

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

**Estudio de la Eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual Para el
Tratamiento de un Paciente con Ataques de Pánico e Hipocondrías**

Andrés del Hierro Gangotena

Esteban Utreras, Ph.D., Mentor y Director de Tesis

**Tesis de grado presentada como requisito para la obtención del título de
Psicólogo Clínico**

Quito, mayo de 2013

Universidad San Francisco de Quito
Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

HOJA DE APROBACIÓN DE TESIS

**Estudio de la Eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual para el
Tratamiento de un Paciente con Ataques de Pánico e Hipocondrías**

Andrés del Hierro Gangotena

Esteban Utreras, Ph.D.
Director de la tesis

Dr. Carlos Freile
Miembro del Comité de Tesis

Esreban Ricaurte, MA.
Miembro del Comité de Tesis

Teresa Borja, Ph.D.
Director del programa

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

Quito, Ecuador, mayo 2013

© PÁGINA DERECHOS DE AUTOR

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

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

Firma: _____

Nombre: Andrés del Hierro Gangotena

C. I.: 1717199523

Fecha: Quito, mayo de 2013

DEDICATORIA

El presente trabajo quiero dedicarlo a todos mis profesores de la Universidad San Francisco de Quito, a mi director de tesis, a mi familia y en especial a Marco ya que gracias a él se hizo posible la realización de esta investigación.

AGRADECIMIENTOS

Quisiera agradecer a mi director de tesis por la ayuda y el soporte brindado durante todo el proceso que conllevó la realización de esta investigación. Quisiera agradecer a Marco por su dedicación y entrega al tratamiento Cognitivo Conductual. Por último, quisiera agradecer a mi familia por el apoyo y el soporte que me han entregado a lo largo de toda mi vida.

RESUMEN

El siguiente estudio consiste en la investigación de un caso clínico con respecto a la eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual, en un paciente que cumple criterios de hipocondrías y desorden de ataques de pánico. El paciente es un joven ecuatoriano de 22 años al cual se lo evaluó inicialmente con un *test* de síntomas el Inventario de Síntomas 90 Revisado (SCL-90-R) y posteriormente con una prueba de personalidad el Inventario de Personalidad Multifásico de Minnesota-2 (MMPI-2). Al comienzo el paciente presentaba elevados síntomas de ansiedad, baja autoestima, problemas relacionados a sus relaciones interpersonales, baja introspección y muchas preocupaciones con respecto a su funcionamiento, salud y problemas en general. El tratamiento efectuado tuvo una duración de 3 meses donde el paciente recibió 9 sesiones terapéuticas. Todas las sesiones fueron grabadas y supervisadas. Al finalizar el tratamiento el paciente redujo sus niveles de ansiedad, aumentó su autoestima y mejoró con sus relaciones interpersonales. Dado el trabajo con la Terapia Cognitivo Conductual el paciente logró desarrollar un mejor nivel de introspección identificando, analizando y modificando varios de sus pensamientos automáticos irracionales al igual que algunas de sus creencias intermedias y centrales irracionales. Finalizado el Tratamiento Cognitivo Conductual el paciente continuó teniendo constantes preocupaciones con respecto a su salud y a su situación, por esta razón el tratamiento tuvo que extenderse por unas sesiones terapéuticas adicionales.

Palabras Clave: Terapia Cognitivo Conductual, hipocondrías, ataques de pánico, introspección, ansiedad, autoestima, pensamientos automáticos, creencias centrales, creencias intermedias.

ABSTRACT

The following study consists on a case study investigation proving the efficacy and success of Cognitive Behavioral Therapy on the treatment of a patient that matches the criteria for hypochondria and panic attack disorder. The patient is a 22 year old Ecuadorian who was evaluated first with a symptoms test the Symptom Check List 90 Revised (SCL-90-R) and later on with a personality test the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2). At first the patient presented several positive symptoms including elevated anxiety levels, low self esteem, problems related to his interpersonal social relations, low introspection skills and constant worries about his body functioning, health and his problems in general. The treatment had a 3 month time duration during which the patient received 9 therapeutic sessions. All sessions were recorded and supervised. At the end of treatment the patient reduced his anxiety levels significantly, raised his levels of self esteem and improved his interpersonal skills. Due to Cognitive Behavioral work the patient manage to improve his introspection abilities and learned to identify, analyze and modify many of his irrational thoughts as well as his irrational intermediate and core beliefs. After Cognitive Behavioral work the patient continued to have constant worries about his health and situation in general, therefore the treatment was extended for a few more sessions.

Key Words: Cognitive Behavioral Therapy, hypochondria, panic attacks, introspection, anxiety, self esteem, automatic thoughts, core beliefs, intermediate beliefs.

TABLA DE CONTENIDO

Introducción al Problema.....	13
Antecedentes	13
La historia de Marco: una breve reseña.....	13
Historia personal.	13
Historia familiar.....	15
El problema	16
Hipótesis.....	17
Pregunta de investigación	18
Contexto y marco teórico.....	18
El propósito del estudio.	19
El significado del estudio.....	19
Definición de términos.....	20
Presunciones del autor del estudio.....	20
Supuestos del estudio	21
Revisión de la Literatura.....	22
Géneros de literatura incluidos en la revisión	22
Fuentes.....	22
Pasos en el proceso de la revisión de la literatura.....	22
Formato de la revisión de la literatura.....	22
Terapia Cognitivo Conductual modelo de tratamiento.	22
Modelo cognitivo.	25
Creencias.....	26
Esquemas mentales.....	27
Creencias centrales.....	29
Creencias intermedias.....	31
Pensamientos automáticos.....	33
Distorsiones cognitivas.....	34
Hipocondría.....	35
Prevalencia de la hipocondrías.	37
Etiología de la hipocondrías.....	37
Curso de desarrollo de la hipocondrías.....	38
Hipocondría y modelo cognitivo-conductual.....	38
Terapia Cognitivo Conductual para hipocondrías.....	39

Creencias centrales para hipocondríasis.....	42
Creencias intermedias para hipocondríasis.	42
Pensamientos automáticos para hipocondríasis.	43
Ataques de pánico.....	44
Prevalencia de los ataques de pánico.	45
Etiología de los ataques de pánico.....	45
Curso de desarrollo de los ataques de pánico.	46
Ataques de pánico y modelo cognitivo conductual.	46
Terapia Cognitiva Conductual para ataques de pánico.....	47
Creencias centrales para ataques de pánico.....	49
Creencias intermedias para ataques de pánico.	50
Pensamientos automáticos para ataques de pánico.	50
Metodología y Diseño de la Investigación	52
Justificación de la metodología seleccionada	52
Herramientas de investigación utilizadas	53
Detalles de los tests.....	53
Inventario de Síntomas 90 Revisado (SCL-90-R).	53
Descripción.....	53
Resultados del SCL-90-R.	54
Pre test.	54
Post test.....	57
Análisis de los resultados del SCL-90-R.	59
Inventario de Personalidad Multifásico de Minnesota -2 (MMPI-2).	61
Descripción.....	61
Resultados del MMPI-2.	62
Escala de validez del MMPI-2.	63
Escala Clínica del MMPI-2.	65
Escala de contenido del MMPI-2.	69
Escala Suplementaria del MMPI-2.	73
Análisis de los resultados del MMPI-2.	76
Descripción de participantes.....	78
Número.	78
Género.....	78
Nivel socioeconómico.	79

