

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

COLEGIO DE ARTES LIBERALES

ESTUDIO DE CASO BASADO EN LA TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL

Daniela Morgan Donoso

Tesis de grado presentada para el requisito de obtención de título en
Psicología Clínica

Quito, Ecuador

Enero, 2011

**Universidad San Francisco de Quito
Colegio Artes Liberales**

HOJA DE APROBACION DE TESIS

Estudio de caso basado en la Terapia Cognitiva Conductual

Daniela Morgan Donoso

Esteban Utreras, Ph.D
Director de Tesis

Teresa Borja Álvarez, Ph.D
Miembro del Comité de Tesis

Ana María Viteri Trujillo Ph.D
Miembro del Comité de Tesis

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

Quito, 2 de Enero 2011

© PÁGINA DERECHOS DEL AUTOR

DANIELA MORGAN DONOSO

2011

DEDICATORIA

Esta tesis está dedicada a mi familia, quien me ha dado su apoyo incondicional, motivación e inspiración para emprender la búsqueda de mis metas y objetivos que me han convertido en la persona que soy.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a mi director de tesis, Esteban Utreras, a quien admiro y agradezco por su paciencia, conocimientos, guía y su invaluable ayuda. A Teresa Borja por ser una fuente de motivación e inspiración y abrirme las puertas al mundo de la psicología. Finalmente quiero agradecer a Ana María Viteri por su positivismo y conocimientos. Agradezco también a mis compañeros por su apoyo incondicional y la Universidad San Francisco de Quito

Resumen

El presente estudio de caso esta basado en la Terapia Cognitiva Conductual. La Terapia Cognitiva Conductual fue desarrollada por Aaron Beck en 1967. Establece que la mayoría de los trastornos psicológicos esta dados por manera erróneas de pensar. Las interpretaciones y significados que damos a las experiencias y pensamientos son personales y generan patrones en cuanto a respuestas y expectativas frente a futuras experiencias. Estos patrones se desarrollan en tres niveles, las creencias centrales, las creencias intermedias y en los pensamientos automáticos. Cuando las creencias y los pensamientos en estos niveles son negativos, las respuestas y conductas se vuelven desadaptativas. El presente caso muestra a Mónica de 18 años quien tiene problemas relacionales debido a un patrón de pensamientos relacionados a a la desconfianza en las personas y a un temor a ser lastimada. Esto generó que Mónica tenga conductas como aislamiento social. La Terapia Cognitiva Conductual trabaja a un nivel de cognición y de modificación de creencias negativas. Dentro del tratamiento utilizado, se modifíco conjuntamente con Mónica las creencias negativas frente a nuevas creencias positivas.

Abstract

This case study is based on Cognitive Behavioral Therapy. Cognitive Behavioral Therapy was developed by Aaron Beck in 1967. It states that the majority of psychological disorders is given by thinking wrong. The interpretations and meanings we give to the experiences and thoughts are personal and generate patterns in responses and expectations about future experiences. These patterns are developed on three levels, core beliefs, intermediate beliefs and automatic thoughts. When the beliefs and thoughts are negative at these levels, they become in negative responses and maladaptive behaviors. This case shows Monica in 18 years who have relationship problems because of a pattern in thoughts of distrust in people and a fear of being hurt. This behavior has led to Monica as social isolation. Cognitive Behavioral Therapy works at a level of cognition and modification of negative beliefs. Within the treatment used, together with Monica modify negative beliefs against new positive beliefs.

Indice

CAP 1.

Estudio de Caso

1.1 Información de Identificación

1.2 Problema

1.3 Historia Personal

1.4 Historia Familiar

1.5 Situación Actual

CAP 2.

Terapia Cognitiva Conductual

2.1 Principios de la Terapia Cognitiva Conductual

2.2 Esquemas

2.3 Creencias Centrales

2.4 Creencias Intermedias

2.5 Pensamientos Automáticos

2.6 Distorsiones Cognitivas

CAP 3.

Conceptualización

3.1 Formulación de Caso

CAP 4.

Tratamiento

4.1 Curso del Tratamiento

4.2 Estatus Mental Breve

4.3 Información de Test Psicológicos

4.4 Diagnostico y Evaluación Funcional

CAP 5.

Estructura del Tratamiento

5.1 Metas a Corto Plazo

5.2 Metas a Largo Plazo

5.3 Problemas Éticos/Legales

5.4 Relacionados a la Relación en el Tratamiento

5.5 Temas e Intervenciones

5.6 Conclusiones

5.7 Limitaciones de caso

Referencias

CAP 1.

Estudio de Caso

1.1 Información de Identificación

Mónica tiene 18 años de edad. Al finalizar sus estudios en el colegio ingresó a la Universidad San Francisco de Quito en la carrera de Agroempresas. Actualmente está en su primer año de universidad, cursando su segundo semestre. En un principio Mónica tenía dudas de su carrera, sin embargo, en este momento se siente más segura de su estudio profesional. Sus padres se divorciaron cuando ella tenía 12 años por lo que ahora vive con su madre y su hermana menor.

1.2 Problema

Mónica tiene problemas en su casa tanto con su hermana como con su madre. Estos problemas están relacionados con el orden, tareas de la casa y área académica en cuanto a notas y desempeño. A su padre lo ve en pocas ocasiones y cuando visita a sus hijas solo trae más problemas en casa: las discusiones aumentan, su hermana prefiere estar con él y Mónica prefiere estar fuera de su casa cuando su padre las visita puesto que es él quien le limita los permisos para salir. Mónica muchas veces hace el papel de “cabeza de la familia” y esto le molesta. No confía en la gente y le cuesta mucho mostrar sus emociones y sentimientos por miedo a que las personas le juzguen o le vean de una manera vulnerable o débil. No sabe manejar sus emociones y pierde la paciencia con facilidad. Evita decir lo que piensa y es por esto que evade la confrontación ya que tiene miedo a que las personas se alejen de ella. Los problemas académicos están relacionados a una falta de motivación

debido a cierta apatía basada en problemas externos como lo son los conflictos en casa y retraimiento social debido al temor de ser traicionada.

1.3 Historia Personal

Mónica menciona que siente que la gente y las personas cercanas a ella pueden hacerle daño eventualmente y es por esto que mantiene límites en cuanto a cercanía emocional. Considera que la gente es mala y que tarde o temprano pueden lastimarla. Mónica ha mencionado varias veces en terapia que “las personas siempre te lastiman al final” lo que le ha hecho muy reservada en cuanto a sus emociones y al momento de expresarlas. Esto también ha hecho que evite conflictos ya que prefiere tomar una posición pasiva en discusiones con su madre o su hermana al igual que con su novio y sus amigas.

El miedo de expresar sus pensamientos, sentimientos o emociones está también relacionado con el miedo a que las personas se alejen de ella. Mónica menciona que “las personas se alejan de uno cuando uno tiene muchos problemas, o es amargado o cuando está quejándose todo el tiempo”. Mónica reporta que tiene miedo a quedarse sola ya que siente un abandono por parte de su padre. Todo esto ha hecho que reprima aun más sus emociones y que solamente sean expresadas cuando estas se “acumulan” y ella “explota”.

Todo lo mencionado anteriormente le ha pasado a Mónica tanto en su casa como también con sus amigas y su novio. Las emociones que más fácil o mas superficialmente puede expresar es la ira lo cual ha traído problemas en su casa. Siente que la ira sólo la puede expresar en su casa y tiene miedo de expresarla con otras personas como sus amigos o novio, ya que si lo hace ellos pueden alejarse.

Siente que esta dividida en dos, una parte de ella es como se muestra con las demás personas, una persona fuerte, siempre alegre, despreocupada, mientras que la otra persona, que ella considera como su verdadero yo y solo lo muestra en la casa y mas para ella

misma, es una persona que tiene muchas emociones pero que no sabe como manejarlas ni expresarlas y que es fuerte y débil a la vez.

1.4 Historia Familiar

Los padres de Mónica se divorciaron hace 5 años. La relación con su padre no es buena, lo ve muy pocas veces porque trabaja fuera de la ciudad y cuando la visita tienen constantes peleas. La relación con su madre es ambivalente, la ve como una persona a quien admira por ser fuerte y seguir adelante a pesar de los problemas que ha tenido pero es alguien con quien discute mucho en la casa ya que siente que por un lado no la entiende y por otro lado está constantemente juzgándola. La hermana de Mónica es 7 años menor a ella y no tienen una buena relación, pelean todo el tiempo. Mónica cree que su hermana es consentida y que por esto no tiene el deber de ayudar en hacer tareas en casa como lavar la ropa, lavar los platos, limpiar la casa y arreglar el cuarto. La desigualdad de responsabilidad entre Mónica y su hermana es tema principal de discusión en casa. Mónica siente que muchos de los problemas en la casa con relación a su madre están ligados al comportamiento de su hermana.

Antes de que sus padres se divorcien vio como su padre maltrataba física y verbalmente a su madre, y esta fue la razón principal de su divorcio. Mónica reporto abuso psicologico desde que ella era una niña. Adicionalmente expreso que el maltrato fisico que ha recibido no ha sido frecuente o severo.

Su padre nunca le abuso físicamente pero si verbalmente, la hacia sentir inferior, y tenia comentarios machistas que ella cree que influyen en la forma de pensar de ella actualmente. La relación con su padre ha sido también un patrón en cuanto a las relaciones socioemocionales del futuro. Piensa que todos los hombres son como su padre, quien traiciono a su madre. Este miedo de ser traicionada en su relación actual, Mónica menciona

que “si no me contesta o no quiere salir en la noche conmigo, siempre pienso que es porque puede estar con alguien mas”. Dentro de la relación con sus amigos, siente una gran inseguridad en cuanto al interés de las personas en querer acercarse a ella, le cuesta mucho creer en la gente y es insegura de sus relaciones en general. Mónica menciona que “las personas son hipócritas, y tus amigos también son hipócritas y pueden lastimarte”.

1.5 Situación Actual

Mónica termino la relación con su novio y le está costando sobrellevar esto. Sigue teniendo problemas en la casa con su madre y su hermana. Está teniendo cierta dificultad académica, sus notas y su motivación de estudio ha bajado notablemente, Mónica ha pasado de ser una estudiante que obtiene “A” a una estudiante que obtiene “C y D.” Vive con su madre y hermana, pero su padre está visitándolas más desde hace un mes. Antes lo veían de 1 a 2 veces por mes, y ahora lo ven cada fin de semana, y Mónica lo ve todos los martes además de los fines de semana ya que es el padre quien la lleva a la universidad ese día.

CAP 2.

Terapia Cognitiva Conductual

La terapia cognitiva empezó gracias a los descubrimientos del psiquiatra americano Aaron Beck en 1967. Beck propuso que los trastornos psicológicos provienen en gran parte de maneras equivocadas de pensar o interpretar los acontecimientos que vive una persona. Estos pensamientos e interpretaciones se convierten en formas estereotipadas y rígidas de valorar las experiencias y de esta forma influyen en la conducta. La conducta está regida por un patrón ordenado de organización basado en la experiencia, el resultado de nuestras percepciones subjetivas ya que la conducta está mediada por los procesamientos de la información (Beck, 1995).

