

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO
COLEGIO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

**ESTUDIO DE CASO: TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL PARA
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA, EPISODIO DEPRESIVO
MAYOR Y TRASTORNO DE PERSONALIDAD ESQUIZOIDE**

Por

Estefanía Sevilla Albornoz

Esteban Utreras, Ph.D., Mentor y Director

Teresa Borja , Ph.D., Miembro del Comité

Alexandra Proaño, M. Ed., Miembro del Comité

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

Teresa Borja, Ph.D., Coordinadora Departamento de Psicología

Tesis de grado presentada para el cumplimiento de los requisitos de graduación del
Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

Quito, Ecuador

08/mayo/2013

Universidad San Francisco de Quito
Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

HOJA DE APROBACIÓN DE TESIS

Estudio de caso: Terapia Cognitiva Conductual para Trastorno de Ansiedad Generalizada, Episodio Depresivo Mayor y Trastorno de Personalidad Esquizoide

Estefanía Sevilla Albornoz

Esteban Utreras, Ph.D
Director de la tesis

Teresa Borja, Ph.D
Miembro del Comité de Tesis

Alexandra Proaño, Md. E
Miembro del Comité de Tesis

Cármen Fernandez, Ph.D
Decano del Colegio de
Ciencias Sociales y Humanidades

Quito, mayo 2012

© PÁGINA DERECHOS DEL AUTOR

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

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

Firma:

Nombre:

C. I.:

Fecha:

DEDICATORIA

A mis padres, por ser el motor de mi vida.

A mi abuelo, Guillermo Albornoz.

AGRADECIMIENTOS

Un sincero agradecimiento a mi director de tesis, Esteban Utreras, por su orientación y apoyo en la realización de este estudio.

A Daniel, por su gran ayuda y paciencia durante todo el proceso.

RESUMEN

Antecedentes: la investigación en Terapia Cognitiva Conductual ha demostrado resultados eficaces en el tratamiento de pacientes con diagnóstico de ansiedad y depresión (Mitte, 2005). El presente caso de estudio pretende demostrar la validez de esta terapia mediante la intervención a una paciente ecuatoriana de 24 años, quien presenta principalmente síntomas de estrés emocional severo, nerviosismo, agitación, profunda tristeza y pérdida de interés y placer.

Método: la investigación se basa en el estudio de caso de una paciente cuyo diagnóstico es en el Eje I Ansiedad Generalizada y Episodio Depresivo Mayor; en el Eje II Trastorno de Personalidad Esquizoide. Se optó por la Terapia Cognitiva Conductual con el propósito de reestructurar pensamientos disfuncionales, mejorar el estado de ánimo y moldear la conducta de manera asertiva. Se efectuaron 30 sesiones individuales de 60 minutos cada una, en la Universidad San Francisco de Quito. La metodología de esta investigación es cualitativa y se realizará mediante el análisis de los datos tomados de las pruebas psicométricas en aplicación pre y post intervención.

Resultados: los resultados indican la remisión de síntomas del diagnóstico inicial. En cuanto a los rasgos caracterológicos del Trastorno de Personalidad Esquizoide, se observó adquisición de herramientas de interrelación social y un mejor manejo de expresión emocional.

Conclusiones: se concluye que la Terapia Cognitiva Conductual ha mostrado eficacia en la remisión de síntomas de Ansiedad Generalizada y Episodio Depresivo Mayor; además de brindar herramientas de soporte para manejar los rasgos de Personalidad Esquizoide.

Palabras clave: estudio de caso, Terapia Cognitiva Conductual, Ansiedad Generalizada, Episodio Depresivo Mayor, modelo cognitivo, eficacia en reducción de síntomas.

ABSTRACT

Background: research in Cognitive Behavioral Therapy has shown effective results in treating patients with anxiety and depression (Mitte, 2005). This case study aims to demonstrate the validity of this therapy intervention with the case of a 24 years old ecuadorian woman, who mainly presents symptoms of severe emotional distress, nervousness, agitation, depressed mood and loss of interest and pleasure.

Method: Assessments at the start of therapy showed a diagnosis of Axis I Generalized Anxiety Disorder and Major Depressive Episode; Axis II Schizoide Personality Disorder. Cognitive Behavioral Therapy was chosen in order to restructure dysfunctional thoughts and shape behavior in an assertive manner. To fulfill the therapy objectives, 30 individual sessions of 60 minutes each were programed at the San Francisco de Quito University. The methodology of this research is qualitative, performed by analyzing data taken from the results of psychometric tests pre and post intervention.

Results: the results indicate the remission of the symptoms of Major Depressive Episode and Generalized Anxiety Disorder. About Schizoid Personality, it showed better relationship skills and emotional management.

Conclusions: it is concluded that Cognitive Behavioral Therapy has shown efficacy in reducing symptoms of Generalized Anxiety and Major Depressive Episode. Furthermore, it conferred tools that support the patient in order to control Schizoid Personality features.

Keywords: case study, Cognitive Behavioral Therapy, Major Depressive Episode, Generalized Anxiety Disorder, cognitive model, symptom reduction efficiency.

TABLA DE CONTENIDO

Resumen	6
Abstract.....	7
Introducción.....	10
Antecedentes.....	11
El problema	11
Contexto y marco teórico	12
Pregunta de investigación.....	16
Hipótesis	16
Definición de términos	17
Presunciones del autor del estudio.....	18
Supuestos del estudio	18
Revisión de la literatura	20
Géneros de literatura incluidos en la revisión	20
Pasos en el proceso de revisión de la literatura	20
Formato de la revisión de la literatura.	20
Metodología y diseño de la investigación	73
Justificación de la metodología seleccionada.....	73
Herramienta de investigación utilizada	74
Descripción de participante	76
Análisis de datos.....	102
Detalles del análisis	102
Importancia del estudio	102
Resumen de sesgos del autor.....	103
Conclusiones.....	122
Respuesta a la pregunta de investigación	122
Limitaciones del estudio	125
Recomendaciones para futuros estudios.....	126
Resumen general	127
Referencias	128
ANEXOS.....	134

TABLAS

Creencias Centrales, Creencias Intermedias y Pensamientos Automáticos.....	31
Perfil Cognitivo Trastorno de Personalidad Esquizoide.....	63

FIGURAS

Modelo Cognitivo.....	26
Modelo del desarrollo de la depresión basado en vulnerabilidad y eventos estresantes de la vida.....	38
Modelo Metacognitivo del Trastorno de Ansiedad Generalizada.....	40
Esquema Conceptualización Cognitiva 1.....	65
Esquema Conceptualización Cognitiva 2.....	66
Esquema Conceptualización Cognitiva 3.....	67
Comparación pre y post intervención del SCL-90.....	106
Comparación pre y post intervención del MMPI-2 Escalas de Validez.....	117
Comparación pre y post intervención del MMPI-2 Escalas Clínicas.....	119
Comparación pre y post intervención del MMPI-2 Escalas Complementarias.....	120

INTRODUCCIÓN

El enfoque para la Terapia Conductual fue desarrollado en 1950 cuando, con el objetivo de modificar el comportamiento desadaptativo del ser humano, los principios del comportamiento fueron empíricamente probados y aplicados. Por otro lado, en 1970 los procesos cognitivos fueron igualmente reconocidos como una parte importante para el estrés psicológico (Bond & Dryden, 2005). Como resultado, las técnicas para la terapia cognitiva fueron desarrolladas y, eventualmente, integradas al enfoque conductual para formar lo que hoy en día conocemos como la Terapia Cognitiva Conductual (Bond & Dryden, 2005). Por esta razón, esta corriente terapéutica se basa en “el uso combinado de terapia cognitiva, que se centra en identificar y cambiar los pensamientos y creencias disfuncionales y la terapia conductual, que utiliza técnicas derivadas de los principios conductuales del condicionamiento clásico y operante” (Montgomery, Kunik, Wilson, Stanley & Weiss, 2010).

La Terapia Cognitiva Conductual (TCC) es, gracias a su metodología y el uso de herramientas empíricamente comprobadas, una de las corrientes psicológicas más investigadas y aplicadas en el ámbito profesional (Follette & Ruzek, 2006; Cox, & D'Oyley, 2011). Es altamente estructurada y se basa en el trabajo colaborativo entre terapeuta y paciente; además hace uso de formulaciones y herramientas aseguradas para alcanzar los objetivos trazados inicialmente con el paciente.

La Terapia Cognitiva Conductual ha demostrado gran eficacia en cuanto al trabajo terapéutico clínico. Leahy y Dowd (2002) indican que este tipo de terapia ha demostrado ser tan eficaz como muchos tratamientos farmacológicos y más efectiva que la mayoría de las intervenciones psicológicas. Como indican Nathan P. y Gorman J. (2002) en la segunda edición de *A Guide to Treatments that Work*, la corriente Cognitiva Conductual ha

demostrado significativa eficiencia en el tratamiento de varios trastornos psicológicos. Por enumerar algunos, el trastorno de ansiedad generalizada, trastorno depresivo mayor, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de pánico, trastorno de estrés postraumático y fobia social (Nathan & Gorman, 2002).

Antecedentes

Información de la paciente.

María nació en Quito el 21 de marzo de 1988, tiene 24 años de edad y en la actualidad reside en Cumbayá con sus padres, su hermana de 23 años y su hermano menor de 22 años. Está finalizando sus estudios universitarios en el área de Biología, a pesar de que hace más de un año y medio perdió el interés por la misma; esto ha implicado dificultades en su avance académico. Por otro lado, le gustaría estudiar Arte pero no ha recibido el apoyo familiar para realizarlo. Practica deportes, especialmente le gusta hacer Capoeira, lo que se ha vuelto la actividad a la que más tiempo y energía dedica. Usa lentes, su contextura es pequeña y delgada y tiene el cabello largo de color claro. Viste de manera casual y cómoda, casi siempre usa jeans, camisetas y zapatos sin tacones. Mantuvo una relación amorosa por tres años y medio con un joven de su edad, la cual fue terminada por él hace aproximadamente un mes y medio.

El problema

María acudió voluntariamente a las consultas gratuitas del Departamento de Psicología Clínica de la Universidad San Francisco de Quito presentando principalmente dos problemas: el rompimiento de la relación con su enamorado y que se encontraba académicamente desmotivada con deseos de abandonar la carrera.

Con respecto al primer problema, el enamorado de María terminó la relación alegando no tener sentimientos hacia ella; sin embargo ella sentía lo contrario, lo cual la llevó a actuar de manera desesperada por tratar de recuperar la relación. Debido al constante rechazo de parte de la ex pareja, los síntomas de ansiedad aumentaron, como la preocupación excesiva, irritabilidad y disturbios en hábitos de sueño. Igualmente su estado de ánimo depresivo y la pérdida de interés en actividades se acrecentó. Consecuentemente, presentó baja autoestima, lo que a su vez reforzaba sus comportamientos inadecuados, como sumisión ante el ex enamorado, comportamientos de disputa en el hogar y ausentarse en la universidad.

En cuanto a la desmotivación académica, que venía dándose desde hace aproximadamente un año debido a que no le agradaba profesionalmente, y el haber reprobado la mayoría de sus materias lo que llevó a María a acudir a terapia. Como resultado de la concatenación de ambos eventos se incrementó de manera considerable el estrés emocional, el nerviosismo, la falta de concentración y de atención así como de interés y placer en actividades que antes disfrutaba, el cansancio constante y los disturbios en el sueño.

Una parte trascendental del problema surge en el momento en que María cuenta que su padre reaccionó con dureza cuando ella le comentó sus deseos de cambiar de carrera. En ese momento, María revela la presencia de conflictos intrafamiliares importantes a raíz de abuso físico episódico hasta la adolescencia y abuso emocional crónico. Actualmente no existe abuso físico, pero esporádicamente hay disputas y agresión verbal, además distanciamiento entre los miembros de la familia. Asimismo, comenta que no confía totalmente en los miembros de su familia, principalmente su padre, o en otras personas. No

tiene relaciones de amistad importantes, más que su ex pareja, y presenta ansiedad en ambientes de socialización.

Contexto y marco teórico

Historia personal.

María no recuerda mucho de su infancia, sin embargo los recuerdos que preponderan son de momentos conflictivos en su casa. Sus padres nunca tuvieron una relación cercana ni muestras de cariño entre ellos; incluso duermen en cuartos separados. El padre golpeaba a la madre constantemente; desde que María era niña recuerda llorar con sus hermanos en su dormitorio mientras escuchaban los enfrentamientos de los padres. También reporta que le pegaba a ella y a sus hermanos, aunque a ellos en menor intensidad.

De niña, María recuerda haber tenido bastante miedo a distintas cosas como a la oscuridad, a estar sola, al diablo y a sonidos que escuchaba en su casa. Igualmente, tenía mucho miedo a su padre. Esto se debe en gran parte a que la madre usaba al padre como amenaza o les infundía miedo para que obedezcan.

En cuanto a su vida social, reporta haber sido muy sociable en la escuela y en el colegio. Se llevaba bien con todos sus compañeros y en una ocasión fue escogida Señorita Amistad. No obstante, agrega que todo cambió al momento de entrar a la universidad. Dice no tener muchos amigos actualmente y siente que no puede acercarse a otros ni relacionarse como antes. Ocasionalmente sale con sus compañeros de Capoeira, pero percibe que no pertenece al grupo y esto la hace sentir extraña, además cree que no puede confiar en ellos.

Tuvo una relación durante tres años y medio con un joven de la universidad. La relación terminó hace un mes y medio. Reporta que con él compartía la mayor parte del tiempo por lo que ahora se siente bastante sola. Conjuntamente, no está a gusto en la Universidad porque no le agrada su carrera y cree que está fracasando; sin embargo tiene la constante presión de sus padres por terminar.

Historia Familiar.

María sabe poco de su historia familiar, pero la mayor parte de lo que conoce lo ha escuchado de conversaciones entre su hermana y su madre. La madre es mayor siete años al padre, se vieron obligados a casarse por un embarazo no deseado. María cree que el matrimonio fue solamente por compromiso y dice que nunca ha visto expresiones de cariño entre sus padres, incluso su padre ha mantenido una relación extramatrimonial durante más de 10 años con su secretaria, no hay hijos de esa unión. María conoce a la mujer y a sus hijos, la ha visto un par de veces bajo petición del padre. Considera que la madre no se ha divorciado ya que se quedaría sin dinero y sin casa. El padre no pasa tiempo en casa, sale temprano y regresa alrededor de media noche, por lo que pueden pasar días sin que María lo vea.

Los miembros de la familia son distantes, conviven en la misma casa pero no se relacionan. María describe a su madre como una persona muy invasiva, sin respeto por su espacio personal ni su privacidad; además la juzga constantemente. Considera a su padre como una persona distante, no confiable, autoritaria, de carácter explosivo y que no quiere a sus hijos ni a su esposa. Tiene dos hermanos menores, una hermana con la que tiene una mejor relación desde el colegio y un hermano con quien relata nunca haber sido cercanos. Desde hace aproximadamente dos años, ella y su hermano pelean con mayor intensidad, haciendo su convivencia intolerable para María. Sin embargo, sus hermanos son un poco

más cercanos al padre. María considera que si el padre se iría de la casa definitivamente sus hermanos sufrirían mucho, pero ella no sabe qué sentiría realmente. Finalmente, María desearía vivir sola pero explica que no lo ha hecho únicamente porque no tiene dinero.

Situación actual.

Actualmente María muestra mucha desesperación y ansiedad pues siente que no tiene control de su vida y ha llegado a pensar incluso en que morir sería más fácil. Esto indica ideación suicida, sin embargo al evaluar se encuentra que no han habido intentos de lastimarse y tampoco ha ideado un plan para acabar con su vida.

Reporta haber perdido el deseo o motivación de hacer cualquier cosa, especialmente sobre sus estudios. Asimismo, muestra baja autoestima expresada en creencias de que no es una persona que valga la pena, no es inteligente ni agradable. Asegura que la gente la ve con extrañeza y que por eso se alejan de ella. Por eso, tiende a aislarse y preferir actividades en las que se encuentre sola; en eventos sociales, donde debe interactuar con otros, su ansiedad aumenta.

María acudió a terapia afirmando que no tenía con quien más conversar al respecto. En casa no se siente en confianza para hacerlo, considera que su madre no es una persona con quien se pueda hablar con seriedad y su hermana la culpa a ella de todo lo que le sucede, su padre y hermano son seres demasiado distantes para confiar en ellos. Agrega que está segura que a su padre no le importa su bienestar siquiera. No siente apoyo ni refugio en su familia, incluso siente que en su casa es donde más presión tiene, reporta que esperan mucho de ella y la comparan con su hermana o con otras personas.

Se percibe al momento de acudir a consulta principalmente desmotivación, momentos de afecto plano (su voz es monótona la mayor parte del tiempo) y ansiedad que

se muestra con habla desorganizada y flujo de pensamiento. Describe que su principal objetivo terapéutico es poder sentirse mejor y más tranquila.

Debido a la sintomatología presentada en la evaluación inicial, se aplicó Terapia Cognitiva Conductual con el objetivo de ayudar a la paciente a manejar su ansiedad, reducir los síntomas depresivos y dar mayor organización a su vida personal y académica. Igualmente, la paciente presentó tendencia a ser hiperverbal y flujo de pensamiento en las primeras sesiones, fue de gran ayuda la aplicación de las herramientas de Terapia Cognitiva Conductual, como la agenda para brindar una estructura a las sesiones. Por otro lado, se consideró beneficioso el poder evaluar y modificar pensamientos automáticos disfuncionales, ya que la paciente los presenta constantemente.

Hipótesis

La paciente muestra síntomas de depresión, ansiedad y aislamiento social causados por un historial de abuso físico y emocional en la niñez y adolescencia; los síntomas incrementan tras, de manera simultánea, romper la relación con su pareja amorosa y reprobar varias clases de su carrera universitaria. La hipótesis para este caso de estudio es que la intervención de Terapia Cognitiva Conductual mejorará el estado de vida de la paciente debido a la reestructuración de pensamientos automáticos y creencias centrales disfuncionales y la modificación de las conductas negativas observables.

Pregunta de investigación

De la hipótesis anteriormente formulada surge la pregunta de investigación para este estudio de caso. ¿Cómo y hasta que punto la Terapia Cognitiva Conductual reducirá los síntomas de ansiedad, depresión y aislamiento de una joven ecuatoriana de 24 años de edad?

El propósito del estudio.

El presente estudio de caso pretende demostrar la efectividad de la Terapia Cognitiva Conductual en la reducción de síntomas ansiosos y depresivos. Mediante los resultados de esta investigación se podrá aumentar la información existente en la Universidad San Francisco y a nivel nacional de estudios sobre las afecciones emocionales y mentales, además de las herramientas terapéuticas que pueden o no ser utilizadas en la población y el contexto ecuatoriano.

El significado del estudio.

Si bien esta no es la primera investigación que analiza el proceso terapéutico de una paciente mediante un estudio de caso, su importancia reside en dar mayor información a los psicólogos ecuatorianos tanto de los trastornos, en este caso Ansiedad, Depresión y desórdenes de la Personalidad, como de los procesos terapéuticos aplicables para los mismos. Se espera dar mayor conocimiento de las herramientas efectivas para reducir el malestar de los pacientes y sus síntomas en cuanto a los casos de consultas externas y terapias no farmacológicas. Por otro lado, puede servir como una guía para estudiantes de psicología que tengan casos similares o deseen utilizar este tipo de estructura terapéutica en sus prácticas. En definitiva, este estudio tiene importancia tanto académica como práctica para personas interesadas en la psicología clínica.

Definición de términos

Para la presente investigación es importante conocer algunos conceptos que serán continuamente utilizados por su importancia en la psicología humana o en el caso estudiado. Se realizan las siguientes aclaraciones para evitar confusiones en el lector y dar un mayor entendimiento a los capítulos próximos. Un concepto importante para el estudio de la

sicología de las personas es la emoción. A pesar de que la definición de emoción puede ser abarcada desde diferentes perspectivas, para las consideraciones de esta investigación se toma la definición de Scherer (2004 en Reisenzein, 2007) que explica a las emociones como respuestas de la relación causal entre procesos mentales (tendencia de acción, valoración, experiencias subjetivas) y elementos de comportamiento (reacciones fisiológicas, expresiones faciales y verbales). Por lo tanto, desde este punto de vista las emociones están compuestas tanto de procesos cognitivos como de reacciones fisiológicas. Igualmente, Leeper (en Freeman, Mahoney & Devito, 2004) sustenta que las emociones tienen un componente definitivamente cognitivo.

De la definición de emoción parten dos conceptos de igual importancia para los fines de este estudio, las cogniciones y las conductas. Cognición es un concepto amplio que para el interés de este estudio se refiere, por un lado, a la función ejecutiva o habilidad de coordinar información mental, pensamientos y acciones (Miller & Wallis, 2009); e igualmente, cognición se refiere al contenido de este proceso de pensamiento (Pothier, Dobson, & Drapeau, 2012). La conducta se refiere al cambio observable del sujeto en relación a su entorno (Miller & Wallis, 2009). Como se puede observar estos tres conceptos se relacionan entre sí; esta relación forma la base de la teoría Cognitiva, pero a esto se volverá más adelante.

Presunciones del autor del estudio

La primera presunción de esta investigación es que la Terapia Cognitiva Conductual es la mejor corriente para ayudar a solucionar el malestar de María. Se espera que los síntomas presentados por la paciente al inicio de la terapia reducirán considerablemente al finalizar la misma. Al finalizar, se presupone que la paciente estará

conforme con los resultados obtenidos y se habrá cumplido con los objetivos trazados al inicio del proceso terapéutico. Finalmente, se presume que los resultados obtenidos en los test tanto pre como post terapia serán contestados voluntariamente y con sinceridad de parte de María, por lo que los resultados serán reales y confiables.

Supuestos del estudio

La presente investigación es importante debido a que los estudios de caso abren la oportunidad a explorar y conocer a fondo sobre el origen, la evolución y reducción de los síntomas de afecciones mentales específicas. Así mismo, este tipo de estudios permiten desarrollar nueva información e hipótesis para formular futuras investigaciones.

Específicamente en este caso se conocerá la evolución de síntomas tras abuso físico durante el desarrollo de la niñez y adolescencia, los resultados obtenidos permitirán una mayor exploración de temas como este en el Ecuador. Igualmente, el caso que será analizado a continuación brindará información importante para futuros estudiantes y para psicólogos en práctica.

A continuación se encuentra la Revisión de la Literatura que considera temas de importancia teórica para la conceptualización del caso. A continuación, la explicación de la metodología de investigación aplicada, considerando el curso y la estructura del tratamiento. Seguido se encuentra el análisis de los datos encontrados mediante las evaluaciones pre y post test, para finalizar con la discusión y las conclusiones obtenidas del estudio.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Géneros de literatura incluidos en la revisión

Fuentes.

La información de la orientación teórica de esta investigación proviene de artículos de investigación en revistas indexadas publicadas entre el año 2000 y 2013 que tengan relación a temas terapéuticos en la corriente Cognitiva Conductual y eficacia de la terapia, sobre Depresión, Ansiedad y Trastornos de Personalidad. Igualmente se ha tomado información de libros sobre Terapia Cognitiva y Terapia Cognitiva Conductual.

Pasos en el proceso de revisión de la literatura

Para elaborar la revisión de literatura de la cual parte este estudio se procedió a realizar una búsqueda en las bases de datos en la página de la biblioteca de la Universidad San Francisco de Quito, utilizando las palabras clave, en inglés y español: Terapia Cognitiva Conductual, terapia Cognitiva, bases teóricas de la Terapia Cognitiva Conductual, Terapia Cognitiva Conductual para ansiedad y/o depresión. Las bases de datos consultadas fueron primordialmente Elton B Stephens Company (*EBSCOhost*), JStore y ProQuest. De los artículos encontrados, se utilizaron las citas y referencias para llegar a más autores y fuentes de información detallada de los temas relacionados con la investigación mediante el buscador de Google Académico. Paralelamente, por sugerencias del director de la tesis, se consultó en libros de Terapia Cognitiva y se realizó una búsqueda en libros electrónicos sobre Terapia Cognitiva Conductual de la base de datos ebrary y elibro de la Universidad San Francisco.

Formato de la revisión de la literatura

Una vez determinadas las fuentes de investigación de la orientación teórica se organizó la información por temas para permitir tener el respaldo teórico de la Terapia Cognitiva Conductual. Se partió de los antecedentes y la filosofía de esta terapia para profundizar en la teoría cognitiva y sus herramientas terapéuticas. Finalmente se habla de esta terapia y su eficacia para trastornos de depresión mayor y ansiedad generalizada.

Tema 1: Terapia Cognitiva Conductual: filosofía y principios teóricos.

Antecedentes de la Terapia Cognitiva Conductual.

La Terapia Cognitiva Conductual (TCC) es considerada en el mundo moderno la corriente terapéutica predominante en lo que respecta a terapias basadas en evidencia científica (Cox & D'Oyley, 2011; Robertson, 2010). Como su nombre lo indica, utiliza intervenciones tanto cognitivas como conductuales, las cuales han tomado valor de experimentación conductual y observación empírica (Robertson, 2010). Las dos terapias más influyentes dentro de la corriente de la Terapia Cognitiva Conductual, son la terapia Racional Emotiva Conductual (REBT por sus cifras en inglés) creada en 1950 por Albert Ellis (Mahoney, 2004) y la Terapia Cognitiva (CT por sus cifras en inglés) desarrollada en los años 60 por Aaron Beck en la Universidad de Pensilvania (Beck, 1995). Sin embargo, varios tipos de Terapia Cognitiva Conductual han sido desarrollados por otros teóricos importantes como la Modificación Cognitiva Conductual de Donald Meichenbaum, conocida también como Inoculación del Estrés, ya que su objetivo es el aprendizaje de herramientas para manejo asertivo del mismo (Szabo & Marian, 2012), y la Terapia Multimodal de Arnold Lazarus, basada en un enfoque de modificación de conducta, como una alternativa a las orientaciones "unidimensionales" del conductismo radical, los enfoques cognitivos y la nosología al uso (Sánchez & Sánchez, 1999).

La filosofía de la corriente cognitiva ha establecido la base teórica para el surgimiento del movimiento Terapéutico Cognitivo Conductual, el cual se resume en una relación causal entre los pensamientos y las acciones de cada ser humano. Esta relación indica que la cognición afecta directamente al comportamiento y, por lo tanto, si se interviene en los pensamientos se puede modificar las conductas no deseadas. De manera más precisa, el esquema de Dobson y Dozois (2001, p. 4) explica la relación previamente señalada:

1. La actividad cognitiva afecta el comportamiento de las personas.
2. La actividad cognitiva puede ser monitoreada y modificada.
3. Mediante modificaciones cognitivas se puede obtener cambios conductuales deseados.

Albert Ellis explicó en sus teorías, tras años de observación a sus pacientes, que las personas son raramente afectadas por factores externos, en realidad se ven emocionalmente afectadas por sus propias concepciones, actitudes y pensamientos internos sobre los eventos o situaciones externas (Ellis, 1962 en Robertson, 2010). Así mismo, Beck en 1976 concluyó que son las concepciones mal formuladas de los eventos, más que los eventos mismos, los que provocan los malestares emocionales en las personas (en Robertson, 2010). En definitiva, es la percepción del ser humano, sobre sus experiencias, lo que influye en su realidad (Beck, 1995).

Por consiguiente, Deborah Dobson y Keith Dobson (2009) formularon 3 principios básicos del movimiento Cognitivo Conductual que son de importante consideración al momento de elaborar un tratamiento. En primera instancia, *la hipótesis de acceso* sostiene que el contenido y los procesos de nuestro pensamiento no son inconscientes o inaccesibles; por el contrario, con el entrenamiento apropiado y atención, las personas

pueden tener un acceso total y consciente a sus cogniciones. El segundo principio consiste en que los pensamientos o procesos cognitivos son mediadores de las respuestas y reacciones emocionales, por esto se lo llama *hipótesis de mediación*. Por último está la *hipótesis de cambio*, la cual propone que las personas pueden modificar la forma como responden a los eventos externos basándose en los principios de acceso y mediación. A su vez, plantea que las personas pueden tener una vida más adaptativa mediante el uso sistemático de estrategias cognitivas y el entendimiento de sus reacciones emocionales y comportamientos.

Asimismo, es importante considerar que todos los principios de la Terapia Cognitiva Conductual se basan en una perspectiva general llamada la *asunción realista*, la cual indica que “un mundo real y objetivo existe independientemente de la conciencia del mismo” (Dobson & Dobson, 2009, p.5). Esta perspectiva es guía del proceso terapéutico, pues manifiesta que “una evaluación más precisa del mundo, y una adaptación más cercana a sus demandas, es uno de los indicadores de la buena salud mental” (Dobson & Dobson, 2009, p.5). Por lo tanto, el individuo que distorsiona el mundo a su alrededor basándose en sus consideraciones, es más proclive a desarrollar mayores problemáticas que un individuo que es más realista (Dobson & Dobson, 2009). Es decir, aquellas personas que realizan interpretaciones constantes de sus experiencias, generaran versiones distorsionadas de la realidad. De esta forma, componen una dialéctica que los aleja de la objetividad, causando estructuras mentales disfuncionales. Por ejemplo, una persona que en su primer día de trabajo no hizo amigos realiza la interpretación: “la gente no me quiere porque soy raro”. Esto distorsiona la realidad y generará comportamientos de retraimiento, que a su vez, confirmarán su creencia alejándolo más.

A partir de la filosofía que fundó la corriente Cognitiva Conductual y los principios que partieron de ella, se encuentra el propósito de la Terapia Cognitiva Conductual. Esta terapia es dirigida hacia la reducción o eliminación de patrones de pensamiento y comportamiento que contribuyen al sufrimiento del paciente; su objetivo es reemplazar estos patrones disfuncionales por otros que principien salud y bienestar (Cox & D'Oyley, 2011).

Tema 2: Estrategias Cognitivas de cambio.

Antecedentes: Terapia Cognitiva.

A mediados de los años 60 los psicoanalistas Aaron Beck y Albert Ellis, influidos por las teorías del creciente movimiento cognitivo, habían observado cambios que parecían prototípicos en la cognición de algunos enfermos, que eran claramente diferentes de los modos de procesamiento que se encontraba al estar libres de síntomas (Keegan, 2008). Beck, impulsado por su formación en neurociología, empezó a emplear modelos cognitivos basados en el paradigma del procesamiento de la información para trabajar en psicopatología (Keegan, 2008). El objetivo fue “encontrar nuevas claves para comprender los mecanismos de formación de síntomas o quizás la clave misma de la génesis del trastorno” (Keegan, 2008) y, de esta manera, determinar las reglas que rigen estos cambios cognitivos.

Más tarde en los 60, Beck desarrolló la Terapia Cognitiva la cual se convirtió, debido a su sólida fundamentación empírica, en una de las orientaciones teóricas más influyentes para lo que en la actualidad se conoce como la Terapia Cognitiva Conductual (Keegan, 2008; Robertson, 2010). Inicialmente, el objetivo de Beck (1964) fue desarrollar una terapia que fuera corta, enfocada en el presente y dirigida a la resolución de problemas y a la modificación de pensamientos y comportamientos disfuncionales, para pacientes

diagnosticados con depresión (Beck, 1995). Sin embargo, con el paso del tiempo, este proceso terapéutico ha ido modificándose y adaptándose para trabajar una amplia variedad de trastornos mentales además de la depresión (Disner, Beevers, Haigh, & Beck, 2011).

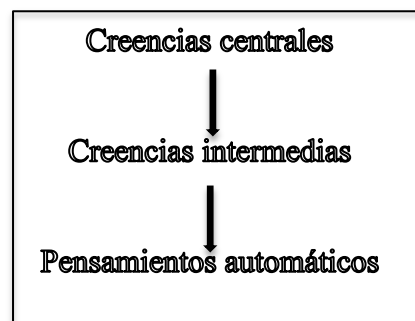
La teoría cognitiva según expresa Walter Riso (2006) afirma que el sistema mental humano es susceptible a cometer distorsiones, debido a su constante evaluación, interpretación y análisis de información interna y externa. De la misma manera, la idea central de la Terapia Cognitiva, según Cox y D'Oyley (2011), es que los humanos son seres de pensamientos, ocasionalmente semi-inconscientes, que generan de las situaciones del diario vivir. Usualmente, no se presta suficiente o ninguna atención al apareamiento de estas reflexiones, ya que son la respuesta a estímulos que pueden ser externos o internos, y son bastante influenciados de lo que suceda en el ambiente, los cambios emocionales y los comportamientos mismos de la persona (Cox & D'Oyley, 2011). En muchos casos, el poder aumentar la conciencia de estos pensamientos, puede producir un incremento positivo del estado de ánimo ya que la persona no se siente impotente o sin control ante sus reacciones emocionales (Beck, 1995; Cox & D'Oyley, 2011). Por consiguiente, el objetivo global de la terapia cognitiva es “que el paciente revise los significados que le han generado problemas históricamente y pueda aprender a ver la realidad desde una perspectiva no necesariamente distinta, sino “más flexible” (Keegan, 2008, p. 77).