Características especiales relacionadas al estudio.....	79
Fuentes y recolección de datos.....	79
Diagnóstico y evaluación funcional.....	79
Análisis de Datos	82
Detalles del análisis	82
Características del paciente que pueden influenciar sobre los resultados.....	82
Conceptualización clínica del caso.	83
Creencias centrales desarrolladas en la vida de Marco.	87
Creencias intermedias desarrolladas en la vida de Marco.	88
Pensamientos automáticos desarrollados en la vida de Marco.	88
Distorsiones cognitivas desarrolladas en la vida de Marco.	90
Temas e intervenciones terapéuticas.	91
Objetivos a corto plazo.	91
Objetivos a largo plazo.	92
Terapia Cognitivo-Conductual dentro del trabajo con Marco.	92
Pensamientos automáticos dentro del trabajo con Marco.	94
Creencias intermedias dentro del trabajo con Marco.	95
Importancia del estudio	98
Resumen de sesgos del autor.....	99
Transferencia.....	100
Contra-transferencia	101
Aspectos éticos.....	102
Conclusiones	106
Respuesta a la pregunta de investigación.....	106
Limitaciones del estudio.....	108
Recomendaciones para futuros estudios.....	109
Resumen general.....	110
Referencias.....	112
Anexo A: Inventario de Síntomas 90 Revisado (SCL-90-R).....	118
Anexo B: Inventario de Personalidad Multifásico de Minnesota (MMPI-2)	121
Anexo C: Registro de Pensamientos disfuncionales Según la Terapia Cognitivo Conductual	122
anexo D: Consentimiento Informado.....	123
Anexo E: Formulario de creencias centrales	124
Anexo F: Diagrama de conceptualización cognitiva.....	125

INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA

El problema investigado y presentado en este reporte es un estudio de caso realizado a un estudiante que solicitó voluntariamente ayuda psicológica con el fin de aliviar algunos síntomas perturbadores presentes en su vida. Este paciente, a quién lo denominaremos Marco a lo largo del reporte, solicitó ayuda psicológica debido a que estaba teniendo varios problemas relacionados a la ansiedad, ataques de pánico, discordia familiar, desesperanza, pensamientos obsesivos y baja autoestima. Adicionalmente presentaba preocupaciones extremas por su salud y por su condición ansiosa. Marco expresaba que deseaba conocer mejor lo que le estaba pasando y encontrar maneras dentro de terapia para sentirse bien y normal. Con el uso de algunas pruebas psicométricas se logró demostrar que Marco presentaba problemas con respecto a su situación familiar, a su habilidad para manejar y adaptarse a pensamientos intrusivos y tenía altos niveles de ansiedad y preocupaciones

Antecedentes

La historia de Marco: una breve reseña.

A continuación se presentará la historia y los acontecimientos importantes con respecto a la vida personal y el desarrollo de Marco.

Historia personal.

La historia personal de Marco revela que él ha vivido situaciones complejas y traumáticas a lo largo de su vida. Marco reporta varias situaciones donde su padre lo agredió tanto verbal como físicamente, diciéndole cosas como “eres un inútil” o “no sirves para nada”, esto acompañado con un tono de voz muy alto y con mucha histeria, generando en Marco un sentimiento de impotencia e incapacidad de defenderse u opinar. Marco reporta otras situaciones dentro del ámbito escolar y social donde algunos de sus compañeros le molestaban y abusaban

verbalmente de él, haciéndole sentir impotente e incapaz. Sin embargo, a lo largo de su historia Marco ha tenido un desarrollo normal y cuenta con varias herramientas en su vida para salir adelante y sobrepasar sus problemas. Ha desarrollado herramientas como la habilidad de encontrar maneras de dejar sus pensamientos y creencias a un lado y ha dejado sus deseos de quedarse solo en casa por salir y trabajar en el hecho de abrir sus redes sociales y tener más amigos. Además ha encontrado varias maneras de protegerse a él mismo, como el hecho de bloquear los actos negativos, las malas intenciones y las agresiones o los gritos inservibles de su padre, para que no interfieran con su manera de sentirse y de desenvolverse.

Marco se considera una persona tranquila, bastante sociable (cuando se siente cómodo) y muy trabajador. Recientemente se involucró en un trabajo de edición y filmación, Marco expresa que le gusta mucho su trabajo y que está feliz. Marco ha sido medicado durante este último año con un antidepresivo llamado Paxil, un inhibidor selectivo de la receptación de serotonina. Recibió medicamentos ya que estaba experimentando exagerados niveles de ansiedad con taquicardia, sudoración, cosquilleos por todo el cuerpo y preocupaciones extremas acerca de aspectos en su vida como su salud, su situación o sus recurrentes pensamientos intrusivos. El paciente comenzó el tratamiento farmacológico por primera vez en su vida a los 21 años con una dosis de 25mg, luego bajo a 12mg y actualmente continúa con la utilización de fármacos para reducir sus niveles de ansiedad aunque constantemente expresa que quisiera terminar con el tratamiento y aprender a vivir sin fármacos. No tiene historial de depresión. En su vida Marco lleva una dieta bastante sana con una ingesta de alimentos variados desde frutas, verduras, carbohidratos, granos, proteínas, lácteos y fibra. Marco tiene una buena estabilidad económica pero aún depende de su padre económicamente en varios aspectos como la universidad, la vivienda y la comida.

Historia familiar.

Marco nació en Quito-Ecuador y se crió con sus padres biológicos. Tiene un hermano menor de 14 años con el cual comparte muchas de sus experiencias, principalmente las experimentadas dentro de su casa y en eventos o paseos familiares. Él le trae mucha tranquilidad y seguridad. Además tiene una hermana de 19 años con la cual mantiene una buena relación, lamentablemente es distante ya que ella maneja su vida y sus interacciones bastante personales y no comparte mucho con su familia biológica. El padre de Marco tiene 63 años y es ingeniero químico, actualmente trabaja como asistente técnico en una empresa petrolera. Su madre tiene 50 años y estudió diseño de modas, actualmente trabaja en una tienda de vestidos. Marco considera que su infancia fue algo problemática ya que su papa constantemente le trataba a gritos y le exigía demasiado en todo lo que él tenía que hacer. Además, en aproximadamente 4 ocasiones el papa abusó físicamente de él y esto le generó un impacto muy profundo en su vida. Su mama apoyaba a su papa y constantemente le repetía a Marco que todo es una exageración con él y que tiene que tranquilizarse. Marco expresa que su mama se enojaba mucho y que trataba de educarle quitándole privilegios como el “Play Station” o la televisión, sin embargo era poco consistente con sus decisiones y Marco rápidamente obtenía de vuelta sus beneficios. La madre no usaba mucho los castigos físicos, sin embargo hubo algunas veces donde ella le dio un “jalón” de pelo por su mala conducta, esto no fue considerado por Marco como traumático o abusivo.