La terapia cognitiva se basa en un modelo de los trastornos psicológicos que defiende que la organización de la experiencia de las personas en términos de significado afectan a sus sentimientos y a su conducta. Se basa también en el método científico de investigación de los resultados del tratamiento y en un modelo de la terapia basado en la colaboración del paciente con su terapeuta que tiene como fin el entendimiento de los significados personales y subjetivos con la realidad y el desarrollo de habilidades de resolución de problemas (Beck, 1976). Este modelo de terapia parte de la existencia de una estrecha relación entre el ambiente, la cognición, el afecto, la conducta y la biología. Los componentes cognitivos como lo son los pensamientos, imágenes y creencias son importantes para entender los trastornos psicológicos, y la terapia cognitiva trabaja para realizar cambios en este nivel. Todos estos factores se organizan mentalmente en torno a determinadas estructuras de significados subjetivos que organizan la experiencia de las personas, es decir el significado hace que las personas relacionen sus estados anímicos con sus conductas y sus pensamientos. Estos significados dan el sentido que tiene para cada uno

de nosotros basado en nuestra propia vida actual, los recuerdos, lo que esperamos del futuro y como nos consideramos a nosotros mismos (Beck, 1976).

Existe un equilibrio entre lo emocional y lo racional, un equilibrio en el que la emoción alimenta y da forma a las funciones racionales y cognitivas y esto a su vez ajusta y a veces censura las entradas procedentes de las emociones (Beck, 1976).

El sentido común permite una introspección y una racionalización así como una determinación de lo que está pasando a su alrededor. El sentido común es también una manera de identificar circunstancias o eventos que están causando disfuncionalidad. La terapia cognitiva se enfoca en realzar y también en desarrollar recursos y herramientas que ya han sido experimentado por la persona en sus experiencias pasadas, pero que estaban siendo mal utilizadas (Beck, 1976). Las irregularidades emocionales están relacionadas a los mal entendidos que una persona a experimentado varias veces durante su vida. La anticipación frente a una situación específica tiene una fuerte influencia en cuanto a las emociones. El significado que una persona le da a una emoción basada en una experiencia marca de alguna manera las expectativas y consecuencias de emociones en un futuro. La consistencia en cuanto a las expectativas, respuestas o expectativas hacen que estas se vuelvan patrones (Beck, 1976).

La terapia cognitiva sostiene que los trastornos psicológicos provienen muchas veces de maneras erróneas de pensar, a esas formas erróneas de pensar se les llama distorsiones cognitivas (Madewell & Shaughnessy, 2009). Las distorsiones tienen como base creencias personales o significados subjetivos aprendidos a lo largo de la vida y que por lo general actúan a nivel inconsciente. Los significados personales son conocidos como esquemas cognitivos, estos son la forma en que las personas dan sentido y significado a las experiencias. Estos esquemas cognitivos están relacionados con ciertas distorsiones

cognitivas y estas están relacionadas a su vez con emociones y conductas. Las distorsiones cognitivas se expresan a través de las cogniciones, es decir los pensamientos e imágenes que aparecen en situaciones donde hay una intensa alteración emocional y trastornos de la conducta. A esas cogniciones se les conoce como pensamientos automáticos (Madewell & Shaughnessy, 2009).

2.1 Principios de la terapia cognitiva conductual

La Terapia Cognitiva está basada en el modelo cognitivo que postula que las emociones y conductas de las personas están influidas por su percepción de los eventos. Es decir que no es una situación en y por sí misma la que determina lo que una persona siente sino más bien la forma en que ella interpreta la situación (Beck, 1964). La Psicoterapia Cognitiva destaca que lo que las personas piensan y perciben sobre sí mismos, su mundo y el futuro es relevante e importante y tiene efecto directo en cómo se sienten y actúan (Dattilio & Padesky, 1990)

La terapia cognitiva se basa en 4 supuestos básicos: 1) Las personas no son simples receptores de los estímulos ambientales, sino que construyen activamente su realidad, 2) La cognición es mediadora entre los estímulos y las respuestas tanto cognitivas, emocionales y conductuales, 3) Las personas pueden acceder a sus contenidos cognitivos y 4) La modificación del procesamiento cognitivo de la información como son los sistemas de atribución, creencias, esquemas, son las partes centrales en el proceso de cambio (Beck, 1976).

La Terapia Cognitiva se caracteriza por ser un tratamiento colaborativo ya que el terapeuta y paciente cumplen roles activos en la terapia, es directivo ya que el terapeuta es el que dirige mediante sus intervenciones las sesiones y es estructurado ya que existen ciertos pasos a seguir para la realización del procesos terapéutico (Camacho, 2003). El

tratamiento se basa fundamentalmente en que la conducta y los afectos de una persona se encuentran determinados por su forma de estructurar el mundo. El esquema básico de la Terapia Cognitiva puede ser graficado como un triángulo en donde en cada vértice se ubica a los pensamientos o cogniciones, la conducta y la emoción (Camacho, 2003).

Para que exista éxito dentro de la terapia, tanto el paciente como el terapeuta trabajan juntos para construir la formulación del problema y generar recursos para la solución de estos. La terapia cognitiva conductual es al principio guiada por el terapeuta, sin embargo a lo largo de la terapia es el paciente quien guía las sesiones. Las sesiones son principalmente estructuradas en bloques, en donde tanto el paciente como el terapeuta revisan el curso del problema, además de obtener una retroalimentación. Es importante tener en cuenta que al principio de la terapia se deben generar metas y objetivos con el paciente, de acuerdo a la escala de problemas que están siendo mas pervasivos, y de esta manera trabajar desde el menor hacia el mayor. Tanto el cliente como el terapeuta trabajan en colaboración para desarrollar estas metas e ir cambiándolos con el tiempo mediante revisiones en la terapia. Estas metas son más útiles si son muy específicas (Simmons, 2008).

La relación terapéutica que se da entre el paciente y el terapeuta se describe como un empirismo colaborativo. Empirismo ya que se busca evidencia que refute o confirme los supuestos o creencias y que conjuntamente con el paciente y el terapeuta construirán experimentos que permitan encontrar datos empíricos en la realidad. Es colaborativo porque ambos se comprometen a trabajar juntos para mejorar los problemas del paciente. El terapeuta debe tener tres características básicas que son la aceptación es decir que el terapeuta debe aceptar plenamente al paciente, su mundo y sus

problemas, aunque no comparta su perspectiva o filosofía de vida, debe ser atento es decir que el terapeuta debe ser genuino, y sincero y debe tener empatía es decir la capacidad de poder ponerse en el lugar del otro (Camacho, 2003).

2.2 Esquemas

Los esquemas se utilizan para designar las estructuras que integran y proporcionan significado a los hechos. El contenido de los esquemas pueden tener que ver con las relaciones personales como las actitudes respecto de uno mismo o los demás o con categorías impersonales. Los esquemas pueden ser reducidos, discretos o amplios y pueden ser flexibles o rígidos. También se los describe en función de su valencia es decir su grado de activación en un momento dado. El nivel de activación varía entre los extremos de latente e hipervalente. Cuando los esquemas son latentes estos no participan en el procesamiento de la información y cuando están activados están involucrados en todo el procesamiento cognitivo. Los esquemas han sido aplicados a estructuras con un contenido personal. Cuando son hipervalentes, esos esquemas personales se desplazan y pueden inhibir a otros que podrían ser más adaptativos o apropiados en una situación específica. Estos esquemas son los responsables de la secuencia que va desde la recepción de un estímulo hasta el punto final de una respuesta conductual. La integración de los estímulos ambientales y la formación de una respuesta adaptativa depende de esos sistemas o de esquemas (Beck & Freeman, 1995).

Los esquemas son patrones cognitivos relativamente estables que constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones de la realidad. Estos esquemas son utilizados para localizar, codificar, diferenciar y atribuir significaciones a la información recibida. Gracias a estos significados, que son personales y tienen un sentido para cada uno posibilitan también el identificar y seleccionar las estrategias de afrontamiento que se

llevaran a la acción. Los esquemas son adaptativos y van tomando su forma mediante las relaciones que las personas van estableciendo con el medio (Camacho, 2003).

Los esquemas están divididos de acuerdo a su funcionalidad o según su contenido. Diferentes tipos de esquemas tienen diferentes funciones. Los esquemas cognitivos están relacionados con la abstracción, la interpretación y el recuerdo, los esquemas afectivos están relacionados con la generación de sentimientos, los esquemas motivacionales están relacionados con los deseos, los esquemas instrumentales son los que se preparan para la acción, y los esquemas de control están involucrados en la autoobservación y la inhibición o dirección de las acciones. Algunos subsistemas compuestos por esquemas cognitivos apuntan a la autoevaluación; otros, a la evaluación de las otras personas. Dentro de los esquemas existen subsistemas los cuales están destinados a almacenar recuerdos y a proporcionar acceso a estos, mientras que otros subsistemas preparan para situaciones futuras y proporcionan la base de las expectativas, previsiones y proyectos de largo alcance. (Beck & Freeman, 1995). Las creencias son los contenidos de los esquemas, las creencias son el resultado de la relación entre la realidad y nuestros esquemas. Las creencias son todo aquello en lo que uno cree, son como mapas internos que nos permiten dar sentido al mundo, se construyen y generalizan a través de la experiencia (Camacho, 2003). Los esquemas están divididos en tres niveles principales, los pensamientos automáticos, las creencias intermedias, y las creencias centrales.

2.3 Creencias Centrales

Las creencias más centrales o creencias nucleares son interpretaciones tan fundamentales y profundas que las personas frecuentemente no las expresan ni aún a sí mismas ya que no tienen clara conciencia de ellas. Estas creencias centrales desarrolladas

desde la infancia consisten en definiciones, evaluaciones o interpretaciones de sí mismos, de las otras personas y de su mundo. Representan el nivel más profundo, fundamental, rígido y global de interpretación, que influye en los otros niveles (Beck, 1995).

Uno de los procesos cognitivos a largo plazo son las creencias. Las creencias son ideas que las personas usan para juzgar o evaluar las situaciones o acontecimientos externos. Las creencias centrales son supuestos generales, normas y la base que guían a una persona para reaccionar a los acontecimientos y las circunstancias de su vida. Estas creencias son acerca de cómo el mundo es y cómo funciona. Son también las conclusiones que se forman en la mente de un niño sobre la base de su experiencia limitada. Las creencias centrales constituyen la base o el núcleo de lo que nosotros somos, nuestros valores, nuestras creencias más firmes e inmovibles, y una de las razones es porque esto nos dan estabilidad y nos permiten saber quiénes somos. Las creencias centrales se forman desde pequeños, y tienden a ser persistentes durante toda nuestra vida. Este no es un problema si son saludables, pero las creencias centrales negativas pueden predisponer al individuo a ciertas dificultades emocionales. Las creencias centrales negativas son la causa de los pensamientos automáticos negativos y errores de pensamiento y estas son las causas de las dificultades emocionales. Como las creencias centrales son ideas adquiridas desde la infancia tienen un valor fundamental y profundo y es por eso tienen un valor absoluto. Las creencias centrales constituyen el nivel más esencial de la creencia. Son globales, rígidas y se generalizan en exceso (Beck, 1995).

Si las creencias centrales son puestas en duda se genera una sensación profunda de inestabilidad y angustia, ya que todo lo conocido pasa a ser cuestionado, es por eso que es común que las personas se angustien y estresen cuando no saben cuáles son las reglas de juego o no saben cuáles son los aspectos importantes de su vida o sí mismos, cuanto más

relevante y central sea lo incierto más angustia generará. La dinámica entre las creencias y los esquemas son la base de sustento de los síntomas según la Terapia Cognitiva (Camacho, 2003).

