

**Universidad San Francisco de Quito
Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades**

Estudio de Caso:

Terapia Dialéctica Conductual y Cognitiva Conductual aplicada en un caso de Trastorno de la Personalidad Límite, Ansiedad Generalizada y Episodio Depresivo Mayor

María Rosa Cahueñas Albornoz

**Ana Trueba, Ph.D.
Directora de Trabajo de Titulación**

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

Quito, mayo de 2015

Universidad San Francisco de Quito

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

HOJA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Terapia Dialéctica Conductual y Cognitiva Conductual aplicada en un caso de Trastorno de la Personalidad Límite, Ansiedad Generalizada y Episodio Depresivo Mayor

María Rosa Cahueñas Albornoz

Ana F. Trueba, Ph.D.,
Director del Trabajo de Titulación

Teresa Borja, Ph.D.,
Miembro del Comité
de Trabajo de Titulación

Jorge Flachier, Psicólogo
Clínico
Miembro del Comité
de Trabajo de Titulación

Teresa Borja, Ph.D.,
Coordinadora de Psicología

Carmen Fernández-Salvador, Ph.D.,
Decana del Colegio de Ciencias
Sociales y Humanidades

Quito, mayo de 2015

© DERECHOS DE AUTOR

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

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

Firma: _____

Nombre: María Rosa Cahueñas Albornoz

C.I.: 1713538666

Lugar: Quito - Ecuador

Fecha: Quito, mayo de 2015

DEDICATORIA

A mi papi, por estar siempre a mi lado, en los mejores y en los peores momentos, por dedicar tiempo y mucho esfuerzo para ayudarme a llegar lejos. A mi mami que desde el cielo ha sabido guiar mi camino. Fue tanto el amor que me diste cuando estabas, que me durará para toda mi vida. A mi esposo, gracias por ser esa chispa de alegría en mi vida, por apoyarme en todo, ser mi amor, mi confidente y mi mejor amigo. A mi hermano y hermanas por siempre estar presentes. A mis sobrinos por recordarme que la vida es diversión y dejarme volver a ser niña con ellos. Les amo.

AGRADECIMIENTOS

A Daniela, por la confianza depositada en mí, por enseñarme a ver las cosas más allá de lo que son.

A Ana F. Trueba, por todo el tiempo dedicado en la lectura y corrección de mi trabajo. Jamás podré terminar de agradecerte.

A Katy, por estar ahí y ser una amiga incondicional.

RESUMEN

El estudio de caso presentado a continuación trata la problemática del Trastorno de la Personalidad Límite, Trastorno de Ansiedad Generalizada y Episodio de Depresión Mayor de una mujer joven. De acuerdo al criterio diagnóstico del DSM-IV-TR, se desarrolló el diagnóstico. Como complemento se aplicó el Inventario de Síntomas 90 Revisado (SCL-90-R) y el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota - 2 (MMPI-2). De igual manera se utilizó la información obtenida en terapia por medio de auto reportes y grabaciones de voz. De acuerdo con el último SCL-90-R y por medio de las últimas sesiones, se concluye que la paciente redujo los síntomas de ansiedad, aunque no obtuvo una remisión sin embargo dejó de cumplir con el criterio diagnóstico para Trastorno de Depresión Mayor. En el caso del Trastorno de la Personalidad Límite los síntomas en torno a automutilación e ideación suicida desaparecieron, no obstante el trastorno se sigue manteniendo. La paciente desarrolló mecanismos de defensa en torno a los síntomas de malestar, presenta una mejoría en el manejo de situaciones estresantes y logró cambiar ciertas creencias centrales que se encontraban muy marcadas.

Palabras claves: *Trastorno de personalidad, depresión, ansiedad, automutilación, ideación suicida.*

ABSTRACT

The case study presented is a young woman with a borderline personality disorder, generalized anxiety disorder and a major depressive episode. The diagnosis was determined using the criteria of the DSM-IV-TR. The Symptom Checklist-90-Revised and the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 were also used to further assess diagnoses. Other self-report measures and voice recordings were also used as additional support. According to the pre-post SCL-90-R results, the patient experienced a reduction in her anxiety symptoms. Although the patient did not achieve full remission, she no longer met the diagnostic criteria for major depressive disorder. The patient no longer presented some of the symptoms consistent with borderline personality disorder such as self-mutilation and suicidal ideation completely disappeared, but she still met diagnostic criteria for this disorder. The patient has developed adaptive coping mechanisms to manage uncomfortable symptoms, stressful situations and has changed certain core beliefs.

Key words: *Personality Disorder, depression, anxiety, self-mutilation, suicidal ideation.*

RESUMEN	7
ABSTRACT	8
TABLAS	13
INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA	14
Antecedentes	14
El Problema	15
Historia Personal.....	17
Historia Familiar	19
Situación Actual	21
Hipótesis	24
Pregunta de Investigación	25
Contexto y Marco Teórico.....	25
El Propósito del Estudio	25
El Significado del Estudio.....	26
Definición de Términos.....	27
Supuestos del Estudio	28
REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	30
Géneros de Literatura Incluidos en la Revisión	30
Fuentes	30
Pasos en el Proceso de Revisión de la Literatura	30
Formato de la revisión de la literatura.....	30
Tema 1: Historia y Desarrollo de la Terapia Cognitiva Conductual.....	31
Tema 2: Historia y Desarrollo de la Terapia Dialéctica Conductual.....	38
Habilidades básicas de conciencia:.....	39
Habilidades de efectividad interpersonal:.....	40
Habilidades de regulación de las emociones:	41
Habilidades de tolerancia al malestar:	41
Habilidades para superar crisis:	41
Habilidades para aceptar la realidad:	42
Tema 3: Trastorno de la Personalidad Límite.....	43
Características y Etiología.....	43
Curso y Desarrollo	45

Prevalencia.....	46
Comorbidad	46
Conceptualización de caso: Trastorno de la personalidad límite (diagnóstico principal) y terapia dialéctica conductual	46
Creencias Centrales.....	47
Creencias Intermedias.....	49
Pensamientos Automáticos.....	50
Distorsiones Cognitivas	51
Conductas No Adaptativas.....	52
Tema 4: Trastorno Ansiedad Generalizada.....	53
Características y Etiología.....	53
Curso y Desarrollo	54
Prevalencia.....	55
Comorbidad	55
Terapia Cognitivo Conductual y Trastorno de Ansiedad Generalizada	56
Conceptualización de caso: Trastorno de Ansiedad Generalizada y Terapia Cognitivo Conductual.....	59
Creencias Centrales.....	59
Creencias Intermedias.....	60
Pensamientos Automáticos.....	61
Distorsiones Cognitivas	62
Conductas no Adaptativas	62
Tema 5: Trastorno de Depresión Mayor.....	63
Características y Etiología.....	63
Curso y Desarrollo	64
Prevalencia.....	65
Comorbidad	65
Terapia Cognitivo Conductual y Trastorno de Depresión Mayor	66
Conceptualización de caso: Trastorno de Depresión Mayor y Terapia Cognitivo Conductual.....	67
Creencias Centrales.....	67
Creencias Intermedias.....	69
Pensamientos Automáticos.....	70
Distorsiones Cognitivas	70
Conductas no Adaptativas	71
METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	73

Justificación de la Metodología Seleccionada.....	73
Curso del Tratamiento.....	73
Descripción del estado mental actual.....	73
Herramienta de Investigación.....	74
Inventario de Síntomas 90 Revisado (SCL-90-R).....	74
Descripción.....	74
Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota – 2 (MMPI-2).....	74
Descripción.....	74
Descripción de Participantes.....	76
Número.....	76
Género.....	76
Nivel Socio Económico.....	76
Diagnóstico y Evaluación de Funciones.....	76
Diagnóstico en Base a Criterios Diagnósticos del DSM-5.....	77
Trastorno de la Personalidad Límite (301.83).....	77
Trastorno de Ansiedad Generalizada (300.02).....	80
Trastorno de Depresión Mayor (296.2).....	81
Estructura del Tratamiento.....	83
Metas a Corto Plazo.....	84
Metas a Largo Plazo.....	85
Aspectos Éticos.....	87
Aspectos de la Relación Terapéutica.....	88
Transferencia.....	88
Contratransferencia.....	90
Intervenciones.....	92
Psicoeducación.....	92
Registro de Pensamientos Disfuncionales.....	92
Formulario de Creencias Centrales.....	92
Técnicas de Relajación.....	93
ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	94
Resultados SCL-90-R.....	94
Pre - Test.....	94
Post – Test.....	95
Análisis General.....	96
Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota – 2 (MMPI-2).....	98
Resultados de MMPI-2.....	98

	12
Escalas de Validez	99
Escalas Clínicas	102
Escalas de Contenido	105
Escalas suplementarias	109
Codetipos	112
Sesgos del Autor	112
CONCLUSIONES	114
Respuesta a la pregunta de Investigación	114
Limitaciones del Estudio.....	116
Recomendaciones para Futuros Estudios	118
Resumen General	118
REFERENCIAS.....	121
ANEXO A: Resultados MMPI-2	126
ANEXO B: Consentimiento Informado	139

TABLAS

Tabla 1.1. Valores T - Pre Test	95
Tabla 1.2. Valores T - Post Test	96
Tabla 1.3. Valores T - Segunda Evaluación	96
Tabla 1.4. Valores T - Tercera Evaluación	97
Gráfica 1: Variación de Valores T de las Evaluaciones	98

INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA

Daniela es una joven mujer ecuatoriana, soltera. Es alta, delgada, mide aproximadamente 1 metro 70cm y pesa 120 lb. Cuando era pequeña, fue cambiada varias veces de escuela, lo que le dificultaba desarrollar amistad con otros niños. Cuando llegó a la secundaria y fue a vivir con su madre, nuevamente la cambia de colegio. Daniela vive con su madre; su hermano y su padre viven en otra casa. La paciente no estaba a gusto cuando vivía con su padre, ya que la maltrataba psicológicamente. Su padre solía decirle que no es bonita, que no es inteligente, que tiene que aprender a servir a los hombres.

La paciente asiste con un diagnóstico previo de ansiedad generalizada y episodio de depresión mayor, por lo que se utiliza terapia cognitiva conductual con el fin de que la paciente logre identificar momentos de estrés en los cuales se podría presentar un episodio de ansiedad y con ello controlar la depresión que viene después de un momento de ansiedad. A los ocho meses de terapia se procede a tomar el MMPI-2 (Inventario Multifásico de personalidad) con el cual se logra entender de mejor manera el comportamiento de la paciente. Después de un tiempo se obtiene el diagnóstico principal: Trastorno de la Personalidad Límite y se procede a trabajar con terapia dialéctica conductual, la misma que ha sido efectiva en el caso de este diagnóstico con el fin de que la paciente entienda, acepte y trabaje en torno a sus pensamientos y conductas.

Antecedentes

La historia de Daniela: una breve reseña.

Daniela es una joven ecuatoriana entre los 20 y 25 años. Actualmente vive en Quito. Daniela tiene un hermano dos años mayor. Se encuentra estudiando ciencias, en

una universidad en Quito. Tiene un gran interés por lo científico, razón por la que se interesa en su carrera y pone mucho esfuerzo para obtener buenas calificaciones. Es una persona a la que no le gusta practicar deportes a pesar de que constantemente se repite que tiene que empezar a realizar actividades físicas para tener una mejor salud.

Daniela tuvo un novio con el que recientemente terminó una relación de cuatro años. Comenta que es el primer novio al que ella lo define como “serio”. Desde hace dos años, empezaron a pelear constantemente, hasta el punto en el que ella lo empujaba o agredía físicamente. Por este motivo, han terminado su relación varias veces. Sin embargo después de una o dos semanas de estar separados, vuelven a estar juntos.

Daniela cuenta que empezó a sentirse sola desde que era muy pequeña, al ser una niña a la que cambiaban seguido de escuela, no tenía amigos. Esto la llevaba a quedarse sola en su habitación, recuerda que muchas veces lloraba hasta quedarse dormida. Daniela era una niña callada y tímida, sentía que cualquier cosa que dijera iba a estar mal ya que su padre la regañaba constantemente, muchas veces sin un motivo en específico. En el tiempo que vivió con su padre, recibió comentarios denigrantes relacionados a su género, por ejemplo en varias ocasiones el padre le dijo que para lo único que ella serviría sería para cocinar y limpiar la casa.

Su padre solía decir que es tonta, torpe, inútil, entre otras cosas. Daniela cree que la soledad y la inseguridad que siente ahora, tienen que ver con esa etapa de su vida, pero se niega a hablar con su padre y decirle lo mucho que le afectó la forma en la que fue tratada cuando era niña, Daniela comenta que aún teme a su padre. Cuando regresó a vivir con su madre, empezó a sentirse un poco más segura, por lo que empezó a conversar un poco más con los niños de su escuela, involucrarse en juegos infantiles y a actuar de acorde a su edad y género.

El Problema

Daniela llega a consulta, cuando se le pregunta el motivo, menciona que viene para complacer a su novio, con el fin de que no termine la relación que tienen. La paciente menciona que ha tenido problemas con su novio, ya que, según él, Daniela es una persona “muy posesiva”, por lo que es muy difícil continuar con un noviazgo de esa manera. Ricardo pide a Daniela que acuda a terapia psicológica y trate de superar la “obsesión” que tiene por él, de este modo, podría considerar quedarse con ella. La paciente solicita que se den las sesiones, con el fin de que su novio se dé cuenta que está acudiendo a terapia y no la abandone. Daniela dice en la primera sesión que no cree en la psicología, pero que quiere acudir para complacer a su novio.

En la segunda sesión se pregunta a Daniela si considera que tiene una “obsesión” con Ricardo, la paciente responde que no siente que lo sea. Manifiesta que es una persona muy preocupada y es por eso que su novio la considera “obsesiva”. Daniela cuenta que Ricardo, “nunca” llega a tiempo a su casa, ha descubierto que le miente y que con el tiempo se ha alejado de ella. La paciente explica que al principio de la relación Ricardo la ponía por delante de sus estudios y su trabajo y que con el tiempo el trabajo y la empresa que Ricardo ha montado la han dejado de lado.

Dado que Daniela presenta un estado de ánimo depresivo, con frecuencia siente que su vida no tiene sentido, tiene pensamientos recurrentes en los que “el mundo sería mejor si no hubiese nacido o muriera”. Tiene una tendencia a aislarse, cuando lo hace, tiene pensamientos negativos sobre ella y sobre lo que la gente piensa de ella. Lo que más le causa tristeza, es pensar que su novio se encuentra cansado de ella a causa de que no le gusta la forma en la que muchas veces actúa Daniela, ya que cuando Ricardo no llega a la hora que le dice, empieza a pensar que le pasó algo malo. Esto la lleva a llamar de forma seguida, incluso si Ricardo le contesta y le dice que se demora.

Tiene recurrentes pensamientos en los que su novio tiene accidentes de tránsito, es asaltado, secuestrado, entre otras cosas. Estos pensamientos, de acuerdo a la paciente, desencadenan ansiedad y la llevan a actuar, según ella de forma incorrecta. Daniela dice que en reiteradas ocasiones Ricardo le ha pedido que no lo llame tantas veces ya que llega a agobiarlo. La paciente comenta que tiene mucho miedo de que Ricardo se canse de este comportamiento que se repite varias veces a la semana y finalmente termine alejándose de ella.

En el ámbito académico, Daniela manifiesta que eligió su carrera, para demostrarle a su padre que ella si podía estudiar una carrera “de hombres”. La paciente dice que nunca pensó en algo que verdaderamente le guste, ya que todo empezó a girar en torno a las cosas que su padre le decía, aunque admite que lo científico siempre le ha apasionado. Recuerda que en su pubertad, ella le dijo que quería estudiar fuera del país, a lo que su padre respondió: “Tu solo vas a poder trabajar planchando y cocinando porque eres mujer”. Daniela tiene buenas calificaciones y se esfuerza mucho por mantenerlas, a pesar de que no es una carrera que la hace feliz. Lo que le motiva es que tiene buenos amigos que le ayudan a sentir que ella es inteligente y que puede lograrlo. Comenta que los profesores la admiran mucho porque es una de las estudiantes más aplicadas y que entiende las cosas con mucha facilidad, lo que le ayuda con sus pensamientos de “no sirvo para nada”.

Historia Personal

Daniela recuerda claramente su infancia. Antes de los cinco años de edad, por problemas de mal manejo empresarial de un negocio familiar, su madre terminó presa. La persona que la denunció, según Daniela, fue su padre. Ella dice que fue una denuncia injusta, ya que la persona que manejaba el negocio era su padre. A causa de este acontecimiento ella y su hermano fueron a vivir en casa de su padre. El padre la

maltrataba por el hecho de ser mujer, mientras que a su hermano le daba todo lo que le pedía. Nunca fue abusada físicamente, sin embargo recibía constantes insultos “no eres inteligente”, “las mujeres solo sirven para cocinar”, “eres fea”, “pareces hombre”, etc.

Daniela reporta que en su niñez, tenía recurrentes pesadillas, se despertaba con mucho miedo y lo único que la calmaba era mantener la luz prendida. Con el tiempo desarrolló un temor muy grande a la oscuridad. Daniela no manifestaba el gran temor que sentía a su padre, ya que tenía miedo de que use la oscuridad para burlarse de ella o para causarle miedo. Daniela comenta que casi siempre, cuando tenía pesadillas, se relacionaban con la muerte de su madre en la cárcel.

En el ámbito social, Daniela fue desde temprana edad muy tímida. Nunca tuvo un grupo de amigas como el resto de las niñas. Casi siempre prefería quedarse en su clase y cuando las maestras le pedían que salga a jugar, se quedaba en un lugar aislado del resto de niños. Este comportamiento le duró hasta mediados de su adolescencia, donde se dio cuenta que “no era tan fea como mi padre me decía”. Fue entonces que empezó a conversar un poco más con el resto de personas.

En su adolescencia, fue una joven que se vestía de negro, incluso pintaba sus uñas y sus ojos de negro. Comenta que era una chica que daba un poco de miedo por la forma en la que vestía, la forma en la que se maquillaba y porque se aislaba del resto de personas. Solían asociarla con grupos “Emo”, sin embargo ella no se consideraba parte de este grupo. Comenta que la mayoría del tiempo, usaba audífonos con el volumen muy alto, con el fin de que las personas que intenten acercarse a ella, se encuentren con una barrera de comunicación y no logran hacerlo fácilmente.

Su primera relación amorosa fue con un chico que sufría de depresión cuando aún estaba en secundaria del colegio. La paciente comenta que se identificó inmediatamente con él y que formaron una pareja, la paciente afirma sentirse

“conectada” con él. Después de un año de estar juntos, Daniela decide terminar su relación, ya que se da cuenta que empezó a consumir alcohol y eso era algo que ella no aceptaba. Finalizar esta relación de un año la hace sentir triste por dos semanas aproximadamente, pero sigue manteniendo una relación de amistad.

Una vez concluidos sus estudios secundarios, decide entrar a la Universidad. Fue aquí cuando se dio cuenta que era una mujer atractiva, ya que los demás jóvenes empiezan a coquetear con ella, a decirle piropos y halagar su belleza, a lo que ella en muchas ocasiones la hace sentir incómoda. En su grupo de estudio habían 28 hombres y 2 mujeres. El hecho de que se fijen en ella, influye de forma positiva según Daniela, ya que empieza a cambiar su aspecto y se empieza a comportar de forma más “femenina” y eso la hace sentir feliz.

Historia Familiar

Los padres de Daniela, eran amigos de la Universidad. Tuvieron un noviazgo de dos años, pero por motivos personales terminaron su relación. El padre de Daniela empezó otra relación que según la paciente era buena. Un día en el que su padre tuvo una pelea con su nueva novia, el padre de Daniela buscó a su ex novia (la madre de Daniela), de ese encuentro queda embarazada, razón por la cual el padre de la paciente termina completamente la relación que entonces tenía y se casa con la madre de Daniela. Cuando nació el hermano, los padres ya tenían varios problemas, dos años después nació Daniela. El padre culpó a la madre del embarazo, diciéndole que las dos veces ella se había quedado embarazada a propósito. Esta discusión era común entre la pareja. Con el tiempo este problema solo fue empeorando, hasta que finalmente la pareja decide divorciarse.

La madre de Daniela es la segunda hija de tres mujeres, la familia de parte de madre pertenecía a la clase media alta de Quito. Su madre no concluyó sus estudios

universitarios, a causa de que alrededor de que se quedó embarazada. Daniela recibe el apoyo de parte de la familia de su madre, con los que tiene una buena relación. La madre no ha vuelto a tener una relación amorosa.

La madre ha sido diagnosticada con depresión y ansiedad. La paciente manifiesta que su madre ha tomado antidepresivos desde hace mucho tiempo y que tiene una tendencia a auto-medicarse cuando tiene algún malestar. Comenta que tiene la madre suele dar medicamentos a otras personas cuando se sienten mal, porque sabe mucho sobre los medicamentos y sus funciones. Daniela en ocasiones toma la medicación de su madre.

El padre es hijo único de una familia de clase alta. Terminó sus estudios en Ingeniería. Posee una empresa familiar, de la que se hace cargo desde hace muchos años. Hace cuatro años volvió a casarse con una mujer más joven que él. No tiene más hijos con su actual esposa y tiene una buena relación con su hijo.

El hermano es un hombre entre los 25 y 30 años que vive en la casa de su padre. Tiene muy buena relación con él. Le cuenta las cosas y confía en él ya que siempre ha vivido con él. El hermano culpa a Daniela de haberlo abandonado cuando eran pequeños, ya que a inicios de la pubertad, Daniela se fue a vivir con su madre y él se quedó con su padre. El hermano no tiene una buena relación con su madre, ya que está convencido de que ella es la culpable de todo lo que le ha pasado a su padre, aunque tienen una buena relación de hermanos a pesar de vivir separados.

Daniela tiene una prima por parte de su madre, es una mujer Cristiana aproximadamente de 30 años de edad. Ella ha sido su apoyo, a pesar de que no piensan de la misma forma. Daniela comenta que ella no cree en Dios ni en las religiones, pero que a veces las cosas que le dice su prima le llegan a afectar en su parte emocional, sobre todo cuando su prima le habla de la importancia que tiene la familia y el honrar a

sus padres, ya que según Daniela, para ella su padre no tiene ningún valor. La paciente cree que su prima es mejor persona que ella, porque sigue unas leyes de convivencia religiosas mientras que la paciente tiene una tendencia a hacer lo contrario a lo que dicen las normas.

En general no se lleva mucho con las personas de su familia, a excepción de su prima. La paciente comenta que tanto la familia de su padre como la familia de su madre, la han criticado mucho por ser una mujer débil y enfermiza. La paciente comenta que desde pequeña ha tenido una tendencia a enfermarse, lo que les ha llevado a pensar a sus familiares que lo hace por llamar la atención y no porque verdaderamente tiene algún problema de salud. La paciente comenta que como la madre no tiene muchos recursos económicos, muchas veces no acude al doctor cuando se siente mal. Cuando la paciente recurre a su padre para pedirle dinero y poder ir al doctor, el padre le dice que todo está en su cabeza, que en realidad no se encuentra enferma. La mayoría de veces no la ayuda económicamente. La madre de la paciente acude constantemente donde una de sus hermanas que es doctora para que la atienda de forma gratuita ya que según la paciente su madre padece de hipocondría.

Situación Actual

Daniela acude a terapia, porque su novio le dice que es una persona muy posesiva y que si ella le demuestra que quiere cambiar se va a quedar con ella, de lo contrario, terminará la relación. La paciente llega a consulta diciendo que ella se encuentra bien, que acude a terapia para complacer a su novio, ya que él le ha dicho que muchas veces trata de controlarlo en todo lo que hace. Esto demuestra que la paciente no se encuentra interesada en realizar un verdadero cambio en su comportamiento, ya que para ella no es incorrecto. Cuando se le menciona a la paciente si es que cree que la terapia la ayudará a tener un mejor estilo de vida y una relación positiva con su novio

ella responde que no cree en la psicología, porque no hay un tratamiento con medicamentos, demostrando que probablemente tiene un problema más complicado y no solo la mala relación que lleva con su pareja. Daniela sabe que tiene un problema, pero no lo quiere aceptar. Cuenta con mucha naturalidad la forma en la que trata a su novio, incluso cómo lo amenaza cuando no llega a la hora en la que dice. La paciente manifiesta que siempre ha sido un poco manipuladora, pero que cuando se trata de su novio, se vuelve peor. “Todos manipulamos a la gente, pero con Ricardo soy peor”.

Daniela nunca menciona intentos de lastimarse, sin embargo en una de las sesiones en las que acude con Ricardo, él cuenta que un día no llegó a la casa de Daniela y que ella estaba muy brava, por lo que empezó a amenazar con suicidarse si es que no llegaba. Según Ricardo una hora después de eso, Daniela lo llamó y le dijo que se había cortado las venas, demostrando que la paciente no cuenta todo en sesión. Las lesiones causadas no fueron de gravedad, sin embargo no era la primera vez que Daniela se hacía daño. Al conversar con Ricardo sobre el intento de suicidio permitió que Daniela se atreviera a hablar sobre este tema en sesiones posteriores.

De acuerdo a la paciente, la primera vez que se autolesionó en su brazo fue con una hoja de afeitar a los 14 años, después de ver la película “A los trece”, esta película causó un impacto en Daniela, lo que la lleva a experimentar realizando un corte de forma leve. La paciente comenta que era algo muy satisfactorio, por lo que después de un tiempo no lo podía evitar. Según la paciente, llegó a autolesionarse cada semana aproximadamente, empezando a los 14 años hasta los 16. En sesiones posteriores la paciente cuenta que el cortarse con la hoja de afeitar no fue la única forma en la que se produjo dolor, en una semana de vacación que pasó con su padre y su hermano encontró una liga, con la cual se apretaba uno de sus dedos hasta que se ponía morado y le dolía, una vez que sentía que su ansiedad disminuía soltaba la liga. Estas son las dos únicas

conductas de autolesión de las que la paciente habla y se relacionan con momentos estresantes, sobre todo los fines de semana cuando pasaba en casa de su padre. La paciente en la actualidad, tiene momentos en los que quiere hacerse daño, pero comenta que con el tiempo ha logrado controlarlo. Que su motivación para no hacerlo, es su madre, ya que el día que descubrió sus cortes se encontraba asustada y que incluso tuvo un bajón y casi se desmaya.

Daniela no tiene deseos de arreglar los problemas con su padre, siente que tiene que ir los fines de semana a casa de él, solamente para cumplir con la promesa que le hizo a su hermano de no dejarlo solo. También lo hace para que su padre se entere de lo bien que le va en la Universidad y que está logrando hacer todo lo que él le dijo que no podía. Cuando está en casa de su padre, vienen recuerdos de las cosas que pasaron ahí y tiene mucha ira, sin embargo prefiere no expresarla para no molestar a su hermano. Ella cree que su hermano no recuerda todas las cosas que le hacía a ella porque con él era un excelente padre, y lo seguía siendo. Cuando Daniela está el fin de semana en casa, casi siempre su padre se va y regresa tarde.

La paciente tiene por lo general un modo desorganizado de hablar, nunca sigue un orden de frecuencia y sus tonos tienden a subir y bajar a lo largo de la sesión. De igual forma muestra ansiedad en su lenguaje corporal. Mueve las piernas, cambia mucho de posición, juega con los dedos de sus manos o las mueve rápidamente al momento de hablar. Daniela se presenta a las sesiones psicológicas con un estilo llamativo, su ropa suele ser de colores claros como fucsia, turquesa, etc. no utiliza escotes, sin embargo su ropa es por lo general apretada. Suele utilizar pulseras, reloj, collares y aretes, los mismos que cambia en cada sesión, demostrando que emplea tiempo en verse bien. Tiene una forma casual de vestir, sin embargo la combinación la hace lucir más alta y delgada de lo que es.

Dado que la paciente llega a terapia con un diagnóstico previo de ansiedad generalizada y episodio de depresión mayor y se lo confirma a medida que se van desarrollando las sesiones, se recurre a la utilización de Terapia Cognitivo Conductual. El objetivo es ayudar a la paciente a obtener mecanismos que le ayuden a desenvolverse mejor en momentos estresantes y de este modo aprenda a identificar los detonadores de la ansiedad logrando emplear ejercicios que le ayuden disminuirla. La intención de emplear estos ejercicios es evitar que se desencadene depresión después de un episodio de ansiedad.