Modelo Cognitivo.

El modelo cognitivo fue desarrollado hace más de 40 años por Aaron Beck con el objetivo de entender el mecanismo de la depresión y los factores que la mantienen; los estudios realizados más adelante, han permitido utilizarlo como marco para otros tipos de desórdenes que afligen a la población (Disner et al., 2011). Este modelo se basa en la hipótesis de que las emociones y los comportamientos de las personas son influenciados

por sus apreciaciones de las situaciones que experimentan (Beck, 1995). Así mismo, ofrece una estructura que permite evaluar la validez de los pensamientos, acercarlos a la realidad y, una vez determinadas las cogniciones irracionales, ayudar a reestructurar las creencias disfuncionales subyacentes (Riso, 2006).

Judith Beck (1995) propuso la siguiente estructura de base para el modelo cognitivo:



Creencias centrales.

Las creencias centrales son consideradas “globales, rígidas y sobre-generalizadas” (Beck, 1995, p. 167). La persona las supone como verdades absolutas debido a que son afirmaciones que se remiten a la infancia y guardan información sobre sí mismos, otras personas y el mundo en el que viven (Beck, 1995). Debido a su naturaleza, los individuos tienden a centrarse en la información ambiental que reafirme su creencia y desacreditan aquella que es contraria (Beck, 1995; Follete & Ruzek, 2006).

Generalmente las personas adquieren durante la infancia, mediante sus relaciones con seres amados y enfrentando situaciones importantes, creencias centrales positivas que se confirman con sus experiencias a lo largo de la vida; sin embargo, también se pueden establecer y aseverar creencias fundamentales negativas. Beck (1995) categorizó a estas creencias centrales negativas en dos clases: aquellas asociadas con la desesperanza y las asociadas con la incapacidad de ser amado. Las creencias de desesperanza típicamente

incluyen una visualización personal de ser impotente, vulnerable, sin control de sí mismo, débil y necesitado; además de no ser lo suficientemente bueno para alcanzar metas y, por lo tanto, ser fracasado, inferior, perdedor e irrespetado (Beck, 1995). Por otra parte, las creencias de incapacidad de ser amado comprenden: no ser valioso, ser indeseable y no tener lo necesario (ser defectuoso) para merecer el amor e interés de otros (Beck, 1995).

Durante la mayor parte del tiempo, los individuos mantienen creencias fundamentales relativamente positivas, como “yo soy un buen ser humano”, “yo mantengo un buen control de mi vida”, “yo puedo hacer muchas cosas bien”; pero en momentos de estrés psicológico pueden emerger creencias negativas sobre sí mismo, otras personas y el mundo (Beck, 1995); como “el mundo es un lugar inseguro”, “soy inútil”, “soy un fracasado”. No obstante, es importante mencionar que, a diferencia de las personas con trastornos mentales clínicos, diagnosticados en el Eje I según modelo multiaxial del DSM-IV-TR, en el caso de pacientes con Trastornos de Personalidad (diagnosticados en el Eje II) las creencias centrales negativas están activas la mayor parte del tiempo (Beck, 1995).

En terapia, el objetivo de las sesiones con el paciente es ayudarlo a identificar, evaluar y modificar sus creencias centrales negativas. Una vez que, conjuntamente, se han detectado las creencias centrales disfuncionales, el terapeuta debe psico-educar al paciente sobre éstas. Principalmente debe promover el entendimiento de éstas como ideas y no verdades absolutas, por lo cual pueden ser probadas y reformadas permitiendo una visión más real de sí mismo o la situación (Riso, 2006).

Con el objetivo de modificar las creencias centrales negativas, Judith Beck (1995) propone el uso de “la hoja de trabajo de creencias centrales” (ver ejemplo en Adjuntos B, p. 149). Mediante este material, el paciente puede identificar y valorar su creencia central disfuncional antigua para concebir una nueva más adaptativa. Previo al uso de esta

herramienta, es recomendable que el paciente ya haya trabajado con sus creencias intermedias y pensamientos automáticos.

Creencias intermedias.

De las creencias centrales, explicadas previamente, se da lugar a otras creencias que se consideran mediadoras e intermedias para la siguiente clase de pensamientos dentro del esquema del modelo cognitivo. Se las llama intermedias pues influyen como se percibe una situación, para de esa manera, determinar como piensa, se siente y actúa una persona (Beck, 1995). En definitiva, son las reglas que, partiendo de las creencias centrales, determinan como la persona se desenvolverá en su entorno.

Las creencias intermedias pueden expresarse como reglas o expectativas, actitudes y lo asumido por el sujeto (Beck, 1995). Al igual que las creencias centrales, éstas se formaron en etapas tempranas del desarrollo como intentos de los individuos de dar sentido y organizar su existencia, con el objetivo de adaptarse y funcionar adecuadamente en el medio (Beck, 1995). Curwen, Palmer y Ruddell (2000) ejemplifican de la siguiente manera estos tres tipos de creencias centrales, para lograr un mayor entendimiento de cómo actúan en la mente del individuo:

Un sujeto con ansiedad genera las siguientes creencias intermedias ante situaciones nuevas:

- Actitud: Es terrible estar en peligro.
- Regla (expectativa): Siempre debo estar a salvo y actuar con cautela
- Asumir: Si siempre actúo con cuidado, la vida será menos peligrosa (Curwen et al., 2000).

Al ser las creencias intermedias mediadoras entre los pensamientos automáticos y las creencias centrales, se las puede identificar desde la expresión de los pensamientos

automáticos. La “técnica de la flecha hacia abajo” propuesta por Beck (1995) permite reconocer creencias intermedias desde el análisis de un pensamiento automático. El terapeuta debe centrarse en el pensamiento expresado por el paciente cuyo trasfondo parece ser de una creencia disfuncional. Asumiendo que el pensamiento automático es una verdad, el terapeuta pregunta el significado que tiene éste para el paciente, hasta que llegue a revelar la creencia importante (Beck, 1995). Esta misma técnica puede servir para identificar creencias centrales, en ese caso, se pregunta qué simboliza el pensamiento automático sobre el paciente (Beck, 1995).

Pensamientos Automáticos.

Hacia el final de la estructura analizada se encuentran los pensamientos automáticos o también llamados autodiálogo, autoafirmaciones y dialogo interno (Calvete, 2005). Estos pensamientos generalmente suceden sin la mayor atención de la persona y pueden aparecer como habla privada (self-talk) o imágenes (Beck, 1995; Winterowd, Beck & Gruener, 2000). Su relevancia terapéutica está en que son más cercanos y accesibles a la conciencia que las creencias centrales o intermedias, además, no reflejan la situación objetivamente, sino la apreciación que el sujeto hace de la misma (Mahoney, 2004); por lo que al evaluarlos se puede entender la forma en que el individuo percibe y construye su mundo (Beck, 1995; Calvete, 2005). Así, los pensamientos automáticos revelan las respuestas emocionales, comportamentales y cognitivas del individuo, dando la posibilidad de comprender el esquema cognitivo subyacente (Mahoney, 2004).

Todas las personas experimentan pensamientos automáticos, generalmente son positivos y no generan mayor atención (Mahoney, 2004). No obstante, en el caso de trastornos psicológicos, los pensamientos automáticos suelen ser negativos y generan malestar emocional. En pacientes con depresión, por ejemplo, estos pensamientos

típicamente son de temas relacionados a poca valía, culpa, incompetencia, derrota, soledad y desesperanza; mientras que en personas con ansiedad estos pensamientos se relacionan a la percepción de peligro constante (Mahoney, 2004).

Al ser relativamente próximos a la conciencia, el paciente puede aprender a identificarlos, evaluarlos y modificarlos cuando se alejan de la realidad ocasionando malestar emocional (Beck, 1995). Judith Beck (2000) manifiesta que el terapeuta enseña a su paciente a reconocer, evaluar y modificar los pensamientos automáticos con el objetivo de modificar aquellos que se presentan de manera disfuncional y, para más tarde, en el tratamiento poder centrarse en las creencias e ideas disfuncionales más profundas (Riso, 2006). De esta manera se reemplazan los pensamientos y creencias disfuncionales por otros más flexibles, adaptativos y funcionales, que permiten al sujeto una mejor y más real visión de sí mismo y el mundo (Leahy & Dowd, 2002)

Para lograr modificar los pensamientos automáticos, es importante poder identificarlos y evaluarlos. Durante la sesión se puede ayudar al paciente a detectar sus pensamientos automáticos conforme los exprese; sin embargo, también se puede reconocerlos mediante evocación de la memoria (¿qué pensamiento tenías cuando sucedió esto?), imaginación (revivir toda la situación y centrarse en los pensamientos que surgen), realizar actuaciones e interpretación de roles (el paciente repite/actúa la situación con ayuda del terapeuta) o elaborando hipótesis (Beck, 1995). Es importante tener en cuenta, que los individuos presentan varios pensamientos automáticos; sin embargo, identificar aquellos que son relevantes al proceso terapéutico es de vital importancia. Para lograr esto se debe considerar las emociones que conllevan estos pensamientos y centrarse de manera especial en aquellos que generan mayor angustia e incomodidad (Beck, 1995).

Una vez identificados los pensamientos automáticos, una manera de analizarlos y encontrar su objetividad es realizando una serie de preguntas en torno al mismo: ¿qué evidencia existe a favor y/o en contra de este pensamiento?, ¿existe una explicación alternativa?, ¿qué es lo peor, mejor, más realista que puede suceder?, ¿qué efecto tiene que crea en este pensamiento y cuál puede ser el efecto de cambiarlo? (Beck, 1995). El uso de estas preguntas u otras semejantes permite que el paciente visualice su pensamiento y pueda modificarlo hacia una versión más adaptativa y funcional para él. Otra opción efectiva para la evaluación y reformación de pensamientos automáticos es el uso del “Registro de Pensamientos Disfuncionales” (Beck, 1995, p.126), esta herramienta permite que el paciente evalúe de mejor manera sus pensamientos y responda ante ellos de manera que reduzca su angustia emocional (ver en Adjuntos B, p.150).

En conciso, todo lo examinado previamente puede resumirse en la siguiente tabla tomada de Curwen y colegas (2000, p.11) que expone los factores características de los pensamientos y creencias del modelo cognitivo:

Creencias Centrales	Creencias intermedias	Pensamientos automáticos
Globales	Actitudes	Corriente de pensamiento
Rígiditas	Reglas/expectativas	Imágenes
Sobregeneralizadas	Asumir	Palabras/frases

Una consideración importante del modelo cognitivo en general es que todos los seres humanos poseen creencias centrales, creencias intermedias y pensamientos automáticos. Sin embargo, ¿qué es lo que hace que ciertas personas desarrollen un desorden

emocional y otras no? En respuesta a esta interrogante, Schwartz y Garamoni (1989 en Calvete, 2005) desarrollaron el modelo Estados de la Mente (States of Mind – SOM) el cual establece que el ajuste emocional se debe al equilibrio entre pensamientos negativos y positivos. Por consiguiente, la diferencia entre ambos tipos de pensamientos ocasiona disfunciones emocionales, así:

Pensamientos negativos = Pensamientos positivos → Ajuste emocional

Pensamientos negativos ≠ Pensamientos positivos → Disfunción emocional

(Schwartz & Garamoni, 1989 en Calvete, 2005).

Errores cognitivos o distorsiones cognitivas.

Los errores cognitivos o distorsiones cognitivas, como su nombre lo indica, son un tipo de cognición que funciona bajo un proceso distorsionado, por lo cual, como producto se obtienen pensamientos automáticos distorsionados o irracionales (Milman & Drapeau, 2012). Riso (2006) se refiere a estos como la validez de los pensamientos automáticos, ya que demuestran hasta qué punto estos pensamientos están bien fundamentados, son verdaderos o falsos o se originaron de un razonamiento erróneo. De manera concreta, se los puede definir como “actitudes, pensamientos o creencias falsas o erróneas que llevan al individuo a percibir eventos de manera inadecuada y atribuir significados negativos a sus experiencias” (Rehna, Hanif, & Tariq, 2012). Además, como pensamientos automáticos, las distorsiones cognitivas pueden cometerse sin noción, pero pueden ser traídas a la conciencia mediante entrenamiento para ser evaluadas y ayudar a la modificación de pensamientos erróneos (Milman & Drapeau, 2012).

La teoría de los errores cognitivos se debe a Aaron Beck (1967) gracias a sus estudios del modelo cognitivo de vulnerabilidad para la depresión (en Flouri, & Panourgia, 2011). Según la teoría de Beck, las distorsiones cognitivas son interpretaciones sesgadas de

eventos externos que dan origen a pensamientos erróneos de los mismos y en 1979 desarrolló siete tipos de estas distorsiones: sobregeneralización, abstracción selectiva, atribución personal, predecir sin evidencia suficiente, hacer referencias personales (leer la mente), pensamiento catastrófico y pensamiento dicotómico (Flouri, & Panourgia, 2011). Empero, con mayor estudio se encontraron y definieron varios tipos de distorsiones cognitivas. Beck (1995) presenta un listado de 12 distorsiones:

1. *Pensamiento polarizado o dicotómico*: se refiere a ver únicamente los extremos de la situación en lugar de visualizarlo como un continuo. Ejemplo: “si no gano, soy un fracasado”.

2. *Pensamiento catastrófico*: predecir el futuro de manera negativa, sin tomar en cuenta otros resultados que incluso pueden ser más probables. Ejemplo: “es muy enojado, sólo me gritará”.

3. *Filtraje o abstracción selectiva*: prestar atención solamente a un detalle negativo, en lugar de ver toda la situación. Ejemplo: “esta mala nota demuestra que siempre hago un mal trabajo (a pesar de que haya excelentes notas igualmente)”

4. *Descalificar o descontar lo positivo*: consiste en considerar sin razón que las experiencias positivas o cualidades buenas no cuentan. Ejemplo: “hice ese proyecto, pero eso no significa que sea una persona competente”.

5. *Razonamiento emocional*: consiste en creer que algo es real solamente porque lo siento, ignorando información o evidencia contraria. Ejemplo: “se que hago cosas bien, pero siento que soy un fracaso”

6. *Etiquetación*: poner una etiqueta global a uno mismo o a otros sin considerar la evidencia que pudiera llevar a una conclusión menos extrema. Ejemplo: “soy un perdedor”

7. *Magnificación/minimización*: cuando se evalúa una situación, a una persona o a uno mismo magnificando lo negativo y/o reduciendo lo positivo. Ejemplo: “tener una buena nota no significa que soy inteligente”.

8. *Interpretación del pensamiento o lectura de la mente*: creer que se conoce lo que otros piensan sin considerar otras posibilidades más seguras. Ejemplo: “él piensa que yo no conozco nada del proyecto”

9. *Sobregeneralización*: se realiza una conclusión globalizada, que va más allá de la situación actual. Ejemplo: “me fue mal en la reunión, es que no tengo lo que se necesita para hacer amigos”

10. *Personalización*: auto-atribuirse el comportamiento negativo de otros, dejando de lado consideraciones más reales para el mismo. Ejemplo: “el proyecto no se logró porque yo sé que hice algo mal”

11. *Los debería*: una idea precisa y fija de cómo uno mismo u otros deberían comportarse y se sobreestima lo malo que resulta que estas ideas no se cumplan. Ejemplo: “yo no debo cometer errores, eso es terrible”

12. *Visión de túnel*: solamente presta atención a los aspectos negativos de una situación. Ejemplo: “el es vago y no hace nunca nada bien”

Curwen y colegas (2000) listan las mismas distorsiones y agregaron:

13. *Culpabilidad*: consiste en atribuir la responsabilidad de los acontecimientos a uno mismo u a otros, sin tomar en cuenta evidencia de otros factores que se atribuyen a los acontecimientos. Ejemplo: “todo es mi culpa..” “no hubiera pasado si él/ella...”.

14. *Tener razón*: tendencia de probar frecuentemente, ante un desacuerdo, que el punto de vista personal es el único cierto y correcto. Ejemplo: “yo estoy bien, él esta equivocado”.

En definitiva, el modelo cognitivo manifiesta una estructura donde las creencias centrales e intermedias influyen en la manera de percibir una situación, lo que genera pensamientos automáticos específicos que, a su vez, mediarán en la emoción y la procedente acción frente al evento. Sin embargo, estos pensamientos pueden ser reales o estar equivocados debido a distorsiones en la apreciación de la situación (Beck, 1995). Para el tema del siguiente apartado, se hablará de los esquemas y de aquellos que se formulan específicamente para depresión y ansiedad, de esta manera que se desea brindar una visión más clara hacia la orientación de esta investigación.

Tema 3: Esquemas mentales.

El modelo cognitivo propone la existencia de constructos mentales latentes en cada una de las personas y los identifica como representaciones de estímulos, ideas o experiencias internamente almacenadas (Disner et al., 2011). Beck consideró importante diferenciar los esquemas mentales de las creencias centrales; por consiguiente, definió a los esquemas como “estructuras cognitivas dentro de la mente” (Beck, 1995, p.166), donde las creencias fundamentales conforman el contenido.

Los esquemas mentales influyen en el procesamiento de la información pues guían cómo los estímulos son codificados, organizados y recuperados a la conciencia; es decir, determinan cómo un individuo experimenta las distintas situaciones a las que se enfrenta en el diario vivir (Disner et al., 2011). Debido a esto, son generalmente susceptibles a cualquier operación mental, por lo que pueden cambiar o adaptarse a nuevos aprendizajes con el objetivo de dar significado a los estímulos y generar un mundo interpretable para el sujeto (Millón, 2006). Tomando esta consideración, según el historial de vida de cada individuo, un esquema puede tener representaciones tanto positivas como negativas y, por

lo tanto, podrá o no tener vulnerabilidad para el desarrollo de diferentes disfunciones o problemáticas psicológicas a lo largo de su existencia.

Es importante tener en cuenta que estos esquemas frecuentemente son flexibles, por lo tanto van variando conforme la persona crece y vivencia nuevas experiencias. Por esta razón, generalmente las personas tienen esquemas mentales positivos sobre sí mismos y el mundo. No obstante, los esquemas también pueden ser rígidos y permanentes desde la infancia generando disfunción en la persona. Para este tipo de esquemas negativos, Young (1999) planteó el concepto de Esquemas Maladaptativos Tempranos (EMT), refiriéndose a las creencias extremadamente estables, duraderas y significativamente disfuncionales que se desarrollan durante los primeros años y se elaboran a lo largo de la vida del individuo (en Agudelo, Casadiegos, & Sánchez, 2009). En este caso, los EMT son la base para el origen de desórdenes psicológicos en la teoría cognitiva.

El concepto de los EMT facilita el entendimiento del origen de los trastornos mentales permitiendo una mejor visualización de las creencias que forman su constructo cognitivo; sin embargo, no todos los trastornos presentan igual sintomatología. Para este caso, Beck (1987) desarrolló la Hipótesis de Especificidad de Contenido que considera que cada trastorno tiene su perfil cognitivo específico y, por esto, la diferencia entre cada tipo de desorden psicológico se rige en el contenido cognitivo que lo determina (Argudelo et al. 2009).

Para el interés de esta investigación, se desea describir dos tipos de esquemas mentales que permitirán dar base a la orientación del caso: el de la depresión y el de ansiedad.

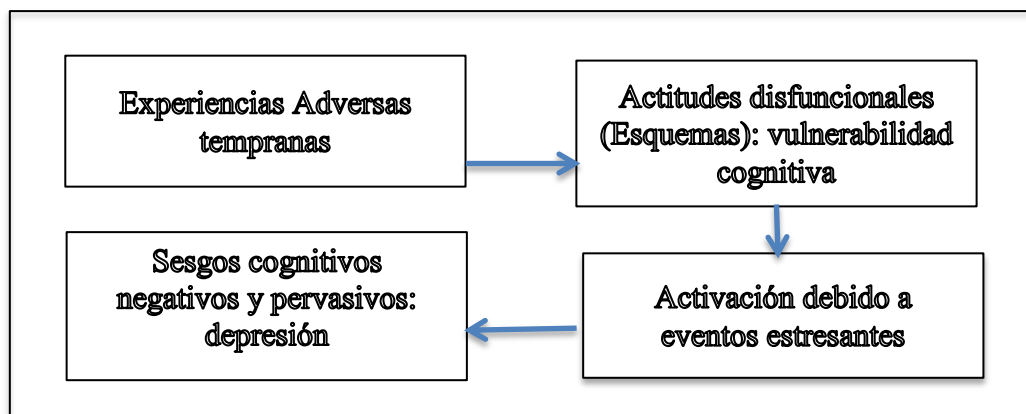
Esquemas mentales para Depresión.

Los esquemas de depresión se caracterizan por creencias negativas de autoreferencia, las mismas que pueden deberse a eventos adversos que ocurrieron temprano de la vida y forman un constructo interno (Seeds & Dozois, 2010; Disner et al., 2011). Las creencias de las personas con depresión se basan en dos grandes temas: “la amabilidad- ser querible- y el logro” (Keegman, 2008, p.87). Las creencias de logro influyen la autovaloración del individuo y se basan específicamente en el error cognitivo de los deberías, los cuales están orientados hacia alcanzar o recuperar cierta meta (Keegan, 2008). Además, estas personas creen que el mundo los juzga bajo su capacidad para alcanzar ese logro o de fallar en el intento (Keegan, 2008). Por otro lado, la creencia de no ser querible es bastante común en las personas deprimidas, sus quejas girarán en torno de ella y se expresa como no ser atractivos, no ser seductores, no ser divertidos y ser distintos de las demás desde una visión negativa (Keegan, 2008).

Como se explicó previamente los individuos no son conscientes de sus esquemas mentales, por lo que pueden permanecer inactivos desde la infancia hasta que atraviese por estresores específicos que accionen el esquema. Los factores externos que tiene la facultad de activar esquemas mentales son generalmente eventos que reflejan el contenido subyacente de estos (Disner et al., 2011). Esta activación sucede generalmente en la adolescencia o en la temprana adultez, debido al aumento de las presiones que experimenta el sujeto en esos momentos del ciclo vital (Keegman, 2008). Para dar un ejemplo, una ruptura amorosa puede ser un acontecimiento desencadenante para una persona cuyo esquema guarda la creencia de que tener pareja es la única forma de ser feliz. Una vez activo el esquema depresivo, la persona se vuelve vulnerable a desarrollar episodios de depresión debido a la alteración de la información que obtiene y el desarrollo de la triada cognitiva negativa, que son ideas autoreferenciales negativas sobre sí mismo, el mundo y

el futuro (Beck, 2008; Keegan, 2008; Disner et al., 2011; Pothier, Dobson, & Drapeau, 2012).

El siguiente diagrama “Modelo de desarrollo de la depresión basado en la vulnerabilidad y eventos estresantes de la vida” (Beck, 2008, p.972), resume lo anteriormente explicado en relación a la interacción entre la vulnerabilidad debido a sesgos mentales formados desde la infancia y la aparición de síntomas depresivos debido a la activación de estos esquemas.



El funcionamiento del esquema depresivo sugiere una visión sesgada de los sucesos y experiencias del individuo. Pero la pregunta más importante se relaciona con qué conserva al esquema funcionando hacia la aparición de síntomas depresivos. Según los estudios realizados por Aaron Beck (2008), el mantenimiento de los estados depresivos se explica debido a la persistencia de los procesos cognitivos sesgados a los que previamente definimos como errores o distorsiones cognitivas (en Pothier et al., 2012). Una de las distorsiones cognitivas característica de este esquema es la Filtración de información, donde la persona tiende a enfocarse solamente en información negativa e ignorar completamente los sucesos positivos (Pothier et al., 2012). Igualmente, el funcionamiento de cognición general se ve afectado por el esquema depresivo lo que genera un

procesamiento de información mental sesgado desde la atención, la codificación y hasta la memoria (Disner et al., 2011). Por esta razón la persona deprimida tiene mayor facilidad de traer a la conciencia recuerdos negativos que positivos.

Por consiguiente, la depresión se caracterizaría por una alta frecuencia de atención a información, recuerdos y pensamientos negativos acerca de pérdidas y fracasos, autoevaluación negativa, culpa y desesperanza hacia el futuro (Calvete, 2005). Abramson, Metalsky y Alloy (1989) describieron el funcionamiento cognitivo de la depresión con inferencias que señalan baja autoconfianza y baja autoeficacia (en Calvete, 2005). Es por esto que Beck (1976) concluyó que la depresión es un desorden anímico que está asociado con déficits cognitivos y creencias irracionales negativas de sí mismo, el mundo y su futuro (en Rehna et al., 2012).

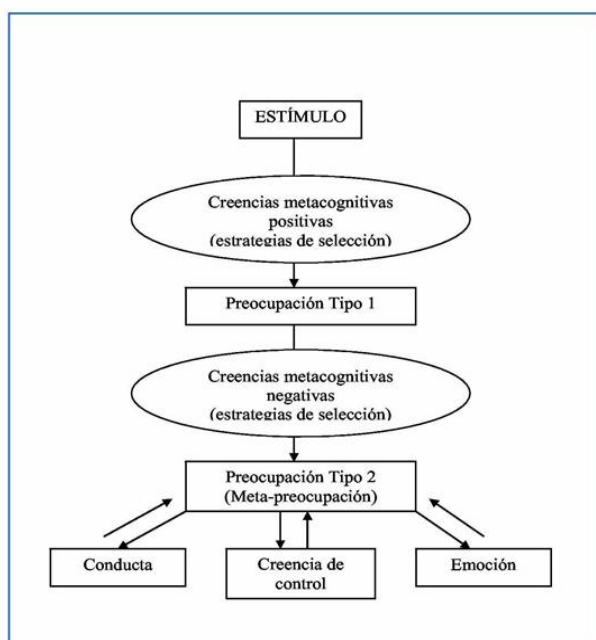
Esquema mental para la Ansiedad Generalizada.

Para los desórdenes de ansiedad, Clark y Beck (1988) definen que los esquemas específicos de este tipo de trastornos se caracterizan por ser creencias maladaptativas focalizadas en amenaza física o psicológica y baja autoeficacia por sentirse vulnerables al daño (Agudelo et al., 2009). Además, estos esquemas cognitivos se caracterizan por pensamientos consistentes de preocupación excesiva hacia posibles daños y amenazas futuras (Calvete, 2005; Penney, Mazmanian, & Rudanycz, 2013). Según Wells (1999) el distintivo clave para definir el Desorden de Ansiedad Generalizada es la preocupación sin control del sujeto, excesiva, subjetiva y generalizada. Para este desorden, se entiende por preocupación al fenómeno cognitivo que consiste en la repetición constante de pensamientos hacia eventos negativos que no han sucedido (Penney et al., 2013).

De acuerdo al modelo Metacognitivo de Wells (1995), el esquema para la Ansiedad Generalizada es el resultado de la interacción entre el uso de la preocupación como una

estrategia de adaptación, una visión negativa hacia este mecanismo y el persistente intento de controlarlo. En estudios posteriores, Wells (2005) no sólo propone la existencia de creencias negativas hacia la preocupación, sino que plantea la existencia de visiones positivas hacia el mecanismo; y, en este caso, la existencia de estas creencias sitúa a la preocupación como una herramienta del sujeto para evaluar y tratar con las amenazas. Por otro lado, en el modelo de Wells (2005) se expone la activación de dos tipos de preocupación: la de Tipo I, que consiste en ansiedad hacia posibles eventos externos; la de tipo II, donde se activan las creencias negativas hacia preocuparse y el sujeto se muestra ansioso de su propia ansiedad (en Penney et al., 2013). La interacción de ambos tipos de preocupación hace que la persona con TAG se sienta y actúe ansiosa y genere creencias de baja autoeficacia (Wells, 1999). El siguiente diagrama tomado de Ramos-Cejudo y Cano-Vindel (2008) resume la teoría anteriormente explicada:

Figura 1. Modelo metacognitivo del TAG. Adaptado de Wells (1999)



En este diagrama se puede observar la interacción de lo que Wells (2005) denominó como

las creencias positivas y negativas hacia la ansiedad con los tipos de preocupación I y II. Se advierte que mediante este mecanismo se generan las conductas, emociones y creencias que conforman el desorden de ansiedad. Beck denominó a los mecanismo para la ansiedad como esquemas de peligro, ya que guían el procesamiento de la información hacia la sobreestimación de magnitud y severidad de las amenazas, subestiman sus propios recursos de adaptación y el sobreuso de estrategias auto-protectoras compensatorias (Riskind, 2005).

Tema 4: Episodio Depresivo Mayor, Trastorno De Ansiedad Generalizada y Terapia Cognitiva Conductual

Una vez que se han analizado el Episodio Depresivo Mayor y el Trastorno de Ansiedad Generalizada desde la teoría cognitiva de los esquemas mentales, para el interés de esta investigación, es importante conocer un poco más sobre la etiología, características, curso, desarrollo, prevalencia y comorbidad de estos trastornos.

Episodio Depresivo Mayor.

Características y etiología.

El término depresión abarca la definición de una variedad de cambios negativos, temporales o duraderos, en el estado de ánimo y la conducta (Sarason & Sarason, 2006). Existen varios tipos de depresión, que pueden ir desde un estado de ánimo melancólico hasta sentimientos de depresión graves y profundos que generan incapacidad para funcionar en el medio (Sarason & Sarason, 2006). Para este caso, es importante conocer la característica nuclear del Episodio Depresivo Mayor, la misma que se define por presencia de estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o placer en casi todas las actividades durante al menos dos semanas (American Psychiatry Association, 2000).

La probabilidad de que una persona desarrolle un trastorno depresivo se relaciona a factores de riesgo en el ambiente, vulnerabilidad genética y la capacidad de resiliencia (Sarason & Sarason, 2006). Algunos de estos factores que se relacionan con la vulnerabilidad a la depresión son: un historial familiar de depresión, el uso y abuso de alcohol y otras sustancias, violencia y factores socioeconómicos de pobreza, comorbidad con trastornos de ansiedad o distimia (Haddad & Gunn, 2011). Entre los constituyentes de riesgo que pueden desencadenar un desorden de depresión se consideran la acumulación de eventos de vida estresantes en un corto período conjuntamente con la falta de apoyo social o apoyo emocional (Sarason & Sarason, 2006; Haddad & Gunn, 20011).

Referente al género Sarason y Sarason (2006) describen que las mujeres son por lo menos dos veces más propensas a desarrollar cualquier tipo de depresión que los hombres. Finalmente, la cultura es un factor de importante cuidado al momento de evaluar los síntomas de depresión, debido a factores culturales puede haber sobre-diagnóstico o sub-diagnóstico en una población (American Psychiatry Association, 2000). Para ejemplificar la influencia de la cultura se puede considerar la diferencia de expresión sintomática de depresión entre la población latina, quienes reportan síntomas somáticos de nerviosismo y dolores de cabeza, y la cultura asiática, que manifiesta debilidad, cansancio y desequilibrio (American Psychiatry Association, 2000).

Curso y desarrollo.

La edad de inicio de los trastornos de estado de ánimo es de difícil definición debido a que tienen un desarrollo más de tipo gradual (Haddad y Gunn, 2011). Sin embargo Haddad y Gunn (2011) reportan que el rango de establecimiento común de los trastorno por depresión es entre los 19 a 44 años, con una edad promedio de 32 años de

edad. Por otro lado, la edad es un factor importante al considerar el curso de los trastornos de depresión.

Primeramente, cuando el desarrollo del trastorno se da a una edad temprana, aumenta las posibilidades de recaídas a futuro (Haddan & Gunn, 2011). Además, cuando se diagnostica en edades tempranas, puede haber variabilidad en los síntomas. El DSM-IV-TR indica que durante la niñez síntomas comunes son quejidos somáticos, irritabilidad y aislamiento social; mientras que en la adolescencia y adultez el retardo psicomotor, hipersomnia e alucines son comunes (American Psychiatry Association, 2000). En segundo lugar, cuando el comienzo se da en la adultez tardía, el curso puede ser más crónico, con mayor duración de los episodios depresivos y menor tiempo entre ellos; además un 30% de los individuos que cumplen el trastorno permanecen crónicamente deprimidos (Haddad & Gunn, 2011).

El curso de la depresión se caracteriza por recaídas. En general los pacientes con historial de depresión pueden llegar a tener de cinco a nueve episodios depresivos a lo largo de su vida (Haddad & Gunn, 2011). En el caso de Episodio Depresivo Mayor el curso no es diferente, pues es generalmente crónico y fluctuante. La mayoría de los pacientes que cumplieron diagnóstico para este trastorno experimentan más de uno de ellos. Se estima que 85% de los sujetos que se recuperan de un Episodio Depresivo Mayor experimentarán un segundo dentro de 15 años; adicional mente, cada recaída aumenta el riesgo de reincidir en un 18% (Vittengl, Clark, Dunn, & Jarrett, 2007). De acuerdo con el DSM-IV-R (American Psychiatric Association, 2000) el episodio depresivo mayor presentan un curso crónico, debido a que en el 5% - 10% de los individuos que cumplieron con el criterio, continuarán cumpliendo el diagnóstico durante dos o más años.