2.4 Creencias Intermedias

Entre ambos niveles, es decir entre los pensamientos automáticos y las creencias centrales, están las denominadas creencias intermedias, influidas por las centrales y por sobre los pensamientos automáticos. Las creencias intermedias están constituidas por reglas o normas, actitudes y supuestos (Beck, 1995).

Las creencias intermedias consisten en actitudes, reglas y presunciones, que muchas veces no son expresadas. Estas creencias influyen en la forma de ver una situación, y esa visión a su vez influye en el modo como piensa, siente y se comporta. Las interacciones de una persona con el mundo y con los demás llevan a ciertos aprendizajes que conforman sus creencias y que son variables en cuanto a su grado de exactitud y funcionalidad (Camacho, 2003).

Las creencias intermedias están en un nivel más profundo que los pensamientos automáticos. Estas creencias están formadas por lo general del contenido de una creencia más profunda como lo es una creencia central. Dentro de las creencias intermedias, las actitudes son una opinión sobre alguna problemática específica y son expresadas como una proposición, las reglas se caracterizan por ser imperativos que inducen comportamientos y tienen un alto componente emocional/motivacional y por último, las suposiciones son conjeturas que responden a la regla (Riso, 2006).

Los supuestos personales son aprendidos, y pueden derivarse de experiencias infantiles, reglas familiares o actitudes de los padres o, los compañeros (Beck, 1976).

Estas reglas y valores están basadas en las autoevaluaciones que forman parte de estructuras más profundas como lo son los autoconceptos o autoesquemas. Los autoconceptos son conceptos creados sobre nosotros mismos, sobre los demás y sobre el mundo en general. Estos pueden ser exageradamente negativos o exageradamente positivos y pueden ser los factores que hagan de estos pensamientos de autoconcepto pensamientos desadaptativos o negativos. En el curso de la maduración de una persona, se desarrolla una mezcla confusa de reglas que proporcionan la base de las auto-evaluaciones y autoinstrucciones. Estas reglas también constituyen la base para establecer normas, expectativas y planes de acción para nosotros mismos (Beck & Freeman, 1995).

2. 5 Pensamientos Automáticos

Los pensamientos automáticos son los pensamientos evaluativos, rápidos y breves que no suelen ser el resultado de una deliberación o razonamiento sino más bien que estos aparecen de forma automática. Estos pensamientos pueden tener forma verbal y/o visual como imágenes. Los pensamientos automáticos surgen de las creencias. Estas creencias son ideas que son tomadas por la persona como verdades absolutas. Los pensamientos automáticos o palabras e imágenes que están la mente son relativos a las situaciones y representan el nivel más superficial de cogniciones (Beck, 1995).

Los pensamientos automáticos son una especie de autodiálogo interno a nivel mental, expresados como pensamientos o imágenes y que se relacionan con estados emocionales intensos. Pueden ser vistas como versiones subjetivas de las experiencias y producen una falsa imagen o interpretación de las cosas y de los hechos. Estos pensamientos se diferencian en cuanto a la forma de reflexionar y analizar los problemas y los estados anímicos que les acompañan. Al ser pensamientos inconscientes, cuando suceden no se presta atención a los mismos, y son las emociones las que se manifiestan.

Los pensamientos automáticos se caracterizan por ser un dialogo interno sobre temas específicos, son inconscientes, involuntarios ya que entran de manera automática en la mente, no son pensamientos reflexivos ni forman parte del análisis o razonamiento frente a una situación, son reacciones espontáneas frente a determinadas situaciones donde aparecen fuertes sentimientos. Hacen que la persona interprete los acontecimientos de forma rígida de manera que son difíciles de controlar (Madewell & Shaughnessy, 2009).

El pensamiento tiene tres elementos, la direccionalidad es decir hacia donde está dirigido dicho pensamiento, el curso o la velocidad del pensamiento y el contenido es decir lo que se piensa concretamente. En el caso de los pensamientos automáticos son pensamientos que aparecen en el flujo del pensamiento normal y condicionan su dirección o curso y a estos se les atribuye una certeza absoluta es por eso que no son cuestionados y condicionan la conducta y el afecto. En general son breves, pueden ser verbales o aparecer en forma de imágenes. Los pensamientos automáticos son fugaces, conscientes, pueden entenderse como la expresión o manifestación clínica de las creencias. En general las personas no son plenamente conscientes de sus creencias, pero si lo son o lo pueden llegar a ser de sus pensamientos automáticos (Camacho, 2003).

Los pensamientos automáticos al ser una charla interna o autodiálogo a nivel mental y se relacionan con estados emocionales intensos como puede ser la ansiedad, la depresión, la ira o la euforia. Estos al volverse muchas veces en versiones subjetivas de las cosas que nos ocurren y es aquí en donde se vuelven disfuncionales ya que al dar una falsa imagen o interpretación de las cosas y los hechos, y es por eso que se generan las distorsiones cognitivas (Beck, 1976).

Se caracterizan por que son generalmente de temas muy concretos, aparecen como mensajes recortados en forma de palabras claves, son involuntarios ya que entran de

manera automática en la mente, no son pensamientos reflexivos ni productos del análisis o razonamiento de una persona sobre un problema, son reacciones espontáneas o automáticas ante determinadas situaciones donde aparecen fuertes sentimientos, generalmente se expresan en palabras como "debería o tendría que". Aparecen también como obligaciones que nos imponemos a nosotros o a los demás en forma de exigencias, también tienden a dramatizar o a exagerar las cosas, esto hace que la persona adelante lo peor para ella y tenga un futuro catastrófico y que interprete los acontecimientos de forma rígida. Estos son difíciles de controlar y son el reflejo de actitudes y creencias que se han aprendido en la infancia o adolescencia o que son patrones familiares y de otras influencias sociales (Beck, 1976).

2.6 Distorsiones Cognitivas

Las distorsiones cognitivas son errores persistentes en la forma de pensar. Las distorsiones cognitivas o formas no válidas de razonamiento más frecuentes están categorizadas en 15 tipos principales. Estas distorsiones cognitivas están influenciadas por los pensamientos automáticos. El primer tipo de distorsiones se le conoce como 1) Filtraje o abstracción selectiva en la cual se selecciona un solo aspecto de una situación, una sola interpretación. 2) Pensamiento polarizado el cual valora los acontecimientos en forma extrema sin tener en cuenta los aspectos intermedios. Es dicotómico. 3) Sobre generalización en la que se saca una conclusión general de un solo hecho particular sin base suficiente. 4) Interpretación del pensamiento la cual es la tendencia a interpretar sin base alguna los sentimientos e intenciones de los demás. 5) Visión catastrófica, consiste en adelantar acontecimientos de modo catastrofista para los intereses personales. 6) Personalización, el hábito de relacionar sin las suficientes bases los hechos del entorno con uno mismo. 7) Falacia de control en la persona se ve a sí misma de manera extrema sobre el

grado de control que tiene sobre los acontecimientos de su vida. 8) Falacia de justicia consiste en la costumbre de valorar como injusto todo aquello que no coincide con nuestros deseos. 9) Razonamiento emocional, lo que la persona siente emocionalmente es visto como reacción a un estímulo externo. 10) Falacia de cambio, creer que el bienestar de uno mismo depende de manera exclusiva de los actos de los demás. 11) Etiquetas globales, es decir estereotipar a nosotros mismos o a los demás. 12) Culpabilidad, atribuir la responsabilidad de los acontecimientos totalmente a uno mismo a otros sin suficientes bases. 13) Los "deberías", consiste en el hábito de mantener reglas rígidas y exigentes sobre como tienen que suceder las cosas, de esta forma cualquier desviación de esas reglas se tiene como consecuencia una alteración emocional extrema. 14) Tener la razón, la tendencia a probar de manera frecuente ante un desacuerdo con otra persona que el punto de vista de uno es el correcto y cierto. 15) Falacia de recompensa divina, tendencia a no buscar solución a problemas y dificultades actuales suponiendo que la situación mejorará (Madewell & Shaughnessy, 2009).

Las distorsiones cognitivas tienen su origen en las creencias personales o significados subjetivos que muchas veces son aprendidos en la etapa infantil del desarrollo y que por lo general actúan a nivel inconsciente. Las distorsiones cognitivas se expresan a través de las cogniciones de las personas tanto en pensamientos como en imágenes que aparecen en situaciones donde hay una intensa alteración emocional. Muchas veces se forman versiones subjetivas de las cosas que nos ocurren que suelen ser bastante erróneas, ya sea en el sentido de dar una falsa imagen o interpretación de las cosas y los hechos, por lo que se le dice que están basados en distorsiones cognitivas (Beck, 1995).

CAP 3.

Conceptualización

3.1 Formulación de Caso

La conceptualización de este caso está hecha desde la perspectiva de la Terapia Cognitiva Conductual. La terapia cognitiva conductual está basado en la teoría que mantiene que la percepción y la estructura de las experiencias del individuo determinan sus sentimientos y conducta (Beck 1976).

Mónica vive con su hermana menor y su madre desde el divorcio de sus padres. Como consecuencia del divorcio la presencia del padre ha sido mínima. Una de las principales razones de divorcio fue el abuso físico y psicológico del padre hacia la madre y hacia sus dos hijas. Este abuso psicológico era de carácter minimizador, prejuicioso y juzgador. Desde la perspectiva de la Terapia Cognitiva Conductual este tipo de abuso psicológico es el resultante de la formación de esquemas negativos de cognición y de distorsiones cognitivas que influyeron en cuanto a la auto percepción y autoevaluación negativa de Mónica, de los demás y del mundo (Beck, 1995). Mónica genero creencias y pensamientos relacionados a una baja autoestima como consecuencia de observar maltrato de parte de su padre hacia su madre, y hacia ella. Este maltrato psicológico está basado en frases como "tu madre es una inútil", "todos los hombres son iguales", "eres igual a tu mama", "no sabes hacer nada bien", "dejas que la gente te engañe y pisotee". Estas frases mencionadas una y otra vez a Mónica, además de experiencias en las que algunas de ellas se cumplían, generaron que Mónica considere estas frases como verdades absolutas.

Dentro de la estructura del pensamiento de cada persona es importante el tener en cuenta a los patrones cognitivos mediante los que se conceptualiza de forma subjetiva y personal la experiencia. Esta organización conceptual abstracta de valores, creencias y metas personales se puede o no ser conscientes. Los esquemas pueden permanecer inactivos a lo largo del tiempo y ante situaciones específicas pueden activarse y pueden llegar a producir distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos o pensamientos negativos basados en estas experiencias y volverse patrones (Beck, 1976). En el caso de Mónica, las autoevaluaciones y las auto percepciones negativas que tiene sobre ella, los demás y el mundo en general, tienen como base no solamente pensamientos y creencias basadas en experiencia personal. Estas creencias, expectativas, reglas y asunciones en su principio no estaban basadas en experiencia, si no mas bien en una forma de educación del padre a su hija. Mónica expresa que su padre era quien muchas veces le decía "las personas son malas", "no puedes confiar en nadie", "los hombres son malos", "los hombres solo buscan una cosa", "todas las personas te terminan lastimando". Este tipo de pensamientos y de educación por así decirlo, genero en Mónica un miedo, sin bases al principio, sobre una generalización negativa relacionada a sus relaciones interpersonales. Mónica como consecuencia de este temor de la anticipación negativa frente a formar y mantener relaciones interpersonales internalizo estas experiencias en creencias.