La ventaja del uso de Terapia Cognitivo Conductual, es que al trabajar con la paciente sobre los pensamientos automáticos que le llevan a desatar su creencia central de “no tengo el control”, encuentre herramientas que le ayuden a reconocer los pensamientos automáticos que tiene en momentos preocupantes. Por ejemplo en torno a la impuntualidad de su novio. Es importante que la paciente logre reemplazar los pensamientos negativos, por pensamiento lógicos de lo que puede estar sucediendo cuando su novio llega tarde.

Ya que el diagnóstico de trastorno de la personalidad límite se lo realiza aproximadamente 8 meses después del inicio de la terapia y debido a la complejidad del mismo, lo que se utiliza es la Terapia Dialéctica Conductual. Esta terapia beneficia a la paciente en la búsqueda de su propia aceptación, en la importancia de lograr comportamientos nuevos que se presenten en sesión, que sean beneficiosos para la paciente y que permitan que piense, sienta y actúe en beneficio de su salud e integridad.

Hipótesis

Daniela cumple con el diagnóstico de trastorno de la personalidad límite, ansiedad generalizada y episodio de depresión mayor de acuerdo al DSM-5. Es por esto que se procede a la utilización de terapia dialéctica conductual, la misma que permitirá

que la paciente identifique un momento estresante y logre ir de un comportamiento descontrolado a uno controlado. De igual manera se utilizarán herramientas de la terapia cognitiva conductual con el fin de que la paciente trabaje en el cambio de las creencias y comportamientos que tiene y que afectan su estado de ánimo.

Pregunta de Investigación

Acorde a la hipótesis previamente plantada, surge la pregunta de investigación de este estudio de caso: ¿Cómo y hasta qué punto el uso de Terapia Dialéctica Conductual y Terapia Cognitiva Conductual, ayudará de forma favorable en un caso de trastorno de la personalidad límite, ansiedad generalizada y episodio de depresión mayor de una mujer de 25 años?

Contexto y Marco Teórico

En el caso que se presenta a continuación, existen tres diagnósticos, los mismos que han sido basados en el DSM 5. El trastorno de la personalidad límite, de acuerdo con Marsha Linehan, es un trastorno persistente del sistema de regulación emocional, que junto a un ambiente ambivalente, desencadena el mismo. La ansiedad generalizada, es una excesiva ansiedad que desencadena preocupación constante de lo que sucede y/o de lo que puede suceder. El trastorno de depresión mayor, es una respuesta a una pérdida significativa de interés en varias áreas de acuerdo al DSM-5, tiene que ver con un sentimiento de profunda tristeza, falta de interés en la vida en general. En base a la terapia cognitiva conductual se busca brindar herramientas para que la paciente logre encontrar los mecanismos de cambio de creencias, en torno a la ansiedad generalizada y a la depresión mayor.

El Propósito del Estudio

Este estudio de caso, tiene como objetivo, demostrar que la combinación de Terapia Dialéctica Conductual y Terapia Cognitivo Conductual es efectiva en el cambio de patrones que se repiten a lo largo del tiempo asociados con trastorno de la personalidad límite, ansiedad generalizada y episodio de depresión mayor.

El Significado del Estudio

El trastorno de la personalidad límite, ansiedad generalizada y episodio de depresión mayor, requiere de un proceso terapéutico psicológico estructurado que muchas veces se verá influenciado por el uso de medicamentos para tratarlos. Con el estudio, se espera aportar a la investigación del tratamiento con la combinación de terapia dialéctica conductual y terapia cognitiva conductual. Dado que cada persona, asimila el tratamiento de diferente forma, es necesaria la investigación de más de estos casos, con el fin de enriquecer la base de datos y que sirva como guía de más investigadores y estudiantes.

Definición de Términos

Terapia Dialéctica Conductual: Tratamiento que tiene su base en la Terapia Cognitiva Conductual, desarrollada por Marsha Linehan, es una mezcla de técnicas de Budismo, dialéctica y el conductismo. Está compuesta por cuatro módulos específicos: *mindfulness*, efectividad interpersonal, tolerancia al malestar y regulación de las emociones aplicada a nivel de terapia individual y grupal (Linehan, 2003).

Terapia Cognitiva Conductual: Terapia desarrollada por Aaron Beck. Se basa en el entendimiento del pensamiento y cómo este entendimiento afecta a los pensamientos, sentimientos y conductas. Trabaja en el aquí y el ahora y en la forma de cambio de pensamiento (cognitivo) y las conductas (conductual) asociadas a este pensamiento (Consejo Editorial de Educación Pública del Royal College of Psychiatrists, 2007).

Trastorno de la Personalidad Límite: Trastorno perteneciente al DSM-5. Se caracteriza por un patrón que genera una dominante inestabilidad en torno a la autoimagen y las relaciones interpersonales. Tiene como característica la presencia de gran impulsividad que se manifiesta en la adultez temprana, mostrándose en varios aspectos de la vida de la persona (Asociación Psiquiátrica Americana, 2013).

Trastorno de Ansiedad Generalizada: De acuerdo al DSM-5, se define como preocupación constante sobre el desarrollo de cada día, sobre las situaciones que se presentarán dentro de la rutina diaria en el ámbito laboral, de salud, injusticias que se pueden dar en contra de algún miembro de la familia, problemas financieros e incluso asuntos de menor importancia (Asociación Psiquiátrica Americana, 2013).

Trastorno de Depresión Mayor: De acuerdo al DSM-5, en la depresión existe un intenso sentimiento de tristeza y desesperanza, los pacientes con este diagnóstico lo

describen como falta de sentimientos que causan felicidad, estado de ánimo pesimista, pérdida de la esperanza en el futuro, constante sentimiento de culpa, sentimiento de ser menos importante o capaz que el resto de personas e ideación y comportamiento suicida (Asociación Psiquiátrica Americana, 2013).

Supuestos del Estudio

La investigación que se presenta en este documento, tiene gran importancia, ya que aporta a la investigación en el tratamiento de trastorno de personalidad límite, ansiedad generalizada y episodio de depresión mayor. Dado que la paciente presenta un historial de abuso psicológico desde temprana edad, se puede observar el desarrollo cognitivo hasta la actualidad. Este documento puede ser utilizado como referencia de futuras investigaciones, con el fin de mejorar el tratamiento que se utiliza actualmente en el Ecuador, teniendo en cuenta que no existen estudios sobre el uso de Terapia Cognitivo Conductual y Terapia Dialéctica Conductual en la población ecuatoriana.

De acuerdo con Grossman y cols, (2006), las personas con trastorno de la personalidad límite, sienten que no tienen valor para las demás personas y eso los lleva a tener un sentimiento de vacío. Dado que la valoración que se desarrolla en cada persona tiene que ver con la aceptación y el valor que las demás personas nos hacen sentir, es difícil que estas personas lo logren. La mayoría de pacientes con este diagnóstico han sufrido de abuso sexual, físico y/o psicológico alrededor de los 6 a 12 años (Arntz y cols, 2011). Las personas con trastorno de la personalidad límite no suelen hablar fácilmente sobre el abuso emocional que tuvieron, ya que muchas veces no saben identificar esa conducta como normal o anormal e incluso con el fin de ser “leales” a sus padres o criadores (Arntz y cols, 2011).

Daniela es una paciente que sufrió de abuso emocional por parte de su padre desde aproximadamente los 4 años hasta los 12 años, cuando su madre salió de la cárcel

y regresó a vivir con ella. Esta experiencia traumática, junto con apego inseguro, ambiente invalidante y supresión de las emociones tiene como consecuencia un desarrollo disfuncional de sí mismo y sobre los demás (Arntz y cols, 2011).

Pese a que no se puede decir que el maltrato que la paciente recibió en su infancia por parte de su padre, haya sido causante del trastorno de la personalidad límite, se presume que esta circunstancia fue uno de los factores que contribuyeron a que se desarrolle, al igual que los pensamientos de ser inferior al ser mujer y pensar que no puede lograr las cosas que se propone.

De acuerdo a lo establecido en el tema y la hipótesis, se realiza la revisión de la literatura que lleva al desarrollo de herramientas y abordajes en el caso de la paciente del presente documento, así como también ayudará al lector a conceptualizar el caso. De igual manera, se encontrará el análisis de las evaluaciones aplicadas como el MMPI-2 y el SCL-90-R, Test de síntomas.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Géneros de Literatura Incluidos en la Revisión

Fuentes

La información utilizada para este trabajo de investigación, proviene de libros especializados en tratamiento de depresión, ansiedad y trastornos de personalidad. Igualmente parte de la información fue obtenida de revistas científicas que hayan realizado investigación en el tema de tratamientos con Terapia Cognitivo Conductual, en donde los resultados hayan tenido alto grado de eficacia. Todas las fuentes que serán utilizadas proceden de publicaciones que se hayan realizado desde el año 2000 hasta el año 2015, con pocas excepciones.

Pasos en el Proceso de Revisión de la Literatura

La revisión de la literatura para esta investigación, fue buscada principalmente en la biblioteca de la Universidad San Francisco de Quito con las palabras “Terapia Cognitiva”, “Terapia Cognitiva y Depresión”, “Terapia Cognitiva y Ansiedad”, “Terapia Dialéctica Conductual”. De igual forma se procedió a buscar en los recursos electrónicos que proporciona la Universidad San Francisco de Quito con las palabras “Borderline”, “terapia dialéctica”, “Marsha Linehan”, “terapia cognitiva”, “terapia conductual”, “trastornos de personalidad”, obteniendo los resultados en Elton B, Stephens, Elibrary, de la biblioteca virtual de la Universidad San Francisco de Quito. También será utilizado el “Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales (DSM-5)” y Cochrane Library.

Formato de la revisión de la literatura

Una vez que se han obtenido las fuentes que se utilizarán para realizar la presente investigación, se procede a organizar los temas que forman parte de la investigación y que ayudan a determinar si la Terapia Dialéctica Conductual y la Terapia Cognitiva Conductual fueron eficientes en el tratamiento de esta paciente. Será dividido en cinco partes, la primera será la historia y desarrollo de la terapia Cognitiva Conductual, posteriormente la historia y desarrollo de la Terapia Dialéctica Conductual, seguido del trastorno de la personalidad límite, como cuarto tema trastorno de ansiedad generalizada y finalmente, trastorno de depresión mayor.

Tema 1: Historia y Desarrollo de la Terapia Cognitiva Conductual

La Terapia Cognitivo Conductual, tuvo sus inicios en 1960, sin embargo pasó una década para que se empiecen a escribir textos en torno a las modificaciones que fueron realizadas en la aplicación de esta terapia (Dobson, 2009). En un principio, la relación terapéutica no era considerada de gran interés, no se creía que la relación que tuviera el paciente con el terapeuta interferiría en el tratamiento emocional y conductual (Grant y cols, 2010).

La persona que dio el primer paso en la Terapia Cognitiva Conductual (TCC), fue el Dr. Aaron Beck, esto sucedió en el año de 1960, cuando se encontraba de profesor de la Universidad de Pensilvania (Beck y cols, 2004). Beck, tuvo desde un principio la intención de que el psicoanálisis sea aceptado como una forma de tratamiento médico, de modo que empezó a trabajar en torno al desarrollo de un método que pueda tener validez empírica, sin embargo a medida que iba realizando experimentos, su estudio cambió de forma y esto lo llevó a la búsqueda de nuevos métodos que puedan explicar de mejor manera la depresión. Esto lo llevó a identificar una condición negativa distorsionada como una función primaria de la depresión, lo mismo que definió como “pensamientos y creencias primarias” (Beck, 2011).

En torno a este descubrimiento, Aaron Beck fue desarrollando un método efectivo y de corto plazo que permita ser probado en pacientes con diagnóstico de depresión. Después de algunos estudios descubre que el método que mejor se adapta a estos pacientes es el de aplicar una terapia estructurada que trabaje en torno a la modificación de los pensamientos y comportamientos disfuncionales, esta terapia se la realiza de forma activa con el paciente y es un tratamiento de corta duración (Beck, 2011).

La terapia cognitivo conductual, tiene como base de la misma el modelo cognitivo, este modelo está basado en la teoría de que las emociones y los comportamientos se dan a partir de la percepción que cada persona tiene de diferentes situaciones.

Situación / Evento



Pensamiento Automático



Reacción (emoción y/o comportamiento)

(Beck, 2011)

En definitiva, de acuerdo al modelo cognitivo, cada situación o evento tiene como resultado pensamientos automáticos, seguido de una emoción o un comportamiento específico. Todo este proceso es una interpretación que una persona tiene del evento y en respuesta a un pensamiento que se produce. Esto puede ser modificado, que es lo que se busca en terapia al momento de identificar los

pensamientos automáticos que llevan a una emoción y/o comportamiento negativo que no aporta de manera positiva en la vida de la persona (Riso, 2009).

Las conductas mal adaptativas y las distorsiones cognitivas, son las principales causas de un mantenimiento de pensamientos y emociones negativas, como es el caso de la ansiedad o la depresión (Riso, 2009). Tanto los pensamientos automáticos como las distorsiones cognitivas forman parte de diferentes trastornos mentales, incluyendo trastornos de personalidad. La idea de la terapia cognitiva conductual, se basa en la enseñanza de la identificación de los pensamientos automáticos y de las distorsiones cognitivas, con el fin de que se puedan romper esquemas mentales, los mismos que se forman después de mucho tiempo de mantener los mismos pensamientos destructivos en torno a diferentes situaciones.

Los esquemas mentales tienen un contenido personal y se forman de acuerdo a las estructuras de personalidad de cada persona, es una estructura mental encargada de procesar la información. Son las encargadas de organizar las percepciones de las situaciones vividas (Riso, 2009). Los esquemas mentales contienen mucha información que se va desarrollando a lo largo del tiempo, por lo que estos esquemas pueden ser rígidos o flexibles. Los esquemas mentales tienen que ver con la forma en la que se aprendió a ver el entorno en el que se vive y de este modo se manifiesta en el presente y da un enfoque del futuro. En el caso de los esquemas mentales que no aportan de forma positiva, es necesario estudiarlos con el fin de modificarlos con el fin de lograr un cambio positivo en la forma de vivir el presente y visualizar el futuro (Riso, 2009).

La identificación de los esquemas mentales, es importante en terapia con el fin de lograr cambios significativos en las creencias que la persona tiene de sí mismo y del mundo que lo rodea, sin embargo este es el último paso en el proceso, ya que primero se deben identificar las creencias centrales, que son el contenido de los esquemas mentales

(Riso, 2009). Desde pequeños, en torno a las situaciones vividas, se va dando significado a diferentes situaciones, de este modo, con el tiempo, se vuelven creencias absolutas, rígidas y sobregeneralizadas sobre la realidad del mundo, de tal manera que con el tiempo, ya no son cuestionadas y se vuelven parte de la forma en que la persona entiende el mundo (Beck, 2011).

Las creencias centrales llevan a la identificación de creencias intermedias, las mismas que son un “producto” de las creencias centrales, éstas, son las reglas, actitudes o suposiciones que se presentan con el fin de dar un sentido a las situaciones de modo que sean coherentes con la forma en la que se ha ido entendiendo el mundo (Beck, 2011). El trabajo del terapeuta en torno a los pensamientos intermedios, ayuda mucho a que la persona logre sustituir una creencia intermedia negativa, con una positiva, que ayude a entender una situación de mejor manera. Es importante que el paciente entienda por sí mismo, que el hecho de creer plenamente en algo, no quiere decir que sea correcta, por lo que el cambio de actitud frente a un pensamiento diferente a la creencia, ayuda a que la persona pueda lidiar mejor con la situación y de ese modo no sea tan complicado cumplir con los objetivos planteados (Beck, 2011).

Por debajo de las creencias centrales y las creencias intermedias, se encuentran los pensamientos automáticos. Los pensamientos automáticos son pensamientos involuntarios, producto de la situación en la que la persona se encuentra, tienen que ver con el estado de ánimo del momento y pueden cambiar imprevistamente, incluso si es que se trata de una misma situación (Riso, 2009). Los pensamientos automáticos son una serie de pensamientos que se producen de un momento a otro. No son conscientes, sin embargo comparten un mismo espacio con aquellos que son conscientes (Beck, 2011). Con la identificación de los pensamientos automáticos, se logra obtener información sobre las emociones que se producen en torno a una situación. De acuerdo

con el modelo cognitivo, más que la situación es la interpretación de la misma de acuerdo con los pensamientos automáticos del momento y esto es lo que influye sobre las emociones, el comportamiento o la respuesta fisiológica que se produzca en el momento (Riso, 2009). Existen tres criterios que se pueden utilizar para evaluar pensamientos automáticos:

Evidencia Empírica: El paciente debe evaluar la evidencia para constatar cuáles son las cosas que han sucedido que sustentan o apoyan que el pensamiento automático negativo es verdadero.

Consistencia Lógica: Evaluación de explicaciones alternativas de un pensamiento automático que lleven cuestionamiento de los procedimientos utilizados para determinar que un pensamiento automático es verdadero.

Utilidad y Practicidad: Evaluación del pensamiento automático de modo que se identifique si es que éste causará un efecto positivo o negativo en la persona.

(Ellis y cols, 2001).

Junto con los pensamientos automáticos, se pueden presentar distorsiones cognitivas. Las distorsiones cognitivas se explican como una forma de validación de los pensamientos automáticos, tienen origen de pensamientos erróneos o sin bases explicativas que resultan ilógicos por la falta de fundamentos. Normalmente estos pensamientos son producto de una sobregeneralización causada por un acontecimiento aislado que pudo presentarse una o dos veces pero que llega a ser validado (Riso, 2009). Cuando existe una patología, el paciente deja de equilibrar los pensamientos automáticos y los empieza a evaluar de una forma ilógica, dejándose llevar por la forma en la que han interpretado las situaciones, mas no de una forma coherente, de modo que se crean hipótesis sin fundamento y en torno a situaciones aisladas, se las confirma (Riso, 2009).

Existen algunos tipos de distorsiones cognitivas que se presentan de forma frecuente:

Sobregeneralización: Se presenta como una conclusión de una situación aislada a la que se le da un significado general, por ejemplo “Nunca logro mis objetivos”.

Personalización: Atribución de una situación a uno mismo, por ejemplo “A mi hermano siempre le compran cosas y a mí no”.

Pensamiento Polarizado: Pensamiento extremo en el que es todo o nada, por ejemplo: “Nunca seré feliz, siempre voy a tener depresión”.

Deberías: Establecimiento de reglas sobre cómo debe ser algo, por ejemplo: “Las personas siempre me lastiman, debería alejarme de ellas/os”.

Falacia de Cambio: Atribuir a las acciones de otra persona, el propio bienestar, por ejemplo: “Si mi padre aceptara que soy inteligente, yo sería feliz”.

Falacia de Justicia: Pensamiento de que todo lo que sucede en la vida de la persona es injusto, por ejemplo: “No es justo que mi novio no responda mis mensajes cuando le escribo”.

Falacia de Control: Creencia sobre tener mucho o poco control, por ejemplo: “Yo fui la responsable de que mi papi me trate mal”.

Pensamiento Catastrófico: Pensar que cosas por lo general negativas, le pasarán en el futuro a la persona, por ejemplo: “si no paso la clase de física nunca me voy a graduar de la universidad”

Lo que se busca, por medio de la terapia cognitiva conductual, es identificar estas distorsiones cognitivas, con el fin de que la paciente busque justificación para ellas, para que se invaliden las mismas y se pueda producir un cambio de pensamiento y con esto de comportamiento.

La terapia tiene como objetivo crear un método que permita reducir la intensidad del dolor emocional que producen las distorsiones cognitivas (Semerari, 2002). La identificación de comportamientos que aportan a que los síntomas de un trastorno se mantengan, ayuda a que la persona acepte la realidad tal cual, de una forma no enjuiciadora de sí mismo y de este modo logre cambios que permitan reducir la sintomatología (de la Vega y cols, 2013). Por ejemplo, cuando la paciente tiene que ir los fines de semana a la casa de su padre, identificar los sentimientos que se dan en torno a esta situación: miedo, ira, tristeza, obligación, los cuales dan como resultado que el tiempo que permanece en casa de su padre provoque ansiedad y que la paciente se automutile. La idea es lograr que se identifiquen las emociones que el visitar al padre tienen y se trabaje en torno a ellas para poder aliviar el dolor, recurriendo a conductas que eviten que se de el evento de automutilación como por ejemplo ver películas con el hermano o salir al parque con los perros.

Las conductas desadaptadas que se mantienen por mucho tiempo, suelen ser difíciles de cambiar. Por ejemplo, en el caso de las personas que se encuentran en un episodio depresivo, tienen falta de interés en realizar actividades de todo tipo, incluso cuando en otro momento disfrutaron mucho de ellas. Esto es causado por la auto crítica (Beck, 2011). Por este motivo es necesario que se realice en terapia un esquema en el que se incluyen varias actividades que el paciente decida realizar, de modo que si falla en una, pueda tener más opciones (Beck, 2011). Por otro lado, la terapia conductual utiliza métodos relacionados con el condicionamiento clásico y operante que tiene como objetivo lograr el cambio de conductas desadaptadas (Sarason y cols, 2006).

La Terapia Cognitivo Conductual, presenta la mayor efectividad en el tratamiento de algunos trastornos mentales como la ansiedad generalizada (Felgoise y cols, 2005). De acuerdo con Bystritsky y cols, (2014), en un estudio realizado en los

Estados Unidos, se determinó que entre el 41,9 y el 61,5% de personas latinas que reciben el tratamiento permanecen en remisión y entre el 42,8 y 62,2% de personas blancas.

Tema 2: Historia y Desarrollo de la Terapia Dialéctica Conductual

La terapia dialéctica conductual fue desarrollada a finales de 1980 y principios de 1990 por Marsha Linehan. En un principio fue desarrollada con el fin de tratar la automutilación en pacientes con diagnóstico de trastorno de la personalidad límite, después de que Linehan se diera cuenta que la terapia cognitiva conductual por si sola, no ayudaba en algunos síntomas relacionados con este diagnóstico o provocaba que los pacientes abandonen el tratamiento (Read, 2013).

Linehan se da cuenta que cuando se quiere trabajar sobre el cambio de pensamientos, comportamientos y creencias, los pacientes se sentían invalidados por el terapeuta, lo que llevaba a que abandonen la terapia antes de que se empiece a trabajar de forma efectiva. De igual manera, nota que la terapia se vuelve muy complicada incluso para el terapeuta, ya que no se observan cambios a pesar de avanzar en la terapia, lo que llevaba a que se cree una contra transferencia que agota por completo al terapeuta y lo deja sin defensa (Read, 2013).

Pronto Linehan desarrolla una terapia más apropiada para pacientes de alto riesgo, con bases en la terapia cognitiva conductual, incorporando la filosofía dialéctica. Sin embargo pronto esta terapia junto con los cambios que se realizan, varía de forma considerable de la terapia cognitivo conductual, por lo que da lugar a la formación de una terapia independiente, a la que se la considera dentro de las terapias cognitivas conductuales de tercera generación (Quintero, 2012). Linehan, empieza a incluir dentro de los métodos de terapia, estrategia de validación, en las cuales se suman también estrategias dirigidas al cambio, método que al poco tiempo empieza a tener resultados

significativos (Quintero, 2012). La terapia dialéctica conductual, tiene como base métodos budistas Zen, esta perspectiva permite que se brinde al paciente un enfoque o una guía dentro del tratamiento en el que la realidad que el paciente vive se la entiende como una “totalidad no estática, siendo su naturaleza el cambio y el proceso más que el contenido y la estructura” (Quintero, 2012). La idea de la terapia dialéctica conductual es que tanto el paciente como el terapeuta, trabajen en la aceptación como en el cambio a través de estrategias conductuales como atreverse a afrontar los problemas que se presentan diariamente, exponerse emocionalmente frente a situaciones que se han evadido por miedo, estrategias de validación, tolerancia al malestar entre otras habilidades de plena conciencia (Quintero, 2012).

Linehan expresa que es necesario escuchar al paciente con mucha atención y respeto, entender lo que quiere expresar y validar ese sentimiento o situación. Es importante tener en cuenta que validación no es lo mismo que aceptación, simplemente es una forma de entender y dar sentido a los sentimientos, de acuerdo a la vida que el paciente ha tenido. Es importante que se encuentre el sentido del comportamiento que tiene el paciente y nunca tratarlo como a un enfermo (Gempeler, 2008).

Un aspecto importante y que se lo considera central de la terapia dialéctica conductual, es el de entrenamiento de habilidades. La terapia está compuesta por cuatro módulos de habilidades, las mismas que tienen sus bases en la dificultad que tienen los paciente de autorregularse en torno a sus emociones (de la Vega y cols, 2013). Se ha identificado que el uso de la Terapia Dialéctica Conductual disminuye la ansiedad y depresión y que contribuye a reducir los pensamientos suicidas (Clarkin y cols, 2007). A continuación se enumeran los módulos:

Habilidades básicas de conciencia:

Es el primer módulo que se enseña, tiene como objetivo exponer a los pacientes con el fin de que logren controlar su mente y que no sea su mente la que se encargue de controlarlos a ellos. Para esto se utilizan ejercicios de “*mindfulness*” los mismos que ayudan a que el paciente mantenga la concentración en el “aquí y ahora”, durante el tiempo que se requiera (de la Vega y cols, 2013). En este módulo se tiene como objetivo el “encuentro” de tres estados mentales importantes: Mente racional: tiene como objetivo que el paciente piense de forma lógica, cuestionando él mismo las cosas que suceden a su alrededor o en torno a una emoción. Mente emocional: Reacción guiada por el momento exacto en el que sucede o se presenta un evento. Mente Sabia: Es una integración de lo aprendido en los dos primeros estados mentales. Para esto se necesita desarrollar un método basado en el budismo, en el arte de la meditación y de saber manejar las emociones con el fin de no emitir juicios sin sentido, observar la situación y lograr que la reacción que se presente actúe de forma positiva (de la Vega y cols. 2013).

Habilidades de efectividad interpersonal:

En el segundo módulo, se tiene como objetivo el desarrollo de eficacia interpersonal. Para esto es importante que primero los pacientes analicen diferentes situaciones y logren encontrar objetivos claros que se van a cumplir para poderlos llevar a cabo. Posteriormente se examinan los factores que pueden ayudar a lograr una afectividad interpersonal y de igual forma se identifican aquellos que no permiten que se cumpla con el objetivo planteado. Finalmente se desarrolla habilidades relacionadas con aspectos sobre la expresión de opiniones, ideas e incluso el decir no.

De este modo se obtienen respuestas positivas que no suenen amenazantes (como normalmente sucede), pero que al mismo tiempo sean educadas y que el paciente se sienta conforme en expresarlas. Una buena opción para poder desarrollar este tipo de habilidades, es el “role play” donde el paciente y el terapeuta, simulan una situación y

de este modo se evalúan las respuestas que se presentan frente a la problemática planteada, con el fin de que se pueda aplicar a los problemas que se afrontan en la vida diaria.

Habilidades de regulación de las emociones:

En el tercer módulo se tiene como objetivo, trabajar con el paciente, brindando especial importancia a la validación. Es importante tener en cuenta, que los pacientes tienen mucha resistencia al momento de sentir alguna emoción y en el caso de sentir algo, se sienten invadidos por una sensación de inadecuación. Muchas de estas personas, basan su dolor y sufrimiento en torno a las respuestas secundarias que se producen luego de “sentir”, las mismas que normalmente responden como culpa o vergüenza, lo que da como resultado ansiedad. En este módulo es muy importante que el paciente aprenda a identificar, llamar por su nombre a las emociones y reconocer qué función tienen en la vida cotidiana (de la Vega y cols, 2013).

Para esto se van practicando técnicas de aumento de conciencia y aumento de la frecuencia de las respuestas emocionales que tienen una connotación positiva en la vida del paciente. Es necesario que se realicen actividades con las que el paciente se sienta a gusto y en las que pueda disfrutar de sentir emociones, con el fin de que se reduzca el impacto que las emociones negativas causaron en el pasado (de la Vega y cols, 2013).