Prevalencia.

Las estimaciones epidemiológicas colocan la prevalencia a lo largo de la vida del Trastorno Depresivo Mayor en más de un 16%; en pacientes de atención ambulatoria un 14% de ellos cumplen con este diagnóstico (Vittengl, Clark, Dunn, & Jarrett, 2007). Más recientemente en los Estados Unidos, mediante resultados de una encuesta nacional sobre trastornos mentales a más de 9000 personas, se encontró una prevalencia para la depresión de 16.6% en poblaciones de 18 años en adelante; asimismo se determinó que la probabilidad de desarrollar el trastorno en algún punto de la vida del 23.3% (Haddad & Gunn, 2011).

Por otro lado, la prevalencia según el género indica que en las mujeres, a diferencia de los hombres, presentan este trastorno con el doble de frecuencia (American Psychiatry Association, 2000). Adicionalmente, se conoce que existe mayor prevalencia de depresión en mujeres durante el tiempo reproductivo, pero reduce su incidencia en la adultez mayor (Haddad & Gunn, 2011).

Comorbidad.

El Episodio de Depresión Mayor presenta comorbidad con otros tipos de desórdenes psicológicos, entre algunos de ellos está el Trastorno de Ansiedad Generalizada (55,2% de los pacientes deprimidos), el Trastorno de Pánico (en el 33,8% de los pacientes), la Distimia (en el 15,7% de los pacientes) y el Trastorno de Somatización (en el 6,6%) (Aragonès, Luis Piñol, & Labad, 2009). Cuando existe un diagnóstico de Depresión Mayor con comorbidad, la depresión tiende a ser más severa y con mayor impacto para la funcionalidad del individuo (Aragonès et al., 2009).

Criterios diagnósticos de DSM-IV-R para Episodio Depresivo Mayor.

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio con respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser 1) estado de ánimo depresivo o 2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: no se incluyen los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día, según lo indica el propio sujeto (p. Ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. Ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
2. Disminución del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. Ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: en niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables
4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.
5. Agitación o retraso psicomotor.
6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) prácticamente todos los días.
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).

9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

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

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. Ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o retraso psicomotor.

* **Intensidad:** la intensidad debe ser definida entre leve, moderada o severa basándose en el número de síntomas que se cumplen en el criterio diagnóstico, la severidad de los síntomas y el grado de incapacidad funcional y angustia. Los episodios *Leves* se caracterizan por el cumplimiento de cinco o seis de los síntomas depresivos y una discapacidad leve o la capacidad de funcionamiento normal pero con esfuerzo substancial e inusual. Los episodios que son *Severos sin características psicóticas*, se determinan por la presencia de la mayoría de los síntomas depresivos y la discapacidad claramente observable (p. Ej., inhabilidad de trabajar o cuidar a los niños). Los episodios *Moderados* muestran una intensidad que está entre leve y severo.

Trastorno De Ansiedad Generalizada.

Características y etiología.

El Trastorno de Ansiedad Generalizada se caracteriza por preocupación y sentimientos de ansiedad y nerviosismo excesivos, además de la presencia de tensión muscular constante (American Psychiatry Association, 2000; Barlow & Durand, 2009). Las personas con Trastorno de Ansiedad Generalizada muestran mayor sensibilidad a los estímulos externos que consideran amenazas; esta sensibilidad manifiesta puede deberse a experiencias tempranas de estrés significativo, donde se aprendió que el mundo es peligroso y fuera de control (Barlow & Durand, 2009). Esto coincide con la teoría del aprendizaje expuesta por Connolly, Petty, Simpson y Collins (2006) que indica que la etiología de este trastorno puede deberse a modelamiento de comportamientos ansiosos por parte de los padres u otros adultos, así como tendencia a la timidez e retraimiento desde temprana edad.

Entre otras causas, se considera que pudiera existir vulnerabilidad genética para el desarrollo de este trastorno; la cual se ha estudiado en familias y gemelos (Hettema, Prescott, Myers, Neale & Kendler, 2005; Connolly et al., 2006). Se considera que los parientes en primer grado de personas con trastornos de ansiedad tienen mayor probabilidad de desarrollar también algún tipo de desorden (Vasey & Dadds, 2001). Sin embargo, se considera que no es el trastorno en sí lo que pudiera heredarse, sino la tendencia a tener un temperamento ansioso (Barlow & Durand, 2009). Igualmente, se considera que esta etiología de familia no puede deberse únicamente a factores genéticos; la crianza por parte de padres ansiosos y la exposición a modelos de aprendizaje de preocupación también tienen influencia en el desarrollo de un trastorno de ansiedad (Vasey & Dadds, 2001).

Curso y desarrollo.

Muchos individuos con este diagnóstico han reportado sentimientos de inquietud y nerviosismo durante toda su vida; así, el desarrollo de este trastorno parece indicar un inicio en la niñez o adolescencia, sin embargo un inicio en adultez no es extraño (American Psychiatry Association, 2000; Vasey & Dadds, 2001).

Generalmente, el desarrollo de los trastornos de ansiedad se dan ante un evento de vida estresante o el recuerdo de una experiencia traumática pasada (Ditomasso & Gosch, 2007). De acuerdo con el DSM-IV-TR (2000) el curso de este trastorno es fluctuante, con períodos de mayor dificultad y disfuncionalidad debido a agravantes como estrés y eventos de angustia emocional en la vida diaria.

El desarrollo de este trastorno tiene influencias de la edad de cumplimiento del diagnóstico; por ejemplo, las personas adultas diagnosticadas con Trastorno de Ansiedad Generalizada muestran preocupaciones intensas y ansiedad desproporcionada frente al evento; sus preocupaciones suelen girar en torno a temas como responsabilidades del trabajo, finanzas, la salud de personas amadas, el cuidado de los hijos o tareas menores, como el cuidado de la casa y la asistencia a reuniones. Mientras que en el caso de niños o adolescentes, las preocupaciones se refieren a su desempeño académico o su competencia social, y éstas pueden variar de una preocupación a otra durante el curso del trastorno (American Psychiatric Association, 2000).

Prevalencia.

Cerca del 15% de la población se ve afectada por algún trastorno de ansiedad en algún punto del curso de su vida (Ditomasso & Gosch, 2007). Específicamente, la prevalencia del Trastorno de Ansiedad Generalizada es del 3% aproximadamente durante un período de tiempo de un año; mientras que el 5.7% de la población cumple con el criterio en algún punto de la vida (Barlow & Durand, 2009). Por otro lado, en una

población clínica de ansiedad, se encontró que un cuarto de la población presentó diagnóstico de Ansiedad Generalizada como diagnóstico único o comórbido (American Psychiatry Association, 2000). Por otro lado, tomando en cuenta la prevalencia según la edad, de acuerdo con Barlow y Durand (2009) este trastorno es más común entre poblaciones de edades adultas, en el grupo de edad de más de 45 años, y de menor incidencia entre los jóvenes, de 15 y 24 años. En cuanto al género, se conoce que dos tercios de los individuos diagnosticados con Ansiedad Generalizada son mujeres (Barlow & Durand, 2009).

Comorbidad.

Los trastornos de ansiedad tienen alta comorbidad con otros desórdenes del mismo tipo (como el Trastorno de Pánico y la Ansiedad Generalizada), trastornos de depresión, abuso de sustancias y trastornos de la personalidad (Ditamaso & Gosch, 2007). En cuanto al Trastorno de Ansiedad Generalizada, éste es comúnmente asociado con desórdenes del estado de ánimo y desórdenes psicóticos (American Psychiatry Association, 2000). Los desórdenes de ansiedad suelen tener co-ocurrencia con otros desórdenes del tipo ansioso, como el Trastorno de Pánico (Albarracín, Rovira, Carreras & Rejas, 2008); igualmente este trastorno es comórbido con la condición médica Diabetes Mellitus, el Trastorno de Depresión Mayor, Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y los trastornos de abuso de sustancias como alcohol y drogas (Connolly et al., 2006; Albarracín et al., 2008).

Criterios Diagnósticos del DSM-IV-R para trastorno de Ansiedad Generalizada.

A. Ansiedad y preocupación excesiva (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar) que se presenta al menos 6 meses.

B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses).

1. Inquietud o impaciencia.
2. Sensación de cansancio o fatiga constante.
3. Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco.
4. Irritabilidad.
5. Tensión muscular.
6. Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o

sensación al despertarse de sueño no reparador).

D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), temor a estar en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.

E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen

exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

Comorbidad entre ansiedad y depresión.

A pesar de que los desórdenes de ansiedad y de depresión son distintos en varios aspectos como: los patrones genéticos y hereditarios, impacto en el funcionamiento cognitivo, distintos efectos de excitación al sistema nervioso y, principalmente, la emoción que predomina en cada una de ellas es diferente: en ansiedad la preocupación y en depresión la tristeza (Robinson, Overstreet, Letkiewicz, & Grillon, 2012); se ha encontrado que ambos trastornos mantienen una relación directa y se puede presentar la sintomatología de ambos en un mismo sujeto. Esto se debe a que ambas mantienen una alta comorbidad, que podría deberse a que su sintomatología se refuerza mutuamente (Robinson et al., 2012). Por su parte, Ninan y Berger (2001) concuerdan con lo anterior e indican que los trastornos de ansiedad pueden constituir factores de riesgo para el desarrollo de depresión (en Agudelo et al., 2008). En un estudio de Sanderson, Beck y Beck (1990) de pacientes con un diagnóstico de depresión o distimia se encontró que una gran mayoría presentó comorbilidad con ansiedad generalizada o fobia social (en Caballo, 1997). Estudios más recientes concuerdan con esto y han demostrado que aproximadamente el 85% de pacientes con depresión también experimentan significativos síntomas de ansiedad y, de manera semejante, en un 90% de pacientes con desórdenes de ansiedad se encuentra indicios de depresión (Agudelo et al., 2000). Otros estudios han demostrado que un 50% - 60% de la población que reportan un historial de vida de desórdenes de ansiedad, también presentan depresión en algún punto (Robinson et al., 2012).

Eficacia de la terapia cognitiva conductual en la reducción de sintomatología de ansiedad y depresión.

Santacruz y colegas (2002), en su artículo sobre la eficacia de la terapia cognitiva conductual, a manera de conclusión, citaron lo afirmado por Nathan, Gorman y Salkind en 2002 que postula lo siguiente: “en la actualidad la mejor manera para tratar el trastorno de ansiedad generalizada es la Terapia Cognitivo Conductual” (p.164).

Ladouceur, Dugas, Freeston, Léger, Gagnon y Thibodeau (2000) realizaron un estudio para comprobar la eficacia de la Terapia Cognitiva Conductual en la reducción de intolerancia a la incertidumbre, creencias erróneas sobre la preocupación, bajas herramientas de resolución de problemas y evitación cognitiva. Participaron 26 pacientes con ansiedad generalizada en el estudio, los cuales fueron aleatoriamente designados al grupo de tratamiento o al grupo control. El grupo experimental recibió 16 sesiones semanales de una hora cada una; las mismas consistieron en herramientas cognitivas, entrenamiento de resolución de problemas y exposición gradual. Las limitaciones que presentó el estudio son especialmente en cuanto al diagnóstico. Se utilizó el criterio de un psicólogo clínico diferente al evaluador para confirmar el diagnóstico; sin embargo, esto se realizó mediante grabaciones de audio, no una nueva evaluación, posibilitando sesgos en el diagnóstico inicial. A pesar de ello, el análisis de datos indicó resultados, tanto clínicamente como estadísticamente significativos, a favor de la Terapia Cognitiva Conductual en la reducción de síntomas de ansiedad generalizada, con un mantenimiento de los resultados después de seis y doce meses de concluido el tratamiento (Ladouceur et al., 2000).

Covin, Ouimet, Seeds, y Dozois (2008) realizaron un meta-análisis con el objetivo de evaluar la efectividad de la Terapia Cognitiva Conductual para el Trastorno de

Ansiedad Generalizada, específicamente para la reducción de la preocupación patológica. Con este objetivo el criterio de inclusión fue el uso de el Cuestionario de Preocupación de Penn; los artículos encontrados se clasificaron de acuerdo a la edad y modalidad de tratamiento. Como conclusión se encontró que los mejores resultados de la Terapia Cognitiva Conductual se dieron para poblaciones de jóvenes adultos y de modalidad individual (Covin et al., 2008). Adicionalmente, el análisis también demostró el mantenimiento de los resultados terapéuticos en el seguimiento de seis a doce meses después del tratamiento (Covin et al., 2008).

Hofmann y Smits (2008) realizaron un meta-análisis para determinar la eficacia de la Terapia Cognitiva Conductual en comparación con placebo en el caso de trastornos de ansiedad. Para la recolección de datos se utilizó como criterio de inclusión estudios de pacientes adultos que cumplan con criterios diagnósticos del DSM- III- R o el DSM-IV para cualquier trastorno de ansiedad con tratamiento placebo y Terapia Cognitiva Conductual. Finalmente de 1165 estudios, 27 artículos cumplieron con los criterios de inclusión. Los resultados del análisis de estudios indicaron eficacia de la terapia para los desórdenes de ansiedad en adultos. Este estudio presentó una limitación en cuanto a la corta cantidad de información para el análisis (Hofmann & Smits, 2008).

El estudio De Leichsenring, Salzer, Jaeger, Kächele, Kreische, Leweke y Leibing (2009) comparó la terapia psicodinámica a corto plazo y la Terapia Cognitiva Conductual en una población de 57 sujetos diagnosticados con Ansiedad Generalizada. Los sujetos fueron aleatoriamente designados a los grupos de terapia: 29 en Terapia Cognitiva Conductual y 28 en Terapia Psicodinámica. La aplicación del tratamiento fue de 30 sesiones semanales. Para recolectar los datos del estudio se utilizó la escala de ansiedad de Hamilton, la cual fue aplicada al terminar el tratamiento y un control seis meses después.

Los resultados indicaron que ambas formas de terapia fueron positivas y no se encontró diferencias significativas en el desenlace de ambos grupos; sin embargo, la Terapia Cognitiva Conductual fue superior al considerar las evaluaciones de reducción de síntomas de ansiedad, preocupación y depresión (Leichsenring et al., 2009). Las limitaciones de este estudio se dieron debido al número de participantes; al ser una población pequeña, no permitió la detección de mayores diferencias entre los resultados obtenidos de los grupos terapéuticos (Leichsenring et al., 2009).

Para el Trastorno de Ansiedad Generalizada y Ansiedad por Separación, los tratamientos que manejan herramientas cognitivas y conductuales han conseguido mejoras significativas (Santacruz, Orgilés, Rosa, Sánchez-Meca, Méndez & Olivares, 2002). Chambless y Gillis (1993) encontraron que la Terapia Cognitivo Conductual reduce considerablemente los síntomas de ansiedad a corto y largo plazo (Santacruz et al., 2002). Con el objetivo de demostrar esta eficacia, Miskovic, Moscovitch, Santesso, McCabe, Antony y Schmidt (2011) realizaron un estudio con 25 pacientes diagnosticados con ansiedad social. El objetivo del estudio fue comprobar la eficacia de la terapia en 12 sesiones grupales mediante el uso de mediciones de electroencefalograma (EEG) antes, durante y después del tratamiento. Los resultados de la investigación demostraron evidencia de un mejor funcionamiento tanto cerebral como comportamental entre los sujetos que recibieron el tratamiento Cognitivo Conductual (Miskovic et al., 2011). Las limitaciones de este estudio se resumen principalmente en que algunos participantes, además de la Terapia Cognitiva Conductual, recibían previamente tratamiento farmacológico, esto pudiera haber sesgado los resultados. Sin embargo, los resultados obtenidos permanecieron siendo significativos después de excluir a estos individuos (Miskovic et al., 2011).

En el caso de los trastornos de depresión, la Terapia Cognitiva Conductual ha demostrado su eficacia en el tratamiento incluso de las formas más severas de este desorden, conjuntamente con la reducción significativa de posibilidades de recaída (Hollon, Thase & Markowitz, 2002). Es de importancia conocer que generalmente las recaídas son el problema que más preocupa a pacientes y psicólogos durante y después de un proceso terapéutico. En este sentido, la revisión realizada por Hollon y colegas (2002) afirma que la Terapia Cognitiva tiene un efecto de duración que se extiende incluso hasta después de terminado el proceso terapéutico, basándose en estudios que han mostrado que los pacientes tratados bajo la Corriente Cognitiva Conductual muestran una posibilidad menor del 50% de presentar una recaída un vez terminado el tratamiento.

Hollon, Derubeis, Shelton, Amsterdam, Salomon, O'reardon, Lovett, Young, Haman, Freeman, y Gallop (2005) realizaron un estudio con el objetivo de comparar la efectividad y estabilidad de la remisión de síntomas de depresión de la Terapia Cognitiva frente al tratamiento farmacológico. Para la investigación se tomaron como participantes a pacientes ambulatorios de las clínicas de la Universidad de Pensilvania y la Universidad Vanderbilt con diagnóstico de depresión severa o moderada. Los pacientes que fueron designados aleatoriamente a Terapia Cognitiva y respondieron positivamente a la misma, fueron retirados del tratamiento y se compararon durante un período de 12 meses con los pacientes del grupo control, que habían sido asignados al azar a la medicación o al placebo. Los pacientes que sobrevivieron a esta primera fase de investigación sin mostrar recaída fueron 104, es decir el 57.8% del grupo inicial. Estos fueron retirados de todo el tratamiento y observados durante 12 meses de seguimiento. Los resultados de la investigación indicaron que los pacientes del grupo de Terapia Cognitiva fueron significativamente menos propensos a las recaídas que aquellos pacientes del grupo

farmacológico, además que presentan menores posibilidades de recaída que los pacientes que siguieron tomando medicación (Hollon et al., 2005). Como conclusión, los autores encontraron que la Terapia Cognitiva tiene un efecto duradero que se extiende más allá del final del tratamiento, por lo tanto, su eficacia es igual a mantener a los pacientes bajo medicación (Hollon et al., 2005).

Luty, Carter, Mckenzie, Rae, Fampton, Mulder, y Joyce (2007) realizaron un estudio para comparar la efectividad de la terapia interpersonal y la Terapia Cognitiva Conductual en pacientes ambulatorios diagnosticados con depresión. El estudio se realizó con 117 pacientes con diagnóstico principal de Trastorno Depresivo Mayor, los cuales fueron aleatoriamente ubicados en los distintos grupos terapéuticos de Terapia Interpersonal y Terapia Cognitiva Conductual. Los pacientes recibieron 16 semanas de terapia con un número mínimo de 8 sesiones y un máximo de 19; los terapeutas fueron cinco psiquiatras con experiencia mínima de dos años en el tratamiento de depresión. Las evaluaciones aplicadas, pre y post intervención terapéutica, fueron la escala de depresión de Montgomery–Asberg, la escala de depresión de Hamilton y la examinación del estado mental. Los resultados encontrados indicaron que ambas terapias son efectivas en el tratamiento de depresión; sin embargo, la Terapia Cognitiva Conductual mostró mayor eficacia en el caso de depresión severa (luty el al., 2007).

Sheets, Wilcoxon, Brosse, Hauser, Madsen y Edward (2013) realizaron un estudio para comprobar la efectividad de la Terapia Cognitiva Conductual en una intervención interpersonal para reducir la incidencia del Trastorno Depresivo Mayor en adultos. La metodología fue una intervención de Terapia grupal Cognitiva Conductual preventiva, para una población de 89 adultos jóvenes, que no presentaron diagnóstico de depresión actual, pero lo experimentaron durante la adolescencia. Los participantes fueron divididos

aleatoriamente entre el grupo experimental y el grupo control. Los resultados indicaron una reducción del riesgo de una recaída del 50% en los participantes del grupo experimental, a diferencia del grupo control. Adicionalmente, el estudio benefició académicamente a los participantes (Sheets et al., 2013). Las limitaciones del estudio se relacionan a la muestra, debido a que fue un estudio voluntario y de auto-selección donde los participantes tenían pleno conocimiento de su historial depresivo. Igualmente, la muestra fue limitada por lo que los resultados no pueden ser generalizados sin mayor investigación (Sheets et al., 2013).

Debido a la eficacia demostrada en la investigación de la Terapia Cognitiva Conductual en distintas poblaciones clínicas, se consideró a ésta como la orientación teórica adecuada para trabajar con el caso clínico de esta investigación.

Tema 6: Terapia Cognitiva Conductual y Trastorno de Personalidad Esquizoide.

Los trastornos de personalidad se determinan por pautas inflexibles y no adaptativas de percibir, pensar y relacionarse con el mundo (Echeburúa & Corral, 1999). De acuerdo a Millon (2006), los trastornos de personalidad reúnen tres características específicas que son causales entre sí: 1) carencia de capacidad de adaptación, 2) inflexibilidad de pensamiento y comportamiento y 3) la creación de círculos viciosos problemáticos. Concretamente, la definición para los trastornos de personalidad que dicta la asociación americana de psiquiatría mediante el DSM-IV-TR (2000) expresa lo siguiente:

“un patrón duradero de experiencias internas y comportamiento que se desvía marcadamente de las expectativas de la cultura del individuo, es pervasivo e inflexible, con inicios en la adolescencia o adultez temprana, estable a lo largo del tiempo y genera angustia o disfuncionalidad” (p.685).

Los sujetos que presentan trastornos de personalidad muestran malestar psicológico y disfuncionalidad, tanto social como laboral, debido a las limitaciones en su cognición y comportamiento y a la dificultad de adquirir estrategias nuevas para el afrontamiento de la cotidianidad (Echeburúa & Corral, 1999). Sin embargo, una consideración importante en cuanto a los desórdenes de la personalidad es que estos pacientes no muestran conciencia de enfermedad sino que perciben su comportamiento como normal (Echeburúa & Corral, 1999).

Trastorno De Personalidad Esquizoide.

Características y etiología.

El Trastorno de Personalidad Esquizoide es sin duda uno de los diagnósticos más confusos y difíciles del Eje II, principalmente debido a que su categoría diagnóstica ha estado en un estado de transición los últimos años (Beck, Freeman & Davis, 2004). Este trastorno de personalidad se caracteriza por dificultad y aislamiento de las relaciones sociales, ausencia de sentimientos cálidos e indiferencia a la valoración de los sentimientos ajenos (Echeburúa & Corral, 1999). Para el DSM-IV-TR la característica nuclear de este trastorno de personalidad es el patrón pervasivo de aislamiento social y la expresión restringida de emociones en situaciones interpersonales (American Psychiatry Association, 2000).

De acuerdo con el DSM-IV-R (American Psychiatry Association, 2000), los pacientes diagnosticados con este trastorno de personalidad pueden mostrar dificultades al expresar la ira, incluso frente a provocaciones. Habitualmente responden de manera inadecuada ante eventos importantes de su vida, como reaccionar de manera pasiva ante circunstancias adversas o abandonar sus metas y mostrarse sin dirección o propósitos de vida. Tienen pocas amistades y relaciones amorosas debido a su falta de habilidades

sociales e interés en relaciones sexuales. Muestran preferencia por actividades de aislamiento interpersonal. Pueden mostrar episodios psicóticos breves (de minutos u horas) ante situaciones de estrés.

Por otra parte, la etiología de los trastornos de personalidad es más compleja que en el caso de los trastornos mentales del Eje I. Si se parte desde la consideración de que la personalidad es la reunión de todas las características que definen al sujeto: interpersonales, cognitivas, psicológicas y biológicas; la etiología de estos trastornos se encuentra en todas estas áreas, pues cada una interactúa e influye en las otras conformando al sujeto integral (Millon, 2006).

Curso y desarrollo.

El desarrollo de este trastorno puede relacionarse a la niñez y adolescencia mediante la apreciación de comportamientos de aislamiento, dificultades de interrelación con los pares y bajo rendimiento escolar; debido a esto, estos niños o adolescentes suelen ser percibidos como diferentes y ser víctimas de burlas escolares (American Psychiatry Association, 2000). Sin embargo, generalmente se considera el comienzo del trastorno en la adolescencia o la adultez temprana (Oldham, Bender & Skodol, 2007).

Referente al curso, los desórdenes de personalidad muestran un trayectoria estable y persistente, la cual, conforme avanza la edad del sujeto, genera deterioro en su funcionalidad (Oldham et al., 2007). Sin embargo, si se realiza un proceso terapéutico, pueden haber mejorías en el funcionamiento del paciente (Echeburúa & Corral, 1999; Oldham et al., 2007)

Prevalencia.

No existe mayor información de el Trastorno de Personalidad Esquizoide, debido a que no es común en entornos clínicos (American Psychiatry Association, 2000). Echeburúa

y Corral (1999) argumentan que la falta de homogeneidad en las poblaciones estudiadas y la dificultad para definir y evaluar estos trastornos explican la ausencia de datos epidemiológicos fiables. Sin embargo, se observa que este trastorno pudiera tener mayor prevalencia en familias de individuos diagnosticados con Trastorno de Esquizofrenia o Trastorno de Personalidad Esquizotípico (american psychiatry association, 2000).

Comorbidad.

Igualmente, existe poca información referente al Trastorno de Personalidad Esquizoide. Se conoce que éste puede co-ocurrir con el Trastorno Depresivo Mayor y con otros trastornos de personalidad, usualmente el Trastorno de Personalidad Esquizotípico, Paranoide y Evitativo (American Psychiatric Association, 2000). Por otro lado, es de gran importancia considerar que una vez diagnosticado un trastornos de personalidad puede aumentar la probabilidad de desarrollar determinados trastornos del Eje I, conjuntamente afectan el curso y el tratamiento (Widiger, 2003).

Criterios diagnóstico del DSM-IV-R para Trastorno de Personalidad Esquizoide.

A. Un patrón general de distanciamiento de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional en el plano interpersonal, que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes puntos:

1. Ni desea ni disfruta de las relaciones personales, incluido el formar parte de una familia.
2. Escoge casi siempre actividades solitarias.
3. Tiene escaso o ningún interés en tener experiencias sexuales con otra persona.
4. Disfruta con pocas o ninguna actividad.
5. No tiene amigos íntimos o personas de confianza, aparte de los familiares de primer grado.

6. Se muestra indiferente a los halagos o las críticas de los demás.

7. Muestra frialdad emocional, distanciamiento o aplanamiento afectivo.

B. Estas características no aparecen exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos u otro trastorno psicótico y no son debidas a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Esquemas mentales para el Trastorno de Personalidad Esquizoide.

La Terapia Cognitiva entiende a la personalidad desde una perspectiva que enfatiza el rol del procesamiento de información como la entidad generadora de respuestas cognitivas, afectivas, motivacionales y conductuales en el sujeto frente a su entorno (Strack, 2006). Estas respuestas frente a estímulos dependen de los esquemas internos de los individuos. Recordando que los esquemas mentales se encargan de seleccionar, sintetizar, almacenar y recuperar información de experiencias previas. Por consiguiente, cada individuo tiene un perfil de personalidad único, basado en la predisposición innata (temperamento) y las influencias del contexto en el que habita (Strack, 2006). El temperamento puede verse como la estrategia de regulación afectiva característica de cada individuo que puede ser acentuada o disminuida mediante la interacción con otros (Widiger, 2003). Por ejemplo, la timidez puede disminuir o acentuarse mediante la experimentación de relaciones sociales. Debido a esto, la teoría cognitiva sostiene que las creencias disfuncionales se forman mediante la interacción de relaciones con otros significativos y la vivencia continua de experiencias de vida negativas que moldean el temperamento (Beck, Freeman & Davis, 2004; Strack, 2006). La exposición repetida a eventos y situaciones negativas fortalece estas creencias negativas hasta la formación de esquemas cognitivos de funcionamiento; los mismos que con el tiempo se convierten en

respuestas, cogniciones y conductas estables y rígidas, que operan en todos o casi todos los contextos del sujeto (Strack, 2006).

La importancia de los esquemas de los trastornos de personalidad radica en su diferenciación ante los esquemas de los síndromes clínicos, ya que éstos, no aparecen ante situaciones específicas o determinadas, sino que forman parte del procesamiento de información normal y cotidiano, es decir se encuentran activos continuamente (Beck & Freeman, 1990). Cada trastorno de personalidad tiene un propio perfil cognitivo que abarca su manera de relacionarse con el mundo, y por lo tanto, su disfuncionalidad (Strack, 2006).

El paciente diagnosticado con Trastorno de Personalidad Esquizoide puede describirse como solitario y autosuficiente, de pensamientos vagos, falta de atención a los detalles perceptuales y baja o nula capacidad de respuesta emocional (Beck & Freeman, 1990). Frente a las relaciones sociales, el paciente esquizoide tiene una falta de habilidades de contacto e interrelación, por lo cual prefiere realizar actividades solitarias. Debido a la falta de desarrollo de destrezas sociales, cuando estos individuos intentan tener conexiones sociales fracasan y refuerzan sus creencias hacia el aislamiento. Típicamente estos pacientes acuden a terapia para tratar trastornos y síntomas clínicos distintos del trastorno de personalidad (Beck & Freeman, 1990).

Los individuos con Trastorno Esquizoide de la Personalidad no se perciben como sujetos con síntomas predominantes o parciales de psicosis, más bien, su característica es la presencia de creencias disfuncionales que lo mantienen alienado socialmente (Beck et al., 2004). De acuerdo con la conceptualización de la Terapia Cognitiva Conductual (Beck et al., 2004), el Trastorno Esquizoide de la Personalidad expone el siguiente perfil cognitivo:

Trastorno de personalidad	Percepción de sí mismo	Percepción de otros	Creencias centrales	Estrategia de comportamiento
Esquizoide	-auto-suficiente -solitario	Intrusivos	-los otros son desagradables -las interrelaciones son indeseables	Mantenerse alejado

Mediante este diagrama se puede observar de manera simplificada la esquematización cognitiva del Trastorno Esquizoide de la Personalidad. Estos individuos se perciben a sí mismos como autosuficientes y solitarios pues prefieren realizar actividades solitarias y tomar decisiones de manera independiente, por lo que valoran en especial la libertad de no pertenecer a grupos (Beck & Freeman, 1990). Su concepción de que los demás son intrusos proviene de su creencia de que otras personas desean acosarlos y acorralarlos; por esta razón prefieren mantenerse distancia del resto, a pesar de que, debido a actividades específicas como trabajo o sexo, ocasionalmente deben unirse a otros (Beck & Freeman, 1990).

La conceptualización cognitiva del Trastorno de Personalidad Esquizoide describe que estos individuos desarrollan creencias fundamentales de sí mismos como “soy solitario”, “soy extraño e inadecuado”, “no soy normal”, “no valgo la pena”, “las relaciones estrechas son indeseables porque interfieren en mi libertad de acción”. Creencias referentes al mundo exterior y otras personas como: “las personas son crueles”, “no agrado a otros”, “el mundo es hostil”. Creencias intermedias como: “si trato de acercarme a otros, podrán notar que soy diferente y se burlarán de mí”, “si hablo con otros notaran que soy extraño y me rechazarán”, “si las personas no encajan, no son aceptadas y no tienen amigos” o, para compensar sus sentimientos y creencias pueden desarrollar

pensamientos como “las personas deberían hablar solo si tienen algo que decir”, “mantén las distancias”, “no te comprometas”, “no te acerques demasiado” (Beck & Freeman, 1990; Beck et al., 2004).

Estas creencias se establecen a temprana edad, con experiencias de rechazo por parte de los pares y burlas escolares. Asimismo, en el ambiente familiar, pudo haber sido percibido y tratado diferente o comparado con otros (American Psychiatric Association, 2000; Beck et al., 2004). Debido a esto se formó una autopercepción negativa de ser diferente al resto, la percepción de otros individuos como poco amables y desconfiables y la interacción social se aprecia como difícil y dañina (Beck et al. 2004). Adicionalmente, no se identifican por demostrar sus sentimientos de manera verbal o por expresiones físicas, lo que lleva a que sean vistos como fríos o emocionalmente

Tema 7: Conceptualización del caso.

Mediante la teoría anteriormente expuesta se realizó la conceptualización del caso de estudio. El ambiente familiar de María ha sido determinante para su vida; desde pequeña ha experimentado conflictos intrafamiliares que han generado creencias centrales importantes para la evolución de su diagnóstico actual.

Como se mencionó previamente, los esquemas mentales son estructuras generalmente rígidas que se conformaron en la infancia y determinan el funcionamiento cognitivo de la persona a lo largo de su vida. Se nombró, igualmente, a los Esquemas Maladaptativos Tempranos (EMT) desarrollados por Young (1999), refiriéndose a las creencias extremadamente estables, duraderas y significativamente disfuncionales a las cuales se les atribuye el origen de problemáticas psicológicas en los individuos. En el caso de María se formularon Esquemas Maladaptativos Tempranos que generan desconfianza

en sí misma y el mundo que la rodea, aislamiento social, pensamientos de inadecuación, ineficacia y culpa.