Para Mónica el entablar relaciones sociales e interpersonales es muy difícil puesto que tiene creencias centrales como "no puedo confiar en nadie", "la gente siempre te termina haciendo daño". Estas creencias además de estar basadas en una educación y retroalimentación por parte del papa, han sido basadas en experiencias. Mónica asegura estar a la espera de que las personas le hagan daño, "tarde o temprano tus amigos te hacen daño, o te mienten o te traicionan".

La repercusión que han creado estas creencias en Mónica va más allá de las relaciones interpersonales. Este miedo a hacer lastimada y engañada por otros y el estar a la expectativa de que esto suceda, ha hecho que Mónica reaccione muchas veces de una manera disfuncional. Para Mónica entablar una relación social es muy difícil, y esto ha hecho que su grupo social disminuya con el paso de los años. Existe cierto retraimiento social por el temor a ser lastimada. Muchas veces Mónica prefiere quedarse en su casa que salir con sus amigos. Mónica ha mencionado que “ para que voy a salir y conocer gente si a la final todos son iguales”. Las creencias centrales negativas son usualmente sobregenrealizadas, globales y absolutas. Cuando estas creencias centrales negativas se activa, Mónica logra darles base y soporte mediante las experiencias pasadas en las que ha sucedido esto. Su padre es un hombre que ha estado fuera de la vida de la Mónica por muchos años. Aun cuando sus padres estaban casados, el padre de Mónica pasaba la mayor parte del tiempo fuera de su casa. Mónica recuerda que las peleas de sus padres estaban basadas en desconfianza del padre hacia la madre y de la madre hacia el padre. Para Mónica la desconfianza estaba en toda relación que ella percibía cercana. Después del divorcio de sus padres, el padre de Mónica iba a visitar a sus hijas todas las semanas, especialmente los fines de semana. Por los últimos años ha dejado de hacerlo, y muchas veces no lo ven mas de dos o tres veces cada dos meses. Para Mónica esto marco cierta pauta en cuanto a sus creencias centrales de desconfianza. Su padre llamaba para avisar que iba a visitarlas y nunca llegaba. Mónica menciona que este tipo de comportamiento del padre solo hacia que tenga mas peso lo que ella ya creía, “ las personas que mas quieres son las que mas daño te hacen”. Las creencias de Mónica en cuanto a la desconfianza hacia gente por temor a ser lastimada o a ser herida de alguna manera emocional ha generado en ella la creencia central de “soy vulnerable”. Este sentimiento y creencia de ser

vulnerable está basado en la experiencia de haber sido herida por su padre y amigos en los que ella confiaba y quería.

Para Mónica el que su padre forme parte del grupo de personas que le han hecho daño incremento el sentimiento y creencia de desconfianza. Esto se ve como repercusión en cuanto a la creencia intermedia de "mi papa fue, quien después de decirme que la gente es mala y que siempre te hacen daño, el que mas daño me hizo y es mi papa!". Para Mónica el que su padre haya sido quien cumplió la creencia y la regla de que las personas que mas quieres te hacen daño, solo hizo que las creencias de Mónica tengan mas sustento, ya que además de estar basadas en expresiones verbales de su padre hacia ella, están también basadas en experiencia. Esta creencia intermedias se ve replicada en cuanto a las actitudes, asunciones y reglas que tiene Mónica. Como actitudes Mónica ha expresado que "las personas son malas", dentro de las asunciones está "si no confié en nadie, nadie me hará daño" y dentro de las reglas "las personas siempre te terminan haciendo daño". Tanto las experiencias como las creencias centrales e intermedias de Mónica han generado la perdida de confianza en las personas y de seguridad frente al mundo en general.

Para Mónica la identificación de pensamientos automáticos fue fácil. Usualmente tenía un dialogo interno después de alguna situación, emoción o conducta especifica. Cuando alguien cercano a Mónica la hacia daño de alguna manera, la traicionaba, le mentía o la utilizaba, Mónica pensaba constantemente "todos son iguales". Estos pensamientos erróneos o disfuncionales llevaron a distorsiones cognitivas de las que Mónica no era consciente. Dentro de estas distorsiones estaba el pensamiento polarizado en donde Mónica asumía "todos son malos", "todos te lastiman", también está la sobre generalización, para Mónica "las personas siempre terminan dándote la espalda", "terminan siempre haciéndote daño", el cual valora los acontecimientos en forma extrema sin tener en cuenta

los aspectos intermedios, está también presente cierta visión catastrófica, que ha hecho que Mónica evite conocer nueva gente ya que asegura “ para que llegar a tenerles cariño si a la final te van a lastimar o a mentir o a traicionar”. En Mónica existen también varios “debería” este debería está relacionado a la vulnerabilidad que siente Mónica. Estos “deberían” consisten en el habito de mantener reglas rígidas y exigentes sobre como tienen que suceder las cosas, Mónica menciona que “ yo debería ser mas fuerte y no dejar que estas cosas me afecten”, “ debería aprender a no confiar en la gente”, “ debería no ser débil y dejar que me lastimen”. Estos errores cognitivos hicieron que la inseguridad y la vulnerabilidad que siente Mónica frente a las personas incrementara. Han tenido repercusiones en las áreas sociales de Mónica y ha hecho que le cueste integrarse a un grupo, que conozca nueva gente, o que mantenga ciertas amistades. Esto tiene como consecuencia que Mónica empiece a retraerse socialmente.

Las relaciones actuales de Mónica se ven afectadas por esta desconfianza hacia ellos. La relación que tenia con su novio se vio afectada por la falta de confianza que tenia Mónica hacia el, ella recurrentemente pensaba “si no me contesta está con alguien mas”, “a que rato me lastima”, “si ve que soy vulnerable va a provechar de eso”. Lo mismo pasaba en cuanto a su relación con amigos y amigas, Mónica pensaba “ya mismo uno de ellos me traiciona”, “me van a lastimar y yo no quiero”.

Estos pensamientos y creencias han hecho que Mónica tenga ciertas actitudes o comportamientos compensatorios. Dentro de la categoría de una sobrecompensación está la hostilidad y agresión, Mónica muchas veces culpa y ataca antes de ella ser quien es atacada. Dentro de la categoría de evitación está el retraimiento social, Mónica prefiere estar sola antes de ser lastimada o engañada por alguien a quien quiere. Las técnicas o estrategias compensatorias son utilizadas para hacer frente a pensamientos o creencias maladaptativas

y estas solo reducen los síntomas sin embargo hacen que exista el mantenimiento y el fortalecimiento de la estas creencias maladaptativas. Estas técnicas de mala adaptación son más eficaces en el corto plazo en lugar de generar una mejora a largo plazo. Ejemplos de estrategias de comportamiento de mala adaptación son: agresión, hostilidad, la disociación, las conductas de seguridad para evitar ansiedad y escape como aislamiento y retraimiento social (Young, 2003).

En Mónica los problemas relacionales estaban también afectando otras áreas. En cuanto a lo académico Mónica empezó a observar un notable decaimiento de sus notas. Es muy buena estudiante, siempre esta a tiempo con entrega de trabajos y deberes. Es responsable y saca buenas notas constantemente. En los últimos 6 meses, desde que termino con su novio y desde que su padre ha incrementado el número de visitas a sus hijas, Mónica asegura que su rendimiento académico se ve afectado, es una estudiante de "A y B" y en los últimos seis meses sus notas han bajado a "C". Para Mónica este cambio es su rendimiento académico tiene serias repercusiones en cuanto al área de estudio en general, pues al tener Asistencia Financiera de la universidad su rendimiento académico no puede ser de C. Los problemas en esta área académica han hecho que Mónica se retraiga y aisle socialmente, si bien al inicio estas estrategias eran basadas en el temor a hacer lastimada y engañada por los demás, están ahora también siendo influenciadas como una distracción innecesario frente a sus estudia, Mónica menciona "mejor me quedo en mi casa estudiando sola que perdiendo tiempo con gente que a la final solo le lastima". Mónica menciona varias veces que le costaba mucho concentrarse y que se le hacia muy difícil el estudiar. Si bien esta anhedonia no fue pervasiva, si influenció en el área académica. Existía también cierta apatía relacionada con la falta de motivación para el estudio, así como par socializar.

CAP 4.

Tratamiento

4.1 Curso del Tratamiento

Actualmente con Mónica nos vemos una vez por semana, en sesiones de 45 a 60 min. Mónica empezó a asistir a las sesiones terapéuticas desde Mayo 28 del 20011, hemos tenido 17 sesiones.

4.2 Estado mental breve

Mónica se presenta a las sesiones, generalmente vestida en jeans, un top y un saco. Llega puntual a las sesiones. Mónica se presenta siempre orientada en cuanto al tiempo, espacio, lugar y situación actual. Su estado anímico varía entre apatía, que se presenta cuando se habla sobre temas familiares, especialmente relacionados hacia el padre, y un estado anímico entusiasta cuando se tratan temas relacionados a actividades fuera de casa, intereses personales o metas y objetivos de Mónica.

Los temas tratados en las sesiones generalmente están muy cargadas emocionalmente, especialmente cuando se tratan temas familiares o interrelacionales. El procesamiento cognitivo de Mónica es bastante fluido lo que genera una buena introspección en terapia. Su discurso es fluido y coherente. La resistencia es marcada al hablar sobre problemas relacionales con el padre. En general sus procesos mentales son coherentes y su orientación, memoria y juicio son normales. La paciente negó tener ideación suicida u homicida o algún tipo de alucinaciones o delirios.

4.3 Información Psicológica de Test

Se utilizó el Inventario de Síntomas 90 Revisado (SCL-90-R) al iniciar y al finalizar la terapia. El SCL- 90-R es un auto-informe fue desarrollado por Leonard Derogatis en 1975 para evaluar el grado de malestar psicológico actual. Evalúa además patrones de síntomas presentes en las personas. Consta de 90 ítems que se responde sobre la base de una escala de cinco puntos (0-4). Estos 90 ítems están basados en síntomas psiquiátricos que varían de nivel de gravedad, frente a los cuales el evaluado debe indicar en qué medida lo han molestado o perturbado cada uno de esos síntomas durante el período entre el día de la evaluación y la semana inmediatamente anterior (Casullo & Pérez, 2008). Puede ser aplicado en un amplio rango de edad de 13 a 65 años y sólo se requiere que el evaluado tenga un nivel intelectual dentro del rango normal y no presente ideas delirantes o curse un trastorno psicótico en el momento de la evaluación. Se considera que una persona está en riesgo cuando la puntuación T normalizada es igual o superior a 63. (Fuentealba y Bravo, 2008).

Se lo evalúa e interpreta en función de nueve dimensiones primarias y tres índices globales de malestar psicológico:

Dentro de las dimensiones primarias están:

- 1) Somatizaciones (SOM)
- 2) Obsesiones y compulsiones (OBS)
- 3) Sensibilidad interpersonal (SI)
- 4) Depresión (DEP)
- 5) Ansiedad (ANS)
- 6) Hostilidad (HOS)
- 7) Ansiedad fóbica (FOB)
- 8) Ideación paranoide (PAR)

9) Psicoticismo (PSIC).

