0,63	0,00	50	30
DEP	0,62	0,15	55	35
ANS	0,50	0,40	45	45
HOS	0,33	0,00	45	30
FOB	0,00	0,00	30	30
PAR	1,00	0,33	55	45
PSIC	0,00	0,10	30	40

SCL-90-R, Inventario de Síntomas 90

Tabla II. Puntajes Pre-Post: Índices Globales

Índices Globales	Puntaje Bruto		T-Score	
	Antes (Pre)	Después (Post)	Antes (Pre)	Después (Post)
ISG	0,48	0,13	45	30
TSP	20	7,00	40	30
IMSP	2,15	1,71	60	50

SCL-90-R, Inventario de Síntomas 90

Gráficos

Gráfico I. Pre-Post: Dimensiones

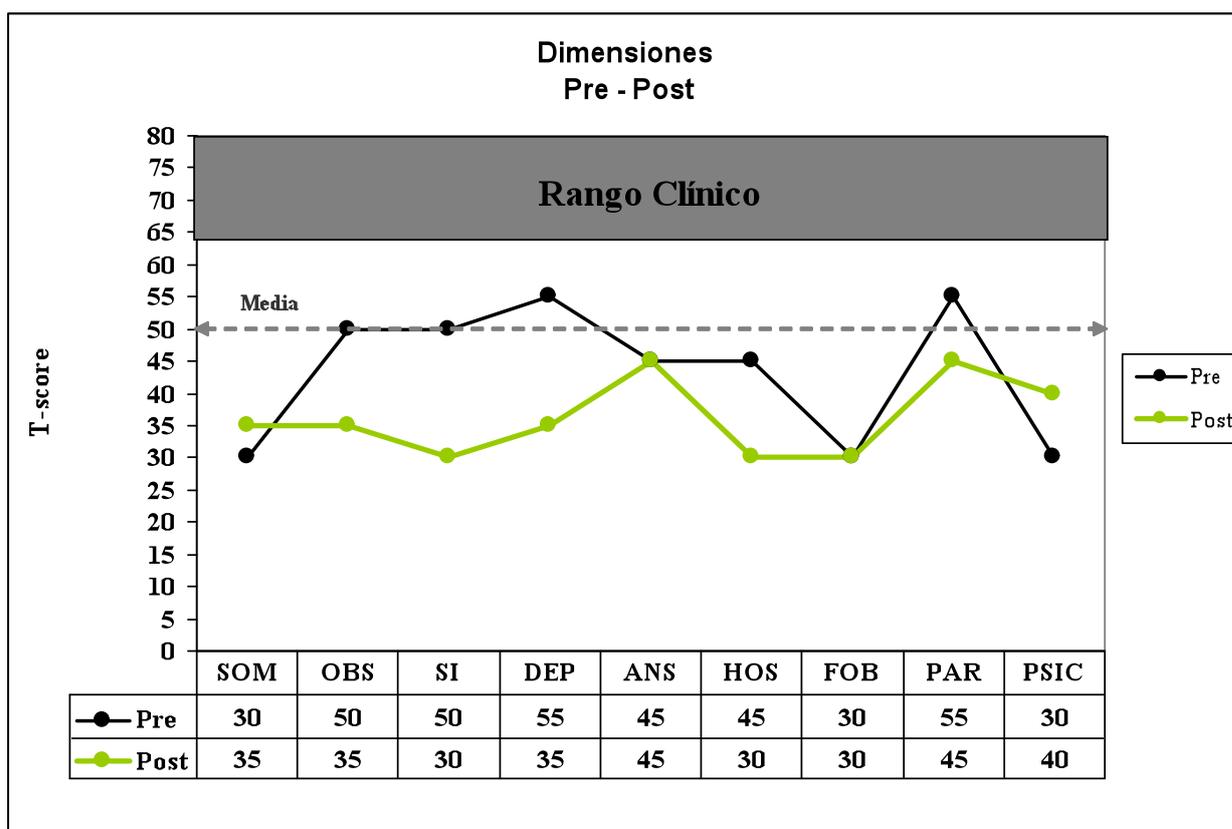


Gráfico II. Pre-Post Índices.