Los diagramas a continuación resumen brevemente los esquemas cognitivos de la paciente en tres aspectos: no ser adecuada, ser ineficaz y desconfianza en el mundo. La estructura de estos esquemas fue tomada de los diagramas de conceptualización cognitiva de Judith Beck (1995).

Fig. 1: Esquema de conceptualización cognitiva 1.

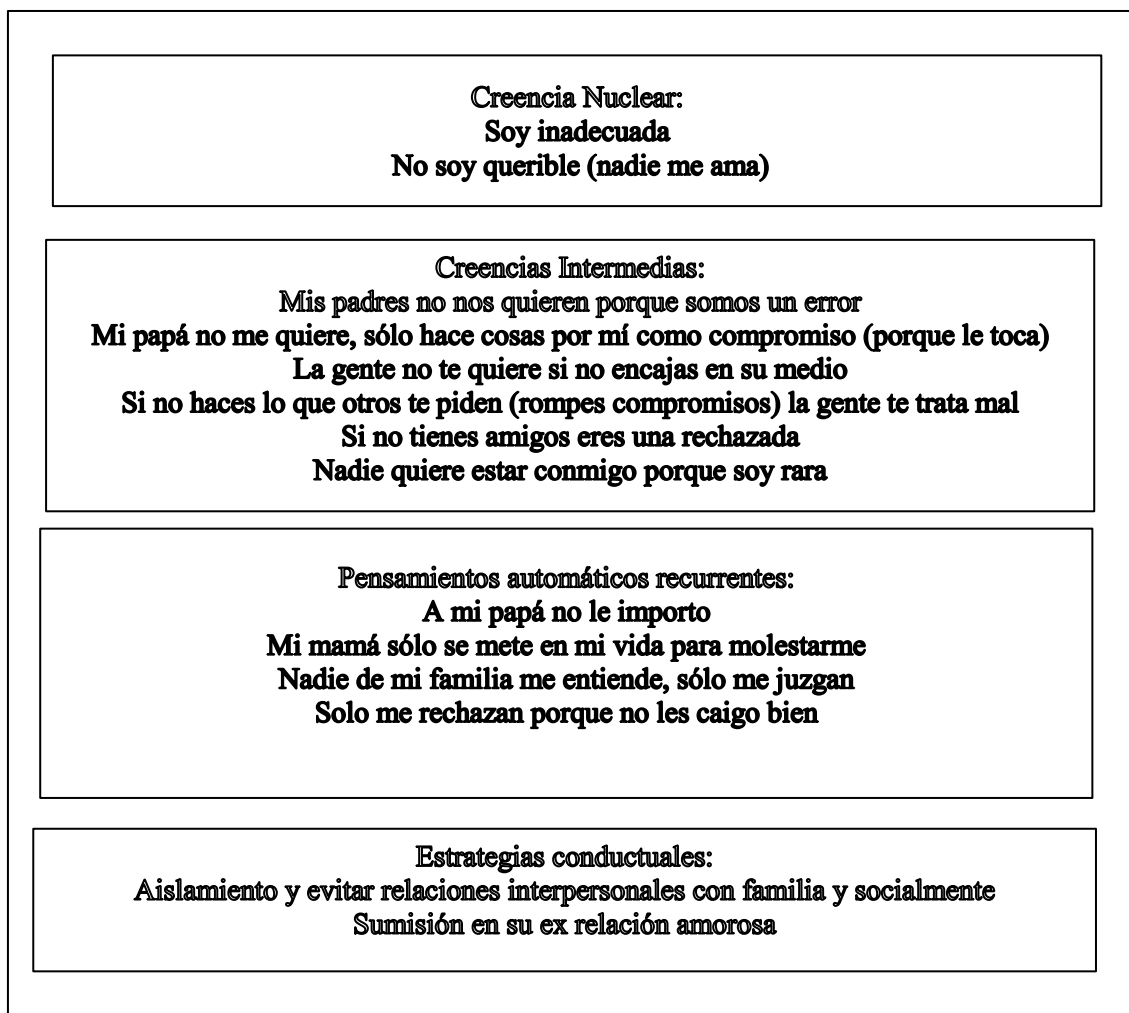
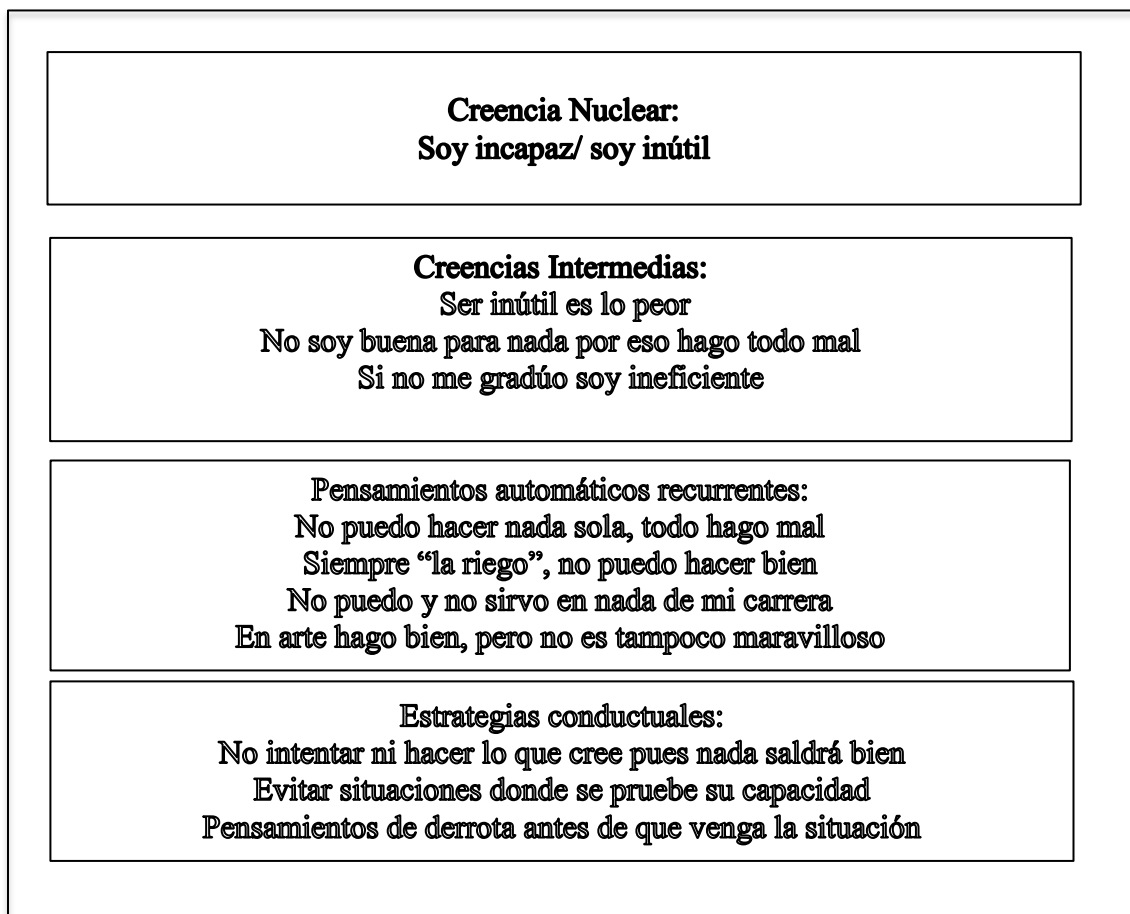
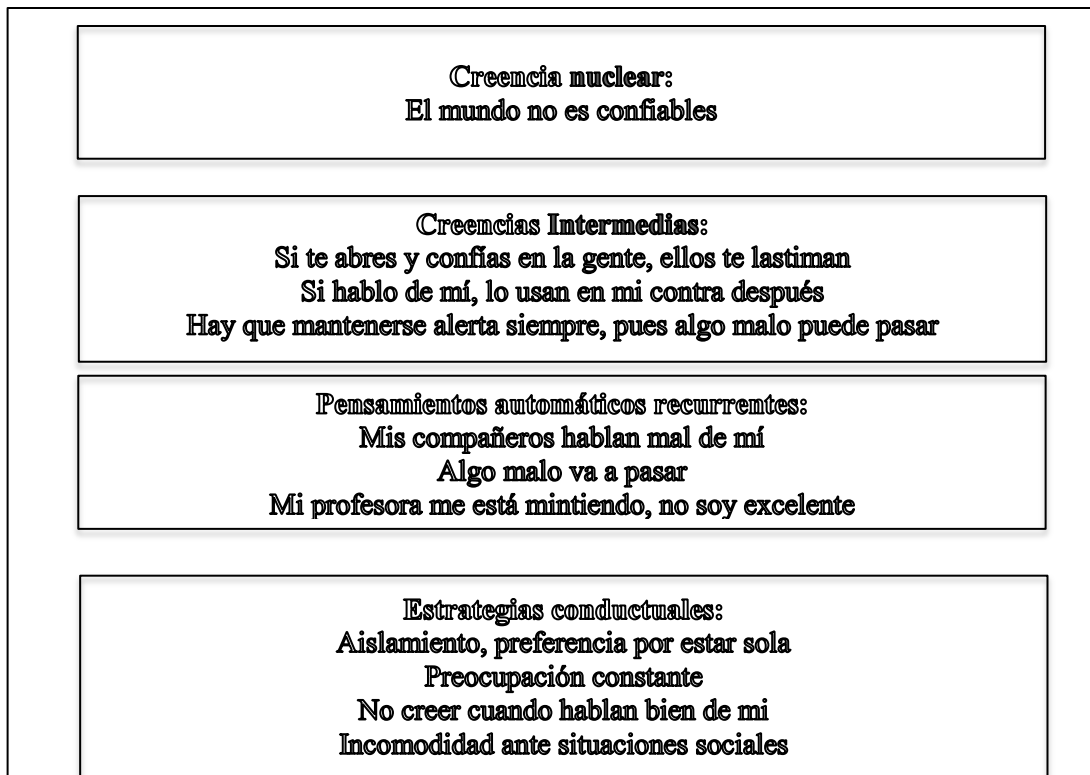


Fig. 2: Esquema de conceptualización cognitiva 2.



Los diagramas 1 y 2 muestran creencias sobre ser querible y el logro. En ambos casos se puede ver que la paciente ha generado ideas que giran entorno a no ser adecuada para su medio, así como de ser una persona no apta e incapaz de alcanzar metas. Esta información, basándose en lo dicho por Keegman (2008), muestra la conceptualización cognitiva para el Desorden de Estado de Ánimo Depresivo.

Fig. 3: esquema de conceptualización cognitiva 3



El diagrama 3. muestra la conceptualización cognitiva de la paciente referente a la desconfianza y la preocupación que siente frente al mundo exterior. Como se indicó previamente, el Trastorno de Ansiedad se caracteriza por creencias maladaptativas referentes a amenazas física o psicológica, además de sentimientos de vulnerabilidad al daño (Agudelo et al., 2009). Por lo tanto, este esquema cognitivo indica la estructura de la sintomatología ansiosa que presenta María.

Por otra parte, la conceptualización del diagrama 3. muestra un esquema que representa incomodidad social importante y preferencia por evitar interrelaciones. Esto también señala creencias y pensamientos referentes al Trastorno de Personalidad Esquizoide. En especial, a diferencia de otros pensamientos, creencias centrales e intermedias, se observó en terapia que estos pensamientos de desconfianza en el mundo

perduraron aproximadamente a lo largo del tratamiento, dándoles la cualidad de inflexibles y rígidos.

Mediante las evaluaciones iniciales y la conceptualización del caso, se puede observar la presencia de rasgos, creencias y comportamientos, que además de relacionarse con el Trastorno de Ansiedad Generalizada y Episodio Depresivo Mayor, muestran pautas para el Trastorno de Personalidad Esquizoide. Principalmente, la paciente reportó la preferencia por el aislamiento y actividades solitarias desde su inicio en la universidad, es decir hace aproximadamente cuatro años; adicionalmente, sentimientos de ansiedad al tener que interactuar con otros o socializar

Presenta creencias nucleares referentes a sí misma que indican una autopercepción negativa como “soy extraña e inadecuado”, “no soy normal”, “no valgo la pena”. Igualmente presenta creencias profundas de desconfianza y sospecha hacia otras personas, generalmente expresados como “las personas siempre tienen segundas intenciones”, “no agrado a otros”, “los otros no son confiables”. En cuanto a sus pensamientos, tienden a ser vagos y saltarse de un tema a otro.

Su expresión emocional suele ser restringida, mostrando especialmente distanciamiento emocional de los relatos que expresa sobre su infancia, el abuso físico, la relación distante intrafamiliar o los comportamientos de su ex pareja amorosa. Le cuesta expresar ira a pesar de relatar experiencias donde hubo provocación de parte de otros. En cuanto a sus metas, se muestra desorganizada, con mal manejo de su tiempo y deseos de abandono hacia alcanzar metas.

Sin embargo, la paciente también presenta comportamientos que no concuerdan con los criterios diagnósticos del Trastorno de Personalidad Esquizoide. Reporta sensibilidad a la crítica de otros, en especial a la de su hermana menor. Se preocupa por los “chismes” e

historias que otros pudiera decir de ella al percibir su comportamiento extraño en ambientes sociales. Por otro lado, el desarrollo del diagnóstico indica comportamientos de aislamiento, relaciones con los pares y bajo rendimiento escolar desde la niñez o adolescencia, lo cual no concuerda con el historial de la paciente.

Una consideración importante dentro de la presente conceptualización es entender qué hizo que estos esquemas mentales de ansiedad y depresión se activen para desarrollar la necesidad de acudir a terapia en el momento que lo hizo. Teniendo en cuenta que anteriormente la paciente mantenía un estado de desconfianza pervasivo hacia las interrelaciones tanto familiares como sociales, en especial en el entorno universitario. Pero, como se indicó previamente, los pacientes de trastornos de personalidad no acuden a terapia por estos trastornos, sino por el desarrollo de otros desórdenes clínicos comórbidos en el Eje I.

Un mes y medio antes de acudir a terapia, su enamorado había terminado la relación de 3 años aproximadamente, lo que había dejado a María sintiéndose confundida por no saber qué hizo que él tomara esa decisión, con sentimientos de soledad y desamparo y una fuerte negación acompañada de comportamientos por recuperar a la relación. Simultáneamente, se encontraba finalizando las materias de estudio en la universidad con bastante dificultad e importantes posibilidades de no alcanzar el puntaje necesario para pasar. Ambos eventos activaron creencias de fracaso tanto interpersonal como profesional, generando conflictos a nivel cognitivo (recurrentes ideas autorreferenciales negativas), emocional (sentimientos de soledad y profunda tristeza) y conductual (comportamiento sumiso). Así, la paciente acudió a terapia en estado de crisis y profunda tristeza con ideas persistentes de muerte como solución a los problemas.

Formación de los esquemas cognitivos.

Las creencias de preocupación y desconfianza comenzaron a temprana edad dentro del ambiente familiar. María comenta que nunca ha tenido una relación cercana con sus padres o sus hermanos; ha vivenciado peleas recurrentes y agresión física entre sus padres, no ha tenido una relación fraternal con su hermano menor y es víctima de constantes críticas de parte de su hermana y sus padres. Por otro lado, María mira a su madre como una mujer en la cual no se puede confiar, ya que considera que sólo busca saber de su vida para fastidiarla. Ya ha sucedido varias veces que se ha metido de manera invasiva en sus relaciones, tanto amorosas como de amistad. Igualmente, estas creencias hacia la madre afirman su desconfianza y su deseo de aislamiento, ya que María asevera que nunca ha podido tener una conversación seria, afectiva o de apoyo con ella.

Cuando María era pequeña, ella y sus hermanos vivieron abuso físico varias veces y por diferentes motivos. Comenta que a veces no entendían el por qué, pero su madre los mantenía alerta y les advertía de no decir nada ni hablar con su padre para evitar que los golpee. Debido a esto, María considera que su madre la incentivó a sentir miedo hacia su padre, pero en general, esta situación la llevó a desconfiar de la gente y sus intenciones. Igualmente el padre ha generado inestabilidad en María, no únicamente debido al miedo de ser agredida, sino a la existencia de otra pareja amorosa con la cual, la paciente reporta, pasa la mayor parte del tiempo y, a ella y sus hijos, les brinda mayor atención y cariño que a la familia de María. De esto, se generaron sus creencias de no ser querible ni adecuada para merecerse el cariño de su padre.

En cuanto a las interrelaciones sociales, María siente que no encaja en el medio social a partir del ingreso a la universidad. Antes de eso reporta haber sido muy sociable y cómoda al momento de relacionarse con otros. Tenía un grupo de amigas en el colegio, pero a las cuales dejó de ver poco a poco al graduarse, asegura no entender en por qué.

Actualmente, María siente que no puede relacionarse adecuadamente y, especialmente, siente que la gente en la universidad no es confiable. Reveló que esta creencia nació del consejo que le dio su madre el día que se inscribió en su carrera universitaria. La recomendación de la madre fue más una advertencia sobre la gente en la universidad, diciendo que debía tener cuidado ya no es como el colegio y que a los estudiantes no les importa nadie, ni hacer amigos, todo no es más que una competencia. Desde entonces, se activaron creencias de desconfianza profundas y María mira a las personas que la rodean como gente que puede aprovecharse de ella, herirla, usarla y abusar de su confianza. Igualmente, considera, basándose en las pocas veces que ha salido a comer o a tomar algo con sus compañeros, que no puede contar nada a nadie pues más tarde será la noticia y “el chisme” de otros. Adicionalmente, María explica que prefiere quedarse en casa, antes de salir a reuniones o fiestas ya que no se siente cómoda en las mismas e incluso le generan ansiedad.

Referente a las relaciones amorosas, la paciente cuenta que ha tenido enamoramientos previamente; sin embargo, su ex pareja, Mario, ha sido su única pareja en el ambiente universitario y antes de tener una relación fue su único amigo y compañía en todo momento. Esto limitó la socialización de la paciente y la localizó en una “zona social segura” durante tres años y medio. Al convertirse Mario en su único mundo social, María dependía de él no sólo emocionalmente sino para dirigirse en el mundo de manera resguardada. Al terminar la relación esta “zona segura” desapareció instaurando pensamientos de ineficacia, inadecuación, soledad y creciente desesperación por recuperar la relación. Sin embargo él la rechazaba siendo hiriente y, en ocasiones, ofendiendo la dignidad de María. Esto disminuía el autoestima de la paciente y aumentaba el estado de ánimo deprimido y la ansiedad. Por otro lado, comenta que su relación era cercana, ya que

pasaban juntos la mayor parte del día, sin embargo no era necesariamente afectiva, con muestras de cariño o intimidad constante. Reporta que Mario no era una persona expresiva o cariñosa.

METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El principal objetivo de este trabajo es poder determinar cómo la aplicación de Terapia Cognitiva Conductual influye en la reducción de malestar psicológico. Con el objetivo de indagar detalladamente y confirmar o descartar lo dicho en estudios examinados en la revisión de literatura sobre la validez de la Terapia Cognitiva Conductual, se optó por la herramienta cualitativa de estudio de caso. El estudio analizará el proceso terapéutico de una paciente que presenta la síntomas de nerviosismo y ansiedad, disturbios en el sueño, pérdida de interés y placer en distintas actividades, aislamiento social, estado de ánimo depresivo, entre otros. Para alcanzar este fin, en el presente estudio de caso se realizará una comparación entre los datos obtenidos antes de la intervención terapéutica con aquellos obtenidos una vez terminado el proceso.

Justificación de la metodología seleccionada

El método de investigación por estudio de caso es ampliamente utilizado en las ciencias sociales y educativas (Yacuzzi, 2005). Esto se debe especialmente a que este método, desde el diseño hasta la presentación de resultados, muestra una relación estrecha con la formulación y validación de teorías. Una teoría, de acuerdo con Yacuzzi (2005), es la respuesta a un “cómo” o un “porqué” de un fenómeno que se intenta explicar mediante un conjunto de ideas referentes.

Se escogió el método cualitativo de estudio de caso debido a que esta herramienta permite ahondar en detalles específicos para el análisis de teorías. Por consiguiente, para esta investigación en la cual se detalla información sobre el diagnóstico, la situación en la que se desarrolló el trastorno y las estrategias utilizadas para el curso de la intervención terapéutica, el método elegido es el apropiado. La ventaja del estudio de caso es que,

gracias a su método de investigación, permite demostrar la efectividad de la Terapia Cognitiva Conductual, con el fin de aportar nueva o mayor información a la sociedad.

Herramientas de investigación utilizadas

Al ser esta una investigación de estudio de caso, se utilizaron herramientas de exploración psicológica que permitieron evaluar el estado anímico y mental de la paciente. Éstas fueron administradas antes y después del proceso terapéutico. Con este propósito, se evaluó la sintomatología a través de dos pruebas psicológicas:

SCL-90.

El Inventario de Síntomas 90 (SCL-90), es un instrumento sicométrico de auto-reporte que contiene 90 ítems en una escala tipo Likert. Su valoración va desde 0 (nada cierto) hasta 4 (demasiado). La prueba es de corta aplicación con un tiempo estimado de 15 minutos. El sujeto responde los ítems de acuerdo a cómo se ha sentido durante los últimos siete días, incluyendo el día de la evaluación. Puede ser aplicada a sujetos de entre 13 a 65 años de edad; con excepción de personas con retardo mental, trastornos delirantes o psicóticos (Casullo & Pérez, 2008; González-Santos, Mercadillo, Graff, & Barrios, 2007).

Esta prueba fue desarrollada por Leonard Derogatis en 1973 para detectar y valorar la sicopatología, mediante patrones de síntomas referidos por los sujetos (Barrios et al., 2007). La interpretación de los síntomas se realiza considerando nueve dimensiones primarias y tres índices globales de malestar psicológico (Casullo & Pérez, 2008). Las variables medidas son las siguientes: Somatizaciones (SOM), Obsesiones y compulsiones (OBS), Sensibilidad interpersonal (SI), Depresión (DEP), Ansiedad (ANS), Hostilidad (HOS), Ansiedad fóbica (FOB), Ideación paranoide (PAR), Psicoticismo (PSIC), Índice

global de severidad (IGS), Total de síntomas positivos (TSP) y Índice Malestar Sintomático Positivo (IMSP).

La consistencia interna del inventario es buena (0.8) y ha demostrado tener validez de constructo aceptable, así como confiabilidad estadística ($r > 0.5$). Debido a esto, se considera que esta escala reúne las características sicométricas necesarias para ser una herramienta efectiva para investigación y apoyo en evaluación clínica (Cruz, López, Blas, González, & Chávez, 2005; Muñoz, de Santillana, de la Luz Cárdenas, Fócil, & Cavazos, 2005).

El SCL-90 ha sido traducido a varios idiomas entre ellos el español. Se ha estandarizado en poblaciones de España, Argentina y México. Debido a que no existe una estandarización para la población ecuatoriana, en este estudio se utilizará la adaptación de Buenos Aires desarrollada por María Martina Casullo y Marcelo Pérez en 1999 y actualizada en el 2008 (González-Santos et al., 2007; Casullo & Pérez, 2008). Se adjuntó una copia vacía de esta prueba sicométrica en Anexos A.

MMPI-2.

El Inventario Multifacético de la Personalidad de Minesota 2 (MMPI-2 por sus cifras en inglés) es una de las pruebas más utilizadas para evaluar el comportamiento (Greene, 2000). El MMPI fue creado originalmente por Hathaway y McKinley en 1940 con el objetivo de evaluar psicopatologías. Posteriormente, en 1989, Butcher, Grant Dahlstrom, Graham, Tellegen y Kaemmercon realizaron una actualización que dio lugar al MMPI-2 con 567 proposiciones a las cuales el sujeto debe responder verdadero, falso o “no puedo decir” (Greene, 2000). A diferencia del MMPI, que podía ser aplicado sin importar la edad del evaluado, el MMPI-2 se dirige a personas de 18 años en adelante, mientras que los adolescentes deben ser evaluados con el MMPI-A (Greene, 2000).

El MMPI-2 cuenta con 10 escalas de validez, 10 clínicas, 15 de contenido, 15 suplementarias y 31 subescalas. Este instrumento sicométrico cuenta con más de 50 años de investigación, por lo cual aporta vasta información sobre la estructura de la personalidad y posibles trastornos (Greene, 2000). Su nivel de confiabilidad es alto en test-re test ($r > 0.70$), al igual que su consistencia interna (0.70), la cual se ha observado que es mayor para las escalas de Contenido y Suplementarias (Wise, Streiner, & Walfish, 2010). Debido a derechos de autor no se adjuntó una copia vacía de esta prueba en Anexos A.

Descripción del participante

Breve descripción del estado mental.

María demuestra capacidades intelectuales dentro de lo normal; a pesar de no basarse en una evaluación formal de Coeficiente Intelectual, informa no haber tenido o presentar dificultades de tipo intelectual o problemas de aprendizaje. Inclusive, comenta que su rendimiento académico durante el colegio era muy bueno. Dice ser independiente en cuanto a actividades de autocuidado como el aseo, vestimenta y alimentación.

Durante la sesión, María es consciente del lugar, fecha y situación en la que se encuentra, no presenta delirios o alucinaciones y su manejo de lenguaje es coherente y comprensible. Sin embargo, en un inicio la paciente reportó dificultades para memorizar, prestar atención y concentrarse, lo cual se pudo observar en sesión. Igualmente se encuentra agitada e hiperverbal, con flujo de pensamiento que, consecuentemente, le impide mantener el hilo de sus relatos. Reporta ideación suicida, expresada como pensamientos ocasionales sobre morir; sin embargo no ha elaborado un plan ni han existido intentos de suicidio. Se observa falta de introspección, evidenciado por falta de reflexión acerca de sus sentimientos, pensamientos y actos, además de embotamiento

afectivo y dificultad para reconocer sus propias emociones. Por otro lado, en cuanto a las características positivas, se observa puntualidad, motivación por resolver sus problemáticas y cooperación desde la primera sesión de terapia.

Diagnóstico y evaluación funcional.

La evaluación inicial aplicada a la paciente determinó el siguiente diagnóstico según los criterios del DSM- IV-TR.

Eje I: Episodio Depresión Mayor Severo 296.23, Ansiedad Generalizada 300.02

Eje II: Trastorno de Personalidad Esquizoide 301.20 (Descartar)

Eje III: V799.09 (No reporta condiciones médicas generales)

Eje IV: Problemas relacionados al grupo primario de apoyo, problemas relativos al ambiente social, problemas relativos a la enseñanza.

EJE V: *GAF inicial:* 45 (Disfuncionalidad en varias áreas como trabajo, escuela, relaciones familiares, cognición y estado de ánimo).

GAF actual: 70 (dificultades leves en funcionamiento social. Ha formado algunas relaciones interpersonales importantes).

Criterios Diagnóstico según el DSM-IV-TR.

Los criterios utilizados para llegar al diagnóstico previamente descrito se llevaron a cabo siguiendo los parámetros del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales versión IV Revisada (DSM-IV-TR). A continuación se citan los concernientes al caso de estudio:

Trastorno de Ansiedad Generalizada.

A. Ansiedad y preocupación excesiva (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar) que se presenta al menos 6 meses.

B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido por 6 meses).

1. Inquietud o impaciencia.
2. Sensación de cansancio o fatiga.
3. Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco.
4. Irritabilidad.
5. Tensión muscular.

6. Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador).

D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), temor a estar en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.

E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen

exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo (American Psychiatry Association, 2000).

Episodio Depresivo Mayor.

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio con respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser 1) estado de ánimo depresivo o 2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: no se incluyen los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día, según lo indica el propio sujeto (p. Ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. Ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
2. Disminución del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi todos los días (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. Ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: en niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor (observable por los demás, no simplemente sensaciones de inquietud o lentitud)
6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no auto-reproches simples o culpa de estar enfermos).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).

9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio.

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

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

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. Ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

NOTA: Para el diagnóstico de este trastorno se debe especificar si es leve, moderado, severo o grave con características psicóticas, en remisión parcial o remisión completa.

- *Leve:* Cumple con cinco o seis de los criterios de diagnóstico. Los síntomas provocan deterioro menor en desempeño laboral, actividades sociales habituales o relaciones con los demás.

- *Moderado:* Síntomas o deterioro funcional entre “leve” y “grave”.

- *Severo:* Cumple con la mayor parte de los criterios para diagnóstico. Estos síntomas interfieren notoriamente con el desempeño laboral, las actividades sociales habituales o las relaciones con los demás.

- Grave con características psicóticas: Ideas delirantes o alucinaciones. Si es posible, especificar si las características psicóticas son congruentes o incongruentes con el estado de ánimo.

a) Características psicóticas congruentes con el estado de ánimo: Ideas delirantes o alucinaciones cuyo contenido es completamente compatible con los temas depresivos habituales de inadecuación personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo merecido.

b) Características psicóticas incongruentes con el estado de ánimo: Ideas delirantes o alucinaciones cuyo contenido no corresponde a los temas depresivos habituales de inadecuación personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo merecido. Se incluyen síntomas, como ideas delirantes de persecución (no directamente relacionados con temas depresivos), inserción del pensamiento, transmisión del pensamiento e ideas delirantes de control.

- En remisión parcial: Existen síntomas de un episodio depresivo mayor, pero no se cumplen los criterios completos, o un período sin ningún síntoma significativo de episodio depresivo mayor que dura menos de 2 meses tras el final del episodio depresivo mayor.

- En remisión completa: Durante los últimos 2 meses, no hubo signos ni síntomas significativos de la alteración (American Psychiatric Association, 2000).

Trastorno de Personalidad Esquizoide.

A. Un patrón general de distanciamiento de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional en el plano interpersonal, que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes puntos:

1. Ni desea ni disfruta de las relaciones personales, incluido el formar parte de una familia.

2. Escoge casi siempre actividades solitarias.
3. Tiene escaso o ningún interés en tener experiencias sexuales con otra persona.
4. Disfruta con pocas o ninguna actividad.
5. No tiene amigos íntimos o personas de confianza, aparte de los familiares de primer grado.
6. Se muestra indiferente a los halagos o las críticas de los demás.
7. Muestra frialdad emocional, distanciamiento o aplanamiento de la afectividad.

B. Estas características no aparecen exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos u otro trastorno psicótico y no son debidas a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica (American Psychiatry Association, 2000).

Como se observó en las pruebas aplicadas previo al tratamiento psicológico, la paciente plasmó sintomatología de Ansiedad Generalizada y Episodio Depresivo Mayor. Según los criterios del DSM IV-TR cumplió con seis de los seis criterios requeridos para el diagnóstico de Ansiedad Generalizada: inquietud, fatiga, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión y dolor muscular y dificultades para conciliar y mantener el sueño. Estos síntomas han provocando malestar clínicamente significativo, deterioro social y académico. Igualmente, en el caso del Episodio Depresivo Mayor, se encontró que alcanzó una intensidad severa al cumplir ocho de los nueve criterios del DSM-IV-TR, con discapacidad que afecta la mayor parte de su funcionalidad, principalmente en el área académica con bajas calificaciones y absentismo. Los síntomas que presenta son: estado de ánimo depresivo la mayor parte del tiempo, disminución de interés y placer en actividades, insomnio, agitación psicomotriz, fatiga y pérdida de energía, sentimientos de inutilidad y

culpa, dificultades para concentrarse y mantener la atención y pensamientos ocasionales sobre la muerte.

Para el diagnóstico de Personalidad Esquizoide la paciente cumple con seis de los siete criterios diagnósticos del DSM-IV-TR, de los cuales se necesitan cuatro o más para cumplir con el mismo. Los síntomas se presentan de manera pervasiva y son: no muestra interés ni disfruta de relaciones interpersonales cercanas, casi siempre prefiere actividades solitarias, bajo interés sexual, muestra placer en pocas actividades, no tiene amigos íntimos o confidentes, presenta distanciamiento emocional. Por otro lado, es de gran importancia considerar que debido a que se un diagnóstico de trastorno de personalidad, aumenta la probabilidad del desarrollo de trastornos en el Eje I, en este caso se determinó el Episodio Depresivo Mayor y Trastorno de Ansiedad Generalizada, por lo que pueden existir complicaciones para el curso y tratamiento de los mismos.

Estructura del tratamiento

Metas a corto plazo.

1. Introducir a la paciente en la Terapia Cognitiva Conductual
2. Enseñar y aplicar el modelo cognitivo a su vida para que, mediante la identificación, evaluación y reformación de pensamientos y creencias disfuncionales, vaya adquiriendo habilidades de autocontrol y reestructuración de las mismas.
3. Modificar pensamientos automáticos disfuncionales e identificar las creencias intermedias y centrales de donde nacen estos pensamientos, mediante el uso del Registro de Pensamientos Disfuncionales y/o la búsqueda de evidencia a favor o en contra de los mismos.