Cuando Marco tenía aproximadamente 16 años sus papas se separaron y él se quedó viviendo con su papa, hermano y hermana. Su papa tuvo 2 hijos fuera del matrimonio y Marco tiene un medio hermano y una media hermana a los cuales no les conoce. Marco tenía vergüenza de su familia y constantemente pensaba: “¿cómo puedo ser normal si vivo con una familia como

la mía?”. Su relación familiar con tíos y primos es muy buena por el lado del padre y no tiene mucha relación con la familia por parte de su madre ya que viven en el Oriente ecuatoriano.

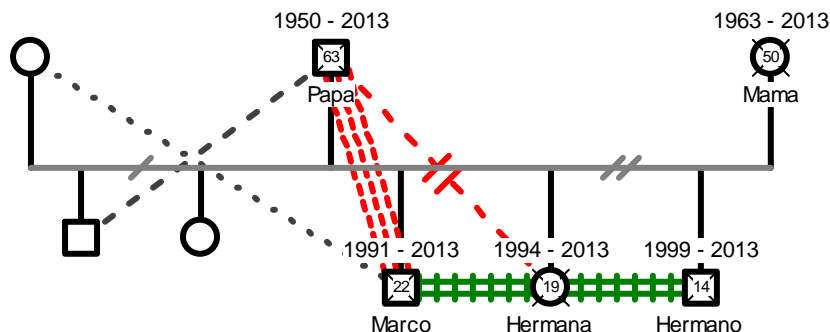


Figura 1. Genograma

El problema

Marco solicitó una consulta psicológica gratuita en la Universidad San Francisco de Quito, lo hizo de manera voluntaria debido a que estaba teniendo varios problemas relacionados a la ansiedad, ataques de pánico, discordia familiar, desesperanza, pensamientos obsesivos y baja autoestima. El paciente presentaba quejas varias con respecto a su problemática y sintomatología ya que éstas lo tenían preocupado y angustiado. Estas quejas y pensamientos disfuncionales de Marco le generaban una pobre interpretación de la realidad, además de excesivas preocupaciones irrelevantes acerca de su salud y le incapacitaban a desarrollarse socialmente. Los síntomas que presentaba el paciente eran niveles elevados de ansiedad que involucraban taquicardia, sudoración, cosquilleos por todo el cuerpo, recurrente presencia de ataques de pánico, preocupaciones excesivas acerca de su salud y situación en general, baja capacidad de introspección y baja autoestima con relación a sus habilidades sociales. Los síntomas de Marco empezaron a incrementar cuando ingresó a la universidad, los niveles de estrés aumentaron a causa de los estudios y su padre constantemente le insultaba y amenazaba con dejar de apoyarlo económicamente. Marco empezó a darse cuenta que se encontraba

bastante solo y que tenía que encontrar la manera de batirse por sí mismo. Esto desencadenó muchos pensamientos angustiosos e intrusivos en Marco tales como “me voy a quedar solo” o “estoy fregado con la familia que tengo”, además tenía ideas de que su situación y sus síntomas iban a ser permanentes e iban a empeorar a lo largo de su vida.

En las primeras sesiones se logró determinar los objetivos del paciente y lo que deseaba como resultado de las terapias. Marco expresó que deseaba entender que era lo que le estaba pasando y aliviar sus angustias. Además quería desarrollar herramientas para combatir o dominar los ataques de pánico ya que les tenía mucho miedo y nunca realmente sabía cuando iban a aparecer. Por último deseaba mejorar sus habilidades sociales y tener una mejor relación con su familia.

Hipótesis

Dada la historia de Marco y su situación actual se puede desarrollar varios objetivos dentro de la terapia como: la reducción de los síntomas con efectos negativos para el paciente, el entendimiento de sus pensamientos y creencias, fortalecimiento de sus habilidades sociales y de su confianza personal y la reducción de los altos niveles de ansiedad. De acuerdo a lo mencionado se puede desarrollar una hipótesis con respecto a la causa de los problemas de Marco y lo que sería la solución de dichos problemas. La relación de Marco con su padre y su familia fue bastante problemática y la falta de comunicación fue uno de los factores que afectó intensamente a Marco. Al no tener una buena comunicación con su familia y en especial con su padre, Marco no tuvo las pautas para desarrollar creencias válidas, funcionales y confiables, por lo que sus creencias se fueron creando y desarrollando de acuerdo a sus percepciones personales y a lo que iba aprendiendo de sus relaciones sociales, de su colegio o de la televisión, lo cual no son siempre fuentes confiables y válidas. Como resultado de esta falta de comunicación

y agresiones dentro de la familia, Marco desarrollo creencias erróneas acerca de su situación, de él mismo y del mundo que lo rodea, además que sus experiencias lo llevaron a tener baja autoestima y a no poder comunicarse ni abrirse dentro de su círculo social.

Para poder trabajar con las problemáticas presentes en la vida de Marco y disminuir sus síntomas negativos se podría considerar que la Terapia Cognitivo Conductual va a ser un tipo de terapia efectiva para solucionar dichas problemáticas y brinde los mejores resultados y proveer a Marco con las herramientas necesarias para sentirse mejor y para mejorar su situación en todos los sentidos.

Pregunta de investigación

El objetivo principal de la aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual al paciente es la de generar una mejor introspección y brindar herramientas para que el paciente logre combatir sus creencias y así disminuyan sus niveles de ansiedad, sus ataques de pánico y logre mejorar sus relaciones sociales y familiares. Con esto se puede plantear la pregunta: ¿cómo y hasta qué punto la Terapia Cognitivo Conductual puede brindar los conocimientos y las herramientas necesarias para aliviar los síntomas ansiosos, los ataques de pánico, aumentar el autoestima, disminuir las preocupaciones acerca de la salud y mejorar las relaciones familiares y sociales de Marco?

Contexto y marco teórico

El presente estudio de caso es conceptualizado bajo el tratamiento basado en la teoría de la Terapia Cognitivo Conductual. El tratamiento se planificó usando esta teoría y adaptándola a la problemática y las necesidades del paciente. El diagnóstico con respecto a la problemática del paciente, según el criterio del DSM-IV-TR (2000) fue el de la presencia del trastorno de ataques de pánico y el trastorno de hipocondrías. Todo esto acompañado con altos niveles de ansiedad,

taquicardia, sudoración y cosquilleos intensos por todo el cuerpo. La Terapia Cognitivo Conductual que se utilizará en este estudio para comprobar la hipótesis ha estado presente en el mundo de la psicología desde hace aproximadamente cinco décadas y ha sido atribuida primordialmente al trabajo de Aaron Beck y sus colegas (Beck, 1964). La Terapia Cognitivo Conductual tuvo influencia de varios tipos de terapias relacionadas que fueron desarrolladas antes, a la par o después de su existencia. Terapias tales como: la Emotiva Racional Conductual (Ellis & Greiger, 1977), la Conductual Racional (Maultsby, 1984), la de Auto-Instrucción (Meichenbaum, 1993) o la de Solución de Problemas (D'Zurilla & Goldfried, 1971; Nezu, 1986). La Terapia Cognitivo Conductual se enfoca en lograr cambios emocionales y conductuales modificando varios procesos mentales disfuncionales comunes en el ser humano. Para lograr esto la Terapia Cognitivo Conductual trata de modificar la forma en que las personas perciben, se reflejan y principalmente piensan acerca de sus circunstancias vitales (Dobson & Dozois, in press. citado en Dobson & Khatri, 2000).