Habilidades de tolerancia al malestar:

El tercer módulo se divide en dos bloques de trabajo:

Habilidades para superar crisis:

Tiene como objetivo que el paciente aprenda a manejar el dolor. Las personas con trastorno de la personalidad límite, suelen reaccionar al dolor que una situación les produce, propinándose más dolor, ya sea con autolesión u otro tipo de reacciones impulsivas (de la Vega y cols, 2013). Frente a esta situación la estrategia tiene como

objetivo que el paciente desarrolle habilidades que le permitan manejar el dolor, de modo que el alivio del mismo sea a largo plazo. Por ejemplo: distraerse de la situación, lograr un autoestimulo positivo, lograr relajar la mente con el fin de dar paso a la evaluación de la situación y de las cosas que se encuentran a favor y en contra frente a una respuesta impulsiva (de la Vega y cols, 2013).

Habilidades para aceptar la realidad:

Este bloque tiene como objetivo, la aceptación de la realidad, con un método no enjuiciador de uno mismo. Por lo que se acepta la situación actual de la manera que es. Estas técnicas se basan en la aceptación y cultivación de sentimientos positivos de uno mismo, por medio de la autoobservación y aceptación (de la Vega y cols, 2013).

Una vez que se logra identificar los pensamientos que llevan a que una persona presente una conducta inapropiada como decir “estoy cansada, no voy a ir a la reunión”, es necesario que se identifique el comportamiento que se produce como consecuencia de este pensamiento. En el caso del ejemplo anterior, la conducta en respuesta a ese pensamiento sería quedarse en la cama todo el día y no ir a la reunión. Una de las metas de la terapia cognitiva conductual es lograr que se cambien las actividades que aportan a que un trastorno se mantenga y sean reemplazadas por actividades que distraigan a la persona (Beck, 2011).

Como se mencionó anteriormente, es importante que se trabaje en terapia la identificación de comportamientos desadaptados, con el fin de encontrar una actividad que beneficie a la persona y le ayude cambiar los comportamientos que la mantienen dentro del trastorno. Cuando se elige una actividad como hacer deporte, los pensamientos automáticos se presentan y es entonces cuando la persona se desmotiva y manifiesta conductas desadaptadas. Por ejemplo, el pensar “estoy gorda, no puedo hacer esto”, “debí hacer esto hace mucho tiempo”, “ya no soy buena, como solía ser”. La

consecuencia de la presencia de estos pensamientos automáticos normalmente es que la persona deje de realizar la actividad. Esa es la importancia del cambio de pensamiento: “estoy gorda para esto, pero si continúo con esta actividad podré bajar de peso y sentirme mejor” (Beck, 2011).

Es importante que el paciente establezca metas que cumplir al momento de realizar una actividad nueva. Después de realizar esta actividad es importante que el paciente mida el nivel de placer que produjo el realizarla, con el fin de que se logre medir la mejoría del estado de ánimo (cambio de pensamiento disfuncional), éste deberá mejorar con el paso del tiempo (Beck, 2011).

Una vez que se logre el cambio conductual, es importante que en terapia, se haga una nueva lista de pensamientos automáticos, ahora asociados a la mejoría en la actividad que se decidió realizar. Por ejemplo: “Hacer ejercicio me hace sentir sano”. De este modo se puede evaluar los nuevos pensamientos con los antiguos que se asociaban a “estoy cansado, no voy a hacer deporte”, de este modo el paciente puede entender que el cambio de conducta, aunque al principio sea difícil, aporta a cambiar los pensamientos negativos. Es de este modo que se logra integrar las dos terapias, la cognitiva y la conductual para lograr una mejoría en el paciente (Beck, 2011).

Tema 3: Trastorno de la Personalidad Límite

Características y Etiología

El trastorno de personalidad límite se define como un desorden invasivo de inestabilidad, en torno a las relaciones interpersonales, cómo se ven a ellos mismos y las emociones que se pueden presentar. Tiene que ver con una marcada impulsividad para afrontar diferentes situaciones y se manifiesta en la adultez temprana (American Psychiatric Association, 2013). Los pacientes con este diagnóstico luchan constantemente con la forma en la que reaccionan y sienten. Todo gira en torno a sus

emociones y esto muchas veces produce en ellos un desentendimiento con el “yo”. Estos pacientes tienen problemas para mantener una relación con otras personas en general. Optan por reaccionar de manera inadecuada, de modo que en el momento puede darles un alivio, pero que a largo plazo solamente causa más daño. Un claro ejemplo de esto es recurrir a la automutilación o intentos de suicidio (Chapman y cols, 2007).

Los pacientes con trastorno de la personalidad límite, tienen una constante preocupación sufrir abandono. Tienen un constante pensamiento en el que son abandonados y eso los lleva a actuar de manera desadaptada con las personas, ya que aunque este sentimiento sea real o imaginado, procuran mantener a la gente a su lado. Los pacientes con trastorno de la personalidad límite tienen problemas en el manejo de la ira, sobre todo cuando se presenta un acontecimiento que no puede ser modificado. Sienten que el abandono es culpa de ellos (American Psychiatric Association, 2013).

Las relaciones interpersonales de los pacientes con este diagnóstico, suelen ser inestables y al mismo tiempo intensas, cuando conocen a alguien y empiezan una amistad o una relación suelen avanzar muy rápido en ella. Esto lleva a que cuenten sus cosas (incluso las más personales) a personas que recién conocen. Muchas veces idealizan a esta persona. De igual manera, los pacientes con trastorno de la personalidad límite, suelen tener fluctuaciones bruscas de emociones, lo que puede llevarlos de idealizar a una persona, a odiarla en un momento. Normalmente sienten que son dejados de lado y que esa persona no da lo suficiente en la relación (American Psychiatric Association, 2013).

En cuanto a su autoimagen, normalmente estos pacientes tienen discrepancias entre lo que son y lo que quieren ser. Cambian de idea constantemente en torno a decisiones importantes como la carrera que quieren seguir, su orientación sexual, metas,

etc. Suelen tener una notable impulsividad en cuanto a apostar, utilizar drogas, tener relaciones sexuales sin protección, trastornos alimenticios, manejar de manera irresponsable, entre otros. En determinados momentos, pueden amenazar con lastimarse e incluso tienen historial de autolesiones o intentos de suicidio. Puede existir muerte prematura en estos pacientes, producida por suicidio, sobre todo si es que se encuentran en un episodio de depresión mayor o están pasando por problemas alimenticios (American Psychiatric Association, 2013).

Curso y Desarrollo

Los pacientes con este diagnóstico suelen tener un historial de abuso sexual infantil, maltrato, abandono, conflictos entre sus padres e incluso muerte prematura de ellos (American Psychiatric Association, 2013). Marsha Linehan, por su parte, piensa que uno de los factores que más influyen en el desarrollo del trastorno de la personalidad límite, tiene que ver con un ambiente invalidante en la infancia. Linehan manifiesta que el crecer en un ambiente, donde el niño o la niña recibe constantemente una invalidación de sus sentimientos, termina por evitar que se logre el desarrollo del manejo de las emociones y de este modo el niño o la niña tiende a sentirse inadecuado. Por ejemplo, cuando el niño dice “Ya terminé mi deber, di lo mejor de mí” y los padres, en lugar de validar ese sentimiento responden “No lo has hecho, podías hacerlo mejor”, están poco a poco frustrando a su hijo, ya que sus sentimientos no están siendo valorizados. Crecer en un ambiente invalidante, solamente produce que el niño no sea capaz de identificar sus sentimientos y que con el tiempo no pueda nombrarlos, ni llegar a tolerar el malestar producido después de no entender lo que está sintiendo (Linehan, 2009).

De acuerdo con esta misma autora, una de las cosas que más invalidación de sentimientos produce en el niño es la presencia de abuso sexual infantil, de acuerdo con

Linehan, la alta ocurrencia de abuso sexual infantil en pacientes diagnosticados con trastorno de la personalidad límite, apunta hacia la probabilidad de que sea un precursor importante del trastorno (Linehan, 2009).

Prevalencia

De acuerdo con el DSM-5, la prevalencia de trastorno de la personalidad límite en una media de personas es del 1.6%, en cuanto a las personas que acuden a centros de salud, la media es de 6%, en las clínicas dedicadas al tratamiento de enfermedades mentales el índice es de 10% y finalmente en los pacientes que se encuentran internados en hospitales psiquiátricos el índice de trastorno de la personalidad límite es del 20% (American Psychiatric Association, 2013).

Comorbidad

De acuerdo con el DSM-5, el trastorno de la personalidad límite, puede co-ocurrir con diagnóstico de depresión, trastorno bipolar, trastornos de la alimentación, destacando la bulimia nerviosa, trastorno de estrés postraumático, abuso de sustancias, déficit de atención e hiperactividad. De igual manera es posible que junto con el trastorno de la personalidad límite, se pueda diagnosticar otro trastorno de la personalidad (American Psychiatric Association, 2013).

El tratamiento del trastorno de personalidad límite, puede verse perjudicado cuando otros trastornos son diagnosticados conjuntamente, sobre todo cuando los síntomas son coincidentemente los mismos del trastorno de la personalidad límite (Instituto Nacional de la Salud Mental, S/A).

Conceptualización de caso: Trastorno de la personalidad límite (diagnóstico principal) y terapia dialéctica conductual

De acuerdo con la terapia dialéctica conductual, es importante que se identifiquen, dentro de la historia clínica brindada por la paciente, momentos o ambientes invalidantes, si existía predisposición biológica. Es importante tener en cuenta que el diagnóstico de Trastorno de la Personalidad Límite es el diagnóstico principal, al ser el que más desestabiliza la vida de la paciente.

Creencias Centrales

De acuerdo con la información brindada por Daniela, es importante mencionar que la experiencia que Daniela vivió dentro de su ambiente familiar, fueron invalidantes. Según la paciente tenía cuatro años, su madre fue encarcelada injustamente por unos negocios que su padre realizó de manera ilegal. Después de esto ella fue a vivir en casa de su padre junto a su hermano, aquí el padre maltrataba psicológicamente a Daniela, diciéndole que su madre era una delincuente, que la había abandonado. Daniela era una niña a la que le gustaba los vestidos y adornos de la cabeza, sin embargo su padre, botó todas sus cosas y las reemplazó por ropa de niño y le cortó el pelo igual que el de su hermano, argumentando que era una niña fea y que era mejor que se vista como hombre. Daniela recuerda que lloraba y le pedía que no le corte su pelo, pero su padre le decía que no llore, que los hombres no lloran. De igual manera Daniela recuerda que su padre nunca trató mal a su hermano, que a él le compraba cosas bonitas y lo trataba con cariño, a causa de esto, el hermano también empieza a invalidar los sentimientos de Daniela. Cuando la encontraba llorando o Daniela le decía que está triste, el hermano le decía que no llore, que el papá es bueno y que ella es muy problemática.

Después de un tiempo Daniela se da cuenta que mientras menos se queje sobre lo que sucede, se lleva mejor con su hermano y su padre no la reprende, por lo que decide internalizar sus sentimientos, jamás hablar de ellos. De igual manera, deja de hablar y de preguntar de su madre, ya que cuando lo hace su padre y su hermano le

dicen que ella es una mala madre, porque abandonó a sus hijos y su esposo. Daniela sabe que eso no es verdad, que está presa, pero luego de mucho tiempo de escuchar repetidamente esto empieza a creer que es verdad.

Daniela decide no hablar sobre sus problemas en el colegio, pese a que sus profesores se interesaban por la salud de Daniela y el bajo peso que tenía a los seis años de edad. De acuerdo con Daniela, no se sentía a gusto con sus compañeros y se aislaba. En las horas de recreo se escondía para que no la encuentren o no salía del salón de clases. Daniela recuerda que tenía una profesora que siempre estaba pendiente de ella y le preguntaba si estaba todo bien en casa, lo que de acuerdo a la paciente le causaba mucho miedo, ya que no sabía la reacción que la profesora tendría. Esta actitud demuestra que desde los seis años, la paciente ya tenía una idea negativa sobre expresar sentimientos, ya que a causa del ambiente invalidante que vivía en su hogar, asociaba con otros lugares de su vida diaria como era el caso del colegio.

En este punto Daniela ya ha desarrollado aversión hacia sentir emociones y desarrollado creencias centrales como “tengo algo malo”, “decir lo que siento es malo”, “el mundo no es seguro para mi”, “estoy sola”, “no merezco ser amada”. A causa de estos pensamientos automáticos Daniela ve a las personas de su familia e incluso a las de fuera de su familia como personas no confiables, sin embargo le gusta que estén ahí para ella, por lo que trata de mantenerlos cerca de ella.

Daniela tiene una alta intolerancia al dolor, cuando se presentan emociones las siente de forma intensa y esto la lleva a sentirse inestable emocionalmente, en consecuencia, reacciona de manera inapropiada, no se toma mucho tiempo en analizar la reacción que tendrá frente a ese sentimiento y actúa de manera impulsiva en busca de aliviar su dolor, aunque solamente de forma temporal. Un ejemplo de esto es amarrarse una liga en el dedo hasta que sentir dolor intenso y luego soltarla.

Ya en su adultez, Daniela enfoca su miedo de abandono en su novio Ricardo. Dado que Ricardo tiene un trabajo en el que se mueve mucho en el auto, la paciente comenta que llama entre 40 y 50 veces al día porque siente que va a pasar algo malo con él. De acuerdo con la paciente Ricardo le pide que no haga eso pero es un impulso que ella no puede controlar. Esta situación con el tiempo le ha confirmado sus creencias centrales de: “no soy adecuada”, “no puedo”, “estoy sola”.

Esta confirmación de sus creencias producen en la paciente altos niveles de inconformidad, lo que la lleva a tomar decisiones como amenazar a Ricardo de que se matará si es que no llega a la hora que él le dice o si es que no contesta sus llamadas telefónicas, amenaza que en una ocasión cumplió después de que Ricardo saliera a una fiesta con sus amigos en lugar de ir a visitar a la paciente después del trabajo.

Ricardo, en una sesión de pareja, cuenta que Daniela con una cuchilla de afeitar se cortó las muñecas y le llamó a decir que se iba a morir, al llegar la encontró en el piso con mucha sangre. Cuando llegaron al hospital la intervinieron y los doctores dijeron que fueron heridas superficiales. Daniela en sesión muestra un lenguaje corporal de incomodidad, cuando Ricardo cuenta sobre el evento. Daniela se sienta hacia atrás cruza los brazos y baja la cabeza, lo que demuestra la vergüenza que siente al hablar sobre ese suceso.

Creencias Intermedias

Como una forma de percepción del mundo, Daniela presenta creencias intermedias con las cuales establece medidas de precaución para actuar con el mundo. Una de las creencias más marcadas que tiene Daniela es “no puedo confiar en la gente”, dentro de esta fuerte creencia intermedia se desarrollan algunas asunciones como “No conoceré más gente para no salir herida” aún teniendo en cuenta que esta creencia la llevaría a estar sola. Como resultado de esto, Daniela opta por actitudes en las que se da

cuenta que mostrar los sentimientos es malo, llevándola a tener el pensamiento de “Las emociones no son buenas”. Esto desencadena en relaciones sociales que generan incomodidad y no se desarrollan de una manera apropiada, la paciente no logra encontrar las herramientas apropiadas para sentirse cómoda con nuevas relaciones.

De acuerdo con la paciente, el tener relaciones sentimentales en las que se depende de una persona es agotador, lo que demuestra una creencia intermedia de “depender de la gente agota”, sin embargo esto la lleva a la conclusión de “Estar sola no es bueno”. Por un lado la paciente sentía temor de empezar una nueva relación, pero al mismo tiempo presentaba sentimientos de soledad extrema, esta conducta produce alto nivel de malestar en la paciente, lo que la llevaba a aislarse de las personas. Por ejemplo en la universidad, no quería conocer a más personas, por lo que optaba por pasar largas horas en la biblioteca estudiando.

Pensamientos Automáticos

Daniela es una paciente que desde aproximadamente los 14 años tiene una conducta de automutilación, es la forma en la que logra sobrellevar la tristeza que le provoca el pensar que su padre nunca la quiso. De acuerdo con ella, este pensamiento de “no soy querida” la ha atormentado desde que era pequeña. Con el tiempo ella fue desarrollando pensamientos automáticos nuevos que siempre estaban en relación a “no soy querida” por ejemplo “estoy sola”, “nadie me quiere”, “si muero no me extrañarían”, entre otros.

Una vez que Daniela identifica estos pensamientos, se da cuenta que tienen relación con el tiempo en el que quiso suicidarse, que era aproximadamente a los 18 años, poco después de empezar la universidad. Dado que en la carrera que Daniela decidió seguir había 25 hombres y 3 mujeres, ella siente que no podrá encajar en este grupo, por lo que nuevamente vienen pensamientos automáticos de “no voy a poder”,

“no soy inteligente”, “me van a rechazar por ser mujer”.

De acuerdo con la paciente, el momento en que ingresó a la universidad, sintió miedo por ser rechazada por los hombres y venían a su mente las cosas que su padre solía decirle de pequeña: “no eres inteligente”, “solo vas a ser una empleada”, “las mujeres son tontas”, “nunca vas a ser como yo”, la paciente se da cuenta que ha incorporado a su vida lo que su padre le decía y se manifiestan como pensamientos automáticos. Esto la lleva a pensar en formas de quitarse la vida como “me tomo las pastillas de la depresión de mi mamá”, “voy en el auto y lo dejo caer a una quebrada”.

Distorsiones Cognitivas

Las distorsiones cognitivas que se identifican dentro del proceso de información de Daniela, se puede encontrar el pensamiento polarizado “Nunca seré feliz”, deberías “Las personas siempre me lastiman, debería alejarme de ellas”, “Debería ser mejor hija”, “Debería tener una oportunidad más”, falacia de justicia “no es justo que mi novio no responda mis mensajes cuando le escribo”, falacia de control, “yo fui la responsable de que mi papi me trate mal”. Dado que Daniela empieza a desarrollar ideación suicida aproximadamente a los 18 años, se manifiestan distorsiones cognitivas en torno a pensamiento catastrófico “si no paso la clase de física nunca me voy a graduar de la universidad”, “si no me graduó de la universidad mi vida se acaba”.

El trastorno de la personalidad límite, presentan dificultades al momento de afrontar el abandono, ya sea este real o fuente de su imaginación. Cuando se enfrentan a esta situación, tienen una tendencia a sobre reaccionar, presentando problemas para manejar su ira. Las personas con trastorno de la personalidad límite, suelen presentar ira inadecuada, no son asertivas, sino pasivo agresivas y tienen comportamientos que para el resto de personas puede resultar irritante (Grohol, 2013).

Es por esto que asociando el diagnóstico de Daniela con la perspectiva dialéctica

conductual, se puede observar que se mantienen presentes a lo largo del tiempo aspectos básicos de este trastorno de la personalidad como el de desregulación emocional, falta de figuras de apoyo, ambiente invalidante y desarrollo limitado para interactuar de manera afectiva con las personas de su entorno.

Conductas No Adaptativas

Daniela es una paciente que demuestra varias conductas no adaptativas desde temprana edad. La más repetitiva tiene que ver con la automutilación utilizando una cuchilla de afeitar. La paciente encontró en esta conducta una forma de alivio al dolor que siente frente al recuerdo de su padre insultándola desde los 6 años. Daniela comenta que este comportamiento es más habitual cuando tiene que visitar a su padre los fines de semana. Pese a que su padre ya no es tan agresivo con ella como cuando era pequeña, Daniela siente mucho temor por él. Esta conducta es la respuesta al ambiente invalidante en el que creció.

Otra de las conductas que Daniela tiene es la de no lograr autorregular sus sentimientos. Es común que Daniela se enoje con Ricardo cuando se retrasa. Daniela manifiesta que ella ama a Ricardo, pero que cuando no llega a tiempo siente que lo odia y eso la lleva a actuar de forma descontrolada. Normalmente Daniela responde a esta situación llamando y enviando mensajes de texto descontroladamente a Ricardo en los que amenaza con hacerse daño o suicidarse. Cuando Ricardo le reclama sobre esto, Daniela agrede verbal y físicamente a Ricardo utilizando golpes en los brazos, empujones, cachetadas. Este comportamiento la lleva a sentirse triste, por lo que pasado un tiempo Daniela llora descontroladamente pidiéndole perdón de rodillas, de acuerdo con la paciente.

Daniela es una paciente que no consume drogas ilegales, cigarrillo ni alcohol, sin embargo abusa de medicamentos. Cuando Daniela siente un dolor físico, por

mínimo que sea, suele tomarse entre 1000 y 1200 miligramos de ibuprofeno, Daniela dice que lo hace porque si es que no lo controla enseguida, el dolor se haría más fuerte y eso podría desatar un ataque de pánico. Daniela en algunas ocasiones ha tomado los medicamentos que su madre utiliza para la ansiedad generalizada y los ha ingerido para calmar su ansiedad (Fluoxetina o más conocido como Prozac). Este medicamento al ser vendido bajo prescripción médica, puede ser peligroso para el uso sin control médico, lo que pone en riesgo la integridad física e incluso la vida de la paciente.

Tema 4: Trastorno Ansiedad Generalizada

Características y Etiología

Para el DSM-5 el trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por una excesiva preocupación y ansiedad en el individuo que típicamente interfiere de manera significativa con su funcionamiento psicológico y social (American Psychiatric Association, 2014). El miedo en una persona que padece este trastorno es invasivo, profundo y angustioso, suele tener mayor duración y aparecer sin causantes o detonantes reales, por este motivo se observa disfunción en distintas áreas de su vida como el área social y laboral (American Psychiatric Association, 2014). De igual manera, los pacientes suelen presentar síntomas somáticos, tales como cansancio, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular, dificultad para dormir, suelen mantener sus manos frías y presentar incluso diarrea y vómito, entre otros síntomas (American Psychiatric Association, 2014; Armayones y cols. 2011).

Los pacientes con este diagnóstico suelen presentar problemas para mantener la concentración, suelen sentirse inquietos e irritables (Armayones y cols, 2011). Esto los lleva a sobre reaccionar frente a situaciones en las que se presentan novedades, como por ejemplo si llaman a un ser querido y les dicen que ha salido y no saben a dónde,

suelen pensar que algo malo les ha sucedido, lo que lleva a una preocupación extrema de las cosas que los mantiene todo el tiempo alerta (Armayones y cols, 2011). Los síntomas asociados a este trastorno, se encuentran clasificados en cuatro grupos: Tensión motora, hiper-activación vegetativa, inquietud o impaciencia, estado de alerta y vigilia (Armayones y cols, 2011).

Curso y Desarrollo

A pesar de que las personas diagnosticadas con trastorno de ansiedad generalizada manifiestan que la ansiedad ha estado presente toda la vida, la edad promedio de diagnóstico de este trastorno es de 30 años de edad aproximadamente, sin embargo el rango puede amplificarse (American Psychiatric Association, 2014). Los individuos que padecen este trastorno refieren haber sentido ansiedad y nerviosismo durante toda su vida, pero a edades más tempranas a estos síntomas se los denomina como un temperamento ansioso; este trastorno raramente se diagnostica antes de la adolescencia (American Psychiatric Association, 2014).

La sintomatología del trastorno empeora en los adultos jóvenes y es relativamente menor en los adultos mayores (American Psychiatric Association, 2014). En la infancia y adolescencia con el trastorno se observa que la ansiedad se enfoca en su desempeño en la escuela, en los deportes o temas relacionados, aun cuando su rendimiento no está siendo evaluado por otros, se ha observado que los pacientes que presentan el trastorno antes de los 10 años de edad, podrían tener un trastorno de mayor gravedad y peor evolución (Hollander y cols, 2004). El porcentaje de remisión completa del trastorno, sin medicamentos es bajo, la gravedad del trastorno depende del diagnóstico conjunto con trastornos comórbidos, sobre todo los asociados al Eje I y Eje II, de igual manera con la biología del trastorno y el tiempo de permanencia de la enfermedad (American Psychiatric Association, 2014; Hollander y cols, 2004).

Prevalencia

Irwin y Bárbara Sarason (2006) mencionan que alrededor del 3% de la población padece el trastorno de ansiedad generalizada al año. Según el DSM-5, la prevalencia de 12 meses del trastorno de ansiedad generalizada es de 0,9% en adolescentes y 2,9% en adultos en la comunidad general en los Estados Unidos, en otros países la prevalencia de 12 meses de duración es de 0,4% y 3,6% (American Psychiatric Association, 2014). De acuerdo con Hazlett-Stevens (2008), se observó una prevalencia de duración de un año del 3.1%, una prevalencia de por vida de 5.7%, en muestras de personas de Estados Unidos, aunque se encontraron resultados similares en una población en Italia y Canadá.

Los trastornos de ansiedad, son los que más se presentan dentro de los centros psiquiátricos, mostrando un 30% de prevalencia (Portman, 2009). En relación al sexo las mujeres tienen el doble de probabilidad que los hombres a padecer de este trastorno del estado de ánimo con una tasa del 4.1 al 6.6% (Portman, 2009). La prevalencia del trastorno de por vida, tiene una tasa del 7% en mujeres y de 4% en hombres, se ha demostrado que la tasa de diagnóstico de este trastorno aumenta después de los 44 años de edad en las mujeres (Portman, 2009). También se ha observado que individuos de países no desarrollados presentan menos síntomas relacionados con el trastorno de ansiedad generalizada que individuos de países desarrollados (Hollander y cols, 2004).

Comorbidad

El trastorno de ansiedad generalizada es comórbido con otros trastornos de ansiedad y con el trastorno depresivo mayor; los dos trastornos poseen los mismos síntomas y suelen tener efectividad con el mismo tipo de terapia (Goldberg y cols, 2011). El trastorno de ansiedad social o fobia social, es el diagnóstico más común junto con el trastorno de ansiedad generalizada, aproximadamente el 59% de las personas con

TAG, son diagnosticadas también con trastorno de ansiedad social, dentro de los trastornos de ansiedad (Hazlett-Stevens, 2008).

El trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno depresivo mayor tienen una alta comorbilidad entre sí; se ha observado que el riesgo de padecer depresión en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada es muy alto, siendo este de 42%. (Goldberg y cols, 2011; Hazlett-Stevens, 2008). Se ha atribuido la comorbilidad del trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno depresivo mayor a los factores de riesgo que comparten como genéticos, ambientales y de temperamento (American Psychiatric Association, 2014).

De igual manera, la comorbilidad del trastorno de ansiedad generalizada con distimia es mayor al 65% (Hazlett-Stevens, 2008). Otro de los trastornos que se suelen presentar junto con este diagnóstico es el de trastorno de personalidad, sobre todo aquellos del Grupo C. Se ha demostrado en grupos de estudio de Estados Unidos que aproximadamente el 49% de las personas diagnosticadas con trastorno de ansiedad generalizada, también fueron diagnosticados con trastornos del Eje II, sobre todo trastorno de la personalidad límite (Hazlett-Stevens, 2008; Portman, 2009). La comorbilidad con el uso de sustancias, trastornos de conducta, desórdenes de desarrollo neurológico y neuro-cognitivo son menos comunes (American Psychiatric Association, 2014).