4. Educar a la paciente sobre su diagnóstico, mediante el uso de biblio-terapia y la relación terapéutica (se hablará de la técnica del pastel más adelante).
5. Exploración y sico-educación emocional, que permita reconocer, verbalizar y manejar sus estados afectivos.
6. Trabajar en creencias que generan dependencia para lograr mayor autonomía.
7. Mediante la reestructuración de pensamientos y creencias, disminuir los sentimientos de desesperanza y tristeza.
8. Enseñar y desarrollar técnicas de relajación y respiración para manejar su ansiedad, dentro y fuera de terapia, con el objetivo de reducir disfuncionalidad. Por ejemplo, el uso de la técnica de respiración profunda y controlada.
9. Crear herramientas de organización académica y personal, para centrarse en metas cortas y alcanzar objetivos. A través de la técnica del pastel y el monitoreo de estados de ánimo (se hablará de estas técnicas más adelante).

Metas a largo plazo.

El objetivo general a largo plazo es fortalecer el uso de herramientas básicas cognitivas para monitorear y modificar pensamientos automáticos negativos durante la vida de la paciente; es decir convertirse en su propia terapeuta cognitiva.

a. Trastorno de Ansiedad Generalizada.

1. Crear estrategias cognitivas para hacer uso de su ansiedad positiva (motivante) y no dejar que se transforme en negativa y disfuncional.
2. Mediante el entrenamiento conductual y la exposición gradual, enfrentar temores y ganar mayor autoconfianza.
3. Reestructurar sus creencias centrales de desconfianza en el mundo y en las otras personas hacia creencias más adaptativas y funcionales.

b. Episodio depresivo Mayor.

1. Aprender a manejar dinámicas disfuncionales en hogar y desarrollar respuestas alternativas de manera que no la afecten emocionalmente.
2. Reestructurar sus creencias centrales de inadecuación, incapacidad de logro e incapacidad de ser amada hacia creencias más adaptativas y funcionales sobre sí misma.
3. Aumentar autoestima, autoeficacia y autonomía. Por medio de la relación terapéutica cooperativa y la participación activa de la paciente en el proceso terapéutico.

c. Trastorno de Personalidad Esquizoide.

1. Desarrollar técnicas de asertividad interpersonal que pueda usar para relacionarse de manera efectiva y socializar.
2. Lograr mayor introspección, expresión y manejo emocional asertivo. En especial manejo de la ira.
3. Generar flexibilidad en creencias pervasivas de desconfianza hacia otros y hacia interrelacionarse.

Aspectos Éticos y legales.

Previo al inicio de un proceso terapéutico, es el deber ético y moral del terapeuta estar consiente de las consideraciones éticas que solicita la entidad reguladora de psicología y psiquiatría, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA).

Antes de examinar los códigos de ética que expone la regulación de APA para la sesiones terapéuticas, es importante que el psicólogo conozca los principios generales del código de conducta. Estos tienen por única intención el ser guías del comportamiento e

inspirar a los psicólogos a seguir siempre los caminos éticos en su profesión (Fisher, 2012); los cinco principios son:

Principio A: Beneficencia y no maleficencia.

Principio B: Fidelidad y responsabilidad.

Principio C: Integridad.

Principio D: Justicia.

Principio E: Respeto por los derechos y la dignidad de las personas (Fisher, 2012).

Acorde a estos principios el terapeuta debe guiar su conducta en todo momento, además de tener en cuenta los códigos de ética que se relacionen con la situación o el trabajo que realice. En el presente caso, se tomaron en cuenta principalmente los códigos relacionados a privacidad y confidencialidad, los concernientes a terapia y a la emisión de diagnósticos, tomados del libro *Decoding the Ethics Code* de Celia Fisher (2012).

Privacidad y confidencialidad.

Dentro de la confidencialidad terapeuta-paciente, se consideran varios códigos relacionados a la protección de la privacidad del paciente y de la información que se de en terapia. Antes de iniciar la terapia, se informa y se explica que la información tratada dentro de la relación terapeuta-paciente será totalmente confidencial (4.01 Mantenimiento de la confidencialidad); siempre y cuando no incumpla los límites establecidos por la Asociación Americana de Psiquiatría donde es el deber del terapeuta romper la confidencialidad: 1) la persona esté en peligro, 2) el terapeuta y otro individuo estén en peligro, 3) asuntos legales que soliciten la revelación de datos (4.02 Discusión de los límites de la confidencialidad; 4.05 Revelación de información). Finalmente, en el caso de las consultas psicológicas gratuitas de la Universidad San Francisco, por motivos

académicos y de docencia, se realizan supervisiones con profesores encargados del Departamento de Psicología, con quienes se consulta y se discute información del proceso terapéutico y del paciente (4.07 Uso de información confidencial para docencia u otros fines). Sin embargo, esto es informado y explicado al paciente al comenzar las terapias, ya que éstas son dadas por estudiantes de quinto año de psicología.

Terapia.

Para el inicio de cualquier proceso que realicen los psicólogos es necesario obtener el consentimiento informado relacionado a la actividad que se efectuará; en el presente caso, para Terapia Cognitiva Conductual (3.10 Consentimiento informado; 10.01 Consentimiento informado para la terapia). Especialmente, siendo esta terapia dirigida por estudiantes en formación, el consentimiento informado da a conocer esta situación e informa los datos de los profesionales supervisores (10.01-c Consentimiento informado para la terapia).

Por otro lado, para la presente investigación se realizó, conjuntamente con el Comité de Bioética de la Universidad San Francisco de Quito, un consentimiento informado adecuado para orientar al participante sobre el propósito del estudio, su derecho de rehusarse a participar, beneficios y riesgos así como contactos para recibir mayor información del mismo. Este consentimiento informado se realizó cumpliendo con las normas de investigación en la Universidad San Francisco de Quito así como siguiendo el código de ética 8.02 Consentimiento informado para la investigación.

Para dar por finalizado el proceso terapéutico con María, se tomó en cuenta el principio de beneficencia y no maleficencia al igual que el código ético 10.10-a Finalización de la terapia. Al evidenciar que la paciente no necesitaba más sesiones terapéuticas, se realizó las evaluaciones respectivas y se consultó a la paciente si estaba de

acuerdo con finalizar las terapias. Una vez obtenidos los resultados de las pruebas post terapia y la aprobación de la paciente se dio por terminado el proceso.

Consideraciones éticas para hacer y dar un diagnóstico.

Realizar y dar un diagnóstico necesita de la entera responsabilidad y ética del terapeuta, ya que éste puede significar daños a la paciente, debido a errores en la evaluación que dan lugar a un diagnóstico errado o a la mala interpretación del mismo. Tomando en cuenta que los psicólogos deben regirse y guiar su conducta siempre de acuerdo a los principios generales del código de ética (Fisher, 2012), los procesos de evaluación, identificación y comunicación de un diagnóstico no son la excepción. Es decir, el terapeuta debe actuar con responsabilidad hacia el proceso de evaluación, abogar por la beneficencia y no maleficencia del paciente, así como, mostrar respeto por los derechos y la dignidad de la persona.

Los códigos de ética profesional de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) que dirigen el comportamiento de los terapeutas frente a la evaluación y presentación de resultados son 9.0 Estándares para Evaluación. Estos se basan en la importancia de realizar evaluaciones adecuadas para el paciente, analizar los datos con responsabilidad y presentarlos protegiendo la privacidad y confidencialidad del sujeto.

En primer lugar, dado que la terapeuta se encuentra en entrenamiento, el proceso de evaluación de María se realizó con la supervisión del profesor de Evaluación y Diagnóstico de la Personalidad, Esteban Utreras Ph.D. (9.07 Evaluación psicológica realizada por personas no calificadas). Antes de proceder con la evaluación, siguiendo el código de ética 9.03 Consentimiento informado en evaluaciones, se informó a la paciente sobre:

- a) Los motivos y la finalidad de la evaluación.

- b) Información concerniente a la utilidad, validez y confiabilidad de las pruebas que fueron aplicadas.
- c) En cuanto a la interpretación de los resultados obtenidos, se explicó la participación para el análisis del supervisor del caso, además de la confidencialidad con la que se tratará los datos.

Por otro lado, como indica el deber ético de todo terapeuta se debe utilizar únicamente instrumentos sicométricos adecuados para el paciente (por ejemplo: de acuerdo a la edad, motivo de consulta, cultura e idioma) y que provean la información necesaria para el diagnóstico (9.05 Construcción del test). Igualmente, antes de aplicar cualquier instrumento sicométrico, el terapeuta debe estar consciente de revisiones o actualizaciones de los test que va a utilizar (9.08 Uso de test obsoletos), de manera que ofrezca información más confiable. Siguiendo estos códigos éticos, se administró a María el SCL-90 y el MMPI-2, ya que ambos test se ajustan a las características de la paciente, dan información necesaria para el diagnóstico y su confiabilidad y validez es adecuada.

Finalmente, una vez obtenidos los datos de las evaluaciones aplicadas, se realizó la entrega del informe de resultados. Es importante tener en cuenta que los pacientes tienen el derecho de conocer los datos obtenidos de las evaluaciones y, por lo tanto, es el deber de los psicólogos entregarlos, ofreciendo las explicaciones necesarias para evitar confusión o mala interpretación (9.10 Explicar los resultados de la evaluación). Debido a que el diagnóstico de la paciente indicó la existencia de dos trastornos en el Eje I: Episodio Depresivo Mayor y Trastorno de Ansiedad Generalizada y uno en el Eje II: Trastorno de Personalidad Esquizoide, se manejó la información con cautela, teniendo en cuenta el principio de beneficencia y no maleficencia. Se explicaron cada uno de los trastornos mediante el uso de lenguaje no técnico y asequible a la paciente, además se recurrió a

ejemplos que la paciente haya reportado en consulta para favorecer un mayor entendimiento. Al final se dio tiempo para responder a las preguntas o dudas de la paciente.

Transferencia y contratransferencia: relación terapéutica.

Los conceptos de transferencia y contratransferencia fueron desarrollados a partir de la teoría del psicoanálisis y los paradigmas psicodinámicos; sin embargo, en la actualidad, estas nociones se aplican en distintas corrientes psicológicas. Para los terapeutas cognitivos conductuales, ambas concepciones son de gran importancia debido a la creciente investigación sobre la trascendencia de la relación terapéutica (Cartwright, 2011). Se conoce que la formación de una alianza positiva entre terapeuta y paciente influye considerablemente en el proceso terapéutico y en los resultados del mismo (Wright & Davis, 1994; Leahy, 2008; Cartwright, 2011). Específicamente para la Terapia Cognitiva Conductual, la relación terapeuta-paciente permite y favorece la implementación efectiva de técnicas e intervenciones tanto cognitivas como conductuales, siendo así un factor vital para el desarrollo positivo del proceso terapéutico (Cartwright, 2011).

En cuanto a esta relación, la formación de una alianza terapéutica positiva depende de la interacción tanto de factores interpersonales como de la técnica del terapeuta (Wright & Davis, 1994). Debido a esto, el terapeuta debe tener un buen conocimiento y entendimiento de los elementos intervinientes en la interrelación terapéutica (transferencia y contratransferencia) de tal manera que pueda actuar y responder adecuadamente a la contratransferencia y cuidar la alianza terapéutica (Cartwright, 2011).

Por ejemplo, en el caso de María, inicialmente se observó transferencia mediante ocultamiento de información o evasión de ciertos temas que se nombraban en terapia, pues una de sus creencias centrales es que la gente no es confiable. Debido a esto, la terapeuta

debió manejar esta transferencia con mucha paciencia, para así abordar delicadamente temas que producían incomodidad; entendiendo que no era específicamente en la terapeuta en quien no confiaba, sino en el mundo en general.

Con el objetivo de facilitar la comprensión sobre la influencia de la transferencia y contratransferencia en el proceso terapéutico, a continuación se da una breve descripción desde la perspectiva Cognitiva Conductual.

Transferencia.

La transferencia se da en toda interrelación humana y se percibe como la expresión no intencionada de emociones, actitudes, sensaciones y aspiraciones pasadas en vínculos actuales (Cartwright, 2011). Este fenómeno fue en primer lugar definido por el psicoanálisis para denotar el comportamiento de los pacientes, poniendo énfasis en el contenido del inconsciente y su origen en la infancia, los impulsos y las defensas. Según esta corriente teórica, la transferencia comprende la experimentación de sentimientos, impulsos, actitudes, fantasías y defensas hacia una persona en el presente inmediato, pero que no corresponden originalmente a ella, sino a la repetición y desplazamiento de reacciones originadas en la infancia (Cartwright, 2011).

Por otra parte, la perspectiva Cognitiva Conductual explica la transferencia desde la perspectiva de los esquemas mentales, previamente definidos en la revisión de la literatura. Para argumentar este enfoque, Gilbert y Leahy (2007) explican que la transferencia “consiste en todos los procesos personales e interpersonales que ocurren en la relación entre paciente y terapeuta” (p. 229). Es decir, esta relación es el resultado de la interacción de esquemas personales, esquemas interpersonales, procesos intrasíquicos, estrategias de comportamiento y el historial de relaciones pasadas y actuales de la persona. Si se tiene en cuenta que la transferencia no se limita al ambiente terapéutico, ésta refleja la manera

como el paciente se comporta total o generalmente en su vida diaria (Gilbert & Leahy, 2007). Por ejemplo, un paciente con un esquema de desesperanza muestra transferencia en terapia de la siguiente forma: buscará asegurarse del proceso continuamente, llamará entre sesiones al terapeuta, intentará prolongar las sesiones o se mostrará molesto si el terapeuta toma vacaciones. Estos comportamientos visibles en la relación terapéutica, seguramente se repiten en sus interrelaciones sociales (Gilbert & Leahy, 2007).

Por lo tanto, desde el enfoque Cognitivo Conductual la transferencia que surge en terapia es parte crucial del proceso mismo, pues permite la aplicación del modelo cognitivo para la examinación y evaluación de pensamientos, creencias, esquemas mentales y comportamientos del paciente.

Durante el desarrollo del presente caso de estudio, se observó transferencia especialmente al inicio de la terapia. A la paciente le costaba mucho confiar en la terapeuta por lo cual evitaba algunos temas durante sesión. Por consiguiente, se trabajó sobre la relación terapéutica en base a pensamientos automáticos y creencias intermedias producto de la transferencia en terapia, como por ejemplo “si confío en otros, resultaré lastimada”, “cuando hablas de tu vida con otros lo usan en tu contra después”.

Mediante la evaluación y modificación de estas creencias, se llegó a pensamientos más adaptativos: “hay personas en las que sí puedo confiar porque no buscan hacerme daño”. Gracias a esto, luego de varias sesiones y una vez trabajadas sus creencias centrales de desconfianza, pudo discutir ampliamente temas de su familia y el abuso físico en su infancia.

Por otro lado, existieron comportamientos sumisos únicamente durante las primeras sesiones. La paciente se encontraba muy deprimida por la terminación de su relación amorosa y además de mostrarse sumisa con su ex pareja, replicaba los mismos

comportamientos en terapia. Éstos se notaban cuando se pedía opiniones a la paciente, casi siempre repetía lo que la terapeuta decía o si se le pedía colaborar en la creación de deberes, esperaba indicaciones de qué hacer, mas no daba ideas propias. Esto fue trabajándose mediante la modalidad de relación terapéutica cooperativa de la Terapia Cognitiva Conductual, dando como resultado la rectificación de su creencia de incapacidad de logro e inutilidad.

Contratransferencia.

El término contratransferencia, como su nombre lo indica, se refiere a la respuesta emocional y cognitiva que el terapeuta expresa hacia el paciente. Para el psicoanálisis, Freud definió este factor en 1910, explicándolo como la respuesta afectiva que surge en el médico debido a la influencia que el paciente tiene sobre sus sentimientos inconscientes (Norcross, 2011). Sin embargo, la percepción de Freud hacia este factor fue negativa, en lugar de asumirla como un factor a ser analizado personalmente o una herramienta positiva para la orientación del trabajo terapéutico, impulsó a los terapeutas de aquella época a evitar y anular la contratransferencia de sus consultas (Norcross, 2011).

A partir de 1950 se empezó a investigar sobre la contratransferencia y surgió una perspectiva diferente a la del psicoanálisis freudiano; este enfoque conceptualiza a la contratransferencia como todas las reacciones emocionales del terapeuta hacia su paciente (Cartwright, 2011; Norcross, 2011). Debido a esta definición integradora de la contratransferencia, se considera que la respuesta emocional que emite el terapeuta no es un obstáculo para el proceso, sino lo contrario, se convierte en una pieza trascendental para entender al paciente en su estructura mental, afectiva y comportamental (Cartwright, 2011). Para ejemplificar lo anterior, en el caso de un paciente que se relaciona con su terapeuta de manera obstinada, provoca reacciones en él que son similares a las de otras

personas en la vida de este sujeto. Es decir, la contratransferencia es una experiencia clínicamente significativa, pues brinda conocimiento de las posibles dinámicas del paciente.

De acuerdo a la Terapia Cognitiva Conductual, la contratransferencia surge el momento en el que la relación terapéutica activa pensamientos automáticos, creencias o esquemas mentales en el terapeuta que influyen en el proceso terapéutico (Wright, 2006). Debido a que este proceso no sucede con plena consciencia, es importante que el terapeuta esté entrenado y alerta para así reconocer estas emociones, sensaciones o conductas. Algunos indicadores comunes de que una experiencia de contratransferencia está sucediendo son sentimientos de enojo, tensión o frustración con el paciente; sensaciones de cansancio cuando está el paciente y/o de alivio cuando se va, falta a la cita o la cancela; sentimientos de impotencia o atracción especial a un paciente determinado (Wright, 2006).

En la relación terapéutica con María, al igual que con la transferencia, se observó contratransferencia especialmente durante las primeras sesiones. La terapeuta sentía frustración e impotencia al ver que la paciente no confiaba en ella y, por lo tanto, no habían indicios de que la paciente se encontrara mejor. Incluso en ocasiones, hubo alivio cuando se cancelaron sesiones. Estas emociones fueron discutidas en terapia personal de la terapeuta y trabajadas para no afectar el proceso terapéutico, ya que activaron creencias propias de capacidad de logro. Con el progreso de la terapia, estos sentimientos de contratransferencia fueron reemplazados por otras emociones (contratransferencia) positivas: afecto hacia la paciente y alegría por su mejora.

Temas e intervenciones terapéuticas.

Una vez entendidas las normas de regulación éticas de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) y de la Universidad San Francisco de Quito -consentimiento informado,

confidencialidad y el desarrollo colaborativo de objetivos-, se procedió a evaluar y determinar el diagnóstico de la paciente previamente argumentado.

El proceso terapéutico se desarrolló bajo ciertos temas y guías generales que se explicarán a continuación.

Modelo cognitivo.

Durante las primeras sesiones, se realizó sico-educación sobre el método cognitivo, especialmente sobre su organización jerárquica de creencias centrales, creencias intermedias y pensamientos automáticos. Conjuntamente, con las técnicas de enseñanza se realizó terapia, pues, se utilizaron las situaciones de la paciente para detectar pensamientos automáticos disfuncionales. Esto permitió evaluar, analizar y reestructurar tales pensamientos con ayuda de la terapeuta. La finalidad es permitir a la paciente ver desde una perspectiva objetiva su situación y, eventualmente, que pueda evaluar sus pensamientos y creencias de manera independiente.

Para la detección, evaluación y reestructuración de pensamientos se utilizó el Registro de Pensamientos Disfuncionales de Judith Beck (1995). Este Registro de Pensamientos permite al paciente ver de manera neutral su situación, los pensamientos, emociones y distorsiones cognitivas que ha generado, dándole la posibilidad de reestructurar sus reflexiones de una manera más real y adaptativa. El registro es llenado inicialmente por el terapeuta con el fin de ilustrar al paciente; posteriormente, éste va ganando destrezas para elaborarlo por sí solo. La intención es que el paciente mecanice el proceso y pueda realizarlo en su mente sin la necesidad de escribirlo.

Para lograr los objetivos del modelo cognitivo, fue trascendental enseñar a la paciente a juzgar sus propios pensamientos y, en consecuencia, evaluar sus creencias intermedias y creencias centrales para poder reformarlos de manera objetiva. Debido a su

diagnóstico, María presentaba creencias centrales rígidas y disfuncionales sobre sí misma como “no soy adecuada”, “soy inútil” y sobre otras personas “las personas no son confiables”. Para trabajar estas creencias rígidas se utilizó la técnica de comparación de evidencia a favor y en contra de pensamientos o creencias. Se solicitó a la paciente que pensara y escribiera información a favor y en contra de la creencia o pensamiento trabajado en sesión. En consecuencia, la paciente pudo visualizar su situación conflictiva desde una perspectiva más amplia, generando modificación en sus pensamientos y mayor flexibilidad en sus creencias.

Técnicas Cognitivas.

Además de la aplicación del modelo cognitivo, se utilizaron otras técnicas cognitivas recomendadas por Judith Beck en *Cognitive Therapy Basics and Beyond* (1995):

Establecer la agenda.

La creación de una agenda permite el seguimiento del proceso terapéutico. Además, ayuda a que el paciente se familiarice con la Terapia Cognitiva; por esta razón, es importante efectuarlo desde la primera cita, determinando una estructura general que cubrirá el trabajo terapéutico durante todo el proceso. La elaboración de ésta debe ser rápida y directa, señalando los puntos importantes a tratar en sesión. Consecuentemente, facilita que el paciente establezca una estructura a seguir y que el proceso sea más fluido y comprensible (Beck, 1995). Por otro lado, promueve la participación continua, organizada y productiva del paciente, ya que le permite focalizarse en los objetivos de la terapia (Beck, 1995).

En el proceso terapéutico con María, inicialmente la agenda fue establecida por la terapeuta, dirigiendo a la paciente en su ejecución. No obstante, este trabajo fue

gradualmente dirigiéndose a la paciente, con el fin de que tome responsabilidades sobre el manejo de sus objetivos, adquiriera habilidades de autodirección y finalmente se convierta en su propia terapeuta.

Deberes.

Durante el proceso terapéutico con María, los deberes tomaron un papel de gran importancia. Estos se planificaron siempre al terminar la sesión de manera colaborativa, pidiendo a la paciente que dé sus opiniones sobre cómo realizar el deber o qué hacer para practicar lo aprendido en cada sesión.

Se dio importancia a este método ya que algunos estudios han demostrado que los pacientes que realizan deberes alcanzan mayores mejorías (Persons et al., 1988; Niemeier & Feixas, 1990 en Beck, 1995); además, su objetivo es mantener un nexo entre sesiones y reforzar conductas (Beck, 1995). Esta actividad fue de gran ayuda para el proceso terapéutico debido a la necesidad de practicar habilidades de interrelación. Por ejemplo, se pidió a la paciente que realice Registros de Pensamiento Automáticos en casa o evalúe evidencia a favor o en contra de las creencias centrales identificadas en sesión.

Evaluar, reconocer y graduar emociones.

La paciente mostró dificultad en detectar sus emociones y poder graduar la intensidad de las mismas. Por esta razón, se aplicaron técnicas para etiquetar emociones y saber graduarlas. Inicialmente se entregó a la paciente una ruleta de emociones de la Dr. Gloria Willcor (The feeling Wheel, en inglés) como material adicional para realizar un diario de emociones (ver en Anexos B, p.151). En este diario la paciente reportaba su estado emocional cada hora durante toda la semana, haciendo especialmente una evaluación de porqué se sentía de esa manera.

La meta principal de esta técnica fue promover la introspección, el reconocimiento y la evaluación de sus emociones. Por otro lado, permitió que se desarrollara mayor agilidad para detectar los pensamientos automáticos presentes en cambios emocionales importantes, como por ejemplo de “tranquila” a “súper enojada”.

Asimismo, para poder medir la intensidad de sus emociones y generar herramientas de regulación de las mismas, se efectuó una escala de intensidad de emociones (se puede ver un ejemplo de esta técnica en Anexos B, p.152). Esta escala permite conocer las situaciones que necesitan mayor atención durante terapia por activación de pensamientos automáticos y creencias disfuncionales (Beck, 1995), además de generar mayor autoanálisis profundo y autoconocimiento.

Dividir las metas en pasos y la técnica del pastel.

Al acudir a terapia, María reportó un alto nivel de ansiedad y estrés referente a sus estudios universitarios. Con el objetivo de ayudarla a disminuir esta angustia se dividió sus metas en pasos y se usó la técnica del pastel (ver en Anexos B, p.153).

La idea principal de dividir las metas en pasos es facilitar al paciente alcanzar un objetivo mayor mediante el cumplimiento de metas cortas. Muchas veces, pacientes como María, se sienten abrumados al ver lo mucho que les falta llegar para cumplir un objetivo. Sin embargo, el caso de María es aun más abrumante puesto que no le agrada su carrera universitaria y, debido a que su padre no está dispuesto a apoyarla económicamente para realizar un cambio, está obligada a terminarla.

Dentro de los pasos del esquema de su meta, se encuentra organizar su tiempo de tal forma que pueda cumplir con sus estudios y a su vez pueda realizar otras actividades. Por consiguiente, se enseñó a María la técnica del pastel. La intención de esta técnica es organizar en un gráfico las actividades del individuo; de esta forma, será más fácil

determinar la responsabilidad que tiene que ofrecer a cada una para obtener un resultado deseado (Beck, 1995). El objetivo primordial fue ayudarla a manejar y balancear sus responsabilidades en torno a alcanzar sus metas académicas. Se elaboraron dos pasteles, el real y el ideal. En el pastel real la paciente escribió las actividades que realiza durante el día y el tiempo que delegaba a cada una de ellas. Éste le permitió notar que debía organizar de mejor manera su tiempo. A continuación, se realizó el pastel ideal en conjunto con la terapeuta, el cual muestra las mismas actividades con una mejor distribución del tiempo. Esta técnica ayudó a María a ser más organizada, responsable y a reducir los síntomas de ansiedad.

Técnicas de Relajación.

Siendo un caso de Ansiedad Generalizada, fue de gran importancia el uso de técnicas de relajación. Según Echeburúa y Corral (2001) la Terapia Cognitiva Conductual combinada con ejercicios de relajación, es la manera más eficaz de combatir la Ansiedad Generalizada, pues se enfoca en generar autocontrol en los pacientes y brindar espacios de tranquilidad.

Para María la técnica utilizada, debido a su elección propia, fue la respiración controlada. Se realizaron ejercicios de entrenamiento respiratorio para lograr calmar emociones y promover la racionalización de sus temores. La herramienta usada fue la respiración de 3x3, la cual a través de una respiración profunda y prolongada busca alcanzar serenidad emocional. El paciente debe inhalar, retener el oxígeno, y exhalar tomándose 3 segundos para cada instancia. Esto se realiza de 10 a 15 veces, dependiendo de cómo va sintiendo el paciente la disminución del estrés emocional. Una vez logrado, se procede a responder ante la situación estresante o a realizar modificación de pensamientos automáticos, según el caso.

Imaginería y focalización en la resolución de problemas.

La técnica de imaginería fue de igual importancia para el proceso de terapia de María. Esta estrategia terapéutica consiste en ayudar al paciente a regresar y evocar recuerdos o situaciones de importancia para poder trabajar en ellos. En este caso, se utilizó imaginería para realizar introspección emocional, trabajar creencias intermedias y centrales y generar prácticas enfocadas a la solución de problemas. Por ejemplo, utilizando imaginería sobre momentos de la infancia donde hubo abuso físico por parte del padre, se trabajó las creencias centrales de incapacidad de ser amada.

De acuerdo con Echeburúa y Corral (2001) la eficacia de la terapia cognitiva en el tratamiento de los trastornos de estado de ánimo, se atribuye en parte al acento puesto en la estrategia de resolución de problemas. Esta técnica le da mayor importancia a encontrar soluciones a los problemas que aquejan al paciente, en lugar de seguir discutiendo los por qué de los mismos. Debido a esto, se utilizó esta técnica focalizándose en soluciones alternativas a los problemas de María; en sesión se lo llamó “el plan B a Z” para demostrar que no sólo puede haber una solución alternativa sino varias. Por ejemplo, con el objetivo de trabajar la ruptura con su ex pareja, centrándose en el constante rechazo y la consecuente influencia en su autoestima, se generaron soluciones y respuestas asertivas de comportamiento para evitar que estas situaciones se repitan.

Técnicas Conductuales de entrenamiento, modelamiento y exposición gradual.

Con el objetivo de trabajar los síntomas de ansiedad, aislamiento e inhabilidad interpersonal, se aplicaron técnicas conductuales que ayudaron a la paciente a enfrentar situaciones sociales. Consecuentemente, tanto los pensamientos y creencias erróneas de inseguridad e ineficacia, como la desconfianza en sí misma y en el ambiente, disminuyeron considerablemente y fueron reemplazados por otros más adaptativos.

Inicialmente se sico-educó a la paciente sobre la ansiedad utilizando “biblio-terapia” y “video-terapia”. La “biblio-terapia” se refiere a la incursión del paciente en artículos, publicaciones o libros. Por ejemplo con María se utilizaron artículos cortos sobre la ansiedad y técnicas de manejo de la misma. Por otra parte, la “video-terapia” utiliza el mismo método, pero con el uso de material visual. Para ejemplificar se mandó a María videos cortos sobre ansiedad, emociones e interrelación social. El uso de ambas facilitó el abordaje del tema de ansiedad en terapia, como también el modelamiento de conductas. Además, esta técnica fue utilizada para entrenamiento emocional favoreciendo a la introspección.

Una vez que se sico-educó a la paciente sobre la ansiedad y se dominó la técnica de respiración controlada, se aplicó la exposición gradual a situaciones de interrelación social. Esta técnica propone en primer lugar dividir un objetivo en varios pasos. Siendo cada paso de mayor dificultad que el anterior. Esto tiene como fin facilitar la consecución del objetivo inicial (Beck, 1995).

Para María, se plantearon, en colaboración terapeuta-paciente, metas de interrelación social, las cuales se fraccionaron en pasos pequeños. Por ejemplo, se comenzó realizando conversaciones con personas imaginarias en sesión, después se recreó interpretación de roles con la terapeuta. Igualmente se propusieron prácticas en casa con el espejo hasta alcanzar conversaciones cortas con otras personas. La meta final fue entablar conversaciones con profesores, compañeros y amigos.

ANÁLISIS DE DATOS

Detalles del análisis

Una vez recolectados los datos pre y post intervención, mediante las pruebas aplicadas, el SCL-90 y el MMPI-2, se procedió a analizarlos mediante los criterios de calificación de cada uno de los test (los resultados pre y post intervención de ambas pruebas se pueden ver en Anexos A, p. 137, 138-148).

El SCL-90 cuenta con tablas para la conversión de cálculos directos o brutos a puntaje T o norma, tanto para adolescentes como adultos según la edad y el género del evaluado. Para realizar esta conversión, en primer lugar se realiza el promedio de los valores de cada ítem según la escala a la que corresponden; seguido se buscan las puntuaciones T que corresponden al valor de cada escala. Si la puntuación obtenida es de T igual o mayor a 65 se considera un indicativo de persona en riesgo. En caso de obtener valores de T igual o superior a 80, se considera patología severa.

Para el MMPI-2, los datos obtenidos son calificados mediante un sistema computarizado. La interpretación de estos resultados se realiza al considerar las puntuaciones T obtenidas para cada unas de las escalas evaluadas (de validez, clínicas, contenido, suplementarias y el codetipo). Las puntuaciones se interpretan según el rango de intensidad al que pertenecen, ya sea bajo (de 44 T y menos), normal (de 45 a 54 T), moderado (de 55 – 64T) y marcado (de 65T y más). Para el presente caso, el análisis interpretativo se realizó con supervisión del profesor de Evaluación y Diagnóstico de la Personalidad y terapia Cognitiva Conductual, Esteban Utreras Ph.D.

Importancia del estudio

Potencialmente, este estudio podría contribuir a la investigación en terapia psicológica para la población ecuatoriana. La realización de estudios de caso incentiva la investigación en cuanto a temas de psicología, en especial a los trastornos de mayor incidencia en el país, las terapias y herramientas psicológicas efectivas para trabajar en esta población, así como índices de recuperación y recaída. En consecuencia, la obtención de este tipo de datos e información permitirá mejorar el servicio y atención psicológica para Ecuador.

Por otro lado, los resultados obtenidos en esta investigación servirán para consulta e información a otros psicólogos y estudiantes en formación sobre la Terapia Cognitiva Conductual.

Adicionalmente, este estudio muestra la utilidad del MMPI-2 pues, al ser una prueba muy completa, válida y confiable, aportó con información vital para el desarrollo de esta investigación; desde el diagnóstico inicial y final hasta las áreas específicas de pensamiento y estrés emocional que fueron tratadas en terapia. Además, reduce los posibles sesgos de investigación debido a que contiene escalas de validez que aportan confiabilidad de interpretación.