El propósito del estudio.

Se espera que al finalizar el tratamiento con la Terapia Cognitivo Conductual el paciente encuentre herramientas para manejar mejor sus niveles de ansiedad, sus ataques de pánico y encuentre una forma de pensar y un razonamiento cognitivo más lógico y funcional. Se espera que el paciente encuentre maneras de combatir y racionalizar muchas de sus creencias y esquemas mentales creados desde muy pequeño en su infancia y adolescencia, logrando mejorar sus niveles de autoestima. Además se espera que el paciente encuentre formas más efectivas de relacionarse dentro del ámbito social y familiar.

El significado del estudio.

Este estudio de caso tratará de demostrar la efectividad de la Terapia Cognitivo Conductual en un paciente que presenta altos niveles de ansiedad, ataques de pánico e hipocondría. El trabajo Cognitivo Conductual enfocado al tratamiento de los ataques de pánico ha sido un tema investigado hace mucho tiempo y ha demostrado ser muy efectivo para el tratamiento de este tipo de desórdenes (Salkovskis & Clark, 1991). Los resultados de este estudio pueden servir como una nueva demostración de la eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual en los trastornos mencionados y los mismos pueden ser utilizados dentro de nuevas investigaciones relacionadas.

Definición de términos

Dentro del estudio de caso se utilizaron varios términos importantes que necesitan ser definidos. Los términos más utilizados y su definición son los siguientes:

Hipocondría: la preocupación con miedos de tener, o la idea de tener una enfermedad grave a consecuencia de una mala interpretación de los síntomas corporales (Asociación Americana de Psiquiatría, 2000).

Ataques de Pánico: Un discreto periodo de tiempo donde se experimentan miedos intensos o incomodidad extrema en la ausencia de una verdadera amenaza, todo esto acompañado de por lo menos 4 a 13 de los siguientes síntomas somáticos o cognitivos: palpitaciones fuertes del corazón, sudoración, temblores, sensaciones de falta de aire, sensación de ahogo, dolor o incomodidad en el pecho, náusea o dolor abdominal, mareos, despersonalización o des-realización, miedo a perder el control o volverse “loco”, miedo a morir, escalofríos o estragos de calor (Asociación Americana de Psiquiatría, 2000).

Presunciones del autor del estudio

Las presunciones del autor dentro de este estudio de caso fueron las de aplicar la Terapia Cognitivo Conductual para el tratamiento y la reducción de síntomas de ansiedad, ataques de pánico e hipocondría y mejorar el autoestima y las habilidades sociales del paciente. Se espera que el paciente adquiera nuevas habilidades, destrezas y herramientas para mejorar su situación y superar los malestares que le generan sus desórdenes. Se espera que los resultados de investigaciones pasadas efectuadas en Estados Unidos y Europa que demuestran la eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual en el tratamiento de dichos desórdenes sean adaptables y generalizados al tratamiento de los mismos en pacientes dentro del Ecuador.

Supuestos del estudio

Se supone que las investigaciones realizadas en los Estados Unidos, Alemania, Argentina y países relacionados, son validas y pueden ser utilizadas dentro de estudios y tratamientos individuales en el Ecuador. Se supone que dichos estudios e información obtenida en los mismos es confiable y puede ser generalizada o utilizada eficazmente dentro de este estudio.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Géneros de literatura incluidos en la revisión

Fuentes.

Las fuentes que se utilizaron en este estudio provienen de revistas, diarios, artículos, libros e investigaciones psicológicas importantes dentro del ámbito de la investigación psicológica y psiquiátrica. Se utilizaron libros importantes y manuales relacionados a la aplicación de la Terapia Cognitiva Conductual dentro del tratamiento de diversos trastornos psicológicos.

Pasos en el proceso de la revisión de la literatura

Se inició el proceso de la revisión de la literatura utilizando el diagnóstico del paciente, el cual fue de la presencia de recurrentes ataques de pánico, elevados niveles de ansiedad y de hipocondría. La investigación fue enfocada tomando en cuenta las características de los trastornos y la problemática personal presentada por el paciente. Luego se continuó investigando vía internet en revistas importantes dentro del ámbito de la psicología, artículos e investigaciones relevantes relacionados al tratamiento Cognitivo Conductual específicamente de los trastornos de ansiedad, ataques de pánico e hipocondría antes mencionados. Además se utilizaron libros estratégicos para la comprensión y la aplicación de la Terapia Cognitiva Conductual en pacientes que sufren de múltiples trastornos y malestares psicológicos.

Formato de la revisión de la literatura

Para la revisión de la literatura se pretendió dividir las secciones por temas. Primero se menciona y se analiza al modelo cognitivo, luego se menciona y analiza la Terapia Cognitiva Conductual y finalmente se presenta el análisis de las diversas distorsiones y problemáticas presentes en el paciente que fueron la hipocondría y los ataques de pánico.

Terapia Cognitiva Conductual modelo de tratamiento.

Dentro de la estructura del tratamiento de la Terapia Cognitivo Conductual se utilizan diversos métodos y procesos que deben ser seguidos y completados, a medida que el paciente atraviesa las distintas fases de tratamiento. El objetivo del tratamiento es hacer que el proceso sea entendible y manejable tanto para el paciente como para el terapeuta (Beck, 2011). Dentro de terapia la lluvia de pensamientos y la rumeación de pensamientos auto-agresivos puede ser muy común, es importante que el terapeuta identifique cuando el paciente se encuentre rumeando y aproveche el momento para ayudarlo a identificar y analizar dichos pensamientos (Teismann, Michalak, Willutzki & Schulte, 2012). La meta es sanar al paciente en cualquiera de sus molestias o trastornos psicológicos en el menor tiempo posible y brindarle herramientas y técnicas efectivas para lograrlo (Beck, 2011). La terapia se vuelve más efectiva cuando el paciente entiende la terapia y sabe lo que espera y va a obtener de ella. Sin embargo, la idea no es hacer que el paciente se memorice todo con respecto a la teoría, sino que realmente la entienda y pueda integrarla a su vida, de este modo puede sacar mucho más provecho de la misma (Beck, 2011). La estructura de cada terapia tiene que ser hecha y organizada por el terapeuta antes del inicio de cada terapia, siempre con el fin y el objetivo de complementar a la terapia anterior, mejorar el estado de ánimo del paciente y brindarle herramientas para que pueda desenvolverse dentro de la semana, mejor de lo que se desarrolló la semana anterior (Beck, 2011). Cada terapia puede ser estructurada en distintas fases en el lapso de una hora, éstas van a ayudar a maximizar la eficacia y el desarrollo de las mismas (Beck, 2011). En la primera etapa de la sesión la idea es restablecer la alianza terapéutica con el paciente y recolectar la mayor cantidad de información posible acerca de su semana. Por ejemplo, las situaciones que ha vivido, pensamientos generados y sus diferentes estados de ánimo. En la segunda etapa o fase de la sesión, el objetivo es identificar junto al paciente los problemas que ha experimentado dentro