Terapia Cognitivo Conductual y Trastorno de Ansiedad Generalizada

De acuerdo a varios estudios, la terapia cognitivo conductual es la terapia con mayor efectividad en el tratamiento de diferentes trastornos mentales, en el que incluye el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada (Felgoise y cols, 2005). En el año 2014, se lleva a cabo por Bystritsky y cols, (2014) un estudio en los Estados Unidos, donde la muestra elegida fue de latinos, con el fin de comparar las medidas de resultado

del tratamiento con el compromiso que tiene el grupo de latinos, comparado con los de una muestra de personas de raza blanca. La muestra total del estudio es de 1004 personas, todos con un diagnóstico de trastorno de ansiedad en los que se incluye trastorno de estrés post traumático, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad social, de acuerdo con el DSM-IV-TR. El grupo se encuentra en edades comprendidas entre 18 a 75 años, todos elegidos de 17 clínicas diferentes. Dado que existe un alto grado de comorbilidad entre los trastornos del estado ansioso y el trastorno de depresión mayor, el abuso de sustancias como el alcohol, la marihuana y el tabaco, se incluye a personas con este diagnóstico en el estudio. Los pacientes fueron divididos en cuatro grupos, los mismos que recibían el siguiente tratamiento:

- CBT (n=64)
- Tratamiento con Fármacos (n=30)
- CBT y Tratamiento con fármacos (n=202)
- Tratamiento regular (Grupo control) (n=501)

El tratamiento en cuestión tuvo una duración de 12 semanas o 3 meses, y la herramienta de medida empleada fue el 12- item brief symptom inventory (BSI 12). Los resultados demostraron que tanto los latinos, como las personas de raza blanca, se comprometen de igual manera con el tratamiento de terapia cognitivo conductual: Latinos con CBT= 40%, Caucásicos con CBT= 36%, mientras que en la muestra de tratamiento con fármacos: Latinos= 9% y Caucásicos= 8%. En el caso de los dos grupos, se obtuvieron resultados favorables, donde la remisión fue de: Latinos= 41.9% a 61.5% y Caucásicos= 42.8% a 62.2%. Otro de los resultados que se pudo obtener es que las personas caucásicas, presentan mayor responsabilidad al momento de asistir a

terapia en comparación con las personas latinas, siendo este de una asistencia de 7.44 sesiones para latinos y 9.09 para caucásicos.

Finalmente se obtiene que las personas latinas tenían más problemas entendiendo los principios de la terapia cognitivo conductual, en relación con las personas caucásicas, lo que los autores asumen que se debe a los problemas que se presentan en el momento de conceptualizar los trastornos de ansiedad y la forma en la que se traduce el ensayo de inglés a español (Bystritsky y cols, 2014).

Las limitaciones del estudio tienen que ver con el hecho de que no se tuvo en cuenta los resultados del grupo control, por lo que no se compararon los resultados obtenidos con este. Dado que la muestra se obtuvo de 17 instituciones psiquiátricas, no se puede incluir los datos de manera generalizada en una población (Bystritsky y cols, 2014).

Otro estudio realizado por Corvin y cols, (2008), en el que se estudia al trastorno de ansiedad generalizada. De acuerdo con el autor, el hecho de que una personas presente preocupación anormal o patológica, lleva a que el trastorno se vuelva en cierto modo más severo. En este estudio se busca comprobar si es que el uso de terapia cognitivo conductual, ayuda en la reducción de los síntomas de intensa preocupación, mediante el uso de meta análisis de terapia cognitivo conductual para preocupación patológica en pacientes diagnosticados con trastorno de ansiedad generalizada. Para poder hacerlo, investigan sobre estudios previos en los que se aplicaba el Penn State Worry Questionnaire (PSWQ). Fueron incluidos en el estudio siete meta análisis en los que se demuestra que la terapia cognitivo conductual es efectiva al momento de disminuir la preocupación patológica. De igual manera los desarrolladores del estudio, demuestran que la baja o nula preocupación patológica se mantiene a lo largo de un año.

Hasta ese punto del estudio, se dan indicios de que la terapia cognitivo conductual brinda mejores resultados en adultos jóvenes y no tanto en adultos mayores. Al momento en que se comprara el grupo control con los otros dos grupos se observa que tanto en los adultos jóvenes como en los adultos mayores, la respuesta de efectividad es favorable. Finalmente se compara la terapia individual con la grupal, encontrando que dentro de las sesiones individuales se lograban mejores resultados en la disminución de los síntomas de preocupación patológica. La limitación que este estudio tuvo, fue que no se contó con un número de estudios que logre ser significativo al momento de incluirlos como parte de datos generales (Corvin y cols, 2008).

Conceptualización de caso: Trastorno de Ansiedad Generalizada y Terapia Cognitivo Conductual

Daniela es una paciente que desde los 4 años, empieza a vivir dentro de un hogar disfuncional, en el que se encuentra con un apego inseguro hacia su padre, el cual maltrataba psicológicamente a Daniela, logrando que ella siente que no tiene valor alguno. El hecho de que su madre se encuentre presa, no permite que desarrolle una relación segura con su madre, sobre todo porque el padre constantemente repetía que su madre la había abandonado. El hecho de crecer en este ambiente inseguro, provocó que Daniela desarrolle un cuadro de ansiedad, desde temprana edad.

Creencias Centrales

De acuerdo con la información brindada por la paciente, Daniela con el tiempo desarrolla miedos y preocupaciones en torno a las cosas que hace y que quiere hacer, por miedo a equivocarse y demostrar que las cosas que su padre le decía eran verdad. Frente a esto la paciente desarrolla la creencia central de “No me puedo equivocar”, “No puedo demostrar que no puedo”, “Si no tengo buenas notas no soy inteligente”.

Estas creencias centrales, provocan en Daniela una constante preocupación frente a su desempeño académico, dado que el padre de Daniela le repitió constantemente que ella solamente serviría de ama de casa, el bajar las notas u obtener una calificación menor de “A”, le hace pensar que va a fracasar en los estudios.

En terapia, Daniela demostraba la competitividad que tenía con el resto de sus compañeros de clase. Dado que Daniela era una de las dos estudiantes mujeres de su carrera, normalmente atribuía los logros de sus compañeros al hecho de ser hombres. Esto demostraba que Daniela también había desarrollado creencias centrales en torno a su sexo “Para las mujeres es más difícil progresar”, “No me toman en serio por ser mujer”.

Creencias Intermedias

Por mucho tiempo, Daniela ha escuchado por parte de su padre, que ser mujer es algo negativo. Cuando Daniela recuerda la diferencia con la que trataba a su hermano, al que recordaba todo el tiempo que lo amaba y que estaba orgulloso de él, se siente vulnerable a ser tratada nuevamente como inferior a un hombre por alguien más. Es por esto que no sabe cómo manejar las situaciones en la que sus compañeros de universidad se preocupan por ella o le proponen que hagan un grupo de trabajo o estudio. La respuesta de Daniela frente a esto es de desconfianza, lo que demuestra que ha desarrollado creencias intermedias, las mismas que expresa como reglas inquebrantables como “No debo confiar en mis compañeros”, “No debo hacer amigos, porque van a hacerme daño”. Estas creencias causan un desbalance emocional en Daniela y a causa de la preocupación que se presenta al creer que va a ser tratada mal por sus compañeros por el hecho de ser mujer, se presentan pensamientos intermedios como asunciones: “Si voy a trabajar con ellos van a poner todo el trabajo en mí”, “Si es que no se algo de lo

que estudiamos se van a burlar de mí” y finalmente estas asunciones se transforman en actitudes “Los hombres son malos”, “Estudiar en grupo no es conveniente”.

Este tipo de pensamientos, reglas, asunciones y actitudes son el resultado de haber vivido varios eventos activadores de emociones que produjeron eventos negativos. Con el tiempo generaron en todo evento activador de emociones expectativas de que ocurrirían cosas malas, situación que a Daniela preocupa hasta la actualidad y la refleja en sus compañeros de carrera. Daniela demuestra varias creencias intermedias por medio de asunciones como “No quiero conocer personas, porque tendré que conocerlas”, “No voy a caer bien a las personas y me van a hacer daño”.

Pensamientos Automáticos

Daniela, a lo largo del tiempo, desarrolla una forma de evaluar rápidamente las situaciones que suceden en su entorno, es así que la paciente presenta pensamientos automáticos, muchos de los cuales se convierten en distorsiones cognitivas. Daniela manifiesta que los eventos que causan activación emocional y sobre todo aquellos que detonan emociones intensas, la desestabilizan. Por ejemplo, cuando sus compañeros le invitan a un grupo de estudio, Daniela manifiesta que su corazón se acelera y se pone nerviosa. Esto hace que ella permanezca alerta a lo que sus compañeros hacen y dicen interpretando como una situación negativa incluso a un acto que ella considera que es de buena voluntad. En ese momento se activan pensamientos automáticos como: “Se quieren aprovechar de mí”, “No son sinceros”, “Se están burlando de mí”, “Quieren hacerme daño”.

De igual manera Daniela presenta varios pensamientos automáticos en torno a la carrera que sigue: Física. En un semestre Daniela tiene problemas en una clase de física cuántica, esta situación la activa emocionalmente y sufre un ataque de pánico que la

lleva al hospital. Daniela manifiesta que esta situación la llevó a sentir demasiadas cosas, al punto que colapsó. Cuando se habla del tema, Daniela llena la ficha de pensamientos automáticos: “No soy inteligente”, “Mi papá me dijo que no iba a poder”, “Voy a dejar de estudiar”, “Soy una vaga”. A pesar de que era una clase que aún no concluía, ya que se encontraba a mitad de semestre, Daniela ya asumía que no la iba a pasar y que esa situación iba a tener consecuencias graves en su vida, situación que causaba mucha preocupación en ella.

Distorsiones Cognitivas

En el caso de Daniela, las distorsiones cognitivas identificadas tienen que ver con la preocupación de que un evento invalidante se repita. El hecho de no poder confiar en las personas que la rodean por miedo o preocupación no permiten que Daniela logre formar nuevos lazos de amistad. La distorsión cognitiva que más se presenta es la visión catastrófica “No podría sobrevivir a otra decepción”, “Si mis compañeros me hacen daño me muero”, “Si no los complazco me van a humillar”. Otra de las distorsiones cognitivas de Daniela son los debería “Debería alejarme de ellos”, “Debería estudiar sola”, “No debería tener amigos”.

Conductas no Adaptativas

Daniela normalmente manifiesta en terapia, que cualquier evento, por mínimo que sea, puede producir altos niveles de ansiedad en ella. Es así que cuando ingresó a la universidad por primera vez, desarrolló un ataque de pánico en la universidad, que tuvieron que llevarla a un hospital. Daniela es una persona que intenta evadir situaciones que la preocupen, para así evitar que se desate otro episodio como el de la Universidad.

Una de las conductas no adaptativas que Daniela constantemente hace es entrar última en la clase y salir primera, para así evitar conversar con sus compañeros de clase. Cuando tiene horas libres entre clases, suele permanecer en la biblioteca estudiando y de ese modo se aísla. Esta preocupación la tiene todos los días en la universidad.

Otra de las conductas no adaptativas que Daniela tiene es reaccionar con ira cuando un compañero le hace un halago. Por ejemplo, uno de sus compañeros de clase se acercó a Daniela a preguntarle por qué siempre estaba brava y diciéndole que si ella sonriera sería más bonita. Daniela respondió a este evento de forma agresiva. Esa noche Daniela no pudo dormir y al siguiente día continuaba de mal humor frente a todos sus compañeros, a pesar de que solamente fue uno el que estuvo involucrado en este evento.

Tema 5: Trastorno de Depresión Mayor

Características y Etiología

La característica principal del trastorno depresivo mayor, es la pérdida de interés y satisfacción de todas las actividades, por un mínimo de dos semanas, siendo en niños y adolescentes reemplazada la tristeza por la irritabilidad (American Psychiatric Association, 2013). Las personas con este diagnóstico, suelen presentar aparte de la notoria pérdida de interés, síntomas como cambios en el apetito o de peso (comen poco o demasiado), presentan insomnio o duermen por largos períodos de tiempo, se presenta un cambio en la actividad sicomotora. Así mismo presentan dificultad para poder tomar decisiones, se evidencian problemas de concentración y culpa sin motivo. Otro de los síntomas y que es de mayor importancia es la presencia de pensamientos y/o comportamientos suicidas, que pueden ir desde planificar la forma de hacerlo hasta intentarlo, (American Psychiatric Association, 2013) estos síntomas deben presentarse por lo menos por dos semanas, la mayor parte del día.

Se asocia a este diagnóstico con altas tasas de mortalidad, a pesar de que el principal motivo de muerte es el suicidio, pueden existir otras causas (American Psychiatric Association, 2013). Las causas de presentar trastorno depresivo mayor de acuerdo con Ortuño (2010), pueden ser tanto biológicas, en las que se encuentran alteraciones a nivel hormonal, de neurotransmisores o endocrinológica. También puede estar asociado a causas psicológicas así como también sociales.

Algunos estudios han demostrado que las personas con familiares de primer grado con trastorno de depresión mayor tienen un mayor riesgo de ser diagnosticados con el mismo trastorno, representando una correlación del 40% de carga biológica (Ortuño, 2010). También se ha podido encontrar anomalías en la recepción y recaptación de neurotransmisores, especialmente la serotonina (Clark y col, 1999).

Curso y Desarrollo

De acuerdo con el DSM-5, el trastorno de depresión mayor puede aparecer a cualquier edad, sin embargo la edad promedio es de 20 años (American Psychiatric Association, 2013). El curso de este trastorno también es muy variable, dado que muy pocas personas presentan remisión frente a este diagnóstico, aunque hay casos muy escasos en los que se puede presentar una remisión de hasta 5 años (American Psychiatric Association, 2013).

Existe un alto riesgo de suicidio en este diagnóstico, el promedio de adultos que han cometido suicidio cumpliendo con el diagnóstico de algún trastorno del estado de ánimo es del 70% (Ortuño, 2010). De acuerdo con el DSM-5, no se presentan diferencias de diagnóstico, prevalencia o tratamiento en relación al sexo de las personas, así como tampoco se ven diferencias en la respuesta del tratamiento en relación a la edad (American Psychiatric Association, 2013). Sin embargo existen algunas

diferencias de los síntomas que se presentan como la hipersomnia e hiperflagia que se relacionan más con personas jóvenes con este diagnóstico a diferencia de los síntomas relacionados con la melancolía que se presentan en mayor grado en personas adultas (American Psychiatric Association, 2013).

Prevalencia

La prevalencia del trastorno de depresión mayor, con una duración de por lo menor doce meses de acuerdo con el DSM-5, es de aproximadamente 7%. Las personas con edades comprendidas entre 18 y 29 años tienen mayor probabilidad de ser diagnosticados con este trastorno en relación con las personas mayores de 60 años (American Psychiatric Association, 2013).

No existe mayor información sobre el trastorno de depresión mayor en grupos latinoamericanos, sin embargo de acuerdo a un estudio realizado en Sao Paulo por la Organización Panamericana de la Salud, en un grupo de personas entre 18 y 24 años de edad, aquí se pudo observar que la depresión mayor tenía una prevalencia del 16.8% de las personas, siendo mayor en las mujeres con 1.4% que en los hombres con 1% (Organización Panamericana de la Salud, 2009).

Comorbidad

El trastorno de depresión mayor, tiene alta comorbidad con trastorno obsesivo compulsivo, desorden de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, trastornos de alimentación, especialmente anorexia y bulimia y trastorno límite de la personalidad (American Psychiatric Association, 2013). De acuerdo con Ortuño (2010), cuando una persona es diagnosticada con otro trastorno aparte del trastorno de depresión mayor, tiene menor respuesta hacia el tratamiento que se encuentra recibiendo, dado que el

nivel de disfuncionalidad de la persona disminuye y con un diagnóstico más complicado la terapia se vuelve más difícil de llevar. Existe un alto porcentaje de comorbilidad entre el trastorno de depresión mayor y el trastorno de ansiedad generalizada, siendo este de 25% (Ortuño, 2010).

Terapia Cognitivo Conductual y Trastorno de Depresión Mayor

La terapia cognitivo conductual es una estrategia efectiva que ayuda en el tratamiento de varios trastornos tanto psicológicos como emocionales, las técnicas utilizadas por este tratamiento ayudan al desarrollo de nuevas habilidades que permitirán el manejo de varios problemas generales, aparte de los clínicos (David, 2006). En el año 2005, Amsterdam y cols, llevaron a cabo un estudio en el que compararon la efectividad de la Terapia Cognitivo Conductual en la remisión de síntomas asociados con la depresión y el tratamiento con fármacos. Para esta investigación se usaron pacientes de las clínicas ambulatorias de las Universidades de Pensilvania y Vanderbilt que cumplieran con el diagnóstico de depresión moderada a severa. De este grupo se eligió una muestra aleatoria que recibió Terapia Cognitivo Conductual, posteriormente eligieron a los pacientes que respondieron de forma efectiva al tratamiento y lo compararon con los pacientes que fueron aleatoriamente elegidos para recibir medicación y otra muestra que recibió placebo. Los resultados demostraron que los pacientes que reciben Terapia Cognitivo Conductual son menos propensos a una recaída en comparación con aquellos que se mantienen utilizando medicación ya que muestran un efecto que dura en el tiempo, extendiéndose más allá del tratamiento (Amsterdam y cols, 2005).

Conceptualización de caso: Trastorno de Depresión Mayor y Terapia

Cognitivo Conductual

De acuerdo con el concepto de trastorno de depresión mayor y la perspectiva cognitiva, hay que tener en cuenta los factores biológicos del trastorno así como también los psicológicos, ya que los dos tienen gran importancia al momento de empezar la terapia (Barlow, 2014). En el caso de Daniela, las experiencias por las que pasó desde que era una niña, la llevaron a desarrollar esquemas mentales que explican el de dónde proviene la sintomatología y por qué la conserva hasta ahora. Dado que Daniela, desde pequeña optó por aislarse tanto en su hogar como en la escuela, en respuesta a sentimientos de tristeza, soledad, culpa, entre otros, en la actualidad la paciente sigue observando detenidamente el “campo” en el que se debe desempeñar y con el fin de no salir lastimada, repite nuevamente la conducta de aislamiento, en respuesta a las mismas emociones que sentía en el pasado, ahora reflejadas en el presente.

Daniela por largo período de tiempo ha llevado una vida sedentaria, el hecho de no interesarse en ninguna actividad física le hace pensar que no se encuentra bien de salud, por lo que en un determinado momento decide entrar al gimnasio. En ese momento se da cuenta de que una nueva actividad conlleva conocer gente, lo que provoca que busque horarios en los que no hay muchas personas de su edad como las 06:00 AM. Este comportamiento demuestra nuevamente que la paciente se aferra a mantenerse en aislamiento.

Creencias Centrales

Las creencias centrales que Daniela desarrolló a partir de las experiencias que tuvo desde su infancia, tienen que ver con el hecho de no sentirse amada “No soy amada”. Dado que la paciente creció en un ambiente invalidante y negligente, en el que de

acuerdo con la paciente sus sentimientos no tenían importancia, sus creencias centrales son “A nadie le importo”, “No tengo a nadie”, “Nadie me ama”.

A medida que pasa el tiempo y de acuerdo a los acontecimientos que vive, Daniela confirma estas creencias centrales, sobre todo porque la paciente busca la forma de hacerlo. La búsqueda de rechazo de Daniela se vuelve evidente cuando percibe rechazo por parte de otras personas aparte de su padre y hermano. Por ejemplo, cuando tiene aproximadamente 15 años, un chico empieza a coquetear con ella, Daniela se emociona, pero al mismo tiempo pone barreras para que no se den encuentros con él. Sale antes de la clase y se esconde, si lo ve se aleja, entre otras cosas, después de un tiempo este chico empieza a salir con una chica y eso produce en Daniela vulnerabilidad. De acuerdo a la paciente el sentimiento de rechazo vuelve y nuevamente siente “Nadie me ama”, “A nadie le importo”, “No tengo a nadie”, confirmando así sus creencias centrales.

Este acontecimiento demuestra que la paciente también ha desarrollado creencias centrales que se asocian a la sintomatología depresiva. En el caso de la situación anterior, Daniela afirma creencias centrales de “No puedo confiar en nadie”, “Las personas no son buenas”, dando como resultado que la paciente continúe con la conducta de aislamiento con la que se ha “defendido” desde pequeña.

Cuando Daniela tiene 21 años, conoce a Ricardo, en un principio de acuerdo con la paciente, el fácil que él se mantenga a su lado, sin embargo cuando él se pone un negocio, se aleja de ella. Pronto empiezan a tener problemas con la relación, ya que Daniela exige a Ricardo que se vean mínimo 6 días a la semana. Ricardo por su parte no cumple con esto, ya que se encuentra desarrollando su negocio, aquí es cuando Daniela desarrolla otro tipo de creencias centrales asociadas a inadecuación.

Ricardo le dice que no es normal que sea controladora, la palabra “controladora”, produce ansiedad en Daniela y es cuando se manifiesta la creencia central de “No soy adecuada”, “No me van a querer por ser diferente”. Como resultado de que Ricardo se haya alejado de ella, Daniela empieza a realizar cortes en su brazo con una cuchilla de afeitar, en respuesta a creencias centrales de “No soy adecuada” “Algo de mí no es normal”. De acuerdo con la paciente, Ricardo le pide que busque ayuda, razón por la cual acude a terapia.

Daniela no cuenta todo en terapia, en algunas ocasiones manifiesta la incomodidad de lo que se puede pensar de ella, sin embargo en una sesión junto con su novio, Ricardo cuenta que reiteradas ocasiones Daniela ha amenazado con suicidarse si es que no se cumple con lo que ella quiere. Es en ese momento que Daniela empieza a hablar más en sesión sobre ideación suicida, lo que manifiesta sus creencias centrales de “No soy normal”.

Creencias Intermedias

Daniela a lo largo del tiempo en el que ha experimentado diferentes situaciones y ha confirmado muchas de sus creencias centrales, también ha desarrollado varias creencias centrales, las mismas que se han manifestado como asunciones. “Si mi familia no me quiere, nadie va a hacerlo”, “Si me suicido, nadie va a extrañarme”, “Soy extraña, Ricardo se va a cansar de mí”. De igual manera, muchas de las creencias intermedias se manifiestan como reglas, que no se pueden romper “No se puede confiar en las personas”, “No puedo mostrar mis sentimientos”, “No debo mostrar que lo necesito”. Posteriormente se presentan creencias intermedias que se manifiestan en manera de actitudes “Mostrar mi sentimientos es debilidad”, “No aguanto depender de otra persona”, “No necesito a nadie en mi vida”.

Después del intento de suicidio de Daniela, su padre se entera que ella está hospitalizada, cuando la visita Daniela manifiesta que su padre le dice que es una tonta por hacer eso y que no quiere pagar más por las cosas que hace y le quita el apoyo en pago de medicamentos y hospitalizaciones. Esta situación lleva a que Daniela manifieste más pensamientos intermedios en forma de asunciones “Si me hubiese muerto, él estaría feliz”; “Si mi padre no me quiere, nadie más lo hará”. “Ni siquiera hacerme daño preocupa a mi padre”.

Pensamientos Automáticos

Daniela es una persona que por lo general mantiene pensamientos automáticos victimarios “Nadie me ama”, “Nunca seré feliz”, “Nadie se preocupa por mí”, “Estoy sola”, “No lo voy a lograr”, “Quiero morir”, “El dinero es más importante que yo”, “El dolor siempre estará presente”. Todos estos pensamientos automáticos, se vuelven más recurrentes después de que su padre le quitara la ayuda económica en todo lo que tenía que ver con salud. Daniela manifiesta que ese acontecimiento le hace sentir que el dinero vale más que ella para su padre.

Distorsiones Cognitivas

Daniela es una persona que demuestra varios errores de pensamiento, una de las distorsiones cognitivas que se presentaban con mayor fuerza en ella fueron las de visión catastrófica. “Si estuviera muerta mi familia sería más feliz”, “Yo no nací para ser feliz”, “Las personas nunca van a entenderme ni quererme”, “Mi dolor nunca se va a terminar”. Daniela no tiene una buena relación con sus padres, lo que le hace pensar que no podrá encontrar relaciones estables en su vida, esto hace que Daniela se aísla de sus compañeros, de su novio y de las personas que intentan mantener una amistad con ella. Ese comportamiento abre paso nuevamente al desamparo, al punto en que Daniela manifiesta “A veces creo que mi vida es como una novela mexicana, donde nunca

puedo ser feliz”. Otra de las distorsiones cognitivas que manifiesta Daniela es la sobregeneralización “Nadie está a mi lado”, “Todas las personas son iguales y me van a lastimar”, “Siempre voy a sentirme sola”, “Nunca voy a ser normal”. Otra de las distorsiones cognitivas son los debería “Debería ser normal”, “Debería morirme para no molestar a nadie”, “Debería alejarme de las personas para que no me lastimen”.

Todas las emociones y conductas que Daniela presenta, tienen que ver con una percepción del mundo negativa. Dado que la paciente presenta diagnóstico de trastorno de depresión mayor, los pensamientos negativos en torno a las situaciones y la rumiación de los mismos, lleva a que la paciente se mantenga por largo período de tiempo dentro del trastorno, es la forma en la que la paciente se ha acostumbrado a sobrellevar los problemas que se presentan.

Conductas no Adaptativas

Daniela es una persona que se ha sentido triste y sola por mucho tiempo. Este sentimiento le ha llevado a aislarse de las personas y a hacer cosas que solamente ayudan a que se mantenga en el trastorno de ansiedad. De igual manera, Daniela presenta sueño constante, pero a causa del miedo que tiene a la oscuridad, no descansa bien en las noches. La paciente comenta que el único momento en el que logra dormir bien es cuando Ricardo, su novio, va a la casa y ven películas juntos.

Daniela ha creado una rutina en la que involucra a Ricardo, algunas noches en la semana y los fines de semana su novio va a la casa y ven películas, aunque Daniela dice que ella duerme mientras Ricardo ve las películas. Daniela dice que con el tiempo Ricardo se ha aburrido de eso y ha empezado a proponerle que hagan otras actividades como ir al cine, salir a tomar un café o de vez en cuando a una fiesta, pero Daniela dice que eso la hace sentir insegura. Cuando Ricardo propone estas actividades,

normalmente Daniela se siente triste y empieza a llorar pensando que Ricardo se está aburriendo de ella. Este es un evento que en terapia de pareja, Ricardo habló con Daniela, aludiendo a que si ella saliera más se sentiría menos triste, pero Daniela solamente llora y pide a Ricardo que entienda que en su casa ella se siente segura.

Otra de las conductas desadaptadas que presenta Daniela es que muchas veces hace deberes o estudia en la madrugada. Como Daniela tiene problemas para dormir, utiliza este tiempo para realizar las actividades de la universidad y cuando son las 6:00 o 7:00 de la mañana duerme hasta que le toca ir a la universidad. En el caso de ser un fin de semana duerme todo el día. Cuando su madre le propone que salgan a comprar ropa o a la peluquería, Daniela siente que no se merece, por lo que busca excusas para no ir. Cuando la madre logra convencerla, Daniela se siente culpable de comprarse cosas, normalmente busca lo más barato. Daniela comenta que cuando se encuentran realizando esta actividad ella se pone triste y se siente culpable de forma incontrolable.

METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Justificación de la Metodología Seleccionada

El estudio de caso presentado a continuación tiene como base de aplicación la revisión de literatura asociada con el trastorno de la personalidad límite, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de depresión mayor. De acuerdo con esta revisión se obtuvo una lista de tratamientos efectivos en el tratamiento de estos trastornos. Con el fin de obtener una medición cuantitativa se optó por el uso de una prueba que sirva de diagnóstico y otra de personalidad que ayude a determinar los síntomas presentes en la paciente. Para esto se aplicó el *Inventario de Síntomas 90 Revisado (SCL-90-R)* y el *Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota – 2 (MMPI-2)* por sus siglas en inglés. Lo que se busca es la evaluación de síntomas antes y después del tratamiento al igual que determinar el cambio que la paciente tuvo después de aplicadas estas terapias.

Curso del Tratamiento

Descripción del estado mental actual

A pesar de que no se realizaron pruebas específicas que midan el funcionamiento de la paciente, se observa que llega por su propio medio a terapia, con un pleno estado de conciencia. Se observa que la paciente se mantiene conciente, entiende que se encuentra en terapia, sabe el día y la fecha. De igual manera sabe quién es su familia y describe de manera clara y descriptiva diferentes situaciones por las que pasó, desde su niñez hasta la actualidad. Es una persona que pese a que mantiene un buen cuidado de su imagen, aseo y se moviliza sola de un lugar a otro, depende mucho de su madre o su novio al momento en que no puede resolver algún problema distinto al

de la cotidianidad. La paciente se encuentra en la universidad, cursando con poco problema la carrera de física, lo que demuestra que su coeficiente intelectual está dentro del rango normal. La paciente se comunica de manera comprensible en terapia y pese a que muchas veces cuenta varias historias que llegan a ser confusas, las mismas no pierden el sentido.