Dentro de las dimensiones globales están:

- 1) Índice global de severidad (IGS)
- 2) Total de síntomas positivos (TSP)
- 3) Índice Malestar Sintomático Positivo (IMSP)

Resultados.

El SCL-90-R se aplicó en la primera sesión y después de 8 meses en la semana antes de la finalización de terapia. Los puntajes obtenidos en el pre test y post test indican:

Pre Test

Los puntajes obtenidos muestran dentro de las dimensiones primarias, las siguientes escalas se encuentran dentro del promedio normativo teniendo en cuenta que T= 63-80 se considera dentro del rango estandarizado de riesgo. La escala de somatización (SOM) que evalúa la presencia de malestares que la persona percibe y que están relacionados con diferentes disfunciones corporales muestra una dimensión de T= 55. La escala de ansiedad (ANS) que evalúa la presencia de signos generales de ansiedad como nerviosismo, tensión, ataques de pánico y miedos en general muestra un T= 45. La escala de hostilidad (HOS) que evalúa pensamientos, sentimientos y acciones relacionados al enojo muestra un T= 60. La escala de ansiedad fóbica (FOB) que evalúa la respuesta persistente frente al miedo, ya sea a personas específicas, lugares, objetos o situaciones de una manera irracional y desproporcionada en relación con el estímulo que la provoca muestra un T=55. La escala de psicoticismo (PSIC) que incluye síntomas relacionados a estados de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones y control del pensamiento muestra un T= 55. Dentro de las dimensiones que muestran un T estandarizado elevado (T= 63-80) que muestran una persona en riesgo se encuentran las siguientes escalas. La escala de obsesiones (OBS) que

evalúa pensamientos, acciones e impulsos que son imposibles de evitar o que no son deseados muestra un $T=63$. La escala de sensibilidad interpersonal (SI) que evalúa la presencia de sentimientos de inferioridad e inadecuación en especial cuando la persona se compara con sus semejantes muestra un $T= 65$. La escala de depresión (DEP) que evalúa estado de ánimo disfórico, falta de motivación, poca energía vital, sentimientos de desesperanza e ideaciones suicidas muestra un $T= 65$. La escala de ideación paranoide (PAR) que evalúa comportamientos paranoides como pensamiento proyectivo, suspicacia y temor a la pérdida de autonomía muestra un $T= 65$.

Dentro de las escalas globales, la escala Índice de Severidad Global (IGS) que evalúa es un indicador del nivel actual de la severidad del malestar y combina el número de síntomas reconocidos como presentes con la intensidad del malestar percibido muestra un $T= 60$, que se encuentra dentro del rango normativo, teniendo en cuenta que $T=63-80$ muestra un rango estandarizado de riesgo. La escala Total de síntomas positivos (TSP) que toma en cuenta el total de ítems que tienen una respuesta positiva es decir mayor que cero dentro de los valores brutos de las escalas muestra un $T= 60$). La escala Índice de Malestar Sintomático Positivo (IMSP) que evalúa el estilo de respuesta indicando si la persona tiende a exagerar o a minimizar los malestares presentes muestra un $T= 60$.

Post test

En la segunda aplicación del SCL-90-R se observan cambios en las dimensiones primarias, la escala de obsesiones muestra un $T= 55$ disminuyendo 8 puntos y encontrándose dentro de la rango normativo teniendo en cuenta que $T= 63-80$ es considerado un rango estandarizado de riesgo. La escala de depresión (DEP) que muestra un $T= 60$, disminuyendo 5 puntos. La escala de hostilidad (HOS) muestra un $T= 55$ disminuyendo por 5 puntos. Las demás escalas se encuentran dentro del mismo rango de

puntaje obtenido en el primer SCL-90-R, la escala de somatización (SOM) muestra un T= 50, la escala de ansiedad (ANS) muestra un T= de 45, la escala de ansiedad fóbica muestra un T= 45 y la escala de psicoticismo muestra un T= 55. La escala de sensibilidad personal (SI) y la escala de ideación paranoide muestran un T=65 que se encuentra dentro de rango estandarizado de riesgo (T= 63-80).

Dentro de las escalas globales, la escala Índice de Severidad Global (IGS) muestra un T=60 al igual que en el anterior SCL-90-R. La escala Total de síntomas positivos (TSP) y la escala Índice de Malestar Sintomático Positivo (IMSP) muestran un T= 55 disminuyendo 5 puntos y se encuentran dentro del rango normativo estandarizado, teniendo en cuenta que el rango estandarizado de riesgo es T= 63-80

Análisis de los resultados

Antes de discutir los resultados, es importante notar que una sola prueba de considerable reputación como el SCL-90-R no es suficiente para constituir una evaluación psicológica completa. Idealmente es necesario utilizar múltiples herramientas para generar resultados más amplios y sólidos. Es importante el tener en cuenta que el SCL-90-R al ser un inventario de síntomas que evalúa patrones dentro del rango de tiempo de una semana anterior a la que se toma el cuestionario está sujeto a responder síntomas relacionados a una situación específica, que puede influenciar en los puntajes y elevarlos dentro del rango normativo.

En el caso de Mónica la escala de sensibilidad personal (SI) que evalúa la presencia de sentimientos de inferioridad e inadecuación muestra un puntaje dentro del rango estandarizado de riesgo en los dos inventarios. Esta escala muestra que efectivamente existe en Mónica un patrón frente a creencias y pensamientos sobre ella misma como una persona vulnerable, minimizada y juzgada por otros. Es importante el tener en cuenta que estas

creencias son la base de los problemas que tiene Mónica en cuanto a sus relaciones interpersonales. La escala de ansiedad paranoide (PAR) muestra también un puntaje elevado en los dos inventarios, esta escala que evalúa comportamientos paranoides fundamentalmente como lo son ciertos pensamientos proyectivos, suspicacia y temor a la pérdida de autonomía nos da cierta pauta de que Mónica efectivamente tiene creencias y pensamientos sobre las intenciones que tienen hacia ella las personas a su alrededor. Dentro de estas dos escalas podemos observar los patrones de Mónica frente sus relaciones interpersonales. Mónica siente que las personas a su alrededor van a lastimarla y a engañarla, duda de las intenciones de sus amigos y seres queridos y esto genera que Mónica se sienta vulnerable y como consecuencia el que Mónica se aislé socialmente. El puntaje constante de estas escalas puede estar influenciado por experiencias pasadas y actuales de Mónica frente a sus relaciones interpersonales.

Dentro de las dos evaluaciones Mónica se encontró en un nivel medio normativo en la mayoría de las dimensiones. Los resultados en las dos evaluaciones muestran cierto cambio en cuanto a la magnitud dentro de los patrones de síntomas, sin embargo es importante el recordar que estos cambios están sujetos a factores externos y situacionales. La disminución de los puntajes dentro de índices globales muestran una disminución de severidad del malestar y la percepción que tiene Mónica de estos. Esto nos da como muestra que las sesiones trabajadas con Mónica han sido efectivas en cuanto a la reducción de síntomas que eran percibidos.

4.4 Diagnostico y Evaluación Funcional

EJE I: V 61.20 Problema relacional padre-hijo.

EJE II: V 71.09 (No existe diagnostico en el eje II)

EJE III: V 799.99 (Referido a consulta medica)

EJE IV: A, B, C

A. Problemas relativos al grupo primario de apoyo.

B. Problemas relativos al ambiente social.

C. Problemas relativos al área académica.

Axis V: GAF= 65 (Síntomas moderados y dificultad moderada en el funcionamiento social y académico).

Criterios diagnósticos del DSM-IV-TR:

V61.20 Problema relacional padre-hijo.

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

CAP 5.

Estructura Del Tratamiento

Inicialmente mi objetivo con Mónica era el generar una buena alianza terapéutica, basada en empatía, autenticidad y apoyo positivo incondicional para de esta manera obtener un proceso terapéutico satisfactorio. Para empezar el tratamiento, Mónica estableció ciertos puntos en los que quería trabajar y en los que ella sentía que tenía problemas. Mónica menciona que “quiero dejar de sentirme vulnerable”, “quiero que deje de importarme mis problemas con mi papa”, “me gustaría tener menos discusiones con mi mama y mi hermana”.

5.1 Metas a corto plazo

Las metas iniciales para el tratamiento fueron: 1) crear confianza y rapport, 2) introducción y educación acerca de la terapia cognitiva. 3) identificar su rol y el de los demás miembros de la familia dentro del conflicto relacional, 4) buscar patrones relacionados a conductas y pensamientos, 5) disminuir ansiedad frente a problemas relacionales en casa, 6) psicoeducación frente a conductas relacionadas a emociones, 7) reducir sentimiento de apatía frente a problemas actuales como académicos.

Para que la terapia y las sesiones tengan eficacia fue muy importante el generar una alianza terapéutica con Mónica. Esta alianza estuvo basada en empatía, positivismo incondicional, autenticidad y confianza. Esto facilitó al proceso de exploración y de introspección de Mónica frente a sus creencias centrales e intermedias, pensamientos

automáticos y distorsiones cognitivas. También fue importante el normalizar las dificultades de Mónica y generar sentimiento de esperanza.

En cuanto al proceso de introducción y educación de la terapia cognitiva conductual fue muy importante para Mónica el entender y familiarizarse con el modelo cognitivo y el proceso de la terapia, tomando en cuenta sus expectativas y metas dentro de las sesiones, así como reducción de malestar y síntomas. Para esto fue importante el que Mónica comprenda la relación que existe entre sus creencias, emociones y sus conductas como el retraimiento social. También el identificar y modificar pensamientos y creencias disfuncionales.

Para Mónica fue muy importante el identificar los roles dentro de su familia para así tener claro la perspectiva global de sus problemas relacionales. Esto también ayudo a que se le sea más fácil para Mónica el identificar patrones de conductas y creencias. Como parte de la exploración de patrones se observó dificultades en el área de comunicación familiar por lo que se incremento la comunicación asertiva.

Para la búsqueda de patrones de comportamientos y pensamientos de Mónica, la exploración de conductas pasadas fue fundamental. Para Mónica el tener constantes pensamientos como “ a las personas no les gusta escuchar los problemas de otros, se cansan y se alejan ” tenia como repercusión que Mónica internalice sus emociones y pensamientos, esto se reflejaba en su retraimiento social y en la apatía al socializar. Dentro de las terapias se motivó a Mónica a que realice pequeños experimentos en los que expresaba ciertas emociones o pensamientos que le fueran fáciles frente a situaciones específicas, como discusiones en la casa con la hermana o su madre, con sus amigas y en terapia. Mónica después de varias sesiones mencionó “ cuando les dije lo que pensaba nada malo paso, nadie se enojo ni se alejo, mas bien me sentí tranquila y desahogada ”.

En cuanto a la disminución de ansiedad frente a los problemas relacionales en casa, en terapia exploramos ciertas conductas y patrones ligadas a las discusiones o conflictos comunes en la casa. Mónica mencionó varias veces “mi cuarto siempre está desordenado, y mi casa ordenada y mi mamá se molesta mucho cuando ve mi cuarto desordenado”.