de la semana y cuáles de éstos han sido los que más le han afectado estructural y emocionalmente. Una vez identificadas estas situaciones y todo lo que les corresponde, el terapeuta puede aportar con técnicas o herramientas que puedan ser funcionales y ayuden al paciente a manejar y entender dichas emociones de mejor manera. Se puede identificar los pensamientos que las cogniciones del paciente involucran dentro de diversas situaciones, también se puede analizar las creencias irracionales involucradas en los pensamientos percibidos y analizados por el paciente (Dryden & Ellis, 1986 citado en Dowd, 2004). Luego el terapeuta puede pedir al paciente que resuma lo que ha aprendido e identificado dentro de sesión y como puede usar lo aprendido en su vida. En este tipo de intervenciones y después de esta fase de la terapia, se pueden generar tareas o deberes a ser realizados en casa para aportar a la práctica y al mejoramiento de habilidades propias de introspección y análisis del paciente. En la etapa o fase final de la sesión se puede preguntar al paciente cuáles han sido los puntos o los temas, que le han parecido los más importantes dentro de la sesión y averiguar el por qué. Si el terapeuta considera necesario puede fomentar a que el paciente escriba estos puntos junto con su tarea en una hoja de papel para que los recuerde y para que pueda, mediante la escritura, analizarlos y entenderlos mejor. Todo este trabajo terapéutico ayuda al paciente a crear habilidades que podría usar luego por el resto de su vida y adaptarlas a cualquier situación que se le presente.

Dentro de la estructura propia de cada sesión, es importante que el terapeuta siempre mantenga el control y mantenga a la terapia encaminada hacia el cumplimiento de los objetivos previamente planteados (Beck, 2011). Dentro de terapia se espera que el paciente logre lo siguiente: enfocarse en el presente, pasado y futuro para generar un tipo de pensamiento positivo y saludable acerca de sí mismo y del mundo que lo rodea, generar compasión y autovaloración de él/ella mismo, entender que el sufrimiento es universal, crear valores propios que sean

saludables, aumentar sus niveles de autoestima y entender su problemática desde una perspectiva más real y productiva (Hofmann & Asmundson, 2007; Mirea, 2008 citado en Hickey & Mirea, 2012). Si el terapeuta identifica que el paciente no está concentrado y está siendo irrelevante, es importante que haga interrupciones estratégicas con sutileza, que le permitan al paciente retomar el trabajo específico realizado para resolver la problemática. El paciente tiene que identificar y comprender la emocionalidad que la problemática le está generando y aprender a relacionar sus pensamientos y cogniciones con dicha emocionalidad (Beck, 1976). Es sumamente importante que el paciente comprenda su emocionalidad pero también es importante que trabaje con ella y no se quede estancado en la misma por mucho tiempo sin entenderla (Beck, 1976). Es en este punto donde pueden generarse problemas en la estructuración y el desarrollo de las terapias ya que las propias cogniciones del terapeuta pueden volverse factores negativos que interfieran en el desarrollo efectivo de la terapia (Beck, 2011). El terapeuta puede generar pensamientos automáticos como: “no voy a poder estructurar la sesión”, “soy un mal terapeuta” o “no puedo ayudarlo a mi paciente”. Otro problema que puede haber en la estructuración de la sesión es no explicar los procesos de una manera adecuada y comprensible para el paciente, como un asumir que el paciente ya sabe lo que se espera de él (Beck, 2011). El terapeuta tiene que encontrar la manera de interactuar con el paciente de una manera efectiva para que él/ella sepa y entienda los procesos a seguir o trabajar dentro de terapia.

Modelo cognitivo.

Se puede creer que muchas de nuestras conductas y formas de pensar han sido aprendidas a lo largo de nuestras vidas y a consecuencia de estos conocimientos, funcionamos de la manera

en que lo hacemos ahora. Es por esto que, dentro de la Terapia Cognitivo Conductual se cree que nuestros pensamientos y comportamientos pueden ser reaprendidos o modificados y ser usados para mejorar nuestro estilo de vida (Dowd, 2004). Dentro del modelo cognitivo y los estudios de Aaron Beck, se cree que todos los seres humanos tienen distintas formas de percibir, experimentar e interpretar las diversas situaciones que le suceden, dependiendo de experiencias previas, el ambiente donde se desenvuelven, sus percepciones personales y conocimientos adquiridos a lo largo de sus vidas con respecto a situaciones o experiencias específicas (Beck, 1967).

Creencias.

Las creencias, como su nombre lo indica, son profundas creencias que las personas tenemos acerca de nosotros mismos, los demás y el mundo que nos rodea (Beck, 1995). A las creencias se las puede clasificar en dos tipos dependiendo de su composición, su contenido y que tan rígidas son dentro de la cognición de las personas. Existen las creencias intermedias que son creencias que involucran reglas, actitudes y asunciones que tenemos acerca de nosotros mismos, los demás y de nuestro ambiente (Beck, 1995). También existen las creencias centrales que son más difíciles de modificar e involucran ideas más absolutas, rígidas y globales acerca de nosotros mismos y de otros (Froján-Parga & Calero, 2011). Las creencias son generadas y desarrolladas por las personas gracias a las experiencias o vivencias que hayan tenido en su infancia y a lo largo de sus vidas, estas forman parte de la percepción que tienen las personas acerca de lo que involucra su existencia y el funcionamiento del mundo en donde viven y se desenvuelven (Froján-Parga & Calero, 2011). Para modificar estas creencias cuando se encuentran erradas, es necesario analizarlas y tratar de comprenderlas para generar un nuevo entendimiento o una nueva perspectiva de las mismas con el fin de que se vuelvan más

funcionales dentro de la vida del paciente y no le generen tanta disfunción (Froján-Parga & Calero, 2011). El objetivo es que la persona pueda entender su creencia y transformarla para que se vuelva una creencia funcional y no le genere tanto miedo, angustia o malestar (Froján-Parga & Calero, 2011).



Figura 2. Creencias en Terapia Cognitivo Conductual, (Sharf, 2004)

Esquemas mentales.