Dentro de terapia se desenvuelve normalmente, responde a preguntas y en general se mantiene alerta de lo que sucede en el entorno, pese a que su nivel de concentración es alto durante la sesión, la paciente muestra sobresalto o nerviosismo al momento de hablar: mueve rápidamente las manos, acelera mucho el habla y se tensiona con facilidad.

Herramienta de Investigación

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

Descripción

Contiene 90 ítems con diferentes síntomas los cuales son evaluados por el paciente de acuerdo a la severidad con la que se presentan en un rango de 0= Nada a 4= Extremo. El tiempo requerido para ser llenado es de 10 minutos aproximadamente. Los síntomas son calificados en nueve dimensiones diferentes (Groth-Marnat, 2009).

Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota – 2 (MMPI-2)

Descripción

El *Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota – 2 (MMPI-2)*, es un test utilizado para medir diferentes comportamientos y los niveles de los mismos con el fin de determinar las causas de que un tratamiento no esté dando el resultado esperado,

también es utilizado para medir aspectos clínicos, psiquiátricos e incluso forenses. Es importante tener en cuenta que esta herramienta no sirve para diagnóstico (Derksen, 2006). Este inventario se caracteriza por su objetividad y popularidad, está compuesto por 567 ítems, que contienen respuestas de verdadero y falso. Está compuesto por cuatro escalas principales de validez, 10 escalas clínicas, 15 de contenido y finalmente 15 suplementarias (Greene, 2000).

Las escalas de validez se encuentran divididas en 9 escalas, las mismas que se encargan de determinar que las respuestas en la evaluación fueron consistentes, es una forma de medir las actitudes del paciente en el momento de aplicar el inventario (Greene, 2000).

Las escalas clínicas se encuentran divididas en Hipocondría (Hs), Depresión (D), Histeria (Hy), Desviación Psicopática (Pd), Masculinidad y Feminidad (Mf), Paranoia (Pa), Psicastenia (Pt), Esquizofrenia (Sc), Hipomanía (Ma) e Introversión Social (Si) (Greene, 2000).

Las escalas de contenido están divididas en cuatro categorías, la primera esta compuesta por Ansiedad (ANX), Miedos (FRS), Obsesiones (OBS), Depresión (DEP), Preocupación de salud (HEA) y Pensamientos Bizarros (BIZ) (Greene, 2000). La segunda categoría contiene las escalas de Ira (ANG), Cinismo (CYN), Prácticas Antisociales (ASP) y Tipo A (TPA). La tercera categoría contiene la escalas de Baja Autoestima (LSE) (Greene, 2000). Finalmente la cuarta categoría contiene las escalas de Inconformidad Social (SOD), Inconvenientes Familiares (FAM), Interferencia del Trabajo (WRK) y finalmente Indicadores Negativos de Tratamiento (TRT) (Greene, 2000).

Las escalas suplementarias incluyen Ansiedad (A), Regresión (R), Fuerza Ego (Es), MacAndrew Alcoholism Revisada (MAC-R), Hostilidad (O-H), Dominancia (Do), Responsabilidad Social (Re), Desajuste Académico (Mt), (Gf) y (Gm), se encuentran asociados a roles de género.

Dentro de las escalas suplementarias también se encuentran las escalas de Trastorno de Estrés Postraumático (PK), Admisión de Adicción (ASS), Potencial de Adicción (APS) y Malestar Marital (MDS) (Greene, 2000).

Descripción de Participantes

Número

El presente estudio se ha desarrollado en base a un estudio de caso, por lo que la información brindada es de un solo participante. En esta información se incluyen las experiencias, los comportamientos y las emociones únicas de este individuo.

Género

Es una paciente de género femenino.

Nivel Socio Económico

Daniela es una persona que pertenece al nivel socio económico medio-alta. A pesar de que Daniela vive con su madre, posee una casa propia, dentro de un barrio privilegiado de Cumbayá. Daniela no posee vehículo a causa de su miedo, pero sus padres si los tienen. Daniela acude a una prestigiosa Universidad de la ciudad de Quito y aunque no viaja mucho, maneja una suma de dinero que le permite vivir de manera cómoda en la capital.

Diagnóstico y Evaluación de Funciones

Una vez que se tiene la información suficiente por parte de la paciente tanto en sesión como en las evaluaciones aplicadas y los auto reportes, se realiza el diagnóstico en base al DSM-5.

EJE I: 296.22 Trastorno de Depresión Mayor, Moderado.

300.02 Trastorno de Ansiedad Generalizada

EJE II: 301.83 Trastorno de Personalidad Límite

EJE III: V71.09

EJE IV: A y B

A. Problemas con grupo primario de apoyo.

B. Problemas relativos al ambiente social

EJE V: GAF= 45 (en admisión)

GAF= 58 (actual)

GAF= 20 (más bajo)

Diagnóstico en Base a Criterios Diagnósticos del DSM-5

El diagnóstico de Trastorno límite de la Personalidad, Trastorno de Ansiedad Generalizada y Trastorno de Depresión Mayor, fueron elaborados en base a los criterios diagnósticos publicados en el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). A continuación se detalla cada diagnóstico.

Trastorno de la Personalidad Límite (301.83)

A. Dominancia de inestabilidad en relaciones sociales, de la imagen que se tiene de

uno mismo, de los sentimientos. Se caracteriza por la presencia de impulsividad. Se manifiesta al principio de la adultez y se la puede presenciar en diferentes contextos. Se debe cumplir con 5 o más de las siguientes características:

1. Acciones extremas con el fin de impedir abandono, ya sea este real o imaginado. (No incluye intentos de suicidio o automutilaciones, que se encuentran en el criterio 5).
2. Presencia repetitiva de relaciones sociales con bases inestables e intensas. Se puede presenciar saltos entre extremos, se pasa de la idolatría al odio en un período corto de tiempo.
3. Cambios constantes de identidad, que se observan en una marcada falta de estabilidad, que se refleja en la autoimagen y en el sentido del yo.
4. Impulsividad en por lo menos dos áreas, que pueden llegar a ser peligrosas para la persona. (p. Ej., consumo de drogas, gastos sin control, atracones de comida, relaciones sexuales). (No incluye intentos de suicidio o automutilaciones, que se encuentran en el criterio 5).
5. Repetitivo comportamiento en el que se encuentran amenazas o acciones de suicidio y/o de automutilación.
6. Falta de estabilidad emotiva, a causa de la reacción marcada del estado de ánimo. (p. Ej., presencia de disforia, irritación o ansiedad que puede durar entre una hora e incluso días).
7. Sensación constante de no sentirse llena.
8. Intenso estado de enojo, dificultad en el manejo de la ira (Ej., constante ira, repetidas peleas que llegan a ser físicas).
9. Pensamientos paranoides breves que tienen relación con momentos de estrés o

con síntomas graves de disociación.

Realizando un estudio acerca de los reportes que la paciente realiza y en base a las evaluaciones psicológicas realizadas, la paciente cumple con nueve criterios. A. Dominancia de inestabilidad en relaciones sociales, de la imagen que se tiene de uno mismo, de los sentimientos. Se caracteriza por la presencia de impulsividad. Se manifiesta al principio de la adultez y se la puede presenciar en diferentes contextos.

De acuerdo con la sintomatología presente, se describen los nueve criterios que se cumplen para el diagnóstico: 1. Realizar llamadas y enviar mensajes sin control, de manera constante frente a un abandono real o imaginado, involucrar a la policía en la búsqueda de una persona que no estaba desaparecida, pero no respondía a sus llamadas o mensajes 2. Presencia de relaciones intensas, que varían entre idealización y desvalorización de personas de su grupo familiar principal y hacia sus amigos, que se presentan inestablemente como un patrón. 3. Deseo constante de ser una persona diferente, actitud de comparación de ella misma con personas a las que considera que tienen mayor importancia. 4. Consumo abusivo de medicamentos utilizados para reducir niveles de ansiedad. 5. Intento de suicidio por dos ocasiones, presencias de automutilación, ideación suicida. 6. Episodios intensos de ansiedad, que llevan a desatar en ciertas ocasiones ataque de pánico. Intensos sentimientos de ira hacia otras personas y hacía si mismo. Falta de estabilidad emotiva, a causa de la reacción marcada del estado de ánimo. 7. Constante sentimiento de vacío, en el que cree que no es importante para nadie y que no tiene amor. 8. Agresión física hacia personas de su núcleo familiar y hacia su novio en un momento de ira incontrolada. 9. Pensamiento de que las personas de su núcleo familiar y de estudio quieren hacerle daño, en el caso de su familia, porque no es querida y en el caso de sus compañeros de Universidad por sentimientos de rencor por ser mujer y estudiar una

carrera de hombres.

Trastorno de Ansiedad Generalizada (300.02)

- A.** Presencia de ansiedad y de extrema preocupación, que se manifiesta por más días que los días de tranquilidad, por un período de tiempo mínimo de seis meses, afecta varias áreas de la vida como actividades rutinarias como ir a la escuela o el trabajo.
- B.** Imposibilidad de control de la preocupación.
- C.** La manifestación de ansiedad y excesiva preocupación tienen relación con tres o más de los siguientes síntomas (y algunos se han dado por más días de los que se han ausentado, en los últimos seis meses.) Nota: En el caso de los niños solamente se necesita de un síntoma.
 - 1. Sensación de sentirse sin salida, impaciencia o sentir mucho nerviosismo.
 - 2. Presencia de cansancio con facilidad.
 - 3. Falta de concentración o constante sensación de “mente en blanco”.
 - 4. Malhumor
 - 5. Tensión de los músculos.
 - 6. Problemas para conciliar el sueño, mantenerse dormido o presencia de sueños desagradables.
- D.** La presencia de ansiedad, preocupación o malestar físico tiene como consecuencia problemas en el ámbito social, del trabajo o de otras funciones importantes.
- E.** Esta alteración, no tiene que ver con la respuesta fisiológica por el uso de sustancias como drogas o medicamentos u otra afección médica.
- F.** Esta alteración no tiene que ver con otro trastorno mental como ansiedad o miedo a la manifestación de un ataque de pánico, en el caso de trastorno de pánico o en un diagnóstico negativo de fobia social, o alguna obsesión relacionada al trastorno obsesivo-compulsivo, ansiedad por separación, estrés post-traumático, anorexia

nerviosa, síntomas somáticos, trastorno dismórfico corporal, presencia de una enfermedad grave, esquizofrenia o trastorno delirante.

En torno a la información adquirida de sesiones terapéuticas, auto reportes y evaluaciones psicológicas. De acuerdo con la sintomatología presente, se describen los criterios que se cumplen para el diagnóstico: 1. Periodo mayor a seis meses en el que la paciente manifiesta sentir extrema preocupación. 2. El control de las preocupaciones se torna incontrolable. 3. Manifestación de ansiedad y preocupación excesiva asociadas a síntomas como: A. Sentirse sin salida, ansioso y/o nervioso. B. Cansancio. C. Malhumor. D. Tensión muscular. E. Problemas para dormir, alteraciones de sueño o dificultad para mantenerse dormido. Ninguno de estos síntomas se encuentran asociados al uso o abuso de sustancias, diagnóstico de ataque de pánico, fobia social o cualquier trastorno delirante.

Trastorno de Depresión Mayor (296.2)

- A. Presencia de cinco o más de los siguientes síntomas, teniendo en cuenta que se han manifestado durante dos semanas y que han tenido cambios significativos del funcionamiento previo; por lo menos uno de los síntomas es estado de ánimo deprimido o perder el interés en el placer.

Nota: No se incluirán síntomas que puedan ser atribuidos a problemas médicos.

1. Sentirse deprimido la mayor parte del tiempo, casi todos los días, de acuerdo a la información subjetiva dada por la persona (p. Ej., sentirse, triste, vacío o desesperanzado) o de lo que las demás personas han observado. (Nota: En el caso de niños y de adolescentes, puede ser la presencia de irritabilidad).

2. Pérdida de interés en las cosas o actividades que causan placer, todos los días, la mayor parte del día, de acuerdo a la información dada por el paciente o por observación de los demás.
 3. Pérdida de peso (más del 5% en un mes) o falta de apetito la mayor parte de días.
(Nota: En niños falta del aumento normal de peso a causa del desarrollo)
 4. Falta de sueño o sueño desmesurado, la mayor parte de los días.
 5. Exaltación o falta de la motricidad, la mayor parte de los días identificada por el resto de personas. (no tiene que ver con la sensación de inquietud o enlentecimiento de la motricidad).
 6. Cansancio o pérdida de energía la mayor parte de los días.
 7. Sentirse inútil o culpable de forma excesiva o que se la considere inapropiada, la mayor parte de los días.
 8. Falta de capacidad para la concentración o de pensamiento, puede estar relacionado a la toma de decisiones, la mayor parte de los días, a partir de la información brindada por la persona o por otros.
 9. Pensamiento recurrente en torno a la muerte, ideación suicida con plan específico para desarrollarlo, intento de suicidio o el tener un plan desarrollado para llevarlo a cabo.
- B.** La presencia de estos síntomas causan problemas clínicos que llegan a ser significativos o causan deterioro social, laboral o de otras áreas de importancia del funcionamiento.
- C.** Este episodio no tiene relación con los efectos fisiológicos causados por el uso de sustancias o por problemas de salud. Nota: Los Criterios A–C tienen relación con episodio de depresión mayor. Nota: En el caso de que sea una respuesta a una pérdida significativa, como un duelo, problemas de dinero o enfermedades, se le

puede incluir los sentimientos de profunda tristeza, rumiación en torno a la pérdida, falta de sueño, pérdida del hambre y del peso, que tiene que ver con el Criterio A y puede tener relación con trastornos depresivos. Estos síntomas pueden ser justificables o aceptables a la pérdida por la que pasa la persona.

- D. Este episodio de depresión mayor no se asocia con trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, presencia de trastorno delirante u otros trastornos sicóticos.
- E. No ha existido la presencia de episodio maníaco o hipomaníaco. Nota: No se aplica en el caso de que estos episodios hayan sido causados por el uso de sustancias o por algún problema de salud.

En torno a la información adquirida de sesiones terapéuticas, auto reportes y evaluaciones psicológicas, se concluye que la paciente cumple con los criterios diagnósticos para trastorno de depresión mayor. De acuerdo con la sintomatología presente, se describen los criterios que se cumplen para el diagnóstico: 1. Estado depresivo todos los días la mayor parte del día. 2. Bajo interés en actividades que causan placer. 3. Presencia de sueño incontrolable la mayor parte de la semana. 4. Pérdida de energía 5. Sentimientos de culpabilidad excesivos. 6. Falta de concentración para la toma de decisiones la mayor parte de días. 7. Pensamientos repetidos sobre muerte y de ideación suicida. La presencia de estos síntomas ha tenido repercusiones en actividades cotidianas dentro de la familia y de la universidad. Estos síntomas no se encuentran asociados al uso o abuso de sustancias. Este episodio no se asocia con trastorno esquizoafectivo o de esquizofrenia. No existe episodio maníaco o hipomaníaco.

Estructura del Tratamiento

Dentro de los problemas que se encuentran presentes en el caso de Daniela están: ideación suicida, automutilación, intento de suicidio, sentimiento de vacío, mala relación con los padres, desregulación emocional, aislamiento social, síntomas depresivos y ansiosos, falta de redes de apoyo, alienación emocional y pensamientos catastróficos. Dado que el trastorno de la personalidad límite es el diagnóstico principal y que causa mayor inestabilidad en la vida de la paciente, poniendo su vida en riesgo se tomó como prioritario tratar la ideación suicida y la automutilación, de modo que se reduzcan los intentos de suicidio y se logre equilibrio emocional en la paciente.

Metas a Corto Plazo

1. Dado que la paciente llega con un previo diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de depresión mayor se empieza con la psicoeducación en terapia cognitivo conductual. Posteriormente se realiza el diagnóstico de trastorno de la personalidad límite, por lo que se realiza psicoeducación en terapia dialéctica conductual.
2. Trabajar en torno a la reducción de ideación suicida y automutilación, con el uso de técnicas de relajación y respiración, trabajo en torno a la aceptación del dolor y el malestar y aplicación de técnicas terapéuticas que ayuden a reducir o eliminar el riesgo de autolesión.
3. Trabajo en torno a los síntomas de ansiedad y depresión, trabajo en torno a la identificación de eventos o situaciones que desatan estos síntomas.
4. Desarrollo de habilidades para contrarrestar síntomas de ansiedad y depresión, en torno a técnicas cognitivas, con el fin de que no se deriven en acciones potencialmente peligrosas para la paciente y las personas de su alrededor.

5. Aplicación de técnicas cognitivas, como registro de pensamientos, identificación de emociones negativas, psicoeducación de distorsiones cognitivas y posterior identificación de las mismas.
6. Trabajo en torno a cambio de pensamientos rígidos o dicotómicos, por medio de la identificación de ellos y trabajo en introspección.
7. Trabajo en torno a la búsqueda de redes de apoyo que se encuentren presentes en momentos de crisis o de presencia de ideación suicida.
8. Buscar actividades que le permitan percibir otro ambiente, diferente al de permanecer aislada en su dormitorio por largas horas en el día.
9. Trabajo en torno a la relación con sus padres, con el fin de buscar una vía de entendimiento y aceptación de las cosas que pueden ser cambiadas y de las que no.

A continuación se detallan las metas a largo plazo de acuerdo a cada trastorno existente:

Metas a Largo Plazo

A continuación se detallan las metas a largo plazo de acuerdo a cada trastorno existente:

Trastorno de la Personalidad Límite

1. Reducir las conductas que ponen en mayor riesgo a la paciente, como son la ideación suicida, planeación suicida, intentos de suicidio y automutilación, a través del acceso a grupos de apoyo y técnicas de manejo de crisis.
2. Lograr flexibilización en las creencias desarrolladas en torno al trastorno de la personalidad límite.

3. Mejora en la calidad de relaciones interpersonales y en la regulación de las emociones, junto con la aplicación de técnicas que ayuden a controlar y tolerar el malestar.
4. Generar una motivación permanente de adherencia al tratamiento que permita que se continúe con las técnicas impartidas con el fin de mejorar el estilo de vida, en torno al trastorno de la personalidad límite.
5. Reducir conductas de aislamiento social, logrando una satisfacción en la búsqueda de emociones y de nuevas relaciones interpersonales.

Trastorno de Ansiedad Generalizada

1. Desarrollo de habilidades en el uso de técnicas y herramientas en torno a la reducción de síntomas de ansiedad provocados por eventos cotidianos.
2. Generar conciencia la importancia del uso de las herramientas proporcionadas en base a la terapia cognitiva conductual, con el fin de prevenir recaídas.
3. Encontrar actividades de interés que duren en el tiempo con el fin de que se mantengan actividades positivas y se reduzca el tiempo de soledad en el que aparecen pensamientos negativos o de rumiación.

Trastorno de Depresión Mayor

1. Disminución de síntomas depresivos que influyen en el cumplimiento favorable de las actividades cotidianas.
2. Lograr un cambio significativo en torno a creencias centrales inflexibles que no permiten una adaptación favorable al entorno, creando una reestructuración de las mismas.

3. Lograr una identificación temprana de pensamientos automáticos que generan actitudes negativas en la paciente, de este modo lograr un monitoreo de las emociones y una respuesta efectiva frente a ellas.
4. Utilizar de manera efectiva las herramientas de la terapia cognitiva conductual, con el fin de que sean aplicadas a la vida diaria y se reduzcan las probabilidades de una recaída.

Aspectos Éticos

Como base fundamental del Código de Ética de la Asociación Americana de Psicología (APA), el presente estudio de caso se basa en estos principios fundamentales y generales, teniendo en cuenta el impacto que tiene la terapia clínica en un paciente. Del mismo modo se garantiza, que en cumplimiento con el código de ética, se ha trabajado en torno al respeto de derechos, protección del bienestar y salvaguardia de la integridad de la paciente, los mismos que se detallan a continuación: Beneficencia, no maleficia, fidelidad y responsabilidad, integridad, justicia, respeto a los derechos de otras personas (Fisher, 2011).

Al principio de la primera terapia con Daniela, se le explica que con el fin de brindar garantía del trabajo que se realiza es necesario que lea, entienda, acepte y firme el consentimiento informado, de acuerdo con el principio 10.01 (Consentimiento informado en terapia), en el mismo que se explica a detalle sobre la confidencialidad y las reglas que se deberán cumplir durante las sesiones psicológicas, tanto de parte del paciente, como del terapeuta (Ver Anexo B) (Fisher, 2011). Daniela no acepta que las sesiones sean filmadas, sin embargo autoriza que se realicen grabaciones de voz y se tomen notas clínicas de cada sesión, entendiendo que se tendrá pleno cuidado de la información proporcionada con el fin de mantener su identidad en el anonimato. Por

este motivo se utiliza un seudónimo para la presentación de este caso, siendo este Daniela.

De acuerdo con el código de ética 2.01, en el que se establece que el psicólogo que brinde su servicio deberá tener límites de competencia adecuados (Fisher, 2011), se explica a la paciente que la terapia será brindada por estudiantes de quinto año de psicología clínica, los mismos que recibirán supervisión constante por parte de profesionales del área.

Dentro del principio 3.11 del código de ética, se especifica que los terapeutas que pertenezcan a una organización y brinden sus servicios por medio de ésta, deberán informar a los pacientes sobre los objetivos y servicios que brinda esta organización con el fin de que sepan dónde estará su información y quienes tendrán acceso a la misma dentro de los límites de confidencialidad (Fisher, 2011). En este caso la organización es la Universidad San Francisco de Quito.

Dentro del consentimiento informado, se especifica que el caso podrá ser usado como parte de una tesis de grado, de igual manera, se informa a la paciente posteriormente, que se realizará el trabajo de titulación con su información, para esto se utilizó el principio 4.07 del código de ética en el que se especifica que se debe proteger la información proporcionada en el caso de que se utilice la misma con fines didácticos, sin revelar la información que permita identificar al paciente con excepción de que el paciente decida revelarla por su cuenta o en el caso de existir motivo legal (Fisher, 2011).

Aspectos de la Relación Terapéutica

Transferencia

La transferencia, dentro de los términos psicológicos se define como la manera en la que el paciente actúa en terapia, en el que puede llegar a asociar con algo o alguien de su vida, proyectando en el terapeuta, sensaciones, pensamientos, deseo, etc. Desde el modo terapéutico, se lo puede considerar positivo si es que el paciente utiliza esa herramienta como una fuente de confianza en el mismo y logra abrirse fácilmente hacia explorar emociones y sentimientos. Se la considera negativa, cuando el paciente identifica en el terapeuta una fuente negativa, en donde se genera rechazo por parte del paciente, asociándolo en ese momento con situaciones del pasado que pudieron experimentarse como negativas (Oelsner, 2013; Portuondo, 1972).

La transferencia y la contratransferencia de acuerdo con Bernard y cols, (2010), son temas que en su mayoría, dentro de la Terapia cognitivo Conductual no se toma en cuenta, ya sea por desconocimiento o por que no se enseña normalmente en las universidades sobre la importancia que estos dos temas tienen al momento de la terapia. Se ha visto que cuando los terapeutas de TCC, incluyen dentro de su tratamiento la concientización sobre la transferencia y contratransferencia, se logra obtener un mejor entendimiento de muchas de las cosas que el paciente manifiesta en terapia o que hace en torno al terapeuta (Bernard y cols, 2010).

Dentro de las primeras sesiones con Daniela, se pudo observar que la paciente fue tomando confianza, en un principio, la motivación que tuvo para ir a terapia fue extrínseca, ya que optó por esto como un mecanismo de defensa frente a los problemas que en ese momento estaba teniendo con su novio Ricardo, haciendo esto como una forma de complacerlo. Por la tercera sesión Daniela empezó a tener mayor confianza y a hablar sobre temas personales, al entender que la presencia del terapeuta no era negativa ni invalidante. Esto ayudó en la alianza terapéutica. Sin embargo con el paso de los meses, la terapia fue en retroceso, ya que Daniela cancelaba seguido las sesiones,

poniendo varias excusas asociadas a la universidad. Cuando finalmente regresó con normalidad, Daniela expresó que no se siente cómoda en terapia, ya que le recuerda que tiene problemas en su vida que debe cambiar y que no lo quiere hacer. Daniela presentaba mucho rechazo frente a las actividades que se le pedía que realice, por ejemplo en el registro de pensamientos.

Contratransferencia

La contratransferencia tiene que ver con las emociones y sentimientos que el paciente despierta en el terapeuta. Es importante que el terapeuta aprenda a identificar estos sentimientos y a manejarlos ya que se pueden presentar emociones que entorpezcan el proceso terapéutico. En el caso de que se presenten emociones que no se pueden controlar, es necesario que el paciente sea transferido a otro terapeuta con el fin de que pueda desarrollar su proceso terapéutico de manera apropiada (Portuondo, 1972). La contratransferencia es una respuesta hacia la transferencia recibida del paciente, al momento en que la transferencia y contratransferencia influyen en la comunicación dentro de la terapia es necesario que se realicen cambios con el fin de que no se den sesgos en la terapia (Patterson, 1959).

La contratransferencia identificada durante el tratamiento, tuvo que ver con el hecho de que Daniela no cumplía muchas veces con las terapias o las cancelaba a último momento. Este tipo de acciones se manifestaban con pensamientos de “La terapia le resulta aburrida”, “Para ella no es importante la terapia”. A pesar de estos sentimientos, se continuó con la terapia y se habló con la paciente sobre la importancia que tiene el asistir constantemente y cumplir con los ejercicios establecidos.

En varias ocasiones, después de una sesión con Daniela, fue necesario acudir a supervisión, ya que muchas veces resultaba agotador escuchar a una persona híper

verbal que en la mayoría de sesiones, sobre todo en las primeras, manifiesta su deseo de morir o no haber nacido. Al salir de una terapia intensa, que muchas veces duraba más del tiempo establecido, era necesario asistir a supervisión con el fin de buscar mecanismos para ayudar a la paciente y para reducir los niveles de ansiedad que se presentaban en terapia tanto en la paciente como en el terapeuta.

Otro tema que causó la presencia de contratransferencia, fue el trabajar en torno a la falta de motivación de Daniela de acudir a terapia. Daniela no creía que las cosas que hacía necesitaban cambiar, pero la paciente hablaba de algunos de sus comportamientos impulsivos no adaptativos. Por ejemplo, cuando Ricardo se fue un feriado a Baños, Daniela llamó a su celular 187 veces la primera noche y envió de acuerdo con ella “incontables” mensajes de texto, con el fin de saber que su novio se encontraba bien. La segunda noche Ricardo no le contestó llamadas ni mensajes desde aproximadamente las 21h00, por lo que Daniela llamó a la policía llorando y sin poder articular oraciones con coherencia. Cuando al fin logró comunicarse con una persona del 911, dijo que su novio y sus amigos habían sido asesinados en la habitación del hotel en el que estaban. Daniela dice que proporcionó todos los datos de su ubicación y la policía fue hasta la habitación de Ricardo, encontrándolos dormidos tras ingerir alcohol. Después de este acontecimiento Daniela comenta que fue suspendida del servicio del 911 por tres meses como penalización por utilizar una línea de emergencia, sin que exista una. Al contar esta historia, Daniela se reía y burlaba de ella misma, decía que fue un momento de preocupación que salió mal, la paciente manifestó su molestia con Ricardo por haberse enojado, cuando solamente actuó para protegerlo. Después de esta sesión, que estuvo cargada de algunas emociones, fue difícil seguir con el siguiente paciente, por lo que se procedió a cancelarlo y acudir a supervisión, ya que el sentimiento de haber perdido el control de la terapia era muy fuerte.

Después de esta sesión y tras tomar pruebas, se determinó el diagnóstico de Trastorno de la Personalidad Límite, lo que permitió que se estudiara mejor a la forma en la que las personas con este diagnóstico actúan y de este modo lograr una mejor comunicación en terapia y al mismo tiempo emplear herramientas que brinden un mejor manejo tanto de la sesión como de la contratransferencia.