Resumen de sesgos del autor

En esta investigación pudieran existir sesgos en el análisis de los resultados de las pruebas psicológicas aplicadas, ya que ambas son de auto-reporte. Estos sesgos pudieran atribuirse a falta de concentración de la paciente, cansancio, aburrimiento o deseo de terminar pronto, mala interpretación de los ítems, desconocimiento del significado o el uso de palabras en el test, entre otras.

Sin embargo, la aplicación del MMPI-2 disminuye este sesgo debido a que la prueba cuenta con 10 escalas de validez, las cuales permiten conocer si el perfil obtenido

es válido para la interpretación o no. En este caso, los resultados de la aplicación tanto previa como posterior al tratamiento dieron paso a una interpretación confiable. Es decir, los datos no contienen sesgos por exageración, disminución de reporte u ocultamiento de información.

En cuanto al SCL-90, pudieran existir sesgos en los resultados ya que, a diferencia del MMPI-2, no contiene escalas de reporte de confiabilidad para la interpretación. Por lo tanto, no se conoce con certeza si la paciente fue honesta al momento de contestar o no. Por otra parte, para la investigación se utilizó una adaptación al español de la prueba SCL-90. Debido a que no se ha realizado una adaptación a la población ecuatoriana, se utilizó una versión que fue estandarizada en población argentina. De modo que, al considerar las diferencias culturales entre ambas poblaciones, pudiera sesgar los datos.

Una consideración importante de acuerdo a los sesgos de esta investigación es que, durante la aplicación del MMPI-2 post test, la paciente se encontraba entrenado para un concurso interuniversitario de Capoeira, debido a esto reportó cansancio físico. Esto también puede influir en los resultados.

Resultados obtenidos de las pruebas aplicadas

Datos obtenidos Pre y Post intervención: SCL-90.

Pre Intervención.

El informe de interpretación del SCL-90 mostró como resultado las siguientes puntuaciones norma (T): la escala de Somatizaciones (SOM) puntaje T de 45; Obsesiones y compulsiones (OBS) puntuación significativa de T=63; Sensibilidad Interpersonal (SI) puntuación significativa de T= 65; la escala de Depresión (DEP) puntaje T=55; la escala de Ansiedad (ANS) puntaje T=45; la escala de Hostilidad (HOS) puntuación T=55; la escala

de Ansiedad fóbica (FOB) puntaje T=55; Ideación paranoide (PAR) obtuvo puntuación T=55. La escala de Psicosis (PSIC) puntuación T=65.

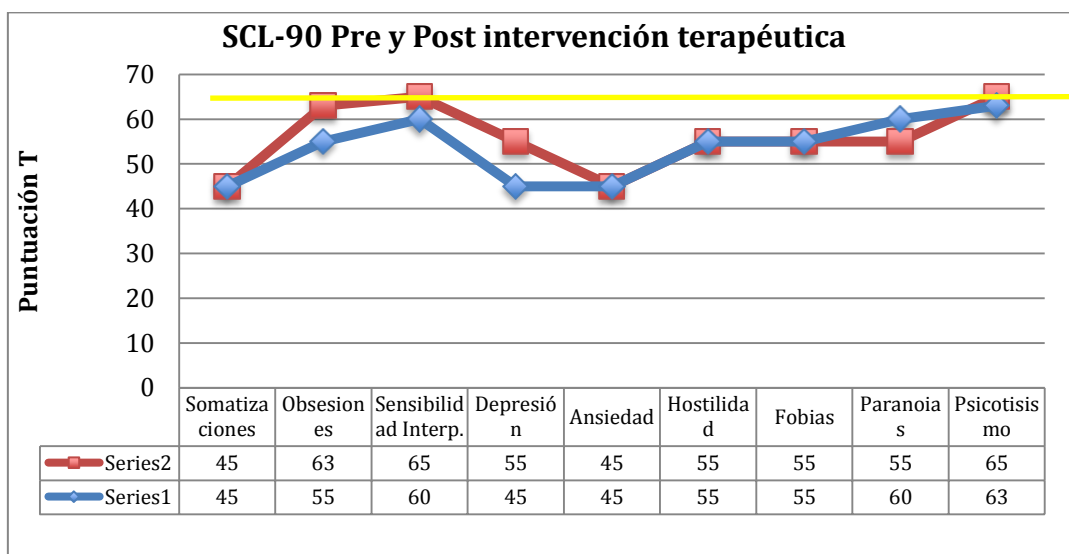
Como se puede observar mediante el análisis de los resultados, existe una elevación significativa de dos dimensiones de las nueve evaluadas. Éstas son: la escala de Sensibilidad interpersonal (SI) con un puntaje T de 65, se manifiesta como sentimientos de inferioridad e inadecuación, por lo cual puede experimentar dificultades importantes al momento de relacionarse con su medio social, y la escala Psicosis (PSIC) con una puntuación T de 65, muestra estilo de vida esquizoide, posible percepción de vivencias bizarras y control del pensamiento.

Post Intervención.

El análisis de resultados del inventario SCL-90 post intervención mostró los siguientes resultados: la escala de Somatizaciones (SOM) puntaje T de 45; Obsesiones y compulsiones (OBS) puntuación T=55; la escala de Sensibilidad Interpersonal (SI) puntuación T= 60; la escala de Depresión (DEP) puntaje T=45; la escala de Ansiedad (ANS) puntuación T=45; Hostilidad (HOS) puntuación T=55; la escala de Ansiedad fóbica (FOB) puntaje T=55; Ideación paranoide (PAR) puntuación T= 60 y la escala de Psicosis (PSIC) puntuación T=63. Mediante el análisis de los resultados se observa que ninguna de las escalas muestra una elevación significativa (T mayor o igual a 65).

Para poder visualizar las diferencias encontradas en la aplicación pre test y post test, se realizó un grafico con los diferentes resultados.

Gráfico 1. Comparación de las medidas pre y post intervención del SCL-90.



*La línea de color amarillo indica el límite sobre el cual las puntuaciones T alcanzan un valor clínicamente significativo.

Este gráfico demuestra la variación de los datos obtenidos en las pruebas pre y post tratamiento en cada una de las escalas evaluadas. Se puede observar que cuatro de las nueve escalas tienen una puntuación T menor en el post test: Obsesiones y compulsiones de T=63 a T=55, Sensibilidad interpersonal de T=65 a T=60, Depresión de T=55 a T=45 y Psicotismo de T=65 a T=63. Las escalas de Somatización, Ansiedad, Hostilidad y Fobias no mostraron variación pre y post test, por lo que se mantuvo su puntuación T menor a 65 (no clínicamente significativa). Finalmente, se observa la elevación, no clínicamente significativa, de la escala Ideación paranoide de T=55 a T= 69.

Estos resultados del SCL-90 indican la remisión de síntomas reportados en el pre test. Especialmente se puede observar que la paciente no reporta autopercepción de inadecuación, dificultad para relacionarse socialmente e ideas bizarras.

Datos Obtenidos Pre y Post intervención: MMPI-2.

Pre Intervención.

Escalas de Validez.

Este perfil de MMPI-2 se consideró válido para su interpretación clínica. La escala de Variable Response Inconsistency (VRIN) con un puntaje $T=62$, indica que la paciente ha contestado los ítems de manera consistente. La escala True Response Inconsistency (TRIN) tiene una puntuación $T=58$, indicando que la paciente muestra una leve tendencia a responder los ítems de manera positiva (respuestas verdaderas). La escala Superlative (S) muestra una puntuación $T=30$ que se encuentra en el rango bajo, indica que la paciente reporta estrés emocional y un número de comportamientos y síntomas inusuales; adicionalmente, revela que pudiera haber una tendencia a exagerar la patología.

Las escalas de Infrecuencia (F) miden el estrés psicológico reportado; la escala de infrecuencia (F) tiene un puntaje $T=96$, el cual se encuentra en el rango marcado (81 – 110T) e indica también una posible exageración de la patología; sin embargo, se debe considerar el resto de escalas de validez e información reportadas, pues esto puede deberse a la severidad de estrés al que está expuesta la paciente. La escala Back Infrequency (Fb $=93T$) indica que la paciente reporta síntomas depresivos y problemas con relaciones interpersonales. La escala Infrequency Psychopathology (Fp $=57T$) señala que la paciente ha respondido a los ítems del test de manera consistente por lo que pueden ser interpretados.

El puntaje de a escala Defensas (K) es $T=30$, muestra que la persona se percibe sin recursos personales para poder resolver las dificultades que enfrenta; pudiera haber una percepción exagerada de la paciente frente a estos problemas. La escala Mentira (L) tiene un puntaje $T=33$. Esta escala confirma que la persona reporta su patología con exageración; al considerar las escalas Mentira (L), Infrecuencia (F) y Defensas (K), se obtiene una configuración de “crying for help”, que indica que la persona solicita

urgentemente ayuda y muestra una visión exagerada de sí misma para ser atendida. La paciente muestra niveles elevados de estrés e insatisfacción emocional conjuntamente con una sensación de incapacidad para manejarlos. Se puede considerar que por esta razón hay una tendencia a aumentar la patología.

Escalas Clínicas.

La escala de Histeria (Hy) tiene una puntuación de T=63 la cual se encuentra dentro del rango moderado (58-64T). Esta expresa tendencia a ser superficial, ingenuo, egocentrista y falta de introspección; lo que dificulta el tratamiento psicológico, además frente al estrés muestra síntomas físicos importantes. La escala de Depresión (D) muestra un valor clínicamente significativo T=79 en el rango marcado (T65 y más) e indica tristeza general y estado de ánimo depresivo, pesimismo y desesperanza, pensamientos de culpa, aislamiento y auto-desprecio. La escala de Hipocondría (Hs) tiene un puntaje de T= 61, lo cual se considera dentro de un nivel moderado (58-64T). Estos pacientes tienen algunas preocupaciones sobre el funcionamiento de su cuerpo y pueden ser vistos como inmaduros y sin dirección en su vida.

La escala Desviación Psicopática (Pd) tiene un puntaje clínicamente significativo de T=68, dentro del nivel marcado (T65 y más). Los pacientes en este nivel suelen tomar una posición en contra de miembros de la familia o autoridades, pueden o no tener comportamientos de rebeldía e ira, dificultades para aprender de la experiencia y planificar; adicionalmente, acostumbran a actuar de manera irresponsable y no son de confiar. La escala de Masculinidad/Feminidad (Mf) tiene una puntuación clínicamente significativa de T= 65 y muestra que la paciente no está orientada hacia el rol femenino tradicional, por lo que pudiera mostrarse ansiosa si se espera que actúe limitándose al rol femenino. Puede haber intereses en actividades del rol masculino y comportamiento

agresivo ocasional. La escala de Paranoia (Pa) tiene puntuación de T=63, la cual está dentro del rango moderado (58T – 64T). Indica un nivel medido de sensibilidad a las críticas de otros, tendencia a personalizar lo que sucede a su alrededor y sentimientos de temor hacia formar relaciones íntimas afectivas.

La escala Psicastenia (Pt) tiene una puntuación clínicamente significativa de T=78 en el rango marcado (T65 y más). Esto nos muestra que la paciente se encuentra preocupada, tensa e indecisa. Este resultado concuerda con lo reportado en las escalas de Infrecuencia (F). La escala Esquizofrenia (Sc) dio un puntaje clínicamente significativo de T=78. Este valor nos indica una preferencia por retraerse y evitar formar relaciones interpersonales, sentimiento de inferioridad y baja satisfacción personal, ya que existe el pensamiento de que algo está mal en sí misma. La escala de Hipomanía (Ma) dio un puntaje clínicamente significativo T=59, indicando valores moderados de actividad (58T – 64T) e identifica a pacientes energéticos, abiertos y activos. Finalmente, la escala de Introversión Social (Si) con una puntuación clínicamente significativa de T=69 indica introversión, timidez e inseguridad social, tendencia al aislamiento y a evitar a otros individuos; por otra parte, suelen mirar sus problemas de mayor dimensión de lo que son.

La interpretación de este perfil muestra que la paciente está sufriendo un episodio de ansiedad clínicamente significativo, desadaptación social que puede observarse en la puntuación T=72 de la escala Psicastenia (Pt) y T= 78 de la escala Esquizofrenia (Sc). La escala de Depresión también tiene una elevación clínicamente significativa (T=79) especialmente considerándola con la puntuación de la escala Introversión Social (T=69), que muestra estado de ánimo depresivo y una tendencia al retraimiento y desadaptación a ambientes sociales.

Escalas de contenido.

Las escalas de contenido que señalan una elevación clínicamente significativa son las siguientes. Ansiedad (AXN) T= 69, muestra específicamente estrés generalizado y emocionalidad negativa, síntomas generales de ansiedad y características cognitivas y afectivas de la ansiedad. Dificultad para tomar decisiones, dormir y concentrarse. Sentimiento de vulnerabilidad, preocupaciones y nervios. Miedos (FRS) T= 65, se relaciona con los miedos que presenta la paciente que no necesariamente son específicos, sino enfocados en situaciones sociales y de contacto con otros individuos. Obsesiones (OBS) T=79, muestra rumiación, preocupaciones excesivas y abrumadoras, inadaptación al cambio e indecisión. Depresión (DEP) T= 83, muestra sentimientos caracterológicos de impotencia, inadecuación y de no servir para nada. Ánimo deprimido, fatiga, apatía, disforia y anhedonia. A su vez, posible ideación suicida. Preocupación de la Salud (HEA) T= 68, rasgos caracterológicos de preocupaciones por la salud que pudieran relacionarse a somatización de ansiedad. Ideación Bizarra (BIZ) T=67 señala pensamientos extraños que pudieran relacionarse con depresión, ideación suicida, ideación paranoide y ansiedad.

Las escalas de Ira (ANG) T= 68 indica tendencia a perder el control, comportamiento explosivo, irritabilidad, impaciencia y terquedad. Cinismo (CYN) T= 77 muestra la creencia de que otros sólo están interesados en su propio bienestar o sacar algún provecho cuando ayudan a alguien. No confían en las personas y sospechan de los motivos de otros, pues los ven como egoístas, amoraless y deshonestos. Prácticas Antisociales (ASP) T= 75, indica propensión a estar en situaciones riesgosas y posible historial de actitudes antisociales. La escala de visión devaluada de uno mismo (LSE) muestra que la paciente presenta baja autoconfianza, sensación de ineptitud y auto-comparación negativa frente a los otros. La escala de Incomodidad Social (SOD) T=65, muestra que prefieren estar solos porque se sienten inseguros e inhábiles para socializar. Problemas Familiares (FAM)

distingue dos dificultades FAM1 indica sensación de ser privados y maltratados por sus familias; FAM2 indica que existe alienación emocional de la familia, es decir pocos vínculos o débiles. Interferencia en el Trabajo (WRK) T= 76 muestra poca autoconfianza, problemas de concentración, tensión y actitud negativa hacia los colaboradores.

Indicadores Negativos del Tratamiento (TRT) T= 84 señalan apatía, falta de esperanza y tendencia a rendirse fácilmente. Igualmente, aunque con menor intensidad, muestra dificultades para abrirse y conversar sobre los problemas abiertamente.

Escalas Suplementarias.

La escala de Ansiedad de Welsh (A) tiene una puntuación T= 77 muestra un factor de personalidad de maladaptación general, estrés emocional, ansiedad y falta de autoconfianza. Se observan problemas de atención y concentración, disforia, falta de energía, pesimismo, hipersensibilidad, rumiaciones y obsesiones. Represión (R) puntaje bajo de T=52 indica una leve dificultad a discutir los problemas personales. Fuerza -Ego (Es) T= 30, la puntuación baja reporta mucho estrés y visión personal de una persona que no tiene recursos para manejar sus problemas. Dominancia (Do) T= 30 , puntaje bajo muestra preferencia a que otras personas tomen responsabilidad de su vida, hay indefensión. Responsabilidad Social T=44, muestra problemas en comportamientos y actitudes no adecuados socialmente. Estrés Postraumático (Pk) T= 83, indica reacciones intensas de ansiedad y baja autoconfianza ante situaciones de estrés personal o situacional. Escala de Hostilidad (Ho) T= 78, describe a mujeres nerviosas, deprimidas y estresadas. Escala de adicción y admisión (AAS) T=67, la paciente acepta el uso de sustancias. Potencial de Adicción (APS) T=52, indica que la persona no reporta o experimenta mayores consecuencias del consumo de alcohol.

Codetipo: 2-8.

Este codetipo indica que los clientes experimentan depresión severa con ansiedad y agitación asociada, que usualmente ocasionan confusión, facilidad para olvidar las cosas, dificultades de atención y concentración. Frecuentemente experimentan miedo a perder el control y rumiación obsesiva. Los síntomas somáticos suelen ser comunes, como dificultad para dormir o fatiga. Hay una tendencia al retraimiento y aislamiento, afectando en las relaciones interpersonales y actividades similares, lo que consecuentemente pudiera causar un aumento de la sintomatología. Asimismo, puede existir ideación suicida o intentos de suicidio.

- Estado de ánimo: Estos pacientes experimentan estrés emocional severo que se caracteriza por disforia y anhedonia. Están deprimidos, agitados, ansiosos y se sienten culpables. Igualmente muestran impaciencia, irritabilidad y enojo. Pareciera que no les importa lo que pueda sucederles. Tienen dificultad iniciando actividades y baja esperanza en tener éxito si logran comenzar.

- Cogniciones: Dificultad de concentración, facilidad para olvidar las cosas y problemas de memoria. Su capacidad de juzgar las situaciones no es la adecuada. No tienen autoconfianza, presentan miedo de que hay algo mal con ellos, que pudieran estar “perdiendo la cabeza”. La mayor parte del tiempo piensan que han hecho algo incorrecto. Creen que otros los miran de manera crítica. Generalmente se sienten sin valor e inadecuados. Se dan por vencidos fácilmente cuando las cosas salen mal, evitan enfrentar crisis o dificultades. Piensan que los otros no están interesados en ellos, sino solamente en sí mismos.

- Relaciones interpersonales: introversión, retraimiento y tratan de mantener distancia con otras personas. No les agrada tener gente alrededor y pasan la mayor parte del tiempo ensimismados. Este retraimiento y aislamiento agudizan los síntomas que presentan.

Tienen la creencia de que nadie los entiende. Su familia es crítica y se siente alienada de ellos.

- Otras áreas problemáticas: Reportan síntomas físicos asociados con el funcionamiento neurológico. Puede haber ideación suicida y comportamientos que deben ser evaluados.

Presentan problemas para dormir. Algunas veces tienen un impulso de hacer algo que llame la atención o sea peligroso para ellos mismos.

- Tratamiento: el pronóstico es generalmente pobre. Sus problemas son crónicos. Pudieran requerir hospitalización o acompañamiento sicofarmacológico para estabilizar la sensación de “perder la cabeza”, la incapacidad para dormir o estabilizar el estado de ánimo. La probabilidad de un cambio a largo plazo significativo es bajo. Las intervenciones conductuales a corto plazo que se concentran en los motivos de consulta son más beneficiosas.

Post Intervención.

Escalas de Validez.

Este perfil se considera válido para su interpretación clínica. La escala de Variable Response Inconsistency (VRIN) marca un puntaje T de 58 e indica que la paciente ha contestado los ítems de manera consistente. La escala True Response Inconsistency (TRIN) igualmente da una puntuación T= 58, indica un balance entre respuestas verdaderas y falsas. Otra escala que afirma la confiabilidad de este perfil es Superlative (S), la cual muestra una puntuación T=53, la cual muestra que los resultados así como el codetipo pueden ser interpretados de manera confiable.

Las escala de Infrecuencia (F) tiene un puntaje T= 65, en el rango moderado (59-60 T) e indica que acepta experiencias anormales más de lo común o la presencia de patología y adaptación a la misma. La escala Back Infrequency (Fb =50T) indica aceptación de un

número típico de experiencias anormales. La escala Infrequency Psychopathology (Fp = 41T) indica que puede haber un subregistro de angustia y experiencias inusuales.

La escala Defensas (K) tiene una puntuación T = 46, señala que la persona expresa balance entre revelación y ocultamiento de problemáticas. La escala Mentira (L) tiene un puntaje T=47, esta escala muestra balance entre admitir y negar dificultades. Al considerar las escalas Mentira (L), Infrecuencia (F) y Defensas (K), se obtiene una configuración de “most open”, que señala que la persona es honesta y está abierta a contestar los ítems del test. Se puede observar que el perfil es confiable y la paciente ha contestado de manera honesta. Pudiera haber deseos de mostrarse mejor, sin embargo no son significativos como para invalidar el análisis.

Escalas Clínicas.

La escala Hipocondriasis (Hs) dio un puntaje T=46, el cual se encuentra en el rango normal (45-57T) reportando un número típico de síntomas físicos. La escala Depresión (D) tiene un puntaje T=55, en el rango normal (45-57T) por lo tanto reporta un número típico de actitudes y comportamientos que reflejan sintomatología de depresión. La escala de Histeria (Hs) con un puntaje T=47, en el rango normal (45-57T), reporta un número típico de preocupaciones sobre su funcionamiento físico y los motivos de otros. La escala de Desviación psicopática (Pd), dio un puntaje T=55, en el rango normal (45-57T), reportando un número normal de inquietudes sobre miembros de la familia y figuras de autoridad. Indica que la paciente se siente cómoda consigo misma y otras personas.

La única escala que muestra un valor clínicamente significativo es Masculinidad-Feminidad (Mf), con puntaje T=67 dentro del rango marcado (T65 y más). Reporta que la paciente puede o no tener intereses masculinos reales, pero definitivamente no se interesa en los comportamientos del rol femenino tradicional. Puede ponerse ansiosa si se espera

que limiten su comportamiento al rol tradicional. Es posible que existan comportamientos agresivos, sin embargo el comportamiento homosexual es improbable.

La escala de Paranoia (Pa), puntaje T =42 en el rango bajo (T44 y menos), estos clientes tienen intereses reducidos y tienden a ser insensibles o desprevenidos de los motivos de otros. En el caso de estudiantes, suelen tener bajo rendimiento. La escala Psicastenia (Pt) de puntuación T=44, en el rango bajo (T44 y menos), indica clientes que son seguros y cómodos con sí mismos y son emocionalmente estables. Son personas orientadas al éxito, persistentes y capaces. Se muestran tranquilos y relajados hacia sus responsabilidades. La escala de Esquizofrenia (Sc) tiene un puntaje T=48, en el rango normal (45-57T), lo cual significa un número típico de preocupaciones sobre sí misma y cómo se relacionan con otros.

La escala de Hipomanía (Ma) de puntuación T=39, rango bajo (44 y menos), reporta baja energía y nivel de actividad que pueden reflejar circunstancias situacionales, como fatiga o depresión. La Introversión Social, (Si), dio una puntuación T=54, de rango normal (45-57T), lo cual reporta un balance de comportamientos y actitudes socialmente introvertidas o extravertidas.

La interpretación de este perfil nos muestra que la paciente se encuentra en un estado de equilibrio emocional, satisfacción consigo misma y comodidad con las personas que la rodean. Además, reporta no identificación con el rol femenino tradicional. Muestra fatiga que puede relacionarse a las circunstancias que atravesaba durante la aplicación del test, ya que la paciente comentó estar preparándose para un concurso interuniversitario de Capoeira.

Escalas de contenido.

La única escala que muestra una elevación clínica significativa es la escala Problemas familiares (FAM) que alcanzó una puntuación T de 78; la misma considera dos subescalas Discordia Familiar (FAM1) y Alienación Familiar (FAM2). Los puntajes T son 67 y 86 respectivamente, indicando que la paciente reporta maltrato y conflicto familiar, así como sentimientos de alienación emocional de los miembros de su familia.

Por otro lado, las escalas que alcanzaron puntuaciones significativamente bajas son Ansiedad (ANX) e Ideación Bizarra (BIZ). La escala de ANX dio una puntuación T=43, lo cual indica preocupaciones, tensión y estrés normal. La escala BIZ tiene una puntuación T=39, esto muestra que no reporta contenido sicótico inusual o ideación atípica.

Escalas Suplementarias.

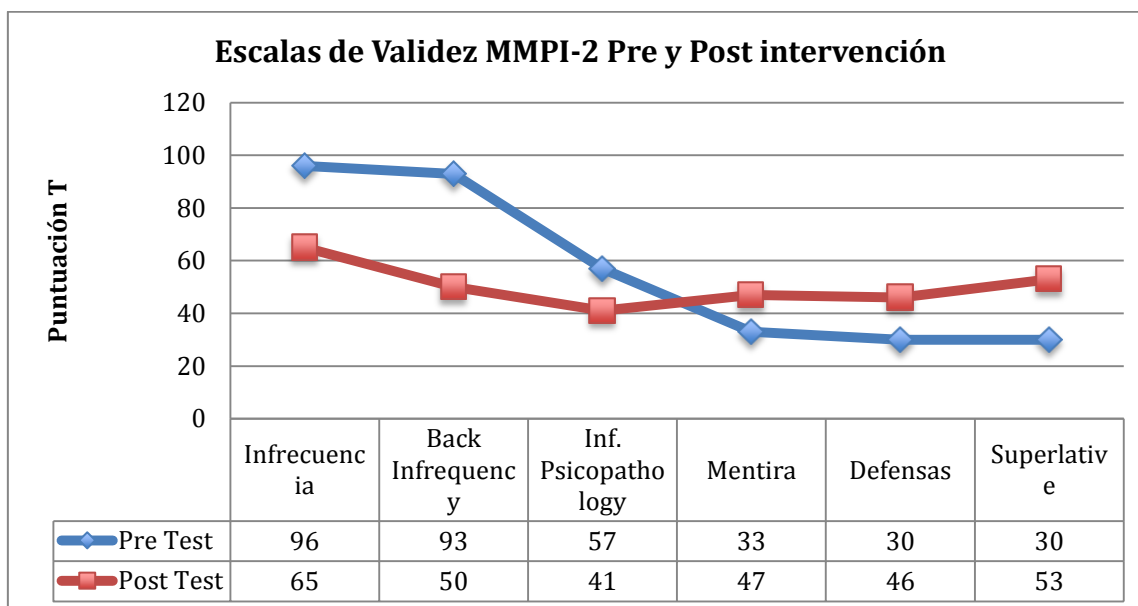
La escala de Represión (R) alcanzó una puntuación clínicamente significativa de T=70, esto indica que la paciente pudiera estar disminuyendo el reporte de algún problema que presenta. Igualmente, la escala (MDS) tiene una puntuación T=72 clínicamente significativa, la cual muestra angustia significativa en relaciones de pareja, alienación de otros y generalmente presencia de angustia. Se encuentra concordancia en la escala suplementaria Rol de Género-Femenino (GF), con puntuación T=38, y la escala Masculinidad Femenidad (Mf), ya que ésta señala bajo interés en actividades típicas del rol femenino tradicional.

Spike: 5.

El spike 5 corresponde a datos de estudiantes normales, sin sicopatología significativa a pesar de la búsqueda de tratamiento. Sin embargo, no hay mayor información de esta elevación.

- Estados de ánimo: El cliente no experimenta angustia emocional, se siente cómoda consigo misma y con su comportamiento. Se describe a sí misma como auto-confiada, fácil de llevar y segura. Está alegre la mayor parte del tiempo.
- Cogniciones: La paciente considera que tiene buen juicio. Se concentra muy bien y su memoria es buena. No tiene problemas con pensamientos o sueños recurrentes.
- Relaciones interpersonales: Se relaciona bien con otros y genera buena impresión. Considera que su hogar es placentero. Sin embargo, reporta algunos problemas intrafamiliares pasados.
- Otras áreas de problema: Tiene buena salud física y duerme bien. No es proclive al abuso de sustancias.
- Tratamiento: El pronóstico es guardado porque experimenta bajo estrés emocional, lo cual limita su motivación de seguir cualquier tipo de proceso terapéutico. Además, se resiste a compartir sus problemas con otros, incluyendo terapeutas. Por lo demás, terapia de corto plazo conductual puede ser muy efectiva.

Gráfico 2. Comparación de las medidas pre y post intervención del MMPI-2



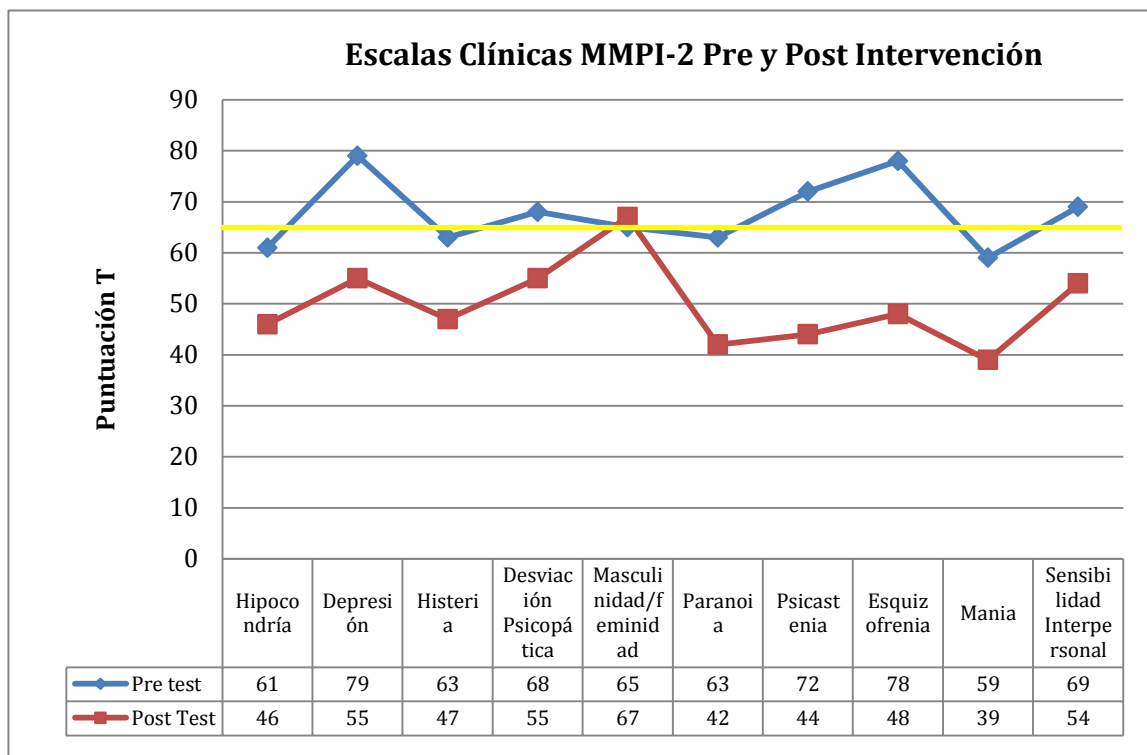
Se observa que las escalas de Infrecuencia que miden el estrés psicológico redujeron considerablemente: Infrecuencia (F) de T=96 a T=65, mostrando mayor adaptación en cuanto a la resolución de problemas; Back Infrequency (Fb) de T=93 a T=50, indica una disminución en el reporte de síntomas depresivos y problemas interpersonales; Infrequency Psychopathology (Fp) varió de T=57 a T=41, muestra que hay una reducción en el reporte de experiencias bizarras.

La escala de Mentira (L) aumentó de T=33 a T=47, por lo que se observa que la paciente muestra un balance entre la información que oculta y que admite. La escala de Defensas (K) incrementó de T=30 a T=46, indicando que la paciente reporta sentir que ha ganado recursos para enfrentar las problemáticas cotidianas. La escala Superlative (S) también incrementó de T=30 a T=53, dando mayor confiabilidad a la interpretación del perfil, pues existe un reporte equilibrado de afectos.

En definitiva, se observa la disminución de reporte de estrés emocional, percepción de haber adquirido herramientas para enfrentar dificultades además reducción de reporte de síntomas depresivos e ideación bizzarra.

Los resultados obtenidos para las escalas clínicas se resumen en el cuadro a continuación:

Gráfico 3. Comparación de las medidas pre y post intervención del MMPI-2.



*La línea de color amarillo indica el límite sobre el cual las puntuaciones T alcanzan un valor clínicamente significativo.

En cuanto a las escalas clínicas del MMPI-2 se puede ver claramente la remisión de síntomas en la paciente. Nueve de las diez escalas clínicas muestran reducción en su puntuación T, indicando mayor estabilidad emocional y psicológica en la paciente.