Dentro de las percepciones y nuestra interpretación de la realidad donde nos encontramos se hallan nuestros propios esquemas mentales (Beck, Emery, Rush & Shaw, 1979). Los esquemas mentales son estructuras mentales cognitivas en donde se encuentran pensamientos, recuerdos, imágenes o sensaciones, son la base cognitiva de las creencias y de todos los procesos mentales personales de cada individuo (Beck, Emery, Rush & Shaw, 1979). Los Esquemas se van formando en la vida de las personas a lo largo de sus experiencias y percepciones, afectan directamente la forma en que la persona percibe el mundo, sus creencias y su realidad (Padesky, 1994). Es importante entender que las creencias centrales están

conformadas por varios esquemas mentales y para modificar una creencia central y lograr un cambio es necesario la modificación de varios esquemas mentales. Los esquemas mentales son bastante rígidos y cuando son negativos se cree que son los responsables de mantener por prolongados periodos de tiempo algunos trastornos psiquiátricos como la depresión o la ansiedad (Padesky, 1994). Los esquemas mentales se encuentran constantemente presentes en la forma de pensar de las personas y pasan desapercibidos en la cotidianidad del día y la rutina (Villegas & González, 2011). Los esquemas mentales son la base de las creencias que los seres humanos tenemos con respecto a la vida y a nuestra realidad personal (Beck, 1995). Las rutinas personales están llenas de rituales, hábitos y símbolos implementados a lo largo del tiempo y han sido influenciados por relaciones interpersonales, individuales o grupales y aprendizajes colectivos mediante estudios, medios de comunicación, tecnologías y educación moderna, formando así un modo de vivir y pensar individual y colectivo a la vez (Vigotsky, 1977). Estas rutinas personales son la base y es donde habitan y se desarrollan esquemas mentales funcionales y disfuncionales que afectan constantemente el modo en que las personas funcionan y se desenvuelven en su vida personal (Villegas & González, 2011). La diferencia entre esquemas mentales y creencias centrales es que los esquemas constituyen todos los procesos mentales presentes en un individuo, es decir la estructura de nuestros pensamientos ya sea en palabras o en imágenes, mientras que las creencias centrales son creencias acerca de la realidad en la que vivimos y todas están conformadas por esquemas mentales (Beck, 1995).

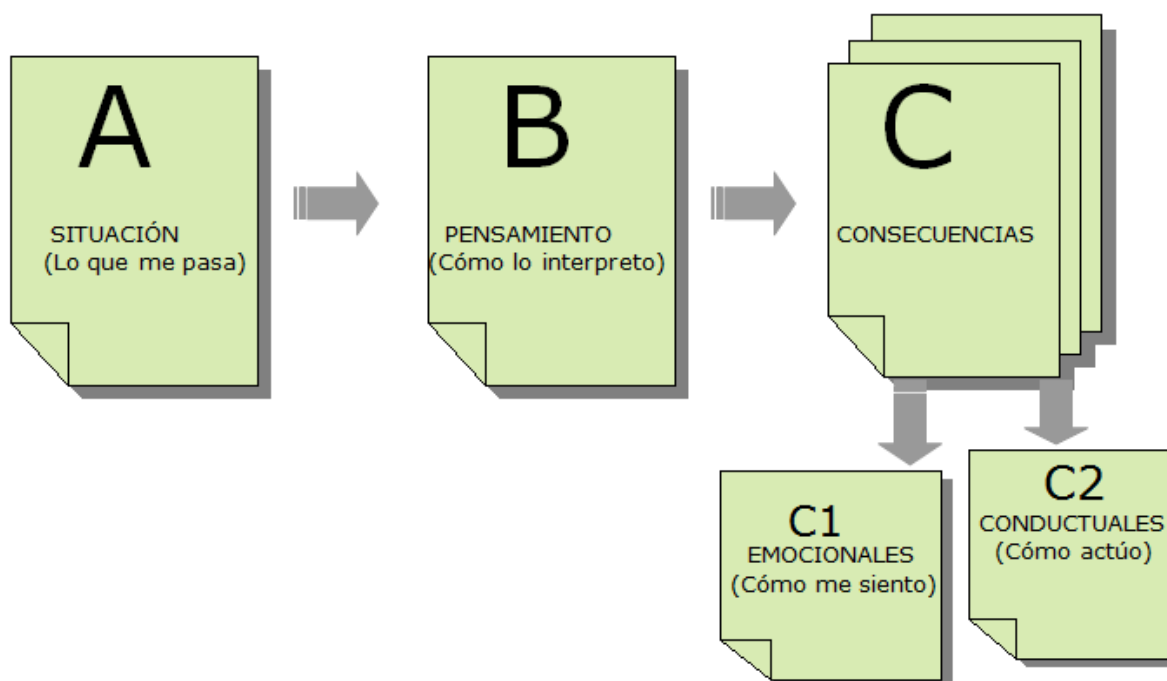


Figura 3. Esquemas mentales de Beck (*Psicología General y Salud Mental*, 2013)

Creencias centrales.

Las creencias centrales según Aaron Beck son profundas creencias que han sido creadas y desarrolladas a lo largo de la vida en distintas situaciones y dan una interpretación única y personalizada de la realidad donde un individuo se desenvuelve y vive (Beck, 1967; Beck, 1976). Generalmente son creadas en la infancia a medida que los niños interactúan con distintas personas y experimentan distintas situaciones (Beck, 1995). Aaron Beck (1964), sostiene que las creencias centrales pueden ser categorizadas en dos grandes grupos: creencias de desamparo y de la incapacidad de ser amado. Según Aaron Beck (1964) las creencias centrales están conformadas de varios esquemas mentales que son estructuras cognitivas dentro de nuestra mente. Las creencias centrales son especialmente rígidas y es difícil modificarlas o cambiarlas ya que forman parte de lo que nosotros consideramos verdades absolutas de la realidad (Jones, Leung, & Harris, 2007). Las creencias centrales generan pensamientos automáticos negativos o positivos frente a expectativas o situaciones que experimentamos en la realidad (Jones, Leung,

& Harris, 2007). A lo largo de la vida la mayoría de personas generan creencias centrales positivas que les ayudan a desenvolverse y a interactuar con otros en su realidad (Beck, 1995). Generalmente las personas tienen pensamientos como: “Soy una persona capaz”, “tengo las habilidades necesarias para superar los retos que se me presentan en la vida”, “soy competente en las cosas que hago y en las que me involucro” o “yo soy una persona querible”. Sin embargo, existen otros seres humanos quienes tienen creencias centrales disfuncionales que les incapacita a llevar una vida tranquila y saludable (Beck, 1995). Estas personas por lo general tienen constantes pensamientos como: “no soy capaz de lograr nada”, “No soy querible”, “no soy nadie en la vida” o “no me quieren”. Lo difícil de las creencias centrales es que las personas realmente consideran estas ideas como verdades absolutas en sus vidas y nunca las cuestionan, como si de alguna manera estarían condenados a vivir una vida solitaria y displacentera por el resto de su existencia. Según Judith Beck (1995) las personas también pueden tener creencias centrales acerca de otras personas y de la sociedad o mundo donde se desenvuelven. Estas creencias pueden ser tales a: “el mundo es inseguro” o “las personas son interesadas” y estas creencias pueden desatar pensamientos tales como: “no puedo confiar en nadie”, “todas las personas son interesadas y lo único que quieren es usarme” o “las personas quieren hacerme daño”.