Intervenciones

Psicoeducación

Con el fin de que Daniela, entienda sobre la Terapia Cognitiva Conductual con el fin de que logre entender su diagnóstico y entienda la importancia que tiene la terapia. Dentro del primer mes de terapia, Daniela ya sabía sobre el modelo cognitivo. Dado que Daniela tenía mucha curiosidad, compró libros sobre el tema y los leyó, después de un tiempo hablaba sobre la terapia de forma fluida e incluso cuando se le solicitó que realice un registro de pensamientos disfuncionales, ella ya los conocía.

Registro de Pensamientos Disfuncionales

De acuerdo con las guías de Judith Beck, se procedió a realizar un registro de pensamiento en terapia, al principio, pese a que Daniela demostraba un alto entendimiento sobre los pensamientos disfuncionales, fue muy complicado que logre identificarlos. Tomó aproximadamente 45 minutos de una sesión para que logre hacerlo y en cuanto logró identificar una, se sintió ansiosa y pidió parar con la actividad. La siguiente sesión trajo llena la hoja con pensamientos disfuncionales que había identificado.

Formulario de Creencias Centrales

Una vez que Daniela tenía pleno conocimiento del modelo cognitivo se prosiguió al formulario de creencias centrales. Para esto fue necesario trabajarlas en

terapia, para esto se utilizó la creencia central que Daniela eligió que era “No soy amada”, a la cual la otorgó una credibilidad de 85%, frente a esto se procedió con la identificación de emociones en torno a esta creencia central, logrando que Daniela realice una retrospectiva de los momentos en que se sintió amada. Al final del trabajo, otorgó un 15% de credibilidad a esta creencia. Daniela se negó a hacer estos ejercicios fuera de terapia.

Técnicas de Relajación

Daniela en varias ocasiones llegó a terapia con mucha ansiedad. Razón por la que se empleó técnicas de relajación que permitan el manejo de las emociones en torno a un episodio ansioso. Mediante ejercicios de respiración, Daniela optó por acostarse en el sillón del consultorio y se empezaron los ejercicios de inhalación, exhalación y focalización. Enfocando su atención en “apagar” esa sensación Daniela logró relajarse, manifestando que la mayor parte de los sentimientos de ansiedad cedieron. Una vez que se sintió mejor se sentó. Esta actividad la realizamos los 10 primeros minutos de las sesiones, con el fin de que Daniela se sienta a gusto antes de empezar a hablar sobre emociones que la desequilibraban.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Resultados SCL-90-R

Dentro de la terapia realizada con este paciente y debido al tiempo y la severidad de los síntomas presentados, se tomaron cuatro evaluaciones con la herramienta SCL-90-R. Se toman en cuenta todos los valores que son clínicamente significativos $T > 63$, en pre y post intervención. Posteriormente se presenta un análisis comparativo entre los cuatro resultados obtenidos, representados en gráficas.

Pre - Test

Se realiza la primera prueba en la que se aplica el SCL-90-R, las primeras semanas de inicio del tratamiento. Los resultados demuestran una elevación significativa dentro de diez escalas de doce. Obsesiones (OBS) $T=63$, que incluyen síntomas obsesivos compulsivos, de acciones y pensamientos que no son controlables. Sensibilidad Interpersonal (SI) $T=65$, esta escala incluye sentimientos de inadecuación personal, inferioridad e incomodidad frente a relaciones interpersonales. Depresión (DEP) $T=63$, incluye estado de ánimo depresivo, ideación suicida, falta de motivación y de energía. Ansiedad (ANS) $T=63$, en esta escala se incluyen características asociadas a nerviosismo, ataques de pánico y miedos. Hostilidad (HOS) $T=65$, esta escala incluye pensamientos y comportamientos asociados con afectividad negativa, irritabilidad, deseo incontrolable de romper o dañar cosas como una forma de escape. Ansiedad Fóbica (FOB) $T=65$, en esta escala se incluyen miedos persistentes a lugares, cosas, objetos, personas e incluso situaciones específicas. Ideación Paranoide (PAR) $T=65$, esta escala incluyen pensamientos asociados sentirse mejor que los demás, delirios, suspicacia y temor a perder la independencia. Psicotismo (PSIC) $T=65$ esta escala

incluye un amplio rango de características asociadas a soledad, creencias de ser controlado, alucinaciones y características esquizoides. Índice de Severidad Global (IGS) T=65, Índice total de Síntomas Positivos (TSP) T= 70 y finalmente el Índice de Malestar Sintomático (IMSP) T=55, el mismo que no es clínicamente significativo, demuestra que estos síntomas los siente la paciente con esa intensidad y no exageró al momento de reportar.

Tabla 1.1. Valores T – Primera Evaluación.

Valores T												
	SOM	OBS	SI	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC	IGS	TSP	IMSP
Pre Test	55	63	65	63	63	65	65	65	65	65	*70	55

Post – Test

Los resultados de la prueba final, muestran un cambio de sintomatología en comparación con la primera evaluación. En promedio las escalas tuvieron una disminución de 3.91 puntos, donde la escala de Paranoia T=55 muestra un cambio superior con una diferencia de 10 puntos, lo que demuestra que han reducido sus síntomas de sentirse mejor que los demás, delirios, suspicacia y temor a perder la independencia. A pesar de esto, aún se encuentran cinco escalas con una elevación clínicamente significativa. Sensibilidad Interpersonal (SI) T=63, esta escala muestra una disminución de dos puntos en relación con el primer test, lo que demuestra que pese a que han disminuido los sentimientos de inadecuación personas, inferioridad e incomodidad, todavía existen estos síntomas. Hostilidad (HOS) T=63, esta escala muestra una disminución de dos puntos en relación al primer test, esto demuestra que pese a que redujeron los pensamientos y comportamientos asociados con afectividad negativa, irritabilidad, deseo incontrolable de romper o dañar cosas como forma de escape, todavía siguen existiendo. Ansiedad Fóbica (FOB) T=63, se puede observar una

disminución de 2 puntos en esta escala, lo que demuestra que pese a que se han reducido los miedos persistentes a lugares, cosas, objetos, personas y situaciones específicas, siguen existiendo todavía estos síntomas. Psicotismo (PSIC) T=63, en esta escala se observa una disminución de dos puntos, pese a esto sigue siendo clínicamente significativa, lo que demuestra que todavía existen características asociadas a soledad, creencias de ser controlado, alucinaciones y características esquizoides. En el caso de los Síntomas Positivos (TSP) T=70, se puede observar que no hubo variación en el puntaje, lo que demuestra que el total de síntomas en la paciente siguen siendo iguales, a pesar de que ya no son tan graves como en el principio.

Tabla 1.2. Valores T – Cuarta Evaluación

Valores T												
	SOM	OBS	SI	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC	IGS	TSP	IMSP
Post Test	55	60	63	60	55	63	63	55	63	60	*70	45

Análisis General

Entre las fechas en las que se tomó el pre-test y el post-test, hubieron dos evaluaciones más, la segunda evaluación fue realizada dos meses después aproximadamente. En esta evaluación se pueden observar ocho escalas con elevación clínicamente significativa SI (T=65), DEP (T=63), ANS (T=63), HOS (T=65), FOB (T=65), PSIC (T=65), IGS (T=65) y TSP (T=70). La paciente reporta de forma general, síntomas asociados a un mal manejo de las emociones, a una impulsividad descontrolada, estado de ánimo depresivo, desmotivación e ideación suicida.

Tabla 1.3. Valores T – Segunda Evaluación.

Valores T												
	SOM	OBS	SI	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC	IGS	TSP	IMSP
Segunda	55	60	65	63	63	65	65	60	65	65	*70	50

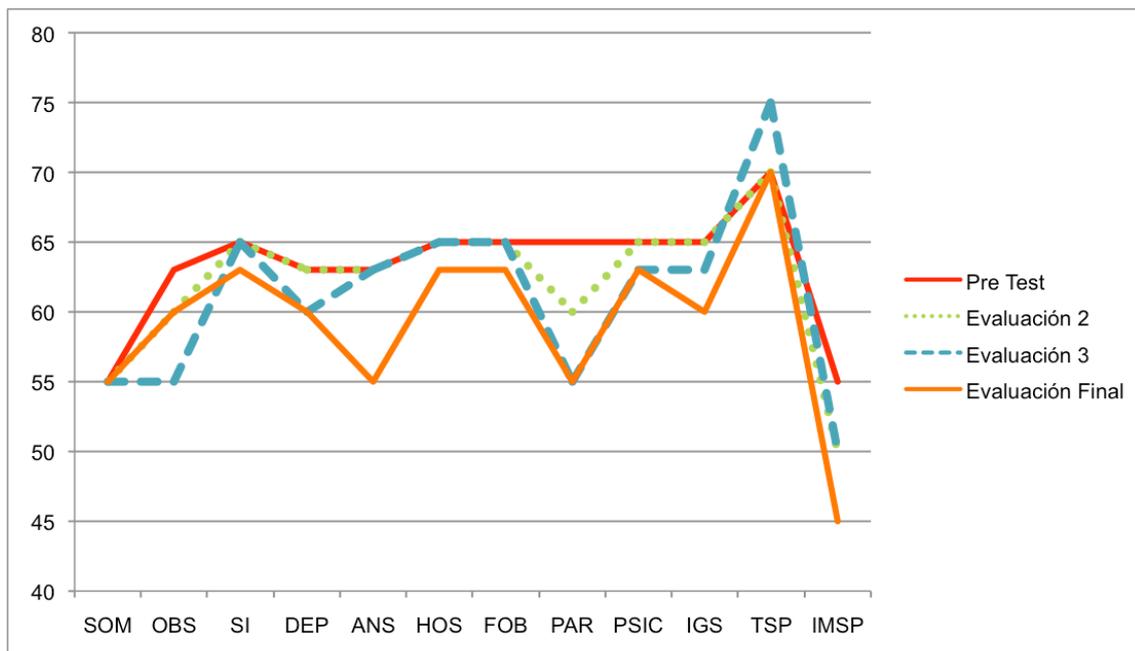
Evaluación												
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sin embargo en la tercera evaluación realizada tres meses después, se ve un retroceso en el proceso, pese a que solamente se presentan 7 escalas elevadas de las 12, los síntomas que presentó la paciente TSP (T=75), subieron 5 puntos. Las demás escalas con puntajes clínicamente significativos fueron: SI (T=65), ANS (T=63), HOS (T=65), FOB (T=65), PSIC (T=63), IGS (T=63). Donde se puede observar que han reducido los síntomas depresivos, aunque sigue presentando impulsividad descontrolada, preocupación excesiva, miedos a espacios o cosas en específico y pensamientos bizarros.

Tabla 1.4. Valores T – Tercera Evaluación.

Valores T												
	SOM	OBS	SI	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC	IGS	TSP	IMSP
Tercera Evaluación	55	55	65	60	63	65	65	55	63	63	*75	50

Los índices globales de la paciente demuestran que presenta una sintomatología considerada grave, aunque del mismo modo, hay una cierta predisposición a exagerar los síntomas y de este modo elevar las escalas. De acuerdo con los valores que se obtuvieron, se concluye que los síntomas presentados, van acorde a la sintomatología presentada por la paciente mediante auto reporte o en terapia. El hecho de que no se hayan reducido los síntomas significativamente, demuestra la falta de interés que la paciente tiene para mejorar, ya que normalmente se molesta cuando en una sesión se tiene que realizar una evaluación y la actitud frente a ésta pudo haber causado sesgos en las pruebas. A pesar de esto los resultados concuerdan con el diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada y Trastorno de depresión mayor del Eje I y de Trastorno de la personalidad Límite del Eje II.



Gráfica 1: Variación de Valores T de las Evaluaciones.

Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota – 2 (MMPI-2)

El Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota, es el cuestionario más utilizado en términos profesionales, con una excelente reputación en la medición de psicopatologías en adultos. Sin embargo este no es suficiente para constituir una evaluación psicológica completa. Es importante tener en cuenta que de las diez escalas clínicas, tres estuvieron por encima del rango clínico ($T=65$ o mayor). El perfil presentado por la paciente es descrito como 2/1 (Escala 2 de Depresión ($T=88$) y Escala 1 Hipocondriasis ($T=84$)). Es importante tener en cuenta que en el caso de este perfil la escala 7 de Psicastenia, también es considerada clínicamente significativa ($T=83$) (Green, 2000).

Resultados de MMPI-2

El perfil presentado por la paciente es descrito como 2/1 (Escala 2 de Depresión ($T=88$) y Escala 1 Hipocondriasis ($T=84$)). Es importante tener en cuenta que en el caso

de este perfil la escala 7 de Psicastenia, también es considerada clínicamente significativa (T=83) (Green, 2000). Ver ANEXO A.

Escalas de Validez

La escala VRIN (Variable Response Inconsistency) T=50 es un puntaje considerado dentro de lo normal. Con este puntaje, se puede decir que la cliente respondió varias preguntas empleadas de forma diferente, de una forma mayormente consistente, lo que demuestra que la paciente, tuvo consistencia en las respuestas a las preguntas que miden este ítem (Greene, 2000).

La escala TRIN (True Response Inconsistency) T=50 es considerado un puntaje que se encuentra dentro del rango normal, este puntaje quiere decir que la cliente, tuvo una tendencia a responder “NO” muchas veces a lo largo del test, esto quiere decir que la paciente pudo tener la tendencia a exagerar síntomas y a decir que sí a varias preguntas sin pensarlas mucho. Dado que esta es una escala que mide la tendencia de las personas a responder que si “yea-sayers” o que no “nay-sayers”, a esta paciente se la considera una “nay-sayer” (Greene, 2000).

La escala F (Infrequency) T=82, es un puntaje que se considera clínicamente significativo ($t > 65$), lo que quiere decir que la cliente, ha experimentado situaciones extrañas a las que no les pueda dar una explicación de forma lógica y que le han sucedido de manera repetida. El hecho de que la paciente haya reportado varios ítems que tienen que ver con situaciones extraña, puede estar asociado con varios miedos que la paciente menciona tener a diversas cosas y situaciones. De igual forma puede ser que hayan influido los valores sociales, ya que la paciente ha manifestado varias veces en sesión, no sentirse aceptada por sus padres ni por sus amigos. Esto demuestra un estrés psicológico elevado en el cliente (Greene, 2000).

La escala F (b) (Back Infrequency) T=112, es un puntaje que se considera clínicamente significativo ($t > 65$), este puntaje puede que sea por el hecho de que la paciente tiene un diagnóstico de depresión, y se encuentra inestable en este momento. Esta es una escala que mide síntomas de depresión, sensación de inadaptación, problemas familiares e interpersonales, así como ideación suicida (Greene, 2000).

La escala F (p) (Infrequency Psychopathology) T=49, es un puntaje que se considera por debajo de lo normal. Esta escala mide experiencias inusuales, que incluyen ataques de pánico, síntomas sicóticos, actitudes amorales, confusión de identidad. Este puntaje se encuentra bajo, lo que es inconsistente con el hecho de que la paciente tiene ataques de pánico que se le presentan de forma seguida. Hay que tener en cuenta que la diferencia de puntos que hay entre el Fb y Fp es de 63 puntos, una diferencia muy significativa (Greene, 2000).

La escala FBS (Fakebad) T=84, se considera un puntaje por encima de lo normal, esto demuestra que la paciente no fue consistente entre la primera y la segunda parte del test. Dado que esta escala se encarga de medir la consistencia de la primera y la segunda parte del test, se considera que esta persona tuvo muchas diferencias en las respuestas que dio en la primera parte del test y en la segunda, no fue consistente (Greene, 2000).

La escala L (Lie) T=62, se encuentra dentro del rango normal, lo que quiere decir que la persona tuvo un balance entre lo que respondió por protegerse y lo que respondió de forma sincera. Dado que esta escala mide la qué tendencia tiene la persona de decir la verdad, se considera que esta persona a pesar de que tuvo una tendencia a exagerar en las respuestas que daba, ella estaba buscando ayuda, sin embargo tuvo balance, y no llegó a mentir de tal forma que invalide la prueba. También tuvo unas

respuestas en las que la paciente solamente buscaba protegerse, no mentir (Greene, 2000).

La escala K (Correction) T=32, es un puntaje que se encuentra por debajo del rango normal. El hecho de que K se encuentre por debajo del promedio, demuestra que la persona no tiene recursos para poder salir y que con el tiempo se ha llegado a acostumbrar a la situación por la que está pasando. Considerando esta escala, hay que tener en cuenta que esta paciente no sería una buena candidata para trabajar en terapia psicológica (Greene, 2000), información que es consistente con el diagnóstico de Trastorno de la Personalidad Límite.

En cuanto a la configuración FLK se puede decir que las personas con este tipo de configuración, tienden a ser personas con problemas emocionales complicados, por lo que piden ayuda para lograr sobrellevar sus problemas. En el caso de la paciente, al mismo tiempo que busca ayuda para lograr resolver sus problemas, también está tratando de mostrarse un poco peor de lo que se encuentra exagerando las cosas que le pasan, es por esto que la escala de F subió tanto, y sin embargo la L se encuentra dentro del promedio normal. Dado que la K se encuentra baja, se puede decir que la paciente no se siente muy cómoda al momento de buscar soluciones para algunas situaciones que pueden resultar complicadas para la paciente (Greene, 2000).

El MMPI aplicado a esta paciente, se considera válido, especialmente porque el VRIN y el TRIN, tienen puntajes normales, al igual que la escala L. A pesar de que el puntaje en FBS es alto, demostrando que no tuvo consistencia entre la primera y la segunda parte del test, las inconsistencias no alteraron los resultados de una forma significativa como para invalidar el test (Greene, 2000).

Pese a que el MMPI-2, es una prueba con altos niveles de credibilidad, esta no es una prueba de diagnóstico, por lo que los resultados obtenidos en la escala clínica, no es

un referente de diagnóstico para la paciente en cuestión, simplemente mide rasgos de personalidad característicos que resaltan en cada persona. En el caso de la paciente en cuestión, se observa que tiene un perfil 2/1, (Escala 2 de Depresión: T=88; Escala 1 de Hipocondriasis: T=84) (Greene, 2000).

Es importante tener en cuenta que no solo estas escalas se encuentran elevadas, ya que existen más escalas clínicas con puntajes considerados clínicamente significativos (Greene, 2000).

Escalas Clínicas

La primera escala clínica es Hipocondriasis (Hs) T=84 es considerado un clínicamente significativo. Esto quiere decir que la paciente tiene mucha preocupación por su salud, de tal forma que llega a somatizar sus síntomas, razón por la cual la paciente tiene la tendencia a sentir que algo malo está pasando con su salud. Esta escala mide síntomas no específicos y vagos frente al correcto funcionamiento del cuerpo. Es una escala que mide qué tanto la persona tiende a somatizar los problemas que tiene y qué tanta importancia se da a los dolores leves que la persona puede sentir, especialmente aquellos que se sienten en la espalda y el abdomen. Es una escala que se mide con 32 ítems (Greene, 2000).

La segunda escala es Depresión (D) T=88, este es un puntaje que se considera clínicamente significativo, ya que se encuentra por encima del puntaje normal. La escala de depresión mide síntomas de depresión, que es una actitud general caracterizada por baja moral, falta de esperanza en el futuro y una insatisfacción personal muy marcada. Es una escala que se mide con 57 ítems asociados a la depresión. Personas con esta escala elevada, suelen tener un diagnóstico de depresión mayor (Greene, 2000).

La tercera escala es Histeria (Hy), T=82, este puntaje se encuentra por encima de lo normal, esta escala manifiesta que se presentan síntomas moderados asociados con la

histeria. Esto tiene que ver mucho con el hecho de que es una persona que no puede tener relaciones sociales muy claras con las personas. Esta es una escala que mide la presencia de síntomas de somatización especialmente presentados en las articulaciones y la cabeza. También mide qué tan bien se siente la persona frente a su adaptación con el mundo y las personas que lo rodean. Se clasifica en estas dos categorías generales y es una escala que se mide por medio de 60 ítems (Greene, 2000).

En cuanto a la triada neurótica estos pacientes tienen problemas crónicos con varios síntomas de depresión e histeria. Son personas que tienen la tendencia a somatizar sus síntomas y es por ello que empiezan a tener diferentes tipos de dolores. En el caso de la paciente, existen síntomas físicos en el cuello, el estómago y la espalda, aparte de un constante cansancio y miedo de llegar a tener un ataque de pánico (Greene, 2000).

La escala cuatro es Desviación Psicopática (Pd), T=73, esta escala se encuentra por encima del rango normal, lo que quiere decir que la persona no tiene un balance entre las preocupaciones que le causa la familia y las autoridades, esto puede estar ocasionando problemas sociales y familiares en la paciente. Esta es una escala que mide problemas sociales mal adaptativos generales y fuerte sentimiento de inconformidad con situaciones en las que es necesario seguir reglas o respetar a la autoridad. Es una escala que se mide por medio de 60 ítems que son contradictorios en cuanto a la familia, las reglas y la autoridad (Green, 2000).

La quinta escala es Masculinidad – feminidad (MF), T=62, este es un puntaje que se lo considera dentro de lo normal, lo que quiere decir que es una persona que tiende a tener más roles femeninos que masculinos, pero no de una forma marcada. Tiene un balance. Esta es una escala que mide intereses vocacionales, hobbies, preferencia de actividades, si es que es una persona activa o pasiva y su interés por los

deportes. Tiene una tendencia a medir si es que la persona se identifica más con los roles masculinos o femeninos. Es una escala que se la mide por medio de 56 ítems que son considerados muy heterogéneos (Greene, 2000).

La escala 6 de Paranoia (Pa), T=74, es una escala que se considera clínicamente significativa. Esto quiere decir que la persona presenta síntomas de sicosis o de ideas delirantes. Esta es una escala que mide la sensibilidad interpersonal, la moral personal y la sospecha que tiene frente a diversas situaciones. La escala se mide por medio de 40 ítems (Greene, 2000).

La escala siete es Psicastenia (Pt) T=83, este es un puntaje que se considera significativo, lo que quiere decir que la paciente tiene una tendencia a sentirse ansiosa frente a situaciones ajenas a ella. Tiene mucho que ver con la situación por la que se encuentra, ya que la paciente ha sido diagnosticada con ansiedad generalizada. Esta es una escala que mide de falta de habilidad de resistencia de ciertos acontecimientos o de manejo de ciertos pensamientos dados por una mal adaptación natural. Tiene que ver con personas obsesivo compulsivas y es medida por medio de 48 ítems presentados a lo largo del test (Greene, 2000).

La octava escala es la de Esquizofrenia (Sc), T=82, el puntaje de esta escala está por encima de lo normal, lo que quiere decir que la persona tiene pensamientos bizarros o que ha vivido experiencias inexplicables. Esta es una escala que mide la presencia de pensamientos bizarros, percepciones peculiares, alienación social, relaciones familiares pobres, problemas de concentración y de control de impulsos, falta de interés, preguntas preocupantes sobre uno mismo y el mundo, y dificultades sexuales. Es una escala que se mide por medio de 78 ítems (Greene, 2000).

La novena escala es de Hipomanía (Ma), T=68 este es un puntaje que se considera por encima de lo normal. El hecho de que este puntaje se encuentre elevado,

puede deberse al hecho de que la paciente ha pasado por un momento en su vida en la que no se siente adecuada, siente que las personas la critican, incluso su familia y su novio y esto la ha llevado a sentirse inadecuada. Es una paciente que incluso ha tenido varios episodios de ataque de pánico, por lo que con el tiempo se ha llegado a sentir inadecuada. Esta es una escala que mide excitación maniaca, caracterizada por un estado de ánimo muy cambiante y la presencia de ideas sueltas que llegan a causar excitación o baja de ánimo. Es una escala que se mide por medio de 46 ítems (Greene, 2000).

Finalmente se encuentra la escala de Introversión Social (Si), T=67, este es un puntaje que se encuentra por encima de lo normal, a esta paciente se la considera una persona tímida y reservada con sus cosas, una persona que tiende a dejar de lado las situaciones en las que se encuentran varias personas y prefiere hacer las cosas de forma más tranquila, especialmente si es que puede pasar tiempo a solas. Esta es una escala que mide la introversión o la extroversión de las personas. Es una escala que se mide por medio de 69 ítems (Greene, 2000).

Escalas de Contenido

La primera escala de contenido, es Ansiedad (ANX) T=89 que se considera clínicamente significativa. Contiene 23 ítems, de los cuales 18 tienen como “verdadero” a la respuesta desviada. Lo primero que se puede notar en la escala de ANX es el malestar generalizado y la emocionalidad negativa que deja a los pacientes con una fea sensación de ansiedad. Específicamente estas características ansiosas son las que dominarán a la persona y que se notarán más en las escalas clínicas sólo cuando la escala se eleva muy por encima de otras medidas, sobre todo en factores de malestar generalizado y emocionalidad negativa (Greene, 2000).

La segunda escala de contenido es la de Miedos (FRS) T=65, llega a ser clínicamente significativa. La correlación con estas escalas se refleja en el nivel de estrés que se ve en las personas que tienen miedos y en los que esta escala se encuentra elevada (Greene, 2000).

La tercera escala de contenido es la de las Obsesiones (OBS) T=71 este puntaje se encuentra por encima de lo normal, por lo que es estadísticamente significativo. El tema con las obsesiones tiene que ver con rumiación de ideas en las que no es parte de un grupo o no es incluida, o sobre ideas de no poder tomar las decisiones adecuadas cuando tienen que ser tomadas (Greene, 2000).

La cuarta escala de contenido es la de Depresión (DEP) T=83. Este puntaje se encuentra por encima del promedio normal por lo que se le considera clínicamente significativo. Este puntaje tiene relación con el hecho de que la paciente fue diagnosticada con depresión mayor. En esta escala hay una notable tendencia a generalizar todo lo que sucede, dándole un grado de negativismo a lo que les sucede o a lo que pasa diariamente. Existe una pérdida de esperanza sobre el futuro y una tendencia a creer que todo está mal y que así estará para siempre (Greene, 2000).

La quinta escala de contenido es la de Preocupaciones sobre la Salud (HEA) T=89. Este puntaje se encuentra por encima del promedio normal, por lo que se lo considera clínicamente significativo, lo que demuestra que la paciente tiene mucha preocupación sobre su salud. Esta escala contiene varios ítems en los cuales se mide síntomas de malestar en la cabeza, problemas sensoriales o motores y ciertos ítems en los que se mencionan pérdidas de conciencia (Greene, 2000).

La sexta escala de contenido es la de Pensamientos Bizarros (BIZ) T=58. Este puntaje se encuentra dentro del promedio normal por lo que no es considerado clínicamente significativo. Esto quiere decir que la paciente no tiene pensamientos de

que cosas extrañas de una forma seguida o constante. Esta escala es una sobre evaluación de pensamiento y procesos psicóticos (Greene, 2000).

La séptima escala es la de Ira (ANG) T=68, este puntaje se encuentra por encima del puntaje normal, por lo que se lo considera clínicamente significativo. Esto quiere decir que la persona tiene una tendencia a responder con ira frente a diferentes situaciones. La escala de ira refleja tanto, si no más, la falta de preocupación por las convenciones sociales como la expresión real de la ira (Greene, 2000).

La octava escala de contenido es la de Cinismo (CYN) T=58, este puntaje se encuentra dentro del promedio normal, no es considerado clínicamente significativo, lo que quiere decir que la paciente no tiene la tendencia al cinismo, de forma frecuente. Esta escala contiene 23 ítems, en los que todos tienen como respuesta desviada a la respuesta “Verdadero”. Esta escala tiene que ver con el hecho de que las personas tienen una amplia gama de sentimientos de ausencia absoluta de escepticismo con respecto a los motivos de los demás, a través de lo que se protegen de una forma exagerada y creen que son vulnerables a los actos de los demás por creer que todos son deshonestos, sin principios, corruptos, entre otros (Greene, 2000).

La novena escala de contenido es la de Prácticas Antisociales (ASP) T=59, este puntaje se encuentra dentro del promedio normal, por lo que la paciente no se ha visto involucrada en prácticas antisociales. En esta escala se incluye el que admitan que cometieron delitos en el pasado como robo, absentismo escolar, suspensión de la escuela, conflicto con la escuela o la ley (Greene, 2000).