Mónica señaló que este es la base de los problemas en casa, ya que al tener su hermana su cuarto ordenado su madre compara el suyo con el de su hermana. Mónica mencionó también que toda discusión en casa empieza por el desorden de su cuarto y señaló “el desorden de mi cuarto es mi manera de decir que no estoy bien, que estoy triste o brava”.

Dentro de terapia se motivó a Mónica a que arregle partes de su cuarto, no todo a la vez, que empiece con lugares pequeños como el closet, o los cajones. Mónica mencionó que después de varias sesiones, a ir arreglando su cuarto, las discusiones en casa disminuyeron, ella se sentía más relajada al llegar a su casa y que su madre y su hermana pasaban más tiempo juntas como familia. Mónica mencionó “por fin nos pudimos sentar las tres a ver una película y comer juntas, volvimos a ser lo que éramos”.

Dentro de terapia, la psicología coeducación generó en Mónica una introspección relacionada a cambios de ánimo automáticos frente a una situación específica. Esto ayudó a que Mónica tenga meta cognición frente a los pensamientos que influenciaban en emociones, y de esta manera empezar a racionalizar los pensamientos de manera adaptativa y funcional para modificar la emoción y la conducta. Mónica mencionaba que muchas veces su estado anímico cambiaba automáticamente de estar feliz a estar triste y que para no sentirse triste buscaba alternativas como el salir y tomar como una forma de evitación hacia esta tristeza. En terapia se motivó a Mónica a que cuando experimente este cambio anímico, deje que la tristeza fluya, y que al hacerlo tenga introspección frente a los pensamientos que genera. Al hacerlo Mónica mencionó “pensaba en todo lo que tengo

miedo que pase, que la gente se aleje, que me haga daño, que me traicione, estoy a la expectativa de todo eso''. Este ejercicio fue una herramienta clave para la exploración de pensamientos automáticos y creencias centrales e intermedias.

Mónica indicó preocupación frente al área académica ya que sus notas estaban notablemente decayendo. Era estudiante de "A" y en los últimos dos meses solo sacaba "C". en terapia se exploró factores externos e internos influyentes. Dentro de estos dos factores. Mónica reconoció que la apatía que siente frente a sus estudios y al área académica en general estaba vinculados a la internalización de sus problemas relacionales.

5.2 Metas a largo plazo

1) Afrontar el miedo, la desconfianza y la baja autoestima identificando los conflictos desarrollados en la familia y comprender la conexión de estos a la situación actual, 2) introspección frente a pensamientos automáticos, creencias intermedias y centrales que influyen al retraimiento social, 3) establecer recursos adaptativos frente los pensamientos erróneos o distorsiones cognitivas, 4) disminuir temor frente a relaciones interpersonales modificando creencias 5) desarrollar relaciones interpersonales sanas por medio del moldeamiento y experimentos conductuales.

Dentro de las sesiones terapéuticas, conjuntamente con Mónica desarrollamos monitoreo de emociones y de pensamientos automáticos para a partir de esto enfocarnos en las creencias centrales e intermedias. Una vez que fueron identificadas los pensamientos automáticos, creencias centrales e intermedias empezó el proceso de modificación de pensamientos y conductas desadaptativas para volverlas funcionales y adaptativas. Esto se realizó siguiendo el modelo cognitivo y técnicas como el observar ventajas y desventajas de estas creencias y dándoles más importancia y retroalimentación positiva a aquellas desventajas y de esta manera creando nuevas creencias. El uso de experimentos pequeños

en los que se aplicaban las nuevas creencias fueron esenciales para modificar las creencias desadaptativas y así darle fuerza a las nuevas creencias. Dentro de terapia el uso de role-play fue una herramienta útil al modificar conductas relacionadas con las creencias. El uso de evidencia que generan las creencias centrales e intermedias pasadas frente a las nuevas creencias intensifico la fuerza de las nuevas creencias.

Vieja creencia central: “soy vulnerable y las personas me hacen daño”

Que tanto crees en la vieja creencia central ahora? : 65%

Cuento es lo mas alto que has creído de esa creencia en la semana?: 85%

Cuanto es lo menos que has creído de esa creencia en la semana? : 70%

Nueva creencia: no todas las personas me lastiman

Evidencia que contradice a la creencia anterior creencia

Salí y conocí nueva gente
Mis amigas confían en mi

Confió en mi mama y hermana
Hay gente que se interesa por mi

Hay gente que me quiere

.

Evidencia que apoya la nueva

No todas las personas cercanas a mi me han hecho daño

Hay veces que las personas que mas quieres te hacen daño sin querer hacerlo

Hay personas que buscan lo mejor para mi

5.3 Problemas Éticos/ Legales

El presente estudio de caso se basó en los principios generales del código de ética de la Asociación Americana de Psicología que son:

- a. Beneficio no maleficio
- b. Fidelidad y responsabilidad
- c. Integridad
- d. Justicia
- e. Respeto por los derechos y la dignidad de los demás

(American Psychology Association, 2002b).

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

Dentro del código de Ética establecido por "The American Psychological Association" (APA) se establece que el consentimiento informado debe ser firmado por el paciente al inicio de la terapia. Este consentimiento informado el cual menciona los límites de confidencialidad dentro de terapia, además de establecer un compromiso del paciente y terapeuta frente a la puntualidad y el cancelar sesiones. El consentimiento menciona también cada estudiante de psicología tiene un supervisor durante todo el proceso (Código de Ética 10.01). Asegura también la protección de toda la información revelada en terapia y se advirtió las condiciones en las que se la realizaba. La paciente autorizó el registro de la información por medio de grabaciones y entrevistas clínicas. Posteriormente accedió a que su caso fuera sometido a estudio siempre y cuando su identidad fuera resguardada, por lo que el nombre utilizado en el presente estudio no es el original (American Psychology Association, 2002b).

Un problema ético que tuve con Mónica fue el de autorevelación. Debido a que la diferencia de edad entre Mónica y yo es poco, muchas de las sesiones perdían cierto formalismo y se volvía un tanto personal las sesiones, en donde Mónica me hacía preguntas personales y yo le respondía. El código de ética establece que una relación múltiple (Código de Ética 3.05) ocurre cuando un psicólogo dentro de su rol profesional con una persona mantiene otro tipo de rol con la misma persona. Se vuelve un problema cuando el

terapeuta pierde objetividad, competencia y efectividad en cuanto a su rol como terapeuta. Sin embargo el código de ética menciona ciertas excepciones frente a la violación a la ética profesional. Dentro de estas excepciones en la categoría de límites y de nivel de involucración en términos de lo personal y lo profesional con un paciente, la auto revelación del terapeuta en cuanto a su historia personal no es considerado un problema ético siempre y cuando esta auto revelación esté dentro de los propósitos terapéuticos, educacionales y de supervisión (Fisher, 2009).

En mi caso, la auto revelación con Mónica fue una herramienta de normalizar situaciones y de disminuir la ansiedad frente al pensamiento de “esto solo me pasa a mí” que Mónica mencionaba en terapia. La auto revelación también fue un mecanismo dentro del proceso terapéutico que ayudo en cuanto a la alianza terapéutica. La auto revelación puede ayudar en el desarrollo del vínculo terapéutico, promover un cambio terapéutico y servir como un modelo de comportamiento apropiado. Es también visto como un componente esencial de esta terapia. El revelar al cliente las debilidades del terapeuta funciona de manera que se refuerce la idea de que todos los humanos son iguales y que ninguno vale más que otro (Edwards y Mardock, 1994).

Considero que el tener poca diferencia de edad con Mónica generaba en mí un sentimiento de inseguridad frente a la posibilidad de que Mónica no me considere como una profesional y como alguien que le pueda ayudar de manera eficaz ya que podía verme mas como una amiga que en si su terapeuta. También genero en mí un sentimiento de temor de no cumplir las expectativas de Mónica frente a la terapia.

5.4 Temas Relacionados a la Relación en el Tratamiento

Para Mónica hablar del tema de su familia y de su padre especialmente, era muy difícil. Las sesiones empezaban en su gran mayoría hablando de temas superficiales y

cómodos hasta que resaltaba un tema relacionado con la familia o el padre, en donde después de varios intentos, lográbamos indagar, explorar y profundizar. Como una herramienta para sobrepasar esta resistencia dentro de terapia se utilizó la imaginación que ayudó a Mónica a visualizar y poner en una perspectiva segura y manejable para ella en cuento a temas relacionales con su padre.

Transferencia y Contratransferencia

Durante terapia, tanto el paciente como el terapeuta experimentan emociones, sentimientos y pensamientos el uno hacia el otro. La transferencia es un fenómeno caracterizado por la redirección de los sentimientos inconscientes del paciente hacia el terapeuta. La contratransferencia se refiere a la transferencia de los sentimientos del terapeuta hacia el paciente

Transferencia

Los esquemas individuales del terapeuta afectan a la transferencia dentro de la sesión. Los terapeutas pueden tratar de compensar su base de sentimientos de incompetencia y falta de valor por exigir el cumplimiento perfecto de sí mismo y del paciente. Los terapeutas que evitan el apego se centran más en técnicas superficiales que en más personales y temas significativos. La resistencia del paciente puede ser visto como un rechazo personal. Es importante que el terapeuta preste atención a sentimientos y pensamientos fuertes tanto negativos como positivos frente a su paciente y los monitoree y analice, de esta manera evitara el que existan conflictos dentro de terapia que perjudiquen a las sesiones e intervenciones (Diveky, et al. 2010).

Las reacciones son una valiosa fuente de información sobre el mundo interior del paciente y del terapeuta. Una buena relación terapéutica es un tema importante para el tratamiento eficaz en la terapia cognitiva conductual (Diveky, Grambal, Kamaradova,

Mozny, Prasko, Sigmundova, Slepecky, & Vyskocilova, 2010). Es importante el tener en cuenta que las dificultades interpersonales que surgen en la relación paciente-terapeuta puede alterar la terapia. El terapeuta debe estar listo para explorar las reacciones que surgen en terapia para obtener más información sobre el sistema del paciente en cuanto a sus pensamientos y creencias. Sino se explora, las posibles interpretaciones distorsionadas persistentes pueden interferir con la colaboración. Si se exponen, proporcionan un rico material para la comprensión de los significados y creencias (Diveky, et al. 2010). No hay ningún estudio sobre la eficacia del uso de la transferencia en la terapia cognitiva conductual. Aunque la herramienta central de la terapia cognitiva conductual no es interpretación de la transferencia, los pensamientos automáticos y los sentimientos relacionados con la interacción con el terapeuta están dentro del área de la exploración y puede ofrecen valiosas oportunidades para probar y modificar pensamientos disfuncionales (Diveky, et al. 2010).

La transferencia se produce cuando el paciente puede percibir algo sobre el terapeuta. Para la terapia cognitiva conductual la auto revelación, el ser cálido y mantener una atmósfera de empatía, además de la relación de colaboración y el estrés en la auto eficacia de los pacientes pueden contaminar esta transferencia. Dentro de los signos reveladores de la transferencia puede haber un cambio repentino en el comportamiento no verbal del paciente como lo es un cambio en la expresión, de repente cambiar a un nuevo tema, tartamudear, tener una postura de caída, con los puños apretando, patadas, y golpes (Diveky, et al. 2010). Uno de los signos más reveladores es un cambio en la mirada del paciente mirada, sobre todo si ha tenido un pensamiento que prefiere no revelar. Es importante que el terapeuta debe prestar atención a cualquier reacción negativa o positiva , debe estar atento las señales de decepción, ira y frustración experimentado por el paciente

en la relación terapéutica. Debe estar de igual manera alerta a la excesiva idealización, alabanza o los intentos de desviar la atención de la terapia en el terapeuta (Diveky, et. al, 2010).