Las creencias centrales generalmente son globales, sobre-generalizadas y absolutas (Beck, 1995). Estas creencias tienden a ser activadas con evidencias o sucesos específicos que comprueban y soportan a la creencia (Beck, 1995). Lamentablemente las personas no son lo suficientemente analíticas, están incapacitadas o no quieren ver los sucesos o evidencias en sus vidas que desmientan la creencia y les pruebe lo contrario (Beck, 1995).

De los dos tipos de creencias centrales, las de desamparo y las de la incapacidad de ser amados, se pueden sacar varios tipos de pensamientos relacionados a cada categoría. Judith Beck nos

brinda ejemplos específicos de los tipos de pensamientos característicos de cada categoría (Beck, 1995). Los pensamientos son los siguientes:

Pensamientos de las creencias centrales de desamparo

- Soy inútil
- Soy incapacitado
- Estoy fuera de control
- Soy débil
- Soy vulnerable
- Soy necesitado
- Estoy atrapado
- Soy inadecuado
- Soy inefectivo
- Soy incompetente
- Soy un fracaso
- Soy despreciable
- No estoy en la misma altura o nivel que los otros
- No soy lo suficientemente bueno

Pensamientos de las creencias centrales de la incapacidad de ser amado

- No soy querible
- No gusto
- No soy deseable
- No soy atractivo
- No soy valioso
- Soy diferente
- Soy un buen candidato para ser rechazado
- Soy un buen candidato para estar solo y vivir solo

Creencias intermedias.

Las creencias intermedias son reglas, actitudes y asunciones que las personas tenemos con respecto a la realidad en donde nos desenvolvemos y hacia el mundo en donde vivimos (Beck, 1995). Son caracterizadas por ser menos rígidas y más moldeables que las creencias centrales, sin embargo muchas de estas creencias son bastante difíciles de modificar y cambiar (Beck, 1995). Puede haber varios tipos de creencias intermedias dependiendo si son reglas,

actitudes o asunciones frente a varios aspectos de la vida. Un ejemplo de una creencia intermedia de tipo regla podría ser “siempre se debe tener experiencia para llegar a ser sociable” o “siempre hay que tener una novia para tener amigos”. Un ejemplo de una creencia intermedia en relación a una actitud podría ser “siempre los rechazados por los demás son personas infelices” o “siempre los callados son vistos como perdedores”. Las creencias intermedias nos afectan cuando son disfuncionales ya que nos ponemos reglas o tenemos actitudes o asunciones negativas frente a cualquier aspecto de la vida. Pensamos que las cosas tienen que suceder de maneras determinadas y cuando no suceden o no se cumplen tenemos dificultad para adaptarnos y esto nos limita a ser libres y espontáneos sin esperar o asumir lo que va o puede pasar si somos o nos comportamos de ciertas maneras. Un ejemplo sería considerar que tenemos que hacer o ser de cierta manera para ser aceptados dentro de un grupo o consideramos que si se es de cierta manera no es correcto y hay que rechazar o excluir. Existen varias formas con las cuales un terapeuta puede identificar las creencias intermedias y de este modo poder trabajar en ellas. Los 6 pasos que Judith Beck (1956) reporta que pueden ser utilizados para reconocer estas creencias son:

1. Reconocer cuando una creencia está siendo expresada como un pensamiento automático.
2. Observando si existe algún tipo de asunción en el pensamiento y analizando cual sería la asunción.
3. Observar si el pensamiento directamente está expresando una regla o una actitud hacia algo.
4. Identificar la creencia central de donde proviene la creencia intermedia e identificar los pensamientos automáticos que pueden provenir de esta creencia.
5. Examinar los pensamientos automáticos y buscar temas en común.
6. Fomentar la elaboración y revisar los resultados de algún cuestionario elaborado por el paciente.

Dentro de Terapia Cognitivo Conductual se puede complicar la clasificación de estos pensamientos y se dificulta el ponerlos de una categoría o la otra. Por ejemplo si el paciente piensa: “no soy lo suficientemente bueno”, el terapeuta tendría que preguntar para qué no es lo

suficientemente bueno, y de este modo ver si la razón involucra una creencia central de desesperanza o una de incapacidad de ser amado (Beck, 1995).

Pensamientos automáticos.

Los pensamientos automáticos son pensamientos que coexisten con una corriente más profunda de pensamientos y se caracterizan por ser pensamientos constantes dentro de nuestra mente con respecto a cualquier situación o momento (Beck, 1964). Los pensamientos automáticos no son exclusivos de los desórdenes psiquiátricos o psicológicos sino que están presentes en todos los pensamientos humanos (Beck, 2011). Por lo general las personas no se dan cuenta de sus pensamientos automáticos pero con la práctica y el entendimiento del pensamiento, estos pensamientos pueden volverse bastante conscientes y sometidos a mucho análisis personal (Beck, 2011). La ventaja de identificar y comprender a los pensamientos automáticos es la capacidad de juzgar si estos pensamientos nos están haciendo daño o nos están afectando cognoscitivamente, y por qué nos están afectando (Beck, 2011). Cuando logramos identificarlos, analizarlos y comprenderlos es cuando podemos decidir si nos convienen o no nos convienen y hacer algo al respecto, como defendernos de nuestros pensamientos auto-agresivos y no creer o ignorar lo que expresan. Los pensamientos automáticos pueden ser considerados como intrusiones reflejas en la cognición humana y muchas veces las personas no están conscientes de los mismos (Riso, 2009). Clark, Beck y Alford (1999) indican que los pensamientos automáticos son: pasajeros, altamente específicos y discretos, espontáneos, inmediatos, involuntarios, plausibles, consistentes con el estado afectivo de ese momento o con su personalidad y generalmente son una representación sesgada de la realidad (Riso, 2009). Los pensamientos automáticos son breves e inmediatos y las personas por lo general se dan cuenta de la emocionalidad que éstos generan más que su contenido o su existencia (Riso, 2009).

Distorsiones cognitivas.

Las distorsiones cognitivas fueron creadas y desarrolladas por los fundadores de la Terapia Cognitiva Conductual, Aaron Beck y Albert Ellis, cuando se dieron cuenta que muchos de nuestros pensamientos más comunes estaban fuera de la realidad y no tenían evidencia concreta, además en varias ocasiones generaban mucha disfuncionalidad en las personas (Narváez Peralta, 2011). Al analizar estos pensamientos podemos darnos cuenta de que tan fundamentados son, cuanta evidencia hay que prueba si son verdaderos o falsos (Beck, 1985; Beck, 2001 citado por Riso, 2009). Las distorsiones cognitivas son pensamientos o imágenes ilógicas, sin evidencia o exageradas (Riso, 2009). Puede haber muchos tipos de distorsiones cognitivas, en el libro “Terapia Cognitiva” (Riso, 2009) presentan 17 distintos tipos de distorsiones cognitivas que son las más frecuentes y cada una afecta al individuo de diferentes maneras. A continuación especificaré 13 de las 17 distorsiones cognitivas más frecuentes ya que son las más frecuentes en el pensamiento de Marco.

1. Leer la mente: el paciente cree que puede identificar lo que piensan las personas y por lo general asume que están pensando cosas negativas de él/ella y su manera de ser, actuar, vestir o hablar. Un ejemplo sería: “mira como me está viendo, de ley está fijándose en lo ridícula que es mi camiseta”.
2. Adivinar el futuro: el paciente tiende a adelantarse a los hechos que van a suceder y por lo general piensa que le espera lo peor. Piensa y cree que en el futuro van a pasar cosas específicas de su imaginación sin tener evidencia ni certeza de que sucedan en realidad, pero sin embargo sufre y las considera realidades. Un ejemplo sería: “ya mismo me toca tomar el examen de economía y de ley lo repruebo, no tengo posibilidad de pasar esa clase”.
3. Catastrofización: el paciente siempre piensa que va a suceder lo peor o que todo lo que está viviendo o va a vivir es terrible. Siempre ve el lado negativo de las cosas y los intensifica de tal manera que su percepción de la vida observa todo como un completo desastre. Un ejemplo sería: “no puedo más con mi vida, reprobé el examen de matemáticas y de ley mi vida va a ser un desastre, no tengo esperanza de nada”.
4. Maximizar/minimizar: el paciente tiende a ver lo que le rodea y evaluarlo fijándose solo en lo negativo y olvidando o minimizando lo positivo. O puede maximizar lo positivo y no fijarse en lo negativo. Un ejemplo sería: “es mi primer día en el trabajo y realmente odié toda la empresa, la comida estuvo horrible y todos mis compañeros se ven como unos inútiles, no creo que pueda soportar más de una semana aquí”.

5. Catalogar o rotular: el paciente tiende a etiquetar todo lo que le rodea, incluyéndose a sí mismo, asignando rasgos negativos globales a los mismos y considerando que son verdaderos y fijos. Un ejemplo sería: “soy un cobarde y no hay nada que pueda hacer al respecto” o “todos los de mi empresa me caen mal y son todos unos creídos y unos interesados”.
6. Descalificar o dejar de lado lo positivo: el paciente considera que todas las habilidades, logros o cualidades propias o las de los demás son negativas y no puede ver o no considera los aspectos positivos de las mismas. Un ejemplo sería: “todo lo que he hecho hasta ahorita todo el mundo podría hacerlo y no soy nada especial”.
7. Sobregeneralización negativa: el paciente tiende a sobre-generalizar aspectos negativos de su vida o la de los demás. Un ejemplo sería: “todos los abogados son unos creídos y solo piensan en hacer dinero” o “siempre me van a ir mal en los exámenes de medio semestre”.
8. Pensamientos dicotómicos: el paciente tiende a pensar y analizar las situaciones de dos maneras concretas, todo o nada, no ve un intermedio o distintas formas de solución. Un ejemplo sería: “si no me voy a España a estudiar dejo mis estudios y no vuelvo a estudiar más”.
9. Los deberías: la persona constantemente piensa y se siente mal analizando lo que debería haber hecho en ciertas situaciones sin hacer nada al respecto. Un ejemplo sería: “debería haber aceptado ese trabajo” o “debería haberme puesto la camiseta verde en vez de la negra”.
10. Personalización: el paciente tiende a tomar todo lo que le rodea y le acontece como algo personal. Un ejemplo sería: “mira como están viendo hacia donde mí, de ley están hablando mal de mí”.
11. Echar la culpa: el paciente constantemente piensa que las otras personas son las responsables de que él/ella se sienta así. Un ejemplo sería: “si mi amigo no hubiera dicho ese mal chiste de ley ella hubiera salido conmigo” o “si mi mama no me hubiera llamado justo a la hora del examen no me hubiera desconcentrado y no me hubiera sacado mala calificación”.
12. Los pensamientos “y que si...”: el paciente constantemente piensa o genera supuestos de lo que hubiera pasado si él o otros hubieran hecho las cosas distintas. Un ejemplo sería: “y que si yo nunca le hubiera reclamado” o “y que si yo no me hubiera sonrojado”.
13. Razonamiento Emocional: el paciente considera que sí él lo siente es porque tiene que ser real. Un ejemplo sería: “si me estoy sintiendo rechazado es porque mis amigos me están rechazando y yo soy un rechazado” o “si siento que mi pareja no me aprecia es porque no me aprecia y no quiere nada conmigo”.

Hipocondría.

El término hipocondría nace hace mucho tiempo en el siglo XVIII y al principio se refería a una parte del cuerpo, justo la parte debajo de las costillas, donde se consideraba que era la región donde se producía la bilis negra y cuando se la producía en exceso se consideraba que era la causa de muchas enfermedades mentales y corporales (Bound, 2006). En 1880, el

neurólogo Americano George Beard definió al término hipocondrías como una ilusión mental falsa con respecto al estado del cuerpo y la idea de que éste se encuentra enfermo (Bound, 2006). Actualmente el término hipocondrías significa un desorden mental o una patología relacionado a la ansiedad y a la depresión, donde la persona tiene constantes preocupaciones acerca de su salud corporal y mental, sin tener problemas reales con respecto a su salud y seguir con las preocupaciones a pesar de haber tenido un diagnóstico médico que demuestre que la persona no se encuentra enferma y que no sufre de ningún mal (Bound, 2006).

Actualmente es muy común observar a personas que constantemente acuden al internet a investigar acerca de trastornos o desórdenes para observar los síntomas y relacionarlos a sus vidas, no hace mucho tiempo se denominó al exceso de estas tendencias como un tipo de trastorno llamado “cyberchondría” (Taylor & Asmundson, 2004). El internet y la televisión son fuentes masivas de información y a su vez tienen una gran cantidad de información que es errónea y esto puede afectar a las personas que acuden a estos medios a obtener datos acerca de ciertos temas específicos y relacionarlos a sus vidas. Las sensaciones percibidas corporalmente son normales y muy frecuentes en todos los seres humanos ya que nuestros cuerpos son organismos muy activos y para su funcionamiento requieren de mucho movimiento y energía. Dentro de la experiencia vital las personas atravesamos una serie de sensaciones, dolores, placeres, malestares o punciones que están ligadas a lo que vendría a ser un cuerpo saludable (Hart & Bjorgvinsson, 2010). El problema con la hipocondrías es cuando las personas toman esas sensaciones y “malestares” propios del hecho de estar vivos y los malinterpretan o exageran causándoles mucha ansiedad y afectando en sus vidas de una manera clínicamente significativa (Beck, Emery, & Greenberg, 1985). La Terapia Cognitivo Conductual es un método efectivo para el tratamiento de este tipo de trastornos (Beck, Emery, & Greenberg, 1985).

Prevalencia de la hipocondríasis.

La prevalencia de la hipocondríasis en la población general es de un 1% a 5% y prevalece igualmente entre hombres y mujeres (Asociación Americana de Psiquiatría, 2000).

Etiología de la hipocondríasis.

Según el criterio de diagnóstico del DSM-IV-TR (2000) la hipocondríasis es la preocupación