La décima escala de contenido es la de Tipo A (TPA) T=77, este puntaje se considera clínicamente significativo. Esta escala contiene 19 ítems en donde todos tienen como respuesta desviada a “Verdadero”. El primer componente se centra en la urgencia del tiempo, el segundo componente con la determinación de la persona para

cumplir o exceder las demandas laborales, y el tercer componente tiene que ver con una investigación seria, competitiva y difícil de manejar el auto-concepto (Greene, 2000).

La onceava escala de contenido es la de Baja Autoestima (LSE) T=78, este puntaje se encuentra por encima del promedio normal, por lo que es considerada clínicamente significativa. Se compone de elementos que admiten deficiencias personales e interpersonales que se encuentran en una amplia variedad de escalas del MMPI-2 (Greene, 2000).

La doceava escala de contenido es la de Malestar Social (SOD) T=63, este puntaje se encuentra dentro del promedio normal, por lo que es considerada clínicamente significativa. Esta escala hace hincapié en la prevención de situaciones de grupo y sociales, una aversión para la interacción interpersonal, y la preferencia por la soledad (Greene, 2000).

La escala trece de contenido es la de Problemas Familiares (FAM) T= 75 este puntaje se encuentra por encima del promedio, por lo que es considerado clínicamente significativo. Esta escala se refiere a la actual familia y la familia de origen en aproximadamente la misma medida, mientras que la referencia a la casa de sus padres domina con mayor claridad los elementos de la escala de la discordia familiar (Greene, 2000).

La escala 14 de contenido, es la de Interferencias de Trabajo (WRK) T= 92, esta escala se encuentra por encima del promedio normal, por lo que se la considera clínicamente significativa. Esta escala tiene que ver con la dificultad de ajustarse a nuevos lugares, situaciones o entornos (Greene, 2000).

La última escala de contenido es la de Indicadores de Tratamiento Negativos (TRT) T=84, esta escala se encuentra por encima del promedio normal, por lo que es considerada clínicamente significativa. Esta escala refleja un estado depresivo en el que

la apatía, la desesperanza y la impotencia alcanzan un nivel de gravedad tal como para dar lugar a inmovilización (Greene, 2000).

Escalas suplementarias

La escala Welsh de Ansiedad (A) T=80 se encuentra por encima del puntaje normal, por lo que se le considera clínicamente significativo. Esto quiere decir que la paciente se encuentra con mucha ansiedad en las áreas de su vida, hay muchas cosas que la angustian y que colaboran a que su ansiedad aumente, cosa que no es positiva, dado que es una persona con diagnóstico de Ansiedad Generalizada. Esta escala es un compuesto de la serie de elementos diferentes que reflejan angustia, malestar generalizado y emociones negativas que son comunes a la mayoría de las escalas del MMPI-2 (Greene, 2000).

La escala de Represión (R) T=44 se considera un puntaje por debajo de lo normal. Esta persona se encuentra agotada emocionalmente. Esta es una escala que mide negación, supresión o inhibición de intereses de forma positiva o negativa (Greene, 2000). Síntomas de problemas físicos y de salud, emocionalidad, violencia y actividad. Problemas sociales y familiares, dominancia social y participativa. Problemas personales y vocacionales (Greene, 2000).

La escala Fuerza Ego (Es) T=31, es un puntaje que se encuentra por debajo de lo normal. Con este puntaje se puede decir que la persona no se encuentra pasando por un momento de estrés, sin embargo tampoco tiene mucho potencial para poder seguir con un a terapia que le ayude a mejorar la situación por la que se encuentra pasando. Es por esto que no tiene que ver con la situación por la que se encuentra pasando la paciente, lo que puede significar que la persona se ha ido acostumbrando a la situación (Greene, 2000).

La escala de dominancia (Do) T=46, es un puntaje que se encuentra por debajo de lo normal. Tiene que ver con el hecho de que es una persona callada, tímida, que prefiere hacer cosas que no sean muy públicas o que impliquen relaciones sociales. Esta escala mide si la persona tiene una personalidad fuerte y dominante y la forma en la que este resultado influye en la forma de ser de la persona (Greene, 2000).

La escala de Responsabilidad Social (Re) T=47, es un puntaje que se encuentra por debajo de lo normal. En esta escala se muestra a las personas como aquellas que tienen la responsabilidad de aceptar las consecuencias de sus propios actos, dependencia, digno de confianza y un sentido de obligación con el grupo al que pertenece o en el que se encuentra (Greene, 2000).

La escala de Inadaptación Universitaria (Mt) T=85, es una escala que se encuentra con un puntaje elevado. Esto quiere decir que la persona se encuentra incómoda, ansiosa y que no se siente segura de ella misma en las cosas que realiza tanto en la universidad. Esto también demuestra que no se siente aceptada dentro del ámbito social universitario y esto se asocia con la problemática de no poder hacer amistades y con la competitividad que siente al querer demostrarle al padre que es la mejor. Esta escala mide qué tan cómodo se siente una persona dentro del ámbito universitario (Greene, 2000).

La escala de Desorden de Estrés Post Traumático (PK) T=84, se encuentra por encima del puntaje considerado como normal. Aparte de medir los síntomas de estrés postraumático, esta escala refleja en su puntaje alto la existencia de problemas psicológicos. Lo que esta escala demuestra es una personalidad que tiende a tener conflictos personales, donde el realizar las cosas, incluso aquellas para las que es buena, le causa angustia, estrés y llega a causar problemas. Cuando el puntaje de esta escala se encuentra por encima de lo normal, demuestra una disconformidad en la persona y una

falta de seguridad en las cosas que realiza. Esta es una escala que va decreciendo con la edad. Las mujeres tienen la tendencia a endosar más de estos ítems que los hombres (Green, 2000).

La Escala de Estrés Marital (MDS) T=89, se encuentra por encima del puntaje considerado como normal. Las personas que tienen un puntaje elevado en esta escala, se encuentra experimentando mucho estrés en su relación de pareja y por lo general la persona se encuentra alejada del resto de personas como consecuencia de este problema. Los puntajes de esta escala suelen disminuir con el tiempo en hombres y mujeres, incluso en pacientes psiquiátricos (Greene, 2000).

La escala de Hostilidad (Ho), es una escala que se encuentra por encima de lo normal. Las mujeres con puntajes altos se consideran como personas nerviosas, temerosas, deprimidas y con tendencias paranoides. También son generalmente personas con altos niveles de estrés que experimentan emocionalidad negativa. Estos puntajes no se ven afectados con el paso del tiempo ni con la edad o madurez de la persona (Greene, 2000).

La escala de Hostilidad Sobre controlada (O-H) T=68, es una escala que se encuentra por encima de lo normal. Los puntajes altos en esta escala se manifiestan como un excesivo control de sus impulsos hostiles y se mantienen alejados de las personas, sobre todo de estar en grupos sociales. No admiten que tienen problema ni síntomas psicológicos, a pesar de que muchas veces son diagnosticados como psicóticos. Son vistos como personas rígidas que muestran su ansiedad pero no de forma abierta (Greene, 2000).

La escala de Potencial de Adicción (APS) T=47, es un puntaje que se encuentra por debajo de lo normal. Los puntajes bajos en esta escala tienen que ver como un modo de verse de un modo relativamente positivo, ellos no se enojan con temas de abuso de

sustancias. En el caso de que se encuentren abusando de sustancias, puede ser que no se sientan culpables, que no lo vean como algo negativo o que no lo estén reportando (Green, 2000).

La escala Rol de Género – Femenino (GF) T=30, se encuentra por debajo de la escala considerada normal. Los puntajes bajos en esta escala tienen que ver con poco interés por las actividades que se consideran femeninas y suelen ser personas que llegan a desarrollar abuso de sustancias (Greene, 2000).

Codetipos

El codetipo asociado a las escalas clínicas de este cliente es de (2-7). Se observan las puntas en Depresión y Psicastenia.

Sesgos del Autor

Los sesgos del autor tienen relación a la adherencia al tratamiento. Pese a que se estuvo trabajando con Daniela por más de un año, no se logró que la paciente se adapte al tratamiento. En un principio se esperó lograr con el objetivo de que ella cumpla con su parte del tratamiento. Asumiendo que esto iba a suceder se pensó que se iban a encontrar mejor resultados al final de la terapia. Lo menos que se esperaba es que Daniela logre una remisión de sus dos diagnósticos secundarios: Trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de depresión mayor. No se esperaba que en un año se logre recuperar del trastorno de la personalidad límite, ya que al ser su principal trastorno se tenía en cuenta cuan acostumbrada la paciente se encontraba a tenerlo.

Con el fin de lograr que la paciente se sienta cómoda en el tratamiento, se realizaron modificaciones en la terapia dialéctica conductual y no se la siguió al pie de la letra al determinar que la paciente no se sentía cómoda con algunos ejercicios. Por ejemplo en el módulo de regulación emocional grupal, Daniela se negó totalmente a

buscar grupos de apoyo y se centró mucho en la terapia individual en la cual al momento de realizar ejercicios de tolerancia de dolor pedía que se pare con el tratamiento. Esta decisión pudo sesgar la eficacia que tiene la terapia dialéctica conductual en el tratamiento de trastorno de la personalidad límite. Se debió tener en cuenta que dentro de los resultados del MMPI-2 la paciente no calificaba para recibir terapia psicológica, de modo que el tratamiento pudo verse afectado por esto.

CONCLUSIONES

Respuesta a la pregunta de Investigación

El estudio presentado, tuvo como objetivo establecer si es que la combinación de Terapia Dialéctica Conductual y Terapia Cognitivo Conductual era efectivo en el tratamiento de trastorno de la personalidad límite, trastorno de ansiedad generalizada y episodio de depresión mayor en una mujer de 25 años. De acuerdo con el SCL-90-R, tomado por última vez en la última sesión y las sesiones previas a esta fecha, junto con herramientas de auto reporte entregados, se concluye que la paciente ha superado las conductas de auto mutilación y la ideación suicida, aunque todavía continúa dentro del Trastorno de la Personalidad Límite. Pese a que disminuyeron los síntomas asociados a Trastorno de Ansiedad Generalizada, la paciente sigue cumpliendo con los criterios diagnósticos del DSM-5 para este trastorno, lo que demuestra que aunque la paciente maneja de mejor manera sus síntomas ansiosos, todavía no tiene control sobre ellos. En cuanto al Trastorno de Depresión Mayor, la paciente ya no cumple con los criterios necesarios para ser diagnosticada con este trastorno. A pesar de que no se logró que la paciente deje de cumplir con los criterios establecidos para los tres diagnósticos que se obtuvieron en un principio, se puede decir que la aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual junto con Terapia Dialéctica Conductual, fueron efectivas en la disminución de síntomas que ponen en riesgo la vida de la paciente, sobre todo la ideación suicida y la automutilación. Al final del tratamiento, la paciente menciona que no ha tenido pensamientos suicidas ni ganas de hacerse daño por 5 meses, lo que demuestra que se obtuvo una mejoría en el manejo de sus pensamientos y control de sus conductas, sin embargo continúa teniendo miedo incontrolable de perder a las personas que la rodean.

Reporta que ha terminado la relación con Ricardo y que ha logrado llevarlo de una buena manera, no ha hablado con él en un mes y de acuerdo a la paciente, se ha hecho fácil seguir sin él. Sin embargo se ha involucrado en una nueva relación sentimental en la que se encuentra tres semanas en las que la paciente reporta se está repitiendo nuevamente el patrón que tenía con Ricardo: llamadas constantes, mensajes de texto, preocupación intensa por el bienestar de Pablo, peleas que se salen de control, etc. En cuanto al Trastorno de Ansiedad Generalizada, Daniela reporta que es más fácil conversar con las personas, salir a lugares nuevos, realizar trabajos en grupo o aceptar que no siempre puede tener buenas calificaciones, sin embargo sigue manteniendo un alto grado de preocupación cuando se acercan fechas importantes como exámenes finales, lo que provoca en ella problemas para dormir, malhumor, cansancio e incluso reportó un episodio de torticollis. En cuanto al Trastorno de Depresión Mayor, Daniela reporta una disminución en síntomas, ya no se queda en casa, dado que su nueva pareja, Pablo, que es deportista, ha empezado a salir con él a realizar nuevas actividades. Se encuentra interesada en estos deportes y los disfruta. Salvo en las semanas que tiene muchos deberes o exámenes, el realizar ejercicio ha ayudado en el problema de conciliar el sueño o de despertarse varias ocasiones en la noche. Este cambio de pensamiento y conducta, no cumple con los criterios diagnósticos para este trastorno.

En la *Gráfica 1: Variación de Valores T de las Evaluaciones* se puede observar que pese a que no existieron cambios significativos, hubo una mejoría después de la intervención, lo que ayudó a que la paciente logre mejorar algunos de sus síntomas, en especial los relacionados a la depresión y de este modo logre una introspección en torno a los sentimientos y emociones.

El uso de terapia cognitivo conductual, ayudó a que Daniela logre un cambio en los pensamientos disfuncionales que se producían en torno a las personas nuevas,

logrando encontrar amigos en la universidad, incluso llegando a tener una relación sentimental con uno de ellos. Este cambio ha aportado a que conductas no adaptativas logren cambiar y de este modo la paciente no siga realizando actividades que la mantenían dentro del trastorno de depresión mayor o que aumentaban los episodios de intenso malestar en torno al trastorno de ansiedad generalizada.

De este modo, se logró integrar en la vida de la paciente herramientas que le permitan defenderse al momento de detectar síntomas asociados tanto al trastorno de la personalidad límite como al de ansiedad generalizada, respondiendo de una forma más adaptativa que no ponga en riesgo su vida o integridad física.

Los resultados obtenidos en el MMPI-2, permitieron entender de mejor manera el funcionamiento de la paciente, teniendo en cuenta que los resultados obtenidos no colocaban a Daniela como una paciente apta para recibir atención psicológica, se logró avanzar con ella dentro de los límites que ella estableció. De este modo, avanzando lentamente de acuerdo a las necesidades de la paciente se logró un avance grande, ya que el pronóstico de ella es reservado. Al momento de abandonar la terapia, lo hizo sin un aviso previo, lo que demuestra que la paciente no se sentía a gusto con la terapia y dado que había terminado la relación con la persona que le pidió que asista a terapia, se podría decir que para ella perdió el sentido de seguir asistiendo.

Limitaciones del Estudio

En este estudio de caso, pudieron existir algunos sesgos, asociados a que la paciente presentaba crisis de forma recurrente. Dado que Daniela reportaba tener altos niveles de estrés, ansiedad, depresión, cansancio, falta de concentración, sueño la mayor parte del día y problemas para dormir en la noche entre otros síntomas más leves, se pudieron ver perjudicados los resultados al momento de tomar el SCL-90-R.

Cuando se procedió a tomar el MMPI-2, la paciente no se sentía cómoda tomándolo. Reportando al final de la sesión aburrimiento frente a este, aunque de acuerdo con las escalas de validez que tiene el MMPI-2, se pudo determinar que la prueba fue válida. Cuando después de 11 meses, se pidió a Daniela que vuelva a tomar el MMPI-2, la paciente manifestó la molestia que le causó ese test y su deseo de no repetirlo, razón por la que no se pudo tener valores con los que se pudiera comparar el progreso o retroceso en el tratamiento.

Otro de los factores que pudieron sesgar el estudio de caso, es el hecho de que Daniela no se sentía motivada para realizar un cambio, ella iba a terapia con el fin de que Ricardo continúe con su relación. La paciente no solía cumplir con los ejercicios que se le pedía que realice y cuando llegaba la siguiente sesión, no mostraba importancia hacia el hecho de haber incumplido. Muchas veces se conversó con la paciente, explicándole la importancia de cumplir con los pasos dentro de la terapia dialéctica conductual y cognitivo conductual pero la paciente comentaba que no cree en las terapias psicológicas.

Dos meses antes de la última sesión, Daniela concluyó su relación con Ricardo y empezó a cumplir con los ejercicios que se le pedía, es ahí cuando empezó a manifestar que se sentía mejor. Resultados que se pueden ver en el SCL-90-R que fue aplicado en la última sesión, sin embargo después de este día Daniela no regresó a terapia, abandonándola antes de mostrar cambios significativos en su vida.

A pesar de las limitaciones que se presentan, es importante tener en cuenta que este caso contiene información detallada sobre un caso de Trastorno de la Personalidad Límite, Trastorno de Ansiedad Generalizada y Episodio de depresión mayor, el mismo que puede servir como fuente de información en el mejor entendimiento de otros casos parecidos.

Recomendaciones para Futuros Estudios

Las recomendaciones para futuros estudios es que se utilicen más herramientas que permitan el estudio del trastorno. Por ejemplo el BDI o el SCID-IV. Es necesario que desde un principio en la terapia se hable con el paciente sobre la importancia que tiene el seguir el tratamiento establecido y posteriormente realizar seguimiento a largo plazo. De acuerdo con los síntomas que presentan estos trastornos, es muy fácil que se vuelva a caer en el mismo. Sería importante lograr encontrar grupos de apoyo que ayuden al paciente, se interesen en él y que incluso pueda estar dispuesto a asistir a terapia, con el fin de ayudar a manejar los síntomas asociados con conductas que podrían poner en riesgo la vida del paciente.

Hay que tener en cuenta que el trabajo con pacientes diagnosticados con trastorno de la personalidad límite, puede ser muy agotador. Existirán muchas dudas en la manera en que se está abordando el tema y utilizando las herramientas en terapia, por lo que es necesario que se realicen supervisiones semanales sobre los síntomas y el progreso que el paciente ha tenido. Es importante tener en cuenta que en algunas ocasiones se deberá modificar pasos de la terapia que se encuentra previamente establecida con el fin de brindar seguridad al paciente y su proceso terapéutico.

Resumen General

Daniela acude a terapia después de una discusión con su novio Ricardo, el mismo que le pide que asista a terapia con el fin de que mejore el comportamiento que tiene con él. Este comportamiento se caracteriza por realizar varias llamadas a lo largo de una hora, enviar muchos mensajes de texto y tener la mayor parte de los días, pensamientos en los que Ricardo sufre algún accidente o incluso en el que muere. De igual manera la paciente ha tenido eventos en los que ha intentado suicidarse y

normalmente tiene comportamientos de automutilación. A lo largo de la terapia Daniela se siente reacia a seguir con lo establecido en el tratamiento, no cumple con las tareas que se le pide. Cuando se le pide que busque actividades alternativas para que se mantenga ocupada con el fin de distraerse, señala que no es buena realizando deportes o que no le gusta salir con otras personas.

Con el fin de que la paciente entienda mejor su trastorno, se usa psicoeducación en trastorno de la personalidad límite, trastornos de ansiedad generalizada y trastorno de depresión mayor. En un principio Daniela no acepta que tenga estos trastornos, sin embargo a medida que se van realizando ejercicios en torno a sus pensamientos y comportamientos lo acepta y empieza a mostrar un poco de interés en mejorar. De modo que empieza a cumplir con los horarios de las terapias, aunque es un comportamiento que no dura por mucho tiempo. Por medio de la terapia cognitivo conductual, se logra que Daniela identifique situaciones en las que se siente vulnerable a sufrir de algún tipo de malestar en torno a su diagnóstico, de modo que logre reducir la intensidad de los mismos. Se trabaja especialmente en eliminar comportamientos de automutilación e ideación suicida, tratamiento que tiene efecto por medio de la utilización de métodos de Terapia Dialéctica Conductual. De este modo la paciente tuvo una mejora en los síntomas asociados a su diagnóstico principal: Trastorno de la Personalidad Límite, pese a que sigue cumpliendo con los criterios diagnósticos para este trastorno. De igual manera desarrolló herramientas para poder reducir los síntomas asociados al Trastorno de Ansiedad Generalizada, a pesar de que tampoco dejó de cumplir con los criterios establecidos para este diagnóstico. En el tratamiento que se obtuvo mejores resultados fue en el de trastornos de depresión mayor. La paciente logró incluir en su vida actividades, como montar bici, que le ayudaron en la reducción de los síntomas de este

trastorno, de tal modo que ya no cumple con los criterios diagnósticos para este trastorno, mejorando varias áreas de su vida a pesar de que no terminó el tratamiento.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (5th Edition). Washington: American Psychiatric Publishing.
- Amsterdam, J. De Rubeis, R. Freeman, B. Gallop, R. Haman, K. Hollon, S. Lovett, M. O'Reader, J. Salomon, R. Shelton, R. Young, P. (2005). *Prevention of Relapse Following Cognitive Therapy vs Medications in Moderate to Severe Depression*. *Arch Gen Psychiatry*, 62(4), 417-22.
- Armayones, M. Horta i Faja, E. Jarne, A. Requena, E. Talarn, A. (2011). *Psicopatología*. Barcelona: Editorial UOC.
- Arntz, A. Van Genderen, H. (2011). *Schema Therapy for Borderline Personality Disorder*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Barlow, D. (2014). *Clinical Handbook of Psychological Disorders 5th Edition*. New York, EE.UU.: The Guilford Press.
- Beck, A. Freeman, A. Davis, D. (2004). *Cognitive Therapy of Personality Disorders. 2nd Edition*. New York: Guilford Publications, Inc.
- Beck, J. (2011). *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond. 2nd Edition*. New York: The Guildford Press.
- Blas, L. Chávez, R. Cruz, C. González, L. López, L. (2005). *Datos sobre la validez y confiabilidad de las Symptom Check List 90 (SCL 90) en una muestra de sujetos mexicanos*. *Salud Mental*, 28(1), 72-81. Obtenido el 29 de Abril de 2015 <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumenMain.cgi?IDARTICULO=6689>
- Bystritsky, A. Chavira, D. Golinelli, D. Sherbourne, C. Stein, M. Sullivan, G y colaboradores. (2014). *Treatment Engagement and Response to CBT Among Latinos With Anxiety Disorders in Primary Care*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(3), 392–403.

- Chapman, A. Gratz, K. (2007). *The Borderline Personality Disorder Survival Guide: Everything You Need to Know About Living With BPD*. Oakland: New Harbinger Publications, Inc.
- Clark, D., Beck, A. y Alford, B. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. New York, EE.UU.: Wiley
- Clarkin, J. Kernberg, O. Lenzenweger, M. Levy, K. (2007). *Evaluating Three Treatments for Borderline Personality Disorder: A Multiwave Study*. American Journal of Psychiatry, Vol. 164(6), Pgs. 922–928.
- Consejo Editorial de Educación Pública del Royal College of Psychiatrists. (2007). *La Terapia Cognitivo Conductual (TCC)*. 26 de marzo de 2015, de Sociedad Española de Psiquiatría Sitio web:
<http://www.sepsiq.org/file/Royal/LA%20TERAPIA%20COGNITIVO-CONDUCTUAL.pdf>
- Covin, R., Ouimet, A., Seeds, P., y Dozois, D. (2008). *A meta-analysis of CBT for pathological worry among clients with GAD*. Journal of Anxiety Disorders, 22, 108-116.
- de la Vega, I. Quintero, S. (Enero a junio de 2013). *Terapia dialéctico conductual para el trastorno de personalidad límite*. Acción Psicológica, Vol. 10, pgs. 45 - 56.
- De Ridder, M. Koeter, M. Stijnen, T. Van den Bosch, L. Van Den Brink, W. Verheul, R. (2003). *Dialectical Behaviour Therapy for Women with Borderline Personality Disorder*. British Journal of Psychiatry, Vol. 182, Pgs. 135 – 140.
- Derksen, J. (2006). *The Contribution of the MMPI-2 to the Diagnose of Personality Disorders*. In Butcher, J. (Ed). *MMPI-2: A practitioner's guide*. Washington: American Psychological Association.

- Dobson, K. (2009). *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies, Third Edition*. New York: Guilford Publications, Inc.
- Domino, G. Domino, L. (2006). *Psychological Testing: An Introduction 2nd Edition*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Ellis, A. Abrahams, E. (2001). *Terapia Racional Emotiva*. México D.F: Alfaomega.
- Felgoise, S. Freeman, A. Nezu, A. Nezu, M. Reinecke, M. (2005). *Encyclopedia of Cognitive Behavior Therapy*. New York: Springer.
- Fisher, C. (2011). *Decoding the Ethics Code, a Practical Guide for Psychologists 2nd Edition Updated*. Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc.
- Gempeler, J. (2008). *Terapia Conductual Dialéctica*. Revista Colombiana de Psiquiatría, 37, 136 - 148. 10 de abril de 2015, De redalyc.org Base de datos.
- Goldberg, D. Kendler, K. Regier, D. Sirovatka, P. (2011). *Temas de Investigación DSM-5 Depresión y Trastorno de Ansiedad Generalizada*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Gordon, L. Kalogerakos, F. Steckley, P. Stermac, L. Watson, J. (2003). *Comparing the effectiveness of process-experiential with cognitive-behavioral psychotherapy in the treatment of depression*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71(4), 773-781.
- Grant, A. Townend, M. Mulhern, R. Short, N. (2010). *Cognitive Behavioral Therapy in Mental Health Care*. London: SAGE Publications Ltd.
- Greene, R. (2000). *The MMPI-2: An Interpretative Manual 2nd Edition*. United States of America: Pearson.
- Grohol, J. (2013). *Characteristics of Borderline Personality Disorder*. Psych Central. Obtenido el 21 de abril de 2015, de <http://psychcentral.com/lib/characteristics-of-borderline-personality-disorder/0001064>.

- Groth-Marnat, G. (2009). *Handbook of Psychological Assessment 5th Edition*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Hazlett-Stevens, H. (2008). *Psychological Approaches to Generalized Anxiety Disorder*. Nevada: Springer.
- Herron, S. Hughes, C. Younge, J. (2014). *CBT for Mild to Moderate Depression and Anxiety*. London: McGraw-Hill Education.
- Hollander, E. Stein, D. (2004). *Tratado de los trastornos de Ansiedad*. Barcelona: LEXUS Editores.
- Iglesias, M. Pérez, J. Fernández, R. (2003). *Efectividad de la Terapia Cognitivo Conductual*. Obtenido de: Psicología.com 7(3) el 08 de mayo de 2015.
<http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psicologiacom/article/viewFile/785/759/>
- Instituto Nacional de Salud Mental. (S/A). *Trastorno Límite de la Personalidad*. Obtenido el 13 abril de 2015, de National Institute of Mental Health Sitio web:
http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-l-mite-de-la-personalidad/Borderline_Personality_Disorder_SP_508_144366.pdf
- Lee, D. (2006). *Using CBT in General Practice: The 10-Minute Consultation*. Oxfordshire: Scion.
- Linehan, M. (2009). *Manual de Tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Paidós Ibérica.
- Portman, M. (2009). *Generalized Anxiety Disorder Across the Lifespan*. New York: Springer – Verlang.
- O'Donohue, W. Fisher, J. (2012). *Cognitive Behavior Therapy: Core Principle Practice*. New Jersey: John Wiley & Sons.

- Oelsner, R. (2013). *Transference and Counter transference Today*. New York: Routledge.
- Organización Panamericana de la Salud. (2009). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Washington D.C.: OPS.
- Ortuño, F., (2010). *Lecciones de Psiquiatría*. Madrid: España. Editorial Médica Panamericana.
- Patterson, C. (1959). *Counseling and Psychotherapy: Theory and Practice*. New York: Harper & Row.
- Portuondo, J. (1972). *Introducción al Psicoanálisis*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Quintero, P. (2012). *Terapia Dialéctico-Conductual: Zambullirse donde los ángeles temen dar un paso*. 10 de abril de 2015, de Psyciencia Sitio web: <http://www.psyciencia.com/2012/11/23/terapia-dialectico-conductual-zambullirse-donde-los-angeles-temen-dar-un-paso/>
- Read, K. (2013). *Instructor's Manual for Dialectical Behavior Therapy with Marsha Linehan, Ph.D.* 09 de abril de 2013, de psychotherapy.net Sitio web: <http://www.psychotherapy.net/data/uploads/512d5b15968f5.pdf>
- Riso, W. (2009). *Terapia Cognitiva: Fundamentos Teóricos y Conceptualización del caso clínico*. Barcelona: Paidós.
- Righ, J. Sanderson, W. (2004). *Treating Generalized Anxiety Disorder 5th Edition*. New York: The Guilford Publications Inc.
- Sarason, B. Sarason, I. (2006). *Psicopatología. Psicología Anormal: El Problema de la Conducta Desadaptada*. México D.F.: Pearson Educación.
- Semerari, A. (2002). *Historia, Teorías y Técnicas de la Psicoterpia Cognitiva*. Barcelona: Paidós.
- Sternberg, R. (2009). *Cognitive Psychology*. Belmont: Wadsworth Cengage Learning.