En cuanto a la transferencia en terapia, siento que Mónica se siente segura conmigo y que confía en mi. Siento que Mónica ve nuestro espacio terapéutico como un lugar seguro en el que ella puede expresarse de manera sincera y abierta. Mónica se presentaba muy puntual a terapia y estaba realmente comprometida a las sesiones. Mónica expresó varias veces lo cómoda que se sentía conmigo y lo mucho que la estaba ayudando. En sesiones mencionaba que la relación con su padre había mejorado algo y que la inseguridad que sentía hacia ella mismo había reducido notablemente al recordar experiencias que contradecían esta creencia. En las sesiones no percibí ningún tipo de sentimiento de incomodidad por parte de Mónica hacia mi, por el contrario las sesiones se daban en un ambiente cómodo y seguro.

En la terapia cognitiva conductual los terapeutas utilizan esquemas y creencias fundamentales como el enfoque de la terapia, así como las transferencias interpersonales desadaptativas y patrones. El desarrollo de una conceptualización del caso en la terapia cognitiva conductual los terapeutas deben examinar los pensamientos, sentimientos y comportamientos relacionados con una amplia gama de situaciones, incluidas las reacciones a la terapeuta para entender la base de las creencias y suposiciones condicionales de cada paciente (Diveky, et al. 2010).

Contratransferencia

La contratransferencia se produce cuando el terapeuta reacciona de manera complementaria a la transferencia del paciente. El prestar atención a las reacciones emocionales de los pacientes y del terapeuta es un componente fundamental de la terapia

cognitiva conductual. Para orientar a los pacientes de manera efectiva en la exploración y en el descubrimiento de sus pensamientos y expresar sus sentimientos, el terapeuta tiene que tener una base de habilidades para el reconocimiento, comprensión y expresión de sus propias emociones. El terapeuta cognitivo está en sintonía con las emociones que puedan afectar el medio ambiente terapia. Cualquier cambio en el comportamiento típico del terapeuta podría indicar una reacción emocional y pensamientos automáticos asociados, tales como hablar con dudas, tono de voz, aumento de frecuencia de pensamientos acerca de un cliente fuera de las sesiones, el evitar devolver la llamada a un cliente de teléfono o la tardanza en iniciar o finalizar una sesión (Diveky, et al. 2010).

En cuanto a la contratransferencia, muchas veces sentí empatía en cuanto a lo que Mónica estaba pasando, y esto generaba que yo trabajara y guiara la sesión de acuerdo a como yo hubiera enfrentado ciertas situaciones. En ocasiones esto también influía en que yo trataba de apresurar el tratamiento y el uso de ciertas técnicas, porque consideraba que Mónica estaba lista para avanzar o para explorar ciertas situaciones y creencias que le producían malestar. Esto puede estar influenciado por cierta empatía de mi parte hacia situaciones y experiencias de Mónica, y el apresurar las sesiones o procesos terapéuticos no solo ayudaría a Mónica si no que también de una manera indirecta me hubieran ayudado a mi también. Sin embargo al caer en cuenta de esto volvía a enfocarme en mi dentro de una posición profesional, lo que genero que no existan mayores conflictos en terapia relacionado a esto.

5.5 Temas e Intervenciones

La terapia cognitiva conductual utiliza una amplia variedad de técnicas para cambiar las cogniciones desadaptativas. Dentro de estas técnicas están el auto monitoreos y tareas

que pueden ayudar al paciente a sentir que están trabajando en sus propias dificultades (Simmons, 2008) .

Para el monitoreo se utiliza un registro de actividades diarias o semanales en el que se pide al paciente que escriba lo que hace en cada hora del día y que clasifique el grado de dominio y placer de cada actividad en una escala de 0 a 10. El registro de pensamientos es uno de los procedimientos más utilizados para identificar los pensamientos automáticos. Existen varias formas de registrar los pensamientos. El método más simple es la técnica de las dos columnas, que se utiliza cuando el paciente aprende a reconocer los pensamientos automáticos. El paciente intenta identificar las reacciones emocionales en una columna y los pensamientos automáticos en otra. El mismo ejercicio con tres columnas incluye una descripción de la situación, una lista de los pensamientos automáticos y el registro de la respuesta emocional. Este registro ayuda al paciente a reconocer el efecto de los pensamientos automáticos y a comprender cómo se aplica el modelo cognitivo básico, es decir, la relación entre las situaciones, los pensamientos, los sentimientos y las conductas a su propia experiencia. Este procedimiento también pone en marcha el proceso de modificación de las cogniciones desadaptativas (Beck, 2005).

La Terapia Cognitiva utiliza frecuentemente la Psicoeducación es decir en una explicación de forma rápida del modelo teórico de la terapia cognitiva y dándole al paciente información sobre sus problemas. El paciente debe entender lo que le pasa y notar que el terapeuta también logra comprenderlo, y de esta manera también incrementa en la motivación de cambio. También utiliza en particular escalas, cuestionarios e inventarios, como monitoreo del proceso terapéutico (Camacho, 2003).

Dentro de las técnicas utilizadas por la terapia cognitiva conductual está también ciertos entrenamientos de relajación para disminuir emociones negativas y ansiedad en general causada por una situación en específico. (Beck, 1995).

El role-play-se utiliza también en la terapia cognitiva para evocar pensamientos automáticos. Para esto el terapeuta realiza una serie de preguntas iniciales para establecer una situación concreta en la que se produzca una relación interpersonal o cualquier otro tipo de intercambio social capaz de provocar la aparición de un pensamiento automático desadaptativo. Después el terapeuta adopta el papel de la persona de la escena y facilita la ejecución de un conjunto de respuestas típicas (Camacho, 2003).

Es en la utilización de metáforas en donde la practica psicológica y ciertas terapias como lo son la terapia cognitiva conductual y la imaginería para ser mas específicos ayudan al proceso de la emociones y de introspección de la misma dentro de una sesión, enfocándose en un factor subjetivo mas que objetivo de las emociones.

Como se ha mencionado la terapia cognitiva es un tipo de psicoterapia que se basa en los procesos mentales cognitivos que influyen en la conducta. La terapia cognitiva tiene como uno de sus objetivos el desarrollar, conjuntamente con el paciente, recursos para que el paciente puede ser quien soluciones sus problemas. Para que la terapia cognitiva tenga un grado de efectividad, debe existir una estrecha relación entre el ambiente, la cognición, el afecto, la conducta y la biología de la personas.

La terapia cognitiva sostiene que los procesos de pensamiento son factores que intervienen en los trastornos psicológicos. Es importante el tener en cuenta que dentro de los componentes cognitivos están formados por pensamientos, imágenes, creencias, etc. La terapia cognitiva trabaja para que estos componentes cognitivos cambien, y se vuelvan

adaptativos para el paciente, de esta manera se elimina o se cambia funciones cognitivas que están siendo disfuncionales para el paciente (Madewell & Shaughnessy, 2009)

En este caso, con Mónica la utilización de la terapia cognitiva estuvo centrada en la organización de sus creencias y pensamientos, que estaban ligados a emociones situacionales. El proceso de la terapia cognitiva estuvo enfocado en distinguir, y en poner atención a todos los pensamientos que surgían frente a una determinada situación. Para buscar emociones y pensamientos ligados a una situación específica y de esta manera empezar a trabajar sobre estos hicimos varios ejercicios de imaginación. Las diferencias sobre cómo las personas se refieren a lo que están sintiendo son una de las principales razones por las cuales las metáforas también sirven para realzar los sentimientos y ejemplificarlos y de esta forma prescindir de un lenguaje que describe y define a las emociones de una manera más científica. (Estramiana y Gondim, 2009). Con la imaginación salieron a la superficie emociones que estaban presentes en muchas de las situaciones en las que Mónica encontraba difícil el expresar lo que sentía o lo que pensaba por miedo a lo que las otras personas llegarán a pensar. Para tener una mejor estructura sobre este esquema y la relación entre pensamientos y emociones, lo primero que hicimos con Mónica fue un monitoreo de emociones, una pequeña tarea realizada en casa, en la cual tenía que anotar en un cuadro, que indicaba los días de la semana y estaba dividido en dos tiempos: mañana y tarde, en donde Mónica anotaba emociones que iba sintiendo durante el día, por toda una semana. Dentro de este monitoreo de emociones, tres emociones se repetían constantemente: tristeza, ira y miedo. Estas tres emociones aparecían de manera constante tanto en el transcurso del día como en la semana en general. Al hablar en terapia con Mónica sobre estas emociones, recalcaron ciertas situaciones que se correlacionaban con las emociones, y lo hacían de igual manera, de manera repetitiva. Las emociones estaban

ligadas a situaciones en las que la familia, y con el novio parecía ser las impulsoras de estas emociones.

Para una mejor organización de estas emociones relacionada con situaciones específicas, realizamos otra tarea con Mónica, esta vez tenía que anotar en una hoja dividida en tres: situación, emoción y pensamiento. De esta manera, la emoción estaría enfocada a una situación específica y ligada a varios pensamientos. El modelo cognitivo también incorpora los efectos de la emoción sobre el procesamiento cognitivo. Las emociones intensas pueden estimular o intensificar las distorsiones cognitivas. (Wright y Beck, 2009). Una experiencia afectiva ya sea agradable o desagradable, presenta respuestas tanto físicas como psicológicas. Dentro de las respuestas físicas está el componente fisiológico, mientras que dentro de la parte psicológica entran en acción respuestas conductuales, cognitivas, expresivas y adaptativas. Esto se debe a que las personas generalmente aprenden modos específicos de responder a situaciones similares, influenciadas por experiencias previas tanto negativas como positivas, de manera que una vez aprendido, la respuesta tiende a ser automática y muchas veces sin darse cuenta de lo que están pensando en ese momento (Estramiana y Gondim, 2009).

Como se ha mencionado antes, para que exista un éxito dentro del proceso terapéutico, tiene que existir una buena relación entre paciente y terapeuta. Este vínculo que está basado en confianza, empatía, autenticidad entre otros genera más apertura del paciente en el proceso terapéutico. Esto ayudó en gran parte a explorar emociones específicas en determinadas situaciones, para eventualmente explorar los pensamientos que estaban vinculados a estas. Es por eso que la exploración de emociones dentro de una sesión psicológica está influenciada por distintos factores, como lo es el ambiente de la sesión, el tipo de terapia, relación entre paciente y terapeuta es decir en la existencia de una alianza

terapéutica en donde haya confianza, empatía, apoyo incondicional y en la comodidad que el paciente sienta de hablar sobre sus emociones. La reacción emocional es algo omnipresente a todo proceso psicológico (Chóliz, 2005).