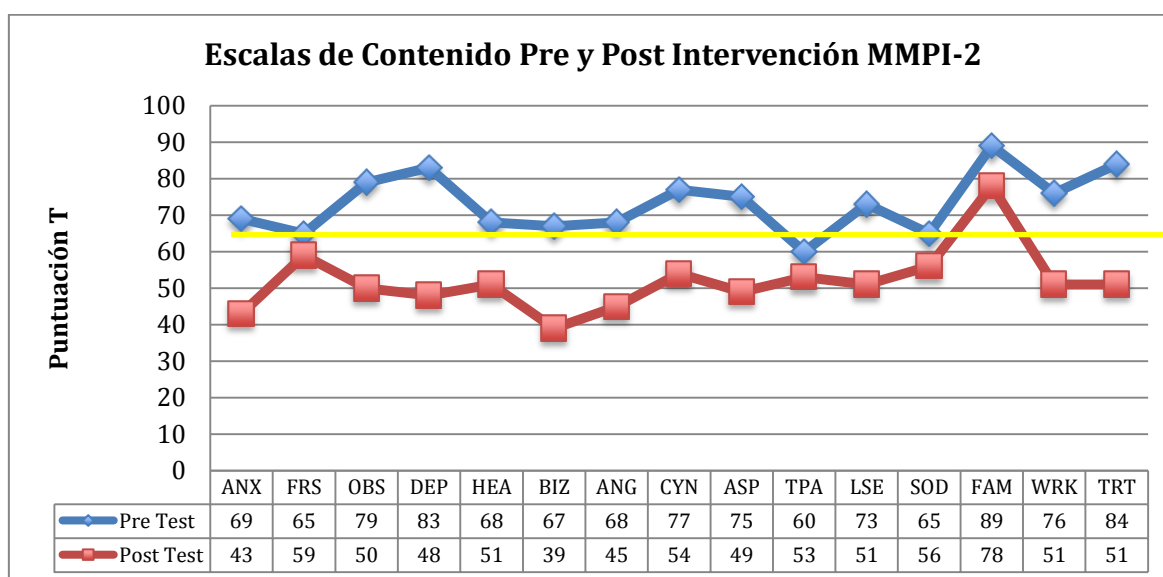
Las escalas de Hipocondría (Hs), Depresión (D), Histeria (Hy) muestran una reducción considerable que indica reportes de normales en cuanto a preocupaciones físicas, emocionalidad y relaciones interpersonales. La escala de Desviación Psicopática (Pd) redujo de T=68 a T=55, por lo cual se observa que la paciente muestra comportamientos de mayor comodidad consigo misma y con otros; igualmente la escala de Paranoia (Pa) disminuyó de T=63 a T=42, mostrando descenso en los niveles de preocupación hacia las intenciones de otros. Las escalas de Psicastenia (Pt) y Esquizofrenia (Sc) marcan una reducción considerable de T=72 a T=44 y T=78 a T=48 lo cual muestra que la paciente se

encuentra en un estado emocional más sereno y relajado, con sentimientos de mayor seguridad interpersonal.

Únicamente la escala Masculinidad/feminidad (Mf) muestra un incremento de T=65 a T=67 que reporta un desinterés marcado en actividades del rol femenino tradicional. En cuanto a la escala de Hipomanía (Ma) se observa una reducción de T=59 a T=39, esto indica la presencia de fatiga circunstancial, que puede atribuirse al momento de tomar la evaluación ya que la paciente reportó cansancio debido al entrenamiento para un concurso interuniversitario. Esto muestra que la paciente reporta un estado emocional más equilibrado. La remisión de la sintomatología de depresión ansiedad, inadecuación y aislamiento social expresadas en las evaluaciones pre intervención.

Las escalas de contenido, como su nombre indica, brindan mayor información sobre síntomas específicos que en las escalas clínicas. Es decir, brindan información adicional y más detallada a lo reportado previamente. La comparación de datos obtenidos para estas escalas se muestran en el siguiente gráfico:

Gráfico 4. Comparación de las medidas pre y post intervención MMPI-2.



* La línea de color amarillo indica el límite sobre el cual las puntuaciones T alcanzan un valor clínicamente significativo.

Mediante el gráfico se puede observar que el reporte de síntomas en las escalas de contenido a reducido en el post test considerablemente. Esto confirma lo encontrado en el análisis de las escalas previas, se observa la remisión de los síntomas que aquejaban a la paciente antes del tratamiento. Sin embargo, el único valor que se mantiene en una elevación significativa, a pesar de que ha reducido levemente de T=89 a T=78, es el de la escala de Problemas familiares, mediante el cual la paciente muestra la persistencia del conflicto intrafamiliar y sentimientos de alienación de su familiar. Mediante la reducción de esta escala, se observa que el tratamiento ayudó a generar herramientas para el manejo de los conflictos intrafamiliares; sin embargo, este problema necesita de mayor intervención.

Una vez expuestos los resultados que se han obtenido de la aplicación de las pruebas psicológicas, tanto en la administración pre como post intervención, se procede a expresar las conclusiones de la autora, las limitaciones de la investigación y las sugerencias para futuras investigaciones.

CONCLUSIONES

Respuesta a la pregunta de investigación

El presente estudio tuvo como objetivo determinar si la Terapia Cognitiva Conductual es efectiva al momento de reducir sintomatología del Trastorno de Ansiedad Generalizada, Episodio Depresivo Mayor y trastorno de Personalidad Esquizoide, en una joven ecuatoriana de 24 años de edad. Mediante el análisis de los datos obtenidos de la aplicación de pruebas psicológicas pre y post intervención, se encontró que la terapia aplicada fue válida y eficaz en el tratamiento y remisión de los síntomas presentes en el diagnóstico de la paciente. Los resultados de la evaluación post tratamiento señalan que la paciente ya no cumple con los criterios de diagnóstico para Episodio Depresivo Mayor y Trastorno de Ansiedad Generalizada. En cuanto al diagnóstico del Eje II, ha logrado un manejo adecuado de los rasgos del Trastorno de Personalidad Esquizoide.

En referencia al Episodio Depresivo Mayor, las técnicas de reestructuración cognitiva empleadas en el tratamiento demostraron su eficacia mediante la remisión de los síntomas reportados en la evaluación pre tratamiento. Actualmente, la paciente reporta un estado de ánimo equilibrado, experimenta más alegría y satisfacción de sí misma. A su vez, su capacidad de concentración y memoria mejoró. Ahora se observa hábitos de sueño regulares, como también gusto y motivación por realizar actividades sociales, por ejemplo: ir a clases, participar en concursos y salidas sociales ocasionales. Finalmente, su cansancio se limita a la práctica de deporte.

Como indica la teoría Cognitiva, la actividad cognitiva afecta el comportamiento de las personas (Dobson & Dozois, 2001), por lo tanto, si se modifica una creencia o un pensamiento que genera tristeza en un paciente, su comportamiento se verá influenciado.

Esto pudo observarse en el presente caso, pues el proceso terapéutico se centró en la modificación de pensamientos y creencias disfuncionales de la paciente y en el establecimiento de nuevos esquemas más adaptativos. Especialmente, la intervención procuró restablecer las creencias centrales de ser inadecuada, no ser amada y ser inútil en creencias que muestren una visión más favorable de sí misma. Estos hallazgos concuerdan con lo señalado en el estudio de Luty y colegas (2007), quienes reportaron que la Terapia Cognitiva Conductual mostró eficacia en el tratamiento de depresión severa gracias a la reestructuración de esquemas mentales negativos.

Asimismo, la eficacia de la reestructuración cognitiva se puede evidenciar en el análisis post intervención del Trastorno de Ansiedad Generalizada. La paciente no reporta nerviosismo ni preocupación excesiva que generen disfuncionalidad. Esto se debe a que se trabajó en la reestructuración de creencias de desconfianza y peligro en otros individuos y el mundo. Concordando con lo dicho por Ladouceur y colegas (2000) se ha demostrado que la eficacia de la Terapia Cognitiva Conductual en el tratamiento de Ansiedad Generalizada, se debe en gran parte a que se modifican creencias erróneas sobre la preocupación y percepción de no tener herramientas para la enfrentar problemas y evitación cognitiva. Por otro lado, se observa que las técnicas conductuales aplicadas fueron efectivas debido a que la paciente reporta haber desarrollado herramientas para controlar su ansiedad.

Tomando en consideración lo anterior, una conclusión para este estudio es que los resultados obtenidos concuerdan con lo dicho por Echeburúa y Corral (1999), quienes exponen que la Terapia Cognitiva Conductual ha mostrado excelentes resultados en el tratamiento de diagnósticos del Eje I.

Por otra parte, referente al Trastorno de Personalidad Esquizoide, se sabe que en el caso de los trastornos de personalidad no se habla necesariamente de la remisión del diagnóstico; pero sí del manejo asertivo de los rasgos de la personalidad o adaptación al trastorno, lo que pudo observarse en María.

De acuerdo con Echeburúa y Corral (1999), la Terapia Cognitiva Conductual necesita mayor tiempo que el tomado para tratar trastornos del Eje I, para el tratamiento de los trastornos del Eje II. Señalan que frecuentemente el proceso toma un año aproximadamente para alcanzar resultados favorables y, en el presente estudio, la terapia tomó un tiempo aproximado de ocho meses, por lo cual se puede considerar la presencia de cambios caracterológicos en la paciente.

Especialmente se trabajó en generar flexibilidad en las creencias nucleares de desconfianza hacia otras personas, permitiendo que María se sienta más cómoda en situaciones sociales. Además, se observó capacidad de introspección y mejor manejo de la expresión emocional gracias al trabajo de reconocimiento y graduación de emociones. Igualmente, debido a las técnicas de exposición gradual y entrenamiento de habilidades sociales realizado en terapia, María ha empezado a tener mayor interés y participación social, como asistir a reuniones y concursos a nivel universitario y nacional.

Adicionalmente, estos cambios se evidencian en los resultados del MMPI-2, ya que este instrumento se encarga de medir conductas y rasgos caracterológicos. La escala clínica Esquizofrenia (Sc), la cual, en el pre test identificó creencias negativas como ser rara o inadecuada, además de conductas de aislamiento y evitación de relaciones interpersonales, disminuyó considerablemente en el pre test indicando preocupaciones regulares sobre las intenciones de otros y la interrelación social. Igualmente la escala de Introversión Social (Si), ésta mide conductas más caractereológicas que situacionales, y, en el pre test indicó

retraimiento e incomodidad social, lo que dejó de reportarse en el post test. En escalas complementarias, igualmente, se observó una variación importante entre pre y post test; como por ejemplo el Cinismo (CYN), que inicialmente indicó creencias nucleares de desconfianza y rechazo hacia otras personas, actualmente expresa reestructuración cognitiva hacia creencias de mayor confianza hacia otros. Lo mismo para la escala complementaria de Incomodidad Social (SOD), ésta previamente mostró la preferencia de la paciente por aislarse y evitar contextos sociales; sin embargo, en el post test, expresó mayor comodidad social.

A pesar de que la paciente tiene un mejor manejo social y ha alcanzado habilidades asertivas de interrelación, en cuanto al distanciamiento familiar no se reportan mayores cambios. La escala complementaria Problemas familiares (FAM) se mantiene en una elevación clínicamente significativa, pero ha reducido de 89 a 78T. Se observa que la paciente ha logrado desarrollar herramientas para manejar las dinámicas familiares de manera que no la perjudiquen extremadamente; sin embargo el indicativo de alienación y conflicto intrafamiliar persiste en el reporte del MMPI-2.

En definitiva, como señalan Echeburúa y Corral (1999), la Terapia Cognitiva Conductual, con énfasis en el entrenamiento conductual, mostró eficacia en el tratamiento del Trastorno de Personalidad Esquizoide.

Limitaciones del estudio

Esta investigación sugiere que la Terapia Cognitiva Conductual es beneficiosa en el tratamiento de Episodio Depresivo Mayor, Trastorno de Ansiedad Generalizada y Trastorno de Personalidad Esquizoide. No obstante, al ser un estudio de caso, las conclusiones se basan en los resultados obtenidos del proceso de únicamente una paciente

ecuatoriana, por lo que no pueden ser generalizados a toda la población. Como indica Yacuzzi (2005) “el estudio de caso no permite generalizar sus conclusiones a toda una población, ya sea por el tamaño pequeño de la muestra de casos utilizada o a la falta de representatividad de los casos elegidos” (p.8).

Debido a esto, la limitación de esta investigación es que sus resultados deben ser vistos como un aporte de información a futuras investigaciones, mas no como un resultado definitivo de la efectividad de la Terapia Cognitiva Conductual en poblaciones ecuatorianas. Como señalan Lazcano-Ponce, Salazar-Martínez, & Hernández-Avila (2001) los estudios de casos no tienen como principal objetivo generalizar sus hallazgos, sino brindar información que tendrá que ser verificada mediante estudios analíticos.

Por otro lado, una limitación importante de esta investigación fue que no contó que el tiempo para realizar evaluaciones del seguimiento de los resultados obtenidos. Las pruebas post intervención fueron tomadas únicamente una semana después de terminado el proceso terapéutico, por lo que no se cuenta con información que permita conocer si los resultados se mantuvieron después de un tiempo o no. Por esta razón, no se pudo conocer si la terapia evitó la recaída de síntomas.

Recomendaciones para futuros estudios.

Debido a que el análisis mostró resultados favorables referentes a la Terapia Cognitiva Conductual, se considera al presente estudio como una etapa preliminar para futuras investigaciones en el Ecuador. Con el objetivo de alcanzar a conocer más sobre la efectividad de la Terapia Cognitiva Conductual en poblaciones ecuatorianas, es de gran importancia continuar con la investigación y extenderla a muestras mayores. Por otro lado,

para conocer la validez de la terapia en cuanto a disminución de recaídas, se debe realizar un estudio que realice un seguimiento de seis y doce meses.

Por otra parte, se recomienda a futuros investigadores hacer uso de la herramienta de evaluación MMPI-2, ya que este instrumento psicométrico, además de aportar con un perfil de información confiable para su interpretación, permitió desarrollar el diagnóstico de manera más certera y específica, dar guías de la dirección que debía tomar el trabajo terapéutico y proporcionó información detallada para el interés del presente estudio.

Resumen general.

La presente investigación se realizó mediante el estudio de caso de una paciente ecuatoriana de 24 años con el objetivo de comprobar la efectividad de la Terapia Cognitiva Conductual. Para el propósito del estudio se administraron, en pre y post intervención, dos pruebas de evaluación psicológica: el SCL-90 y el MMPI-2. El diagnóstico inicial fue de Trastorno de Ansiedad Generalizada y Episodio Depresivo Mayor para el Eje I, y Trastorno de Personalidad Esquizoide (descartar) en el Eje II. Se dieron 30 sesiones terapéuticas de una hora semanal en la Universidad San Francisco de Quito durante ocho meses. Mediante el análisis de los resultados obtenidos de las pruebas psicométricas aplicadas se comprobó la hipótesis de investigación. Es decir, la Terapia Cognitiva Conductual mostró eficacia en el tratamiento del Episodio Depresivo Mayor, Trastorno de Ansiedad Generalizada y Trastorno Esquizoide de la Personalidad.

REFERENCIAS

- Albarracín, G., Rovira, J., Carreras, L., & Rejas, J. (2008). Aspectos económicos y epidemiológicos de los trastornos de ansiedad generalizada: una revisión de la literatura. *Actas Espa Psiquiatr*, 36(3), 165-176.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Agudelo, D., Casadiegos, C., & Sánchez, D. (2009). Relación entre esquemas maladaptativos tempranos y características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *Universitas Psychologica* 8(1), 87-104.
- Aragonès, E., Lluís Piñol, J., & Labad, A. (2009). Comorbilidad de la depresión mayor con otros trastornos mentales comunes en pacientes de atención primaria. *Atención primaria*, 41(10), 545-551.
- Barlow, D. & Durand, V. (2009), *Abnormal psychology: An Integrative Approach*, 5th edition. Belmont, CA, Unites Estates: Wadsworth Cengage Learning.
- Beck, A. (2008). The Evolution of the Cognitive Model of Depression and Its Neurobiological Correlates. *The American Journal of Psychiatry*, 165(8), 969 – 977.
- Beck, A., & Freeman A. (1990). *La Terapia Cognitiva de los Trastornos de Personalidad*. Versión digital tomado de <http://es.scribd.com/doc/51940109/Beck-A-T-Freeman-A-1990-Terapia-Cognitiva-de-Los-Trastornos-de-Personalidad>
- Beck, A., Freeman, A. & Davis, D. (2004). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York, USA: The Guilford Press.
- Beck, S.J. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York, Unites States: The Guilford Press
- Bond, F. W., & Dryden, W. (2005). *Handbook of brief cognitive behaviour therapy*. West Sussex, England: Wiley.
- Caballo, V. (1997). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos V.1: Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos*. Madrid, España: Siglo XXI de España Editores S.A.
- Calvete, E. (2005). Género y vulnerabilidad cognitiva a la depresión: el papel de los pensamientos automáticos. *Ansiedad Y Estrés*, 11(2/3), 203-214.
- Cartwright, C. (2011). Transference, countertransference, and reflective practice in cognitive therapy. *Clinical Psychologist*, 15(3), 112-120. doi:10.1111/j.1742-9552.2011.00030.x

- Casullo, M., & Pérez, M. (2008). El inventario de síntomas SCL-90-R de L. Derogatis. Adaptación UBA. CONICET. 1999/2008.
- Connolly, S., Petty, C., Simpson, D., & Collins, C. (2006). *Anxiety Disorders*. New York, USA: Infobase Publishing
- Covin, R., Ouimet, A. J., Seeds, P. M., & Dozois, D. A. (2008). A meta-analysis of CBT for pathological worry among clients with GAD. *Journal Of Anxiety Disorders*, 22(1), 108-116. doi:10.1016/j.janxdis.2007.01.002
- Cox, D., & D'Oyley, H. (2011). Cognitive-behavioral therapy with older adults. *British Columbia Medical Journal*, 53(7), 348-352.
- Cruz, C., López, L., Blas, C., González, L., & Chávez, R. A. (2005). Datos sobre la validez y confiabilidad de las Symptom Check List 90 (SCL 90) en una muestra de sujetos mexicanos. *Salud Mental*, 28(1), 72-81.
- Curwen, B., Palmer, S., & Ruddell, P. (2000). *Brief Cognitive Behavior Therapy*. London, GBR: SAGE Publications Ltd.
- Disner, S. G., Beevers, C. G., Haigh, E. P., & Beck, A. T. (2011). Neural mechanisms of the cognitive model of depression. *Nature Reviews Neuroscience*, 12(8), 467-477. doi:10.1038/nrn3027
- DiTomasso, R. & Gosh, E. (2007). *Anxiety Disorders : A Practitioner's Guide to Comparative Treatments*. New York, USA: Springer Publishing Company.
- Dobson, D., & Dobson, K. (2009) *Evidence-Based Practice of Cognitive Behavioral Therapy*. New York, Unites States: Guilford Press.
- Echeburúa, E., & Corral, P. (1999). Avances en el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de la personalidad. *Análisis y Modificación de conducta*, 25(102), 585-614.
- Echeburúa, E., & Corral, P. D. (2001). Eficacia de las terapias psicológicas: de la investigación a la práctica clínica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 181-204.
- Espinosa, I., Cárdenas, M., Fócil, M., Cavazos, J. & Lara Muñoz, C. (2005). Confiabilidad y validez de la SCL-90 en la evaluación de psicopatología en mujeres. *Salud Mental*, junio, 42-50.
- Fisher, C. (2012). *Decoding the Ethics Code: A Practical Guide for Psychologists*, Updated. Thousand Oaks, California: SAGE Publications.
- Flouri, E., & Panourgia, C. (2011). Gender differences in the pathway from adverse life events to adolescent emotional and behavioural problems via negative cognitive errors. *British Journal Of Developmental Psychology*, 29(2), 234-252. doi:10.1348/0261-510X.002002

- Follette, V., & Ruzek, J. (2006). *Cognitive-Behavioral Therapies for Trauma*. New York, Unites Estates: The Guilford Press.
- Gilbert, P. & Leahy, R. (2007). *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies*. New York, USA: Routledge.
- González-Santos, L., Mercadillo, R., Graff, A., & Barrios, F. (2007). Del Listado De Síntomas 90 (Scl 90) Y Del Inventario De Temperamento Y Carácter (ITC). *Salud Mental*, 30(4), 31-40.
- Greene, R. (2000). *The MMPI-2 an Interpretative Manual*. Segunda edición. Needham Heights, Estados Unidos: Allyn & Bacon.
- Haddad & Gunn (2011). *Fast Facts: Depression*, 3rd edition. Abingdon, Oxford, GBR: Health Press Limited.
- Hollon, S., DeRubeis, R., Shelton, R., Amsterdam, J., Salomon, R., O'Reardon, J., Lovett, M., Young, P., Haman, K., Freeman, B. & Gallop R. (2005). Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression. *Arch Gen Psychiatry*, 62(4), 417-22.
- Hollon, S., Thase, M., & Markowitz, J. (2002). Treatment and Prevention of Depression. *Psychological Science in the Public Interest*, 3(2), 39-77.
- Hofmann, S. G., & Smits, J. A. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *The Journal of clinical psychiatry*, 69(4), 621.
- Keegan, E. (2008) *Escritos de psicoterapia cognitiva*. Buenos Aires, Argentina: Eudeba.
- Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., Léger, E., Gagnon, F., & Thibodeau, N. (2000). Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Evaluation in a controlled clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(6), 957-964.
- Lazcano-Ponce, E., Salazar-Martínez, E., & Hernández-Avila, M. (2001). Estudios epidemiológicos de casos y controles. Fundamento teórico, variantes y aplicaciones. *Salud pública de México*, 43(2), 135-150.
- Leahy, R. (2008). The therapeutic relationship in cognitive-behavioral therapy. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 36, 769–777.
- Leahy, R. & Dowd, T. (2002). *Clinical Advances in Cognitive Psychotherapy : Theory and Application*. New York, USA: Springer Publishing Company.
- Leichsenring, F., Salzer, S., Jaeger, U., Kächele, H., Kreische, R., Leweke, F., . . . Leibing, E. (2009). Short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in generalized anxiety disorder: A randomized, controlled trial. *The American Journal of Psychiatry*, 166(8), 875-81.

- Luty, S., Carter, J., McKENZIE, J., Rae, A., Frampton, C., Mulder, R., & Joyce, P. (2007). Randomised controlled trial of interpersonal psychotherapy and cognitive-behavioural therapy for depression. *The British Journal of Psychiatry*, 190(6), 496-502.
- Mahoney, M. (2004). *Cognitive and Constructive Psychotherapies : Theory, Research, and Practice*. New York, United States: Springer Publishing Company
- Miller, E. K., & Wallis, J. D. (2009). Executive function and higher-order cognition: Definition and neural substrates. *Encyclopedia of neuroscience*, 4, 99-104.
- Millon, T. (2006). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*, 2da edición. Barcelona, España: MASSON S.A.
- Milman, E., & Drapeau, M. (2012). Cognitive errors in cognitive behavioral therapy: a survey of researchers and practitioners and an assessment of the face validity of the cognitive error rating scale. *Journal Of Cognitive & Behavioral Psychotherapies*, 12(2), 125-138.
- Miskovic, V., Moscovitch, D., Santesso, D., McCabe, R., Antony M., & Schmidt, L. (2011). Changes in EEG Cross-Frequency Coupling During Cognitive Behavioral Therapy for Social Anxiety Disorder. *Psychological Science*, 22(4), 507-516.
- Mitte, K. (2005). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for generalized anxiety disorder: A comparison with pharmacotherapy. *Psychological Bulletin*, 131, 785-795.n:
- Montgomery, E., Kunik, M., Wilson, N., Stanley, M., & Weiss, B. (2010). Can paraprofessionals deliver cognitive-behavioral therapy to treat anxiety and depressive symptoms? *Bulletin of the Menninger Clinic*, 74(1), 45-62.
- Muñoz, C. L., de Santillana, I. E., de la Luz Cárdenas, M., Fócil, M., & Cavazos, J. (2005). Confiabilidad y validez de la SCL-90 en la evaluación de psicopatología en mujeres. *Salud Mental*, 28(3), 43.
- Nathan, P. & Gorman, M. (2002). *A guide to Treatements that Work*. New York, Unites States: Oxford University Press.
- Norcross, J. (2011). *Psychotherapy Relationships That Work: Evidence-Based Responsiveness*, 2nd edition. New York, USA: Oxford University Press.
- Oldham, J., Bender, D. & Skodol, A. (2007). *Tratado de los Trastornos de Personalidad*. Barcelona, España: MASSON S.A.
- Penney, A. M., Mazmanian, D., & Rudanycz, C. (2013). Comparing Positive and Negative Beliefs About Worry in Predicting Generalized Anxiety Disorder Symptoms. *Canadian Journal Of Behavioural Science*, 45(1), 34-41. doi:10.1037/a0027623

- Pita F. S., & Pértegas D. S. (2002). Investigación cuantitativa y cualitativa. *Cad Aten Primaria*, 9, 76-80.
- Pothier, B., Dobson, K. S., & Drapeau, M. (2012). Investigating the relationship between depression severity and cognitive rigidity through the use of cognitive errors. *Archives Of Psychiatry & Psychotherapy*, 14(2), 35-40
- Ramos-Cejudo, J. J., & Cano-Vindel, A. A. (2008). Tratamiento cognitivo-conductual de un caso de trastorno por ansiedad generalizada: el componente metacognitivo. *Ansiedad Y Estrés*, 14(2-3), 305-319.
- Reisenzein, R. (2007). What is a definition of emotion? And are emotions mental-behavioral processes?. *Social science information-paris then london-*, 46(3), 424.
- Rehna, T., Hanif, R., & Tariq, S. (2012). Cognitive Errors and Anxiety: A Comparison of Depressed and Non-Depressed Adolescents. *European Journal Of Social Science*, 27(2-4), 309-318.
- Riskind, J. H. (2005). Cognitive mechanisms in generalized anxiety disorder: A second generation of theoretical perspectives. *Cognitive Therapy and Research*, 29(1), 1-5. doi: 10.1007/s10608-005-1644-0.
- Riso, W. (2006). Terapia cognitiva. Fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico. Bogotá, Colombia: Editorial Norma.
- Robertson, D. (2010). Philosophy of Cognitive-Behavioural Therapy : Stoic Philosophy as Rational and Cognitive Psychotherapy. London, GBR: Karnac Books.
- Robinson, O. J., Overstreet, C., Letkiewicz, A., & Grillon, C. (2012). Depressed mood enhances anxiety to unpredictable threat. *Psychological Medicine*, 42(7), 1397-407. doi: 10.1017/S0033291711002583.
- Sánchez, J. R., & Sánchez, J. C. (1999). La terapia multimodal como alternativa. *Psiquis: Revista de psiquiatría, psicología médica y psicosomática*, 20(1), 21-26.
- Sánchez-Román, S., Velasco-Furlong, L., Rodríguez-Carbajal, R., & Baranda-Sepúlveda, J. (2006). Eficacia de un programa cognitivo-conductual para la disminución de la ansiedad en pacientes médicamente enfermos. *Revista de Investigación Clínica*, 58, 540-546.
- Sánchez-Sosa, J. J., Alcazar Manzanera, F., & Riveros Rosas, A. (2005). Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. *International journal of clinical and health psychology*, 5(3), 445-462.
- Santacruz, I., Orgilés, M., Rosa, A. I., Sánchez-Meca, J., Méndez, X., & Olivares, J. (2002). Ansiedad generalizada, ansiedad por separación y fobia escolar: el predominio de la terapia cognitivo-conductual. *Psicología Conductual*, 10(3), 503-521.

- Seeds, P. M., & Dozois, D. A. (2010). Prospective evaluation of a cognitive vulnerability-stress model for depression: the interaction of schema self-structures and negative life events. *Journal Of Clinical Psychology, 66*(12), 1307-1323. doi:10.1002/jclp.20723
- Sheets, E. S., Wilcoxon Craighead, L., Brosse, A. L., Hauser, M., Madsen, J. W., & Edward Craighead, W. W. (2013). Prevention of recurrence of major depression among emerging adults by a group cognitive-behavioral/interpersonal intervention. *Journal Of Affective Disorders, 147*(1-3), 425-430. doi:10.1016/j.jad.2012.08.036
- Szabo, Z., & Marian, M. (2012). Stress inoculation training in adolescents: classroom intervention benefits. *Journal Of Cognitive & Behavioral Psychotherapies, 12*(2), 175-188
- Vasey, M., & Dadds, M. (2001). *Developmental Psychopathology of Anxiety*. Cary NC, Usa: Oxford University Press.
- Vittengl, J. R., Clark, L. A., Dunn, T. W., & Jarrett, R. B. (2007). Reducing relapse and recurrence in unipolar depression: a comparative meta-analysis of cognitive-behavioral therapy's effects. *Journal of consulting and clinical psychology, 75*(3), 475.
- Wells, A. (1995). Meta-Cognition and Worry: A Cognitive Model of Generalized Anxiety Disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 23*, 301-320. doi:10.1017/S1352465800015897.
- Wells, A. (1999). A Metacognitive Model and Therapy for Generalized Anxiety Disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 6*, 86 – 95.
- Widiger, T. A. (2003). Personality disorder and Axis I psychopathology: The problematic boundary of Axis I and Axis II. *Journal of Personality Disorders, 17*(2), 90– 108.
- Winterowd, C., Beck, A., & Gruener, D. (2000) *Cognitive Therapy with Chronic Pain Patients*. New York, Unites States: Springer Publishing Company.
- Wise, E. A., Streiner, D. L., & Walfish, S. (2010). A Review and Comparison of the Reliabilities of the MMPI-2, MCMI-III, and PAI Presented in Their Respective Test Manuals. *Measurement & Evaluation In Counseling & Development, 42*(4), 246-254. doi:10.1177/0748175609354594
- Wright, J., & Davis, D. (1994). The therapeutic relationship in cognitive-behavioral therapy: Patient perceptions and therapist responses. *Cognitive and Behavioral Practice, 1*(1), 25-45.
- Wright, J. (2006). *Learning Cognitive Behavioral Therapy: an Illustrated Guide*. Arlington, USA: American Psychiatric Publishing Inc.
- Yacuzzi, E. (2005). *El estudio de caso como metodología de investigación: teoría, mecanismos causales, validación* (No. 296). Universidad del CEMA.

ANEXOS A

SCL90 Test de Síntomas L. R. Derogatis.
Adaptación USFQ 2011.

Nombre _____

Edad _____

Fecha de hoy _____

Sexo: Mujer Hombre

Educación:

 Primario incompleto Secundario incompleto Superior incompleto Primario completo Secundario completo Superior completo

Estado civil:

 Soltero Divorciado Viudo/a Casado Separado En pareja

Ocupación: _____

Lugar de nacimiento: _____

Lugar de residencia actual: _____

A continuación hay una lista de problemas que tiene la gente.

Lea y marque su respuesta con una cruz en la casilla correspondiente, pensando en cómo se ha sentido o en qué medida ese problema le ha preocupado o molestado

durante la última semana (7 días).

Tiene cinco (5) posibilidades de respuesta:

NADA - MUY POCO - POCO - BASTANTE - MUCHO.

No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. No deje frases sin responder.

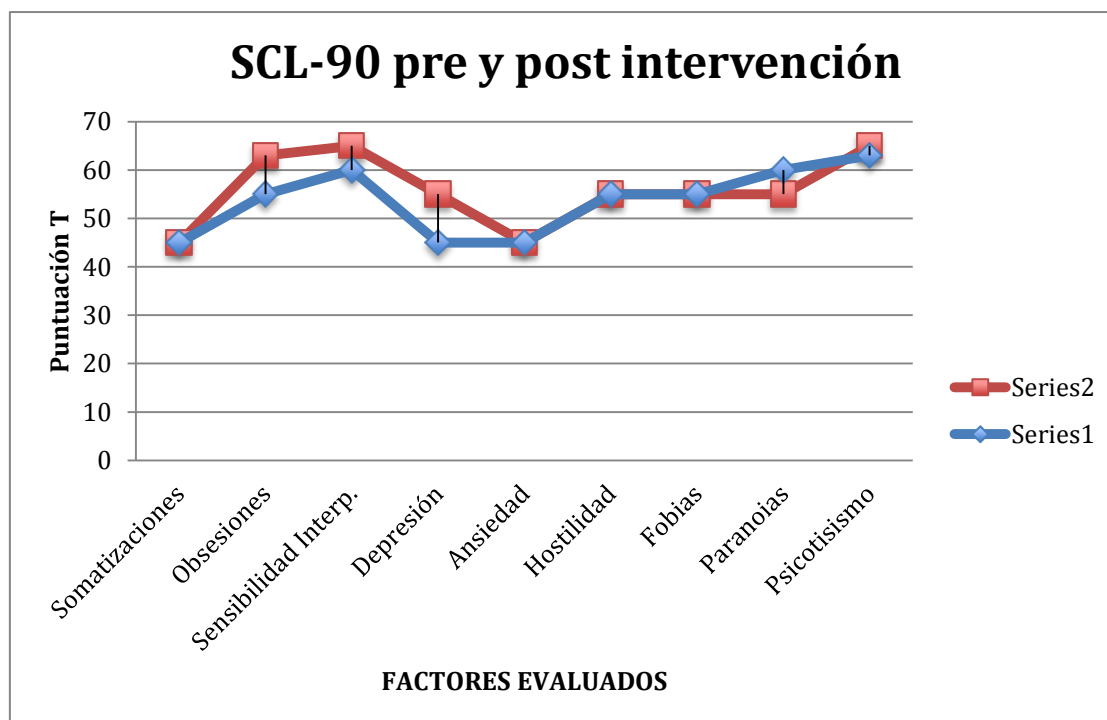
	N A D A	M U Y P O C O	P O C O	B A S T A N T E	M U C H O
Piense en cómo se ha sentido o en qué medida estos problemas le han preocupado o molestado					
DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA ÚNICAMENTE (7 días).					
1. Dolores de cabeza.					
2. Nerviosismo.					
3. Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza.					
4. Sensación de mareo o desmayo.					
5. Falta de interés en relaciones sexuales.					
6. Critico a los demás.					
7. Siento que otro puede controlar mis pensamientos.					
8. Siento que otros son culpables de lo que me pasa.					
9. Tengo dificultad para memorizar cosas.					
10. Estoy preocupado/a por mi falta de ganas para hacer algo.					
11. Me siento enojado/a, malhumorado/a.					