ANEXO A: Resultados MMPI-2

MMPI®-2

Minnesota Multiphasic Personality Inventory®-2

Extended Score Report



Age: 23
Gender: Female
Date Assessed: 04/29/2013

PEARSON

PsychCorp

Copyright © 1989, 1994, 2000, 2003, 2006 by the Regents of the University of Minnesota. All rights reserved. Portions reproduced from the MMPI-2 test booklet. Copyright © 1942, 1943 (renewed 1970), 1989 by the Regents of the University of Minnesota. All rights reserved. Portions excerpted from the *MMPI-2 Manual for Administration, Scoring, and Interpretation, Revised Edition*. Copyright © 2001 by the Regents of the University of Minnesota. All rights reserved. Distributed exclusively under license from the University of Minnesota by NCS Pearson, Inc.

Minnesota Multiphasic Personality Inventory and **MMPI** are registered trademarks of the University of Minnesota. **Pearson**, the **PSI logo**, and **PsychCorp** are trademarks in the U.S. and/or other countries of Pearson Education, Inc., or its affiliate(s).

TRADE SECRET INFORMATION

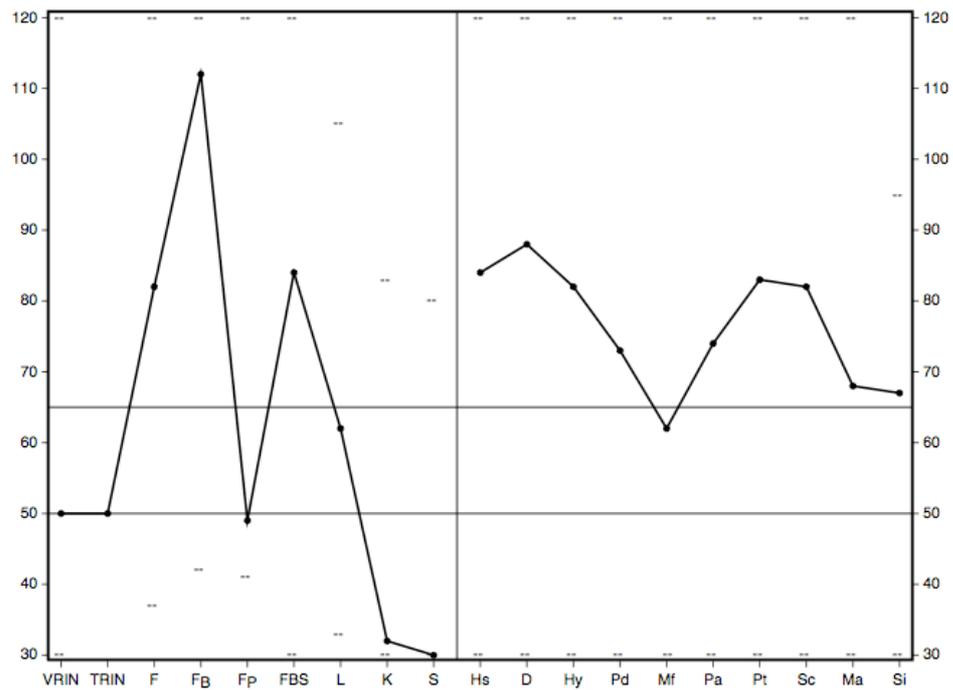
Not for release under HIPAA or other data disclosure laws that exempt trade secrets from disclosure.

[5.1 / 1 / 2.4.8]

MMPI®-2 Extended Score Report
04/29/2013, Page 2



MMPI-2 VALIDITY AND CLINICAL SCALES PROFILE

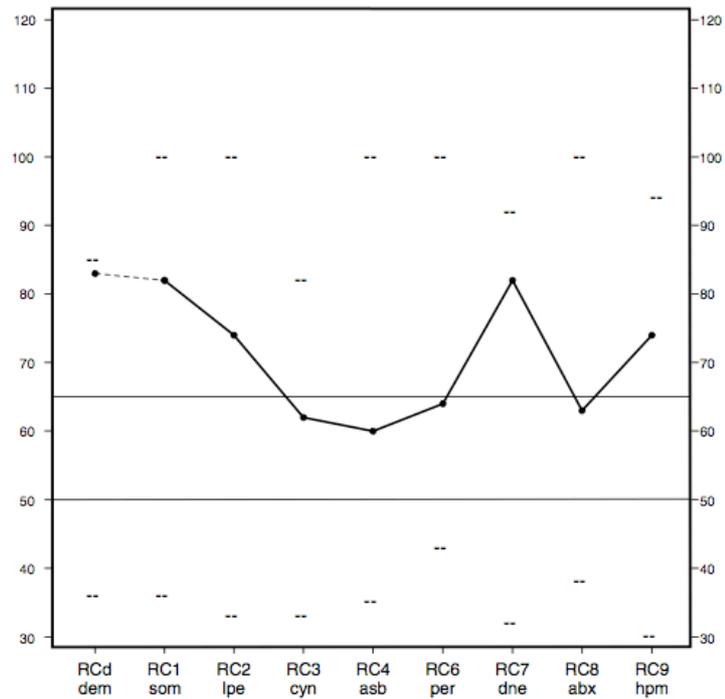


Raw Score:	5	9	13	18	1	28	6	7	9	25	38	36	29	31	17	38	40	25	43											
K Correction:										4			3			7	7	1												
T Score (Plotted):	50	50	82	112	49	84	62	32	30	84	88	82	73	62	74	83	82	68	67											
Non-Gendered T Score:	50	50	79	115	49	87	61	33	31	85	88	84	73		75	85	84	66	69											
Response %:	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100											
Cannot Say (Raw):	0																													
F-K (Raw):	6																													
Welsh Code:	21738 ⁻⁻⁻ 64 ⁻⁻⁻ 90 ⁻⁻⁻ +5 ⁻⁻⁻ - F ⁻⁻⁻ +L ⁻⁻⁻ -/:K#										Percent True:	57																		
																				Percent False:	43									
																					Profile Elevation:	79.3								

The highest and lowest T scores possible on each scale are indicated by a "--".
 For information on FBS, see Ben-Porath, Y. S., & Tellegen, A. (2006). The FBS: Current Status, a report on the Pearson web site (www.pearsonassessments.com/tests/mmpi_2.htm).

MMPI®-2 Extended Score Report
04/29/2013, Page 3

MMPI-2 RESTRUCTURED CLINICAL SCALES PROFILE



Raw Score:	23	18	10	10	7	2	20	5	21
T Score (plotted):	83	82	74	62	60	64	82	63	74
Non-Gendered T Score:	85	86	73	61	57	61	83	63	72
Response %:	100	100	100	100	100	100	100	100	100

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

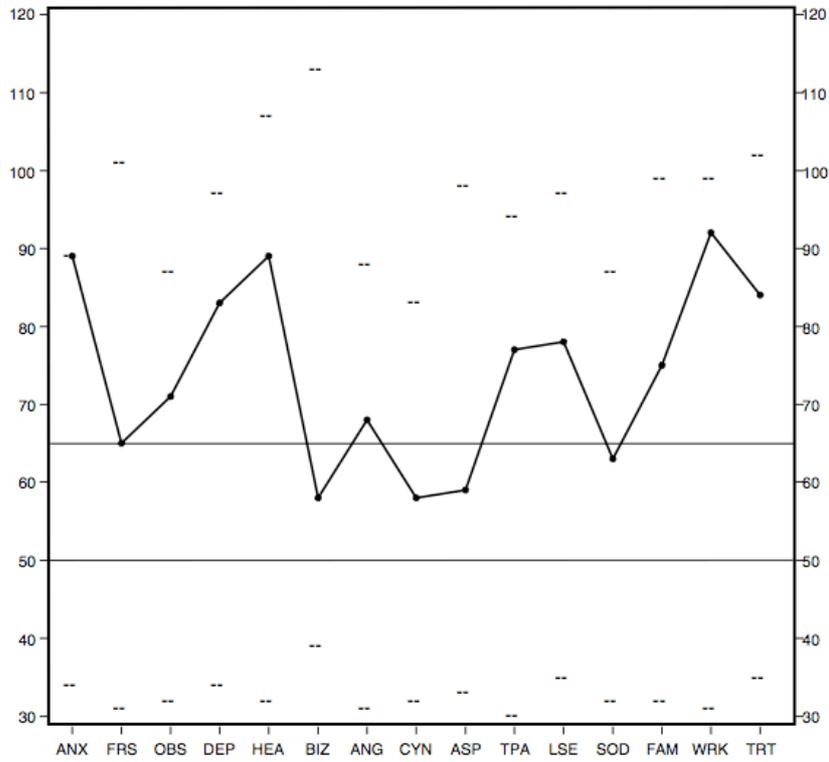
LEGEND

dem = Demoralization	cyn = Cynicism	dne = Dysfunctional Negative Emotions
som = Somatic Complaints	asb = Antisocial Behavior	abx = Aberrant Experiences
lpe = Low Positive Emotions	per = Ideas of Persecution	hpm = Hypomanic Activation

For information on the RC scales, see Tellegen, A., Ben-Porath, Y.S., McNulty, J.L., Arbisi, P.A., Graham, J.R., & Kaemmer, B. 2003. The MMPI-2 Restructured Clinical (RC) Scales: Development, Validation, and Interpretation. Minneapolis: University of Minnesota Press.



MMPI-2 CONTENT SCALES PROFILE

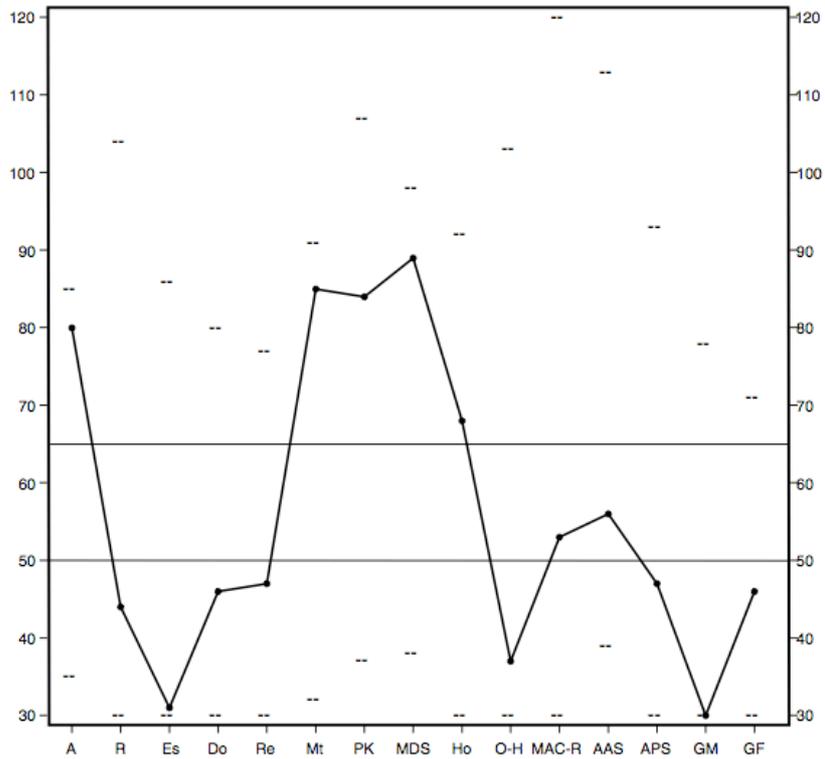


Raw Score:	23	12	12	25	26	4	11	14	10	15	17	14	16	30	19
T Score (plotted):	89	65	71	83	89	58	68	58	59	77	78	63	75	92	84
Non-Gendered T Score:	90	69	72	85	90	58	67	57	56	75	80	63	77	92	85
Response %:	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

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



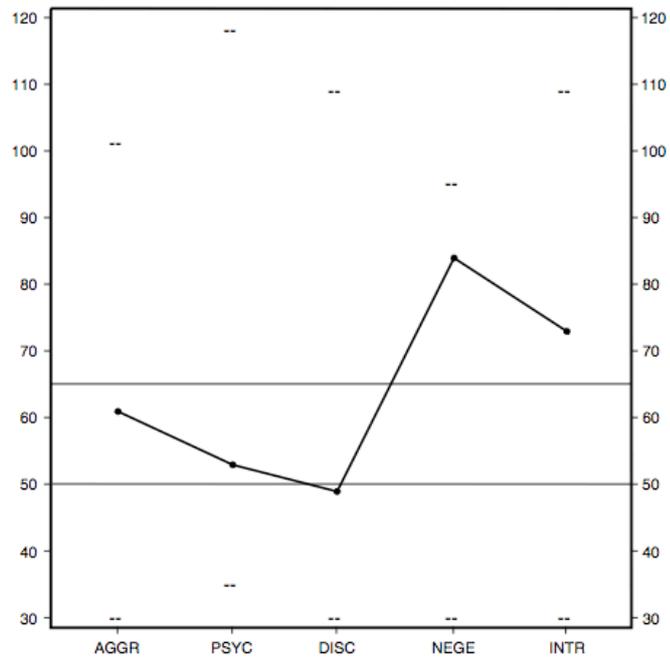
MMPI-2 SUPPLEMENTARY SCALES PROFILE



Raw Score:	35	14	25	15	20	37	31	12	31	10	20	3	22	16	36
T Score (plotted):	80	44	31	46	47	85	84	89	68	37	53	56	47	30	46
Non-Gendered T Score:	82	46	30	45	48	87	86	90	66	40	51	53	47		
Response %:	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

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

MMPI-2 PSY-5 SCALES PROFILE



Raw Score:	10	4	10	28	20
T Score (plotted):	61	53	49	84	73
Non-Gendered T Score:	57	53	45	85	72
Response %:	100	100	100	100	100

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

MMPI®-2 Extended Score Report
04/29/2013, Page 7

ADDITIONAL SCALES

(to be used as an aid in interpreting the parent scales)

	Non-Gendered			
	Raw Score	T Score	T Score	Resp %
Harris-Lingoes Subscales				
Depression Subscales				
Subjective Depression (D ₁)	23	86	89	100
Psychomotor Retardation (D ₂)	8	62	64	100
Physical Malfunctioning (D ₃)	8	85	88	100
Mental Dullness (D ₄)	12	93	94	100
Brooding (D ₅)	9	83	86	100
Hysteria Subscales				
Denial of Social Anxiety (Hy ₁)	0	30	30	100
Need for Affection (Hy ₂)	3	34	35	100
Lassitude-Malaise (Hy ₃)	14	95	98	100
Somatic Complaints (Hy ₄)	14	93	97	100
Inhibition of Aggression (Hy ₅)	3	46	47	100
Psychopathic Deviate Subscales				
Familial Discord (Pd ₁)	8	86	88	100
Authority Problems (Pd ₂)	2	46	43	100
Social Imperturbability (Pd ₃)	2	41	40	100
Social Alienation (Pd ₄)	8	70	71	100
Self-Alienation (Pd ₅)	8	72	72	100
Paranoia Subscales				
Persecutory Ideas (Pa ₁)	5	69	70	100
Poignancy (Pa ₂)	8	84	87	100
Naivete (Pa ₃)	4	45	46	100
Schizophrenia Subscales				
Social Alienation (Sc ₁)	13	88	91	100
Emotional Alienation (Sc ₂)	5	86	87	100
Lack of Ego Mastery, Cognitive (Sc ₃)	9	98	97	100
Lack of Ego Mastery, Conative (Sc ₄)	9	85	86	100
Lack of Ego Mastery, Defective Inhibition (Sc ₅)	5	72	73	100
Bizarre Sensory Experiences (Sc ₆)	6	68	69	100
Hypomania Subscales				
Amorality (Ma ₁)	3	62	60	100
Psychomotor Acceleration (Ma ₂)	7	60	59	100
Imperturbability (Ma ₃)	2	43	42	100
Ego Inflation (Ma ₄)	6	68	68	100
Social Introversion Subscales				
Shyness/Self-Consciousness (Si ₁)	9	60	61	100
Social Avoidance (Si ₂)	6	65	64	100
Alienation--Self and Others (Si ₃)	16	80	81	100

MMPI®-2 Extended Score Report
04/29/2013, Page 8

Content Component Scales	Non-Gendered			
	Raw Score	T Score	T Score	Resp %
Fears Subscales				
Generalized Fearfulness (FRS ₁)	8	94	102	100
Multiple Fears (FRS ₂)	3	41	46	100
Depression Subscales				
Lack of Drive (DEP ₁)	10	90	93	100
Dysphoria (DEP ₂)	6	79	84	100
Self-Depreciation (DEP ₃)	3	61	62	100
Suicidal Ideation (DEP ₄)	3	93	96	100
Health Concerns Subscales				
Gastrointestinal Symptoms (HEA ₁)	5	97	102	100
Neurological Symptoms (HEA ₂)	6	72	76	100
General Health Concerns (HEA ₃)	6	87	88	100
Bizarre Mentation Subscales				
Psychotic Symptomatology (BIZ ₁)	0	44	44	100
Schizotypal Characteristics (BIZ ₂)	4	66	67	100
Anger Subscales				
Explosive Behavior (ANG ₁)	3	61	60	100
Irritability (ANG ₂)	7	70	71	100
Cynicism Subscales				
Misanthropic Beliefs (CYN ₁)	10	62	61	100
Interpersonal Suspiciousness (CYN ₂)	4	54	54	100
Antisocial Practices Subscales				
Antisocial Attitudes (ASP ₁)	10	64	62	100
Antisocial Behavior (ASP ₂)	0	42	41	100
Type A Subscales				
Impatience (TPA ₁)	6	70	70	100
Competitive Drive (TPA ₂)	5	64	62	100
Low Self-Esteem Subscales				
Self-Doubt (LSE ₁)	10	85	88	100
Submissiveness (LSE ₂)	3	57	60	100
Social Discomfort Subscales				
Introversion (SOD ₁)	10	67	67	100
Shyness (SOD ₂)	3	50	51	100
Family Problems Subscales				
Family Discord (FAM ₁)	10	81	83	100
Familial Alienation (FAM ₂)	2	59	59	100

MMPI®-2 Extended Score Report
04/29/2013, Page 9

		Non-Gendered		
	Raw Score	T Score	T Score	Resp %
Negative Treatment Indicators Subscales				
Low Motivation (TRT ₁)	9	86	90	100
Inability to Disclose (TRT ₂)	4	68	68	100

Uniform T scores are used for Hs, D, Hy, Pd, Pa, Pt, Sc, Ma, the content scales, the content component scales, and the PSY-5 scales. The remaining scales and subscales use linear T scores.

OMITTED ITEMS

Those items for which there is no response or for which both true and false responses have been entered are considered "omitted." The potential for lowering the elevation of individual scales or the overall profile and rendering the administration invalid increases with the number of omitted items. Defensiveness, confusion, carelessness, and indecision are among the common reasons for omitting items. Examination of the content of the items that were omitted by the respondent may reveal specific problem areas or suggest reasons for their not responding appropriately to all items. Following are the items that were omitted:

None omitted.

CRITICAL ITEMS

The MMPI-2 contains a number of items whose content may indicate the presence of psychological problems when endorsed in the deviant direction. These "critical items," developed for use in clinical settings, may provide an additional source of hypotheses about the respondent. However, caution should be used in interpreting critical items since responses to single items are very unreliable and should not be treated as scores on full-length scales -- for example, an individual could easily mismark or misunderstand a single item and not intend the answer given. The content of the items and the possibility of misinterpretation make it important to keep the test results strictly confidential. Special caution should be exercised when interpreting these items in nonclinical settings.

Acute Anxiety State (Koss-Butcher Critical Items)

- 3. I wake up fresh and rested most mornings. (False)
- 10. I am about as able to work as I ever was. (False)
- 15. I work under a great deal of tension. (True)
- 28. I am bothered by an upset stomach several times a week. (True)
- 39. My sleep is fitful and disturbed. (True)
- 59. I am troubled by discomfort in the pit of my stomach every few days or oftener. (True)
- 140. Most nights I go to sleep without thoughts or ideas bothering me. (False)
- 208. I hardly ever notice my heart pounding and I am seldom short of breath. (False)
- 218. I have periods of such great restlessness that I cannot sit long in a chair. (True)
- 223. I believe I am no more nervous than most others. (False)
- 301. I feel anxiety about something or someone almost all the time. (True)
- 444. I am a high-strung person. (True)
- 463. Several times a week I feel as if something dreadful is about to happen. (True)
- 469. I sometimes feel that I am about to go to pieces. (True)

Depressed Suicidal Ideation (Koss-Butcher Critical Items)

- 9. My daily life is full of things that keep me interested. (False)
- 38. I have had periods of days, weeks, or months when I couldn't take care of things because I couldn't "get going." (True)
- 65. Most of the time I feel blue. (True)
- 71. These days I find it hard not to give up hope of amounting to something. (True)

MMPI®-2 Extended Score Report
04/29/2013, Page 11

- 75. I usually feel that life is worthwhile. (False)
- 95. I am happy most of the time. (False)
- 130. I certainly feel useless at times. (True)
- 146. I cry easily. (True)
- 215. I brood a great deal. (True)
- 233. I have difficulty in starting to do things. (True)
- 273. Life is a strain for me much of the time. (True)
- 303. Most of the time I wish I were dead. (True)
- 306. No one cares much what happens to you. (True)
- 388. I very seldom have spells of the blues. (False)
- 411. At times I think I am no good at all. (True)
- 454. The future seems hopeless to me. (True)
- 485. I often feel that I'm not as good as other people. (True)
- 506. I have recently considered killing myself. (True)

Threatened Assault (Koss-Butcher Critical Items)

- 213. I get mad easily and then get over it soon. (True)
- 389. I am often said to be hotheaded. (True)

Situational Stress Due to Alcoholism (Koss-Butcher Critical Items)

- 125. I believe that my home life is as pleasant as that of most people I know. (False)

Mental Confusion (Koss-Butcher Critical Items)

- 31. I find it hard to keep my mind on a task or job. (True)
- 180. There is something wrong with my mind. (True)
- 299. I cannot keep my mind on one thing. (True)
- 311. I often feel as if things are not real. (True)
- 316. I have strange and peculiar thoughts. (True)
- 325. I have more trouble concentrating than others seem to have. (True)

Persecutory Ideas (Koss-Butcher Critical Items)

- 17. I am sure I get a raw deal from life. (True)
- 241. It is safer to trust nobody. (True)
- 259. I am sure I am being talked about. (True)

Antisocial Attitude (Lachar-Wrobel Critical Items)

- 27. When people do me a wrong, I feel I should pay them back if I can, just for the principle of the thing. (True)
- 227. I don't blame people for trying to grab everything they can get in this world. (True)
- 324. I can easily make other people afraid of me, and sometimes do for the fun of it. (True)

Family Conflict (Lachar-Wrobel Critical Items)

- 21. At times I have very much wanted to leave home. (True)
- 83. I have very few quarrels with members of my family. (False)
- 125. I believe that my home life is as pleasant as that of most people I know. (False)
- 288. My parents and family find more fault with me than they should. (True)

Somatic Symptoms (Lachar-Wrobel Critical Items)

- 18. I am troubled by attacks of nausea and vomiting. (True)
- 28. I am bothered by an upset stomach several times a week. (True)
- 33. I seldom worry about my health. (False)
- 40. Much of the time my head seems to hurt all over. (True)
- 44. Once a week or oftener I suddenly feel hot all over, for no real reason. (True)
- 47. I am almost never bothered by pains over my heart or in my chest. (False)
- 53. Parts of my body often have feelings like burning, tingling, crawling, or like "going to sleep."
(True)
- 57. I hardly ever feel pain in the back of my neck. (False)
- 59. I am troubled by discomfort in the pit of my stomach every few days or oftener. (True)
- 111. I have a great deal of stomach trouble. (True)
- 159. I have never had a fainting spell. (False)
- 164. I seldom or never have dizzy spells. (False)
- 175. I feel weak all over much of the time. (True)
- 176. I have very few headaches. (False)
- 224. I have few or no pains. (False)
- 464. I feel tired a good deal of the time. (True)

Sexual Concern and Deviation (Lachar-Wrobel Critical Items)

- 12. My sex life is satisfactory. (False)
- 62. I have often wished I were a girl. (Or if you are a girl) I have never been sorry that I am a girl.
(False)
- 268. I wish I were not bothered by thoughts about sex. (True)

Anxiety and Tension (Lachar-Wrobel Critical Items)

- 15. I work under a great deal of tension. (True)
- 17. I am sure I get a raw deal from life. (True)
- 218. I have periods of such great restlessness that I cannot sit long in a chair. (True)
- 223. I believe I am no more nervous than most others. (False)
- 261. I have very few fears compared to my friends. (False)
- 299. I cannot keep my mind on one thing. (True)
- 301. I feel anxiety about something or someone almost all the time. (True)
- 320. I have been afraid of things or people that I knew could not hurt me. (True)
- 405. I am usually calm and not easily upset. (False)
- 463. Several times a week I feel as if something dreadful is about to happen. (True)

Sleep Disturbance (Lachar-Wrobel Critical Items)

- 30. I have nightmares every few nights. (True)
- 39. My sleep is fitful and disturbed. (True)
- 140. Most nights I go to sleep without thoughts or ideas bothering me. (False)
- 328. Sometimes some unimportant thought will run through my mind and bother me for days. (True)
- 471. I have often been frightened in the middle of the night. (True)

Deviant Thinking and Experience (Lachar-Wrobel Critical Items)

- 122. At times my thoughts have raced ahead faster than I could speak them. (True)
- 298. Peculiar odors come to me at times. (True)

MMPI®-2 Extended Score Report
04/29/2013, Page 13

307. At times I hear so well it bothers me. (True)
316. I have strange and peculiar thoughts. (True)

Depression and Worry (Lachar-Wrobel Critical Items)

3. I wake up fresh and rested most mornings. (False)
10. I am about as able to work as I ever was. (False)
65. Most of the time I feel blue. (True)
73. I am certainly lacking in self-confidence. (True)
75. I usually feel that life is worthwhile. (False)
130. I certainly feel useless at times. (True)
165. My memory seems to be all right. (False)
180. There is something wrong with my mind. (True)
273. Life is a strain for me much of the time. (True)
303. Most of the time I wish I were dead. (True)
339. I have sometimes felt that difficulties were piling up so high that I could not overcome them.
(True)
411. At times I think I am no good at all. (True)
415. I worry quite a bit over possible misfortunes. (True)
454. The future seems hopeless to me. (True)

Deviant Beliefs (Lachar-Wrobel Critical Items)

259. I am sure I am being talked about. (True)

Substance Abuse (Lachar-Wrobel Critical Items)

168. I have had periods in which I carried on activities without knowing later what I had been doing.
(True)
429. Except by doctor's orders I never take drugs or sleeping pills. (False)

Problematic Anger (Lachar-Wrobel Critical Items)

213. I get mad easily and then get over it soon. (True)
389. I am often said to be hotheaded. (True)

End of Report

NOTE: This and previous pages of this report contain trade secrets and are not to be released in response to requests under HIPAA (or any other data disclosure law that exempts trade secret information from release). Further, release in response to litigation discovery demands should be made only in accordance with your profession's ethical guidelines and under an appropriate protective order.

ANEXO B: Consentimiento Informado

COPIA PARA LA PERSONA QUE ACEPTA RECIBIR CONSULTAS SICOLÓGICAS

CONSENTIMIENTO

Fecha: _____

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

Sé que puedo retirarme en cualquier momento.

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

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

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

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

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

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

Sé que las consultas son gratuitas.

Si tengo algún inconveniente, sé que puedo acudir a Teresa Borja (2971700 ext 1264, 099803001), coordinadora del departamento de Sicolología de la USFQ o a Esteban Utreras Ph.D. (2971700 ext 1028, 087484318), profesor a tiempo completo de la USFQ.

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

Firma de la persona que recibe atención sicológica

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