Después de explorar emociones y de hacer un monitoreo semanal de estas, nos enfocamos en el aspecto cognitivo de las emociones. Empezamos por la identificación de los pensamientos automáticos. Para esto organizamos un esquema en el cual ella tenía que identificar y anotar una situación específica, que emociones estaban vinculadas a esta y que pensamientos eran los primeros que aparecieron. Los pensamientos automáticos son las cogniciones que se producen rápidamente

Cuando dentro de una situación o al recordar un acontecimiento. Estos pensamientos no suelen estar sujetos a un análisis racional y muchas de las veces se basan en una lógica errónea. Muchas de las veces las personas no son conscientes de estas cogniciones sin embargo los pensamientos automáticos son accesibles mediante las técnicas de interrogación que se utilizan en la terapia cognitiva, como lo son los monitoreos de emociones o esquemas de emociones y pensamientos. (Wright y Beck, 2009)

Las capacidades cognoscitivas principalmente las que interpretan la situación y hacen posible la reacción del individuo son los aspectos más importantes en la relación mente-cuerpo de la conducta emotiva. Las emociones suceden muy rápidamente y muchas veces son tan rápidas que no nos permiten tomar conciencia de lo que está ocurriendo (Levac, 2005)

Existe una gran importancia en cuanto al proceso de comprensión del juego de las emociones y a la capacidad de dominarlas. La metacognición, es decir, la toma de conciencia de los propios procesos mentales, ayudan a entender a las emociones desde un punto de vista cognitivo. Debido al hecho de que la mente racional invierte más de tiempo

que la mente emocional en registrar y responder a una determinada situación, es importante la meta cognición, ya que de esta manera al tener una emoción es posible identificar el pensamiento detrás de la misma. Esta es una manera de autorregulación emocional, además de introspección que en si es una herramienta útil para el cambio o modificación de pensamientos y emociones ligadas que se han vuelto desadaptativas o disfuncionales. (Goleman, 1995)

5.6 Conclusiones

El presente estudio de caso muestra a una paciente, Mónica que presenta problemas relacionales dentro de la categoría padre-hijo según la categoría del DSM IV-TR. Dentro de los patrones presentados en Mónica en cuanto a la relación a su padre, existe un deterioro en la interacción entre ella y su padre, así como un deterioro en la comunicación. Este deterioro está determinado por ciertos patrones conductuales y cognitivos que tienen como base distorsiones cognitivas y creencias disfuncionales.

Estas creencias y distorsiones nacen de un contexto de experiencias negativas actuales y pasadas de Mónica frente a distintos tipos de relaciones. Tienen también influencia de mensajes verbales y observables del padre de Mónica hacia ella. Dentro de los mensajes verbales está presente un maltrato psicológico de carácter minimizador, juzgador y estereotipado frente a situaciones de carácter relacional, que tienen como base el temor de ser herido o engañado por alguien mas. En cuanto a los mensajes observables, Mónica fue testigo del divorcio de sus padres, del cual el maltrato físico y psicológico así como el engaño y las mentiras fueron la causa de este. Esto en conjunto ha generado en Mónica la presencia de creencias centrales como "soy vulnerable", acompañado de creencias y pensamientos automáticos como "todos me van a lastimar", "no quiero ser engañada", "todos son iguales" que tiene como consecuencias comportamientos y conductas de

retramiento social, así como un temor y ansiedad constantes de ser herida o engañada. Esto ha generado que Mónica además de tener problemas relacionales debido a un aislamiento social presente también apatía y disforia frente a otras áreas, como es el área académica.

Dentro de terapia, Mónica exploró y ganó introspección frente a pensamientos y creencias que generaban conductas desadaptativas. Una vez establecidos las creencias y pensamientos disfuncionales se trabajó en modificarlos y en volverlos adaptativos. Se utilizó varias técnicas cognitivas conductuales como el monitoreo de pensamientos, formularios de creencias centrales, imaginación y cambios conductuales para generar en Mónica recursos y estrategias de adaptación y modificación frente su malestar en cuanto a relaciones sociales.

Al finalizar terapia Mónica percibía una mejora en cuanto a sus relaciones interpersonales y un cambio en cuanto a sus creencias centrales y expectativas. También incrementó su motivación frente al área académica y se redujo su malestar de ansiedad y apatía.

5.7 Limitaciones del estudio

En psicología, estudios de casos a menudo se limita al estudio de un individuo en particular. La información biográfica se relaciona con los acontecimientos en el pasado del individuo, así como a los eventos importantes que se están produciendo en su vida cotidiana. Con el fin de producir un perfil bastante detallado y completo de la persona. El procedimiento utilizado en un estudio de caso significa que el investigador ofrece una descripción de la conducta. Esto proviene de entrevistas y otras fuentes, tales como la observación. El cliente también informa de los detalles de los acontecimientos desde su punto de vista. El investigador luego escribe la información de ambas fuentes anteriores como el estudio del caso, e interpreta la información. Interpretación de la información

significa que el investigador decide qué incluir y qué dejar fuera. Un buen estudio de caso siempre se debe dejar en claro que la información es una descripción objetiva y que es la inferencia o la opinión de la investigadora (McLeod, 2008)

Dentro de las limitaciones que presenta un estudio de caso está el problema subjetivo sobre los recuerdos de la persona, estos pueden ser muy selectivos, dejando de lado información que puede ser relevante para otras personas. De esta manera cierta información importante puede ser obviada. Las principales desventajas del caso de estudio en psicología se presentan en la incapacidad para establecer relaciones de causa y efecto o probar hipótesis (Hodkinson, 2001)

Debido a que un estudio de caso trata de una sola persona, evento o grupo, no se puede estar seguro de si las conclusiones extraídas de este caso en particular se aplican en otros lugares. Los resultados del estudio no se pueden generalizar ya que no se puede saber si el caso es representativo de un campo más amplio casos similares. Un estudio de caso se basa en el análisis de información cualitativa es decir, descriptivo de datos que mucho depende de la interpretación del área psicología de la persona. Esto significa que hay mucho margen para el sesgo del observador y puede ser que las opiniones subjetivas de los psicólogos se entrometen en la evaluación de lo que significan los datos. Es también importante el tener en cuenta que dentro de los estudios de caso los sentimientos propios subjetivos puedan influir en el estudio de casos, esto es denominado como sesgo del investigador. Un estudio de caso es difícil de replicar (Yin, 2004)

Como parte de las limitaciones de caso que se presentaron en este caso específico, es importante el mencionar que la cantidad de información y detalle sobre mi paciente era bastante extensa, y el conceptualizarlo desde un tema específico hizo que cierta información relevante quede atrás y que no se mencione de manera detallada. Al ser el

estudio de caso basado en interpretación de información, conductas y observaciones, es importante el mencionar que desde mi punto de vista subjetivo he recopilado y conceptualizado a base de esta interpretación.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV- TR)*. (2000). Fourth Edition, American Psychiatric Association, Washington.
- Beck, A. T. (1964). Thinking and depression. 2. Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry*, 10, 561-571.
- Beck, A & Freeman, A. (1990). *Terapia cognitiva de los trastornos de la personalidad*. Barcelona, Paidós.
- Beck, A, Rush. J, Shaw. B & Emery. R. (1979). *Terapia cognitiva de la depresión*. Editorial Desclée de Brouwer. Bilbao.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: basics and beyond*. New York : Guilford Publications.
- Camacho, Javier Martin. (2003). El ABC de la terapia cognitiva
- Camerini Julio. (2007). La terapia racional emotiva conductual. C.A.T.R.E.C
http://www.catrec.org/albert_ellis.htm
- Casullo, Maria & Perez, Marcelo. (2008). El Inventario de Síntomas SCL-90-R de L. Derogatis. Adaptación UBA. CONICET. 1999/2008.
- Choliz, Mariano. (2005). Psicología de la emoción: el proceso emocional. Encontrado en:
www.uv.es/=choliz)
- Dattilio & Padesky. (1990). *Cognitive Therapy with Couples*. Professional Resource Exchange Inc. USA. ISBN: 0-943158-49-4.

- Diveky, T., Grambal, A., Kamaradova, D., Mozny, P., Prasko, J., Sigmundova, Z., Slepecky, M. & Vyskocilova, J. (2010). Transference and countertransference in cognitive behavioral therapy. *Biomedical Papers of the Medical Faculty of the University Palacký Olomouc Czechoslovakia Republic*, 154(3), 189–198.
- Recuperado el 17 de noviembre del 2011 de <http://biomed.papers.upol.cz/pdfs/bio/2010/03/01.pdf>
- Edwards, C.E., Murdock, N.L. (1994). Characteristics of therapist self-disclosure in the counseling process. *Journal of Counseling and Development*.
- Estramiana y Gondim. (2009) . Naturaleza y cultura en el estudio de las emociones. RES nº 13 (2010) pp. 31-47. ISSN: 1578-2824
- Fischer, C.(2008). *Decoding the ethics code: A practical guide for psychologists*. California, United States: Sage Publications.
- Fuentealba, Rene & Bravo Cecilia. (2008). Datos Normativos y Propiedades Psicometricas del SCL- 90-R. *Terapia Psicología*, Vol (26) 001.
- González, R., Fernandez-Berrocal, P. P., Ruiz-Aranda, D. D., & Extremera, N. N. (2006). Una Aproximación a la Integración de Diferentes Medidas de Regulación Emocional. *Ansiedad y Estrés*, 12(2/3), 155-166. Retrieved from EBSCOhost
- Hales, Robert E. (2009). *Tratado de psiquiatría clínica*. Quinta edición. Barcelona
- Hernandez P. P. (2006). Moldes Mentales en la Explicacion del Bienestar Subjetivo. *Ansiedad y Estrés*, 12(2/3), 439-462. Retrieved from EBSCOhost.
- Hervas, G., & Jodar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clínica y Salud*, 19(2), 139-156. Retrieved from EBSCOhost.
- Hodkinson, Phil. (2001). The Strengths and Limitations of Case Study Research.

Cambridge Papers, 5-7

- López Madrid. (2000). La autorregulación emocional como elemento central de la inteligencia emocional. EBSCO
- Madewell, Judy & Shaughnessy Michael. (2009). An Interview with Judith Beck About Cognitive Therapy. *North American Journal of Psychology*, 2009, Vol. 11, No. 1, 29-36.
- Márquez-González, M., de Trocóniz, M., Cerrato, I., & Baltar, A. (2008). Experiencia y regulación emocional a lo largo de la etapa adulta del ciclo vital: análisis comparativo en tres grupos de edad. *Psicothema*, 20(4), 616-622. Retrieved from EBSCOhost.
- Mcleod, S. A. (2008). Case Study Method in Psychology. *Simply Psychology*. Retrieved <http://www.simplypsychology.org/case-study.html>
- Ramos, N., M. Hernández, S., & J. Blanca, M. (2009). Efecto de un Programa Integrado de Mindfulness e Inteligencia Emocional Sobre las Estrategias Cognitivas de Regulación Emocional. *Ansiedad y Estrés*, 15(2/3), 207-216. Retrieved from EBSCOhost.
- Riso, W. (2006). *Terapia cognitiva: fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. Bogotá: Norma
- Rodríguez, D. A., & Sierra-Mejía, H. (2008). Desarrollo de la Comprensión de las Consecuencias de las Emociones. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 40(1), 35-45. Retrieved from EBSCOhost.
- Simmons, W. (2008). *CBT: An introduction to CBT techniques*.
- Wright, H. & Beck, A. (2009). Tratado de Psiquiatria . *Cap 3 1.Terapia cognitiva*.
- Yin, R.K. (2004) *Case Study Research: design and methods*. Second Edition. London.