Piense en cómo se ha sentido o en qué medida estos problemas le han preocupado o molestado	N A D A	M U Y P O C O	P O C O	B A S T A N T E	M U C H O
DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA ÚNICAMENTE					
12. Dolores en el pecho.					
13. Miedo a los espacios abiertos o las calles.					
14. Me siento con muy pocas energías.					
15. Pienso en quitarme la vida.					
16. Escucho voces que otras personas no oyen.					
17. Temblores en mi cuerpo.					
18. Pierdo la confianza en la mayoría de las personas.					
19. No tengo ganas de comer.					
20. Llora por cualquier cosa.					
21. Me siento incómodo/a con personas del otro sexo.					
22. Me siento atrapada/o o encerrado/a.					
23. Me asusto de repente sin razón alguna.					
24. Exploto y No puedo controlarme.					
25. Tengo miedo a salir solo/a de mi casa.					
26. Me siento culpable por cosas que ocurren.					
27. Dolores en la espalda.					
28. No puedo terminar las cosas que empecé a hacer.					
29. Me siento solo/a.					
30. Me siento triste.					
31. Me preocupo demasiado por todo lo que pasa.					
32. No tengo interés por nada.					
33. Tengo miedos.					
34. Me siento herido en mis sentimientos.					
35. Creo que la gente sabe lo que estoy pensando.					
36. Siento que no me comprenden.					
37. Siento que no caigo bien a la gente, que no les gusto.					
38. Tengo que hacer las cosas muy despacio para estar seguro/a de que están bien hechas.					
39. Mi corazón late muy fuerte, se acelera.					
40. Náuseas o dolor de estómago.					
41. Me siento inferior a los demás.					
42. Calambres en manos, brazos o piernas.					
43. Siento que me vigilan o que hablan de mí.					
44. Tengo problemas para dormirme.					
45. Tengo que controlar una o más veces lo que hago.					
46. Tengo dificultades para tomar decisiones.					
47. Tengo miedo de viajar en tren, bus, metro o subterráneos.					
48. Tengo dificultades para respirar bien.					
49. Ataques de frío o de calor.					
50. Tengo que evitar acercarme a algunos lugares o actividades porque me dan miedo.					
51. Siento que mi mente queda en blanco.					
52. Hormigueos en alguna parte del cuerpo.					
53. Tengo un nudo en mi garganta					

Piense en cómo se ha sentido o en qué medida estos problemas le han preocupado o molestado	N A D A	M U Y P O C O	P O C O	B A S T A N T E	M U C H O
durante la última semana (7 días).					
54. Pierdo las esperanzas en el futuro.					
55. Dificultades para concentrarme en lo que estoy haciendo.					
56. Siento flojedad, debilidad, en partes de mi cuerpo.					
57. Me siento muy nervioso/a, agitado/a					
58. Siento mis brazos y piernas muy pesados					
59. Pienso que me estoy por morir.					
60. Como demasiado.					
61. Me siento incómodo/a cuando me miran o hablan de mí.					
62. Tengo ideas, pensamientos que no son los míos.					
63. Necesito golpear o lastimar a alguien.					
64. Me despierto muy temprano por la mañana sin necesidad.					
65. Repito muchas veces algo que hago: contar, lavarme, tocar cosas.					
66. Duermo con problemas, muy inquieto/a.					
67. Necesito romper o destrozar cosas.					
68. Tengo ideas, pensamientos que los demás no entienden.					
69. Estoy muy pendiente de lo que los otros puedan pensar de mí.					
70. Me siento incómodo/a en lugares donde hay mucha gente.					
71. Siento que todo me cuesta mucho esfuerzo.					
72. Tengo ataques de mucho miedo o de pánico.					
73. Me siento mal si estoy comiendo o bebiendo en público.					
74. Me meto muy seguido en discusiones.					
75. Me pongo nervioso/a cuando estoy solo/a.					
76. Siento que los demás no me valoran como merezco.					
77. Me siento solo/a aún estando con gente.					
78. Estoy inquieto/a; No puedo estar sentado/a sin moverme.					
79. Me siento un/a inútil.					
80. Siento que algo malo me va a pasar.					
81. Grito o tiro cosas.					
82. Tengo miedo a desmayarme en medio de la gente.					
83. Siento que se aprovechan de mí si lo permito					
84. Pienso cosas sobre el sexo que me molestan.					
85. Siento que debo ser castigado/a por mis pecados.					
86. Tengo imágenes y pensamientos que me dan miedo.					
87. Siento que algo anda mal en mi cuerpo.					
88. Me siento alejado/a de las demás personas.					
89. Me siento culpable.					
90. Pienso que en mi cabeza hay algo que no funciona bien.					

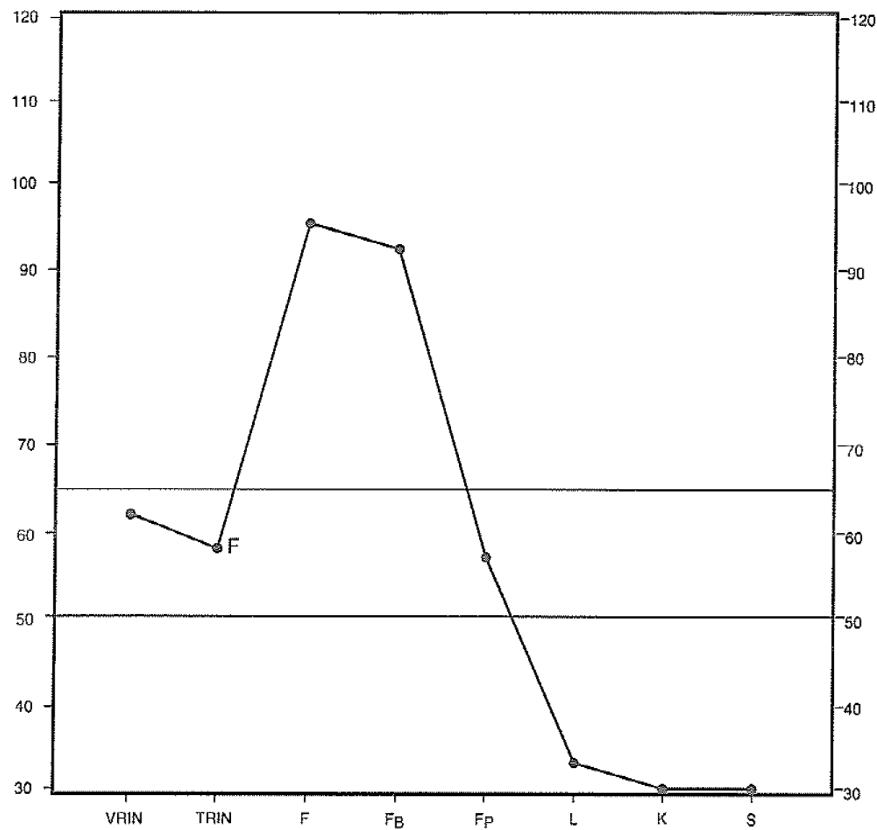
RESULTADOS PRE Y POST INTERVENCIÓN SCL-90

Resultados SCL 90 Post test.		
Factores Evaluados	Puntaje T PRE TEST	Puntaje T POST TEST
Somatizaciones	45	45
Obsesiones	63	55
Sensibilidad Interpersonal	65	60
Depresión	55	45
Ansiedad	45	45
Hostilidad	55	55
Fobias	55	55
Paranoias	55	60
Psicotismo	65	63



Resultados pre intervención MMPI-2

MMPI-2 VALIDITY PATTERN



Raw Score:	8	8	17	13	2	0	6	8
T Score:	62	58F	96	93	57	33	30	30
Response %:	100	100	100	100	100	100	100	100

Cannot Say (Raw): 0
 Percent True: 54
 Percent False: 46
 F-K (Raw): 11

	Raw Score	T Score	Resp. %
S ₁ - Beliefs in Human Goodness	1	32	100
S ₂ - Serenity	1	33	100
S ₃ - Contentment with Life	2	42	100
S ₄ - Patience/Denial of Irritability	3	43	100
S ₅ - Denial of Moral Flaws	0	30	100

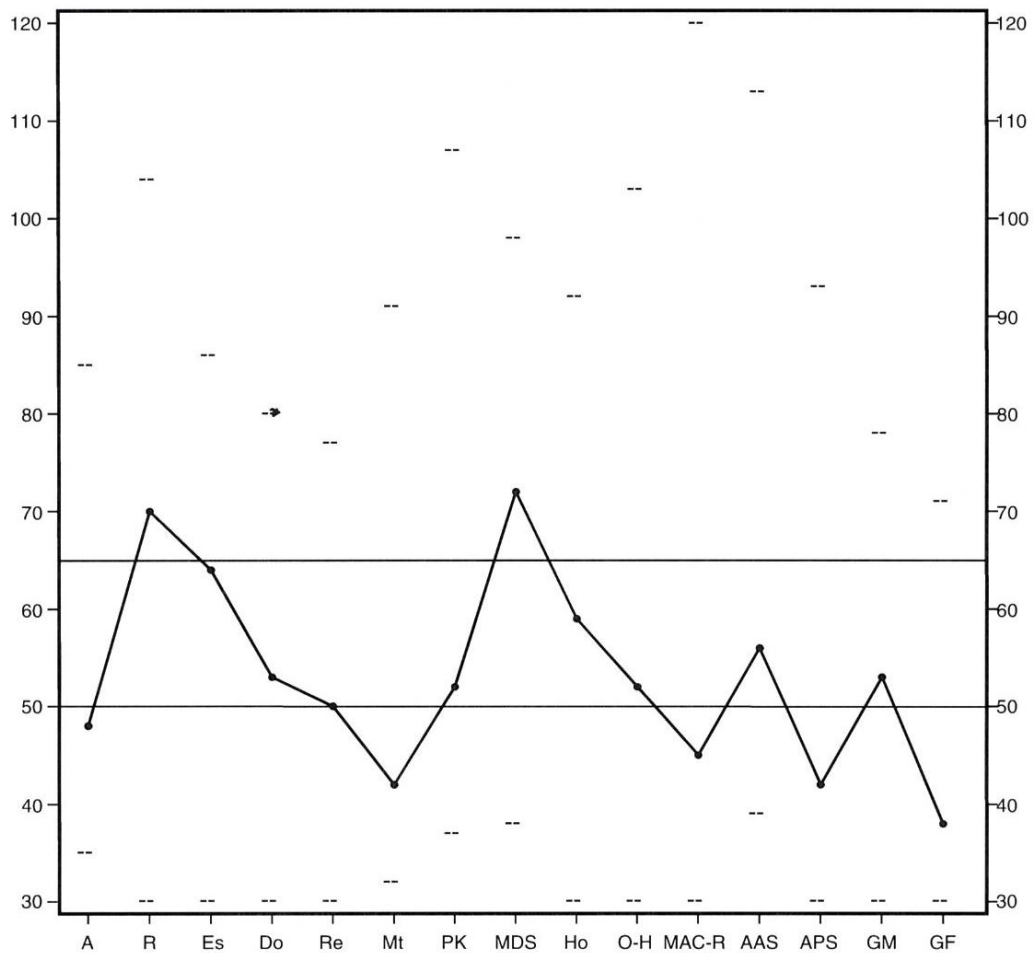
ADDITIONAL SCALES

	Raw Score	T Score	Resp %
Personality Psychopathology Five (PSY-5) Scales			
Aggressiveness (AGGR)	8	53	100
Psychoticism (PSYC)	7	63	100
Disconstraint (DISC)	14	60	100
Negative Emotionality/Neuroticism (NEGE)	23	72	100
Introversion/Low Positive Emotionality (INTR)	15	60	100
Supplementary Scales			
Anxiety (A)	33	77	100
Repression (R)	17	52	100
Ego Strength (Es)	22	30	100
Dominance (Do)	10	30	100
Social Responsibility (Re)	19	44	100
Harris-Lingoes Subscales			
Depression Subscales			
Subjective Depression (D ₁)	22	84	100
Psychomotor Retardation (D ₂)	7	57	100
Physical Malfunctioning (D ₃)	5	63	100
Mental Dullness (D ₄)	8	75	100
Brooding (D ₅)	8	78	100
Hysteria Subscales			
Denial of Social Anxiety (Hy ₁)	0	30	100
Need for Affection (Hy ₂)	1	30	100
Lassitude-Malaise (Hy ₃)	12	87	100
Somatic Complaints (Hy ₄)	10	77	100
Inhibition of Aggression (Hy ₅)	3	46	100
Psychopathic Deviate Subscales			
Familial Discord (Pd ₁)	8	86	100
Authority Problems (Pd ₂)	2	46	100
Social Imperturbability (Pd ₃)	1	35	100
Social Alienation (Pd ₄)	7	65	100
Self-Alienation (Pd ₅)	11	87	100
Paranoia Subscales			
Persecutory Ideas (Pa ₁)	6	75	100
Poignancy (Pa ₂)	6	72	100
Naivete (Pa ₃)	2	36	100

	Raw Score	T Score	Resp %
Schizophrenia Subscales			
Social Alienation (Sc ₁)	14	92	100
Emotional Alienation (Sc ₂)	5	86	100
Lack of Ego Mastery, Cognitive (Sc ₃)	8	92	100
Lack of Ego Mastery, Conative (Sc ₄)	9	85	100
Lack of Ego Mastery, Defective Inhibition (Sc ₅)	4	65	100
Bizarre Sensory Experiences (Sc ₆)	6	68	100
Hypomania Subscales			
Amorality (Ma ₁)	4	70	100
Psychomotor Acceleration (Ma ₂)	9	70	100
Imperturbability (Ma ₃)	0	30	100
→Ego Inflation (Ma ₄)	5	62	100
Social Introversion Subscales (Ben-Porath, Hostetler, Butcher, & Graham)			
Shyness/Self-Consciousness (Si ₁)	12	68	100
Social Avoidance (Si ₂)	4	56	100
Alienation--Self and Others (Si ₃)	15	77	100
Content Component Scales (Ben-Porath & Sherwood)			
Fears Subscales			
Generalized Fearfulness (FRS ₁)	5	74	100
Multiple Fears (FRS ₂)	7	58	100
Depression Subscales			
Lack of Drive (DEP ₁)	10	90	100
Dysphoria (DEP ₂)	6	79	100
Self-Depreciation (DEP ₃)	5	75	100
Suicidal Ideation (DEP ₄)	1	61	100
Health Concerns Subscales			
Gastrointestinal Symptoms (HEA ₁)	1	54	100
Neurological Symptoms (HEA ₂)	5	67	100
General Health Concerns (HEA ₃)	3	64	100
Bizarre Mentation Subscales			
Psychotic Symptomatology (BIZ ₁)	2	65	100
Schizotypal Characteristics (BIZ ₂)	5	72	100
Anger Subscales			
Explosive Behavior (ANG ₁)	4	69	100
Irritability (ANG ₂)	5	59	100
Cynicism Subscales			
Misanthropic Beliefs (CYN ₁)	13	70	100
Interpersonal Suspiciousness (CYN ₂)	8	73	100

	Raw Score	T Score	Resp %
Antisocial Practices Subscales			
Antisocial Attitudes (ASP ₁)	14	76	100
Antisocial Behavior (ASP ₂)	1	51	100
Type A Subscales			
Impatience (TPA ₁)	4	58	100
Competitive Drive (TPA ₂)	4	58	100
Low Self-Esteem Subscales			
Self-Doubt (LSE ₁)	8	75	100
Submissiveness (LSE ₂)	3	57	100
Social Discomfort Subscales			
Introversion (SOD ₁)	9	64	100
Shyness (SOD ₂)	5	60	100
Family Problems Subscales			
Family Discord (FAM ₁)	10	81	100
Familial Alienation (FAM ₂)	4	77	100
Negative Treatment Indicators Subscales			
Low Motivation (TRT ₁)	10	91	100
Inability to Disclose (TRT ₂)	2	53	100

MMPI-2 SUPPLEMENTARY SCALES PROFILE



Raw Score:	10	24	41	17	21	7	10	8	24	14	17	3	20	31	33
T Score (plotted):	48	70	64	53	50	42	52	72	59	52	45	56	42	53	38
Non-Gendered T Score:	49	70	60	52	51	43	53	72	58	53	43	53	41		
Response %:	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

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

ADDITIONAL SCALES

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

		Non-Gendered		
	Raw Score	T Score	T Score	Resp %
Harris-Lingoes Subscales				
Depression Subscales				
Subjective Depression (D ₁)	8	51	52	100
Psychomotor Retardation (D ₂)	7	57	58	100
Physical Malfunctioning (D ₃)	5	63	65	100
Mental Dullness (D ₄)	3	52	52	100
Brooding (D ₅)	2	47	49	100
Hysteria Subscales				
Denial of Social Anxiety (Hy ₁)	3	45	45	100
Need for Affection (Hy ₂)	5	42	43	100
Lassitude-Malaise (Hy ₃)	4	55	56	100
Somatic Complaints (Hy ₄)	4	53	55	100
Inhibition of Aggression (Hy ₅)	3	46	47	100
Psychopathic Deviate Subscales				
Familial Discord (Pd ₁)	8	86	88	100
Authority Problems (Pd ₂)	3	53	50	100
Social Imperturbability (Pd ₃)	2	41	40	100
Social Alienation (Pd ₄)	5	54	55	100
Self-Alienation (Pd ₅)	4	53	53	100
Paranoia Subscales				
Persecutory Ideas (Pa ₁)	1	45	46	100
Poignancy (Pa ₂)	2	46	47	100
Naivete (Pa ₃)	5	50	50	100
Schizophrenia Subscales				
Social Alienation (Sc ₁)	6	61	62	100
Emotional Alienation (Sc ₂)	1	49	49	100
Lack of Ego Mastery, Cognitive (Sc ₃)	1	49	49	100
Lack of Ego Mastery, Conative (Sc ₄)	2	49	49	100
Lack of Ego Mastery, Defective Inhibition (Sc ₅)	1	46	47	100
Bizarre Sensory Experiences (Sc ₆)	1	45	45	100
Hypomania Subscales				
Amorality (Ma ₁)	2	54	52	100
Psychomotor Acceleration (Ma ₂)	4	45	44	100
Imperturbability (Ma ₃)	1	37	36	100
Ego Inflation (Ma ₄)	1	37	37	100
Social Introversion Subscales				
Shyness/Self-Consciousness (Si ₁)	7	55	55	100
Social Avoidance (Si ₂)	4	56	55	100
Alienation--Self and Others (Si ₃)	7	55	56	100

Content Component Scales	Non-Gendered			
	Raw Score	T Score	T Score	Resp %
Fears Subscales				
Generalized Fearfulness (FRS ₁)	3	61	65	100
Multiple Fears (FRS ₂)	7	58	61	100
Depression Subscales				
Lack of Drive (DEP ₁)	3	55	56	100
Dysphoria (DEP ₂)	1	47	48	100
Self-Depreciation (DEP ₃)	0	40	41	100
Suicidal Ideation (DEP ₄)	0	45	46	100
Health Concerns Subscales				
Gastrointestinal Symptoms (HEA ₁)	0	43	44	100
Neurological Symptoms (HEA ₂)	2	50	52	100
General Health Concerns (HEA ₃)	3	64	64	100
Bizarre Mentation Subscales				
Psychotic Symptomatology (BIZ ₁)	0	44	44	100
Schizotypal Characteristics (BIZ ₂)	0	41	41	100
Anger Subscales				
Explosive Behavior (ANG ₁)	1	47	46	100
Irritability (ANG ₂)	2	44	45	100
Cynicism Subscales				
Misanthropic Beliefs (CYN ₁)	6	51	50	100
Interpersonal Suspiciousness (CYN ₂)	6	64	63	100
Antisocial Practices Subscales				
Antisocial Attitudes (ASP ₁)	5	48	48	100
Antisocial Behavior (ASP ₂)	1	51	48	100
Type A Subscales				
Impatience (TPA ₁)	2	46	46	100
Competitive Drive (TPA ₂)	4	58	56	100
Low Self-Esteem Subscales				
Self-Doubt (LSE ₁)	2	48	49	100
Submissiveness (LSE ₂)	1	45	47	100
Social Discomfort Subscales				
Introversion (SOD ₁)	7	58	58	100
Shyness (SOD ₂)	3	50	51	100
Family Problems Subscales				
Family Discord (FAM ₁)	7	67	69	100
Familial Alienation (FAM ₂)	5	86	86	100

ANEXOS B: MATERIALES TERAPÉUTICOS

Hoja de Trabajo de Creencias Centrales

Creencia central antigua: soy inadecuada

¿Cuánto crees en la creencia central antigua ahora?(0-100%) 60%

¿Cuánto es lo más que la has creído en esta semana?(0-100%) 90%

¿Cuánto es lo menos que la has creído en esta semana? (0-100%) 60%

Nueva creencia: *soy adecuada de muchas maneras, pero también soy humana.*

¿Cuánto crees en la creencia nueva ahora?(0-100%) 50%

Evidencia que contradice la creencia central antigua y soporta la creencia nueva

Hice un buen trabajo en literatura

Hice una pregunta en estadística

Entendí como usar esta hoja de trabajo

Obtuve una B en Química

Hice la investigación de economía

Entendí la mayor parte del capítulo 6 de estadística

Evidencia que da soporte la creencia antigua reestructurada

No entendí el concepto de economía

PERO no lo he leído aún, pronto lo leeré y

probablemente entenderé más tarde.

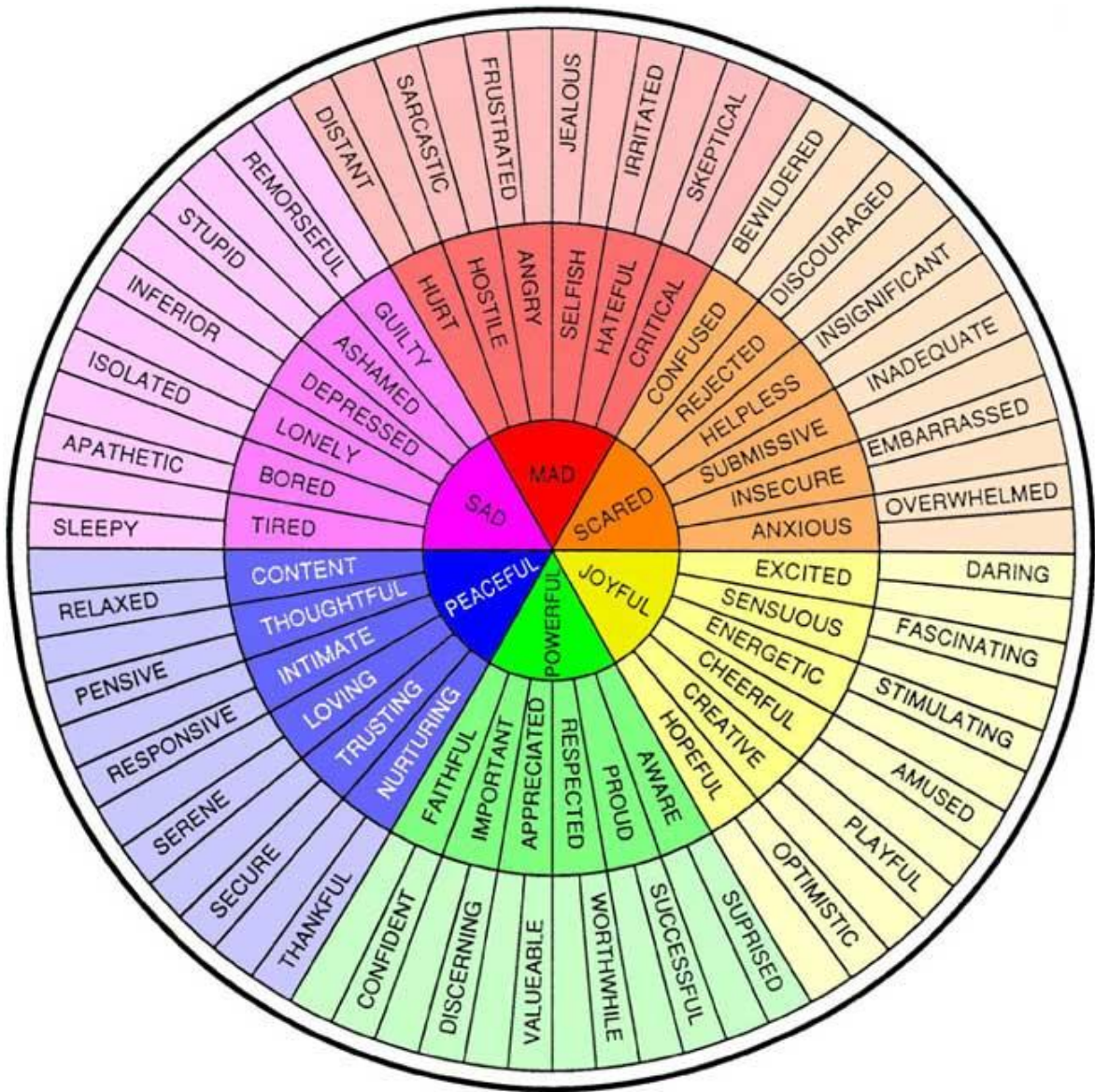
No fui a pedir ayuda de la asistente PERO eso no significa que soy inadecuada. Estaba

nerviosa de ir porque creía que debería entender estas cosas por mí misma.

Obtuve una B en mi trabajo de literatura PERO es una nota buena. Si fuera realmente inadecuada no estuviera ni en la universidad.

Ejemplo tomado de *Cognitive Therapy: Basics and Beyond* de Judith Beck (1995, p.177)

Ruleta de emociones

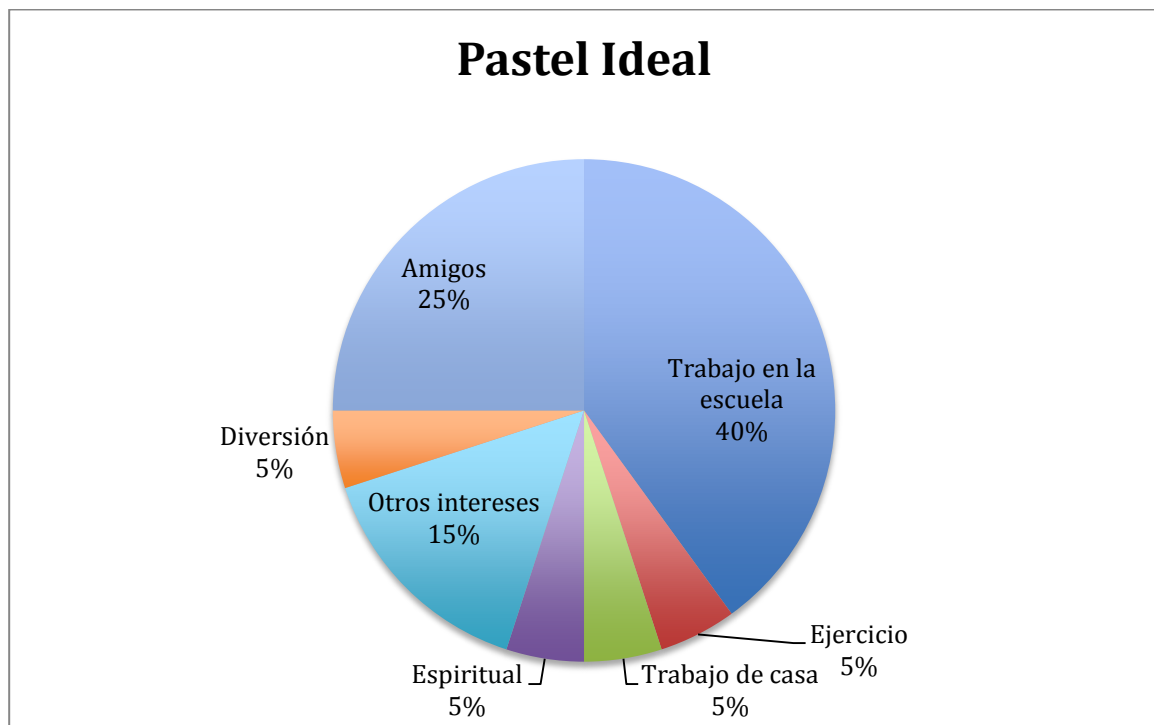
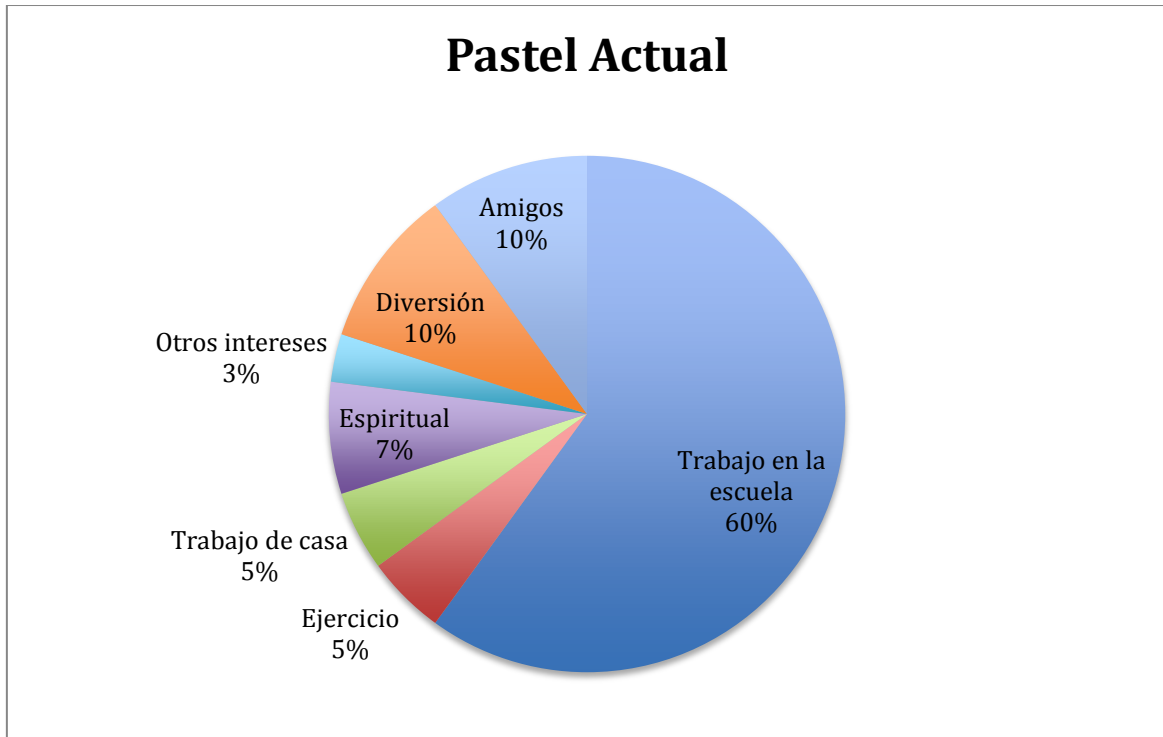


Escala de Intensidad de emociones

GRADO EMOCIÓN/ANSIEDAD	SITUACIONES
0%	Ver una película en la tv el sábado
10%	Preguntarme si llegaré tarde a terapia hoy
20%	Un dolor en el costado: ¿apendicitis?
30%	Preguntarme por qué mamá llamó inesperadamente
40%	Pensar en cuánto trabajo tengo para hoy
50%	Hablar en clases cuando estoy segura de la respuesta
60%	Pensar en ir a donde la asistente del profesor
70%	Hablar con amigos sobre la vida después de graduarse
80%	Hablar en clases cuando estoy insegura de la respuesta
90%	La noche antes de mi examen de economía
100%	El accidente de auto de mi padre

Ejemplo tomado de *Cognitive Therapy: Basics and Beyond* de Judith Beck (1995, p.102)

Técnica del Pastel



Ejemplo tomado de *Cognitive Therapy: Basics and Beyond* de Judith Beck (1995, p.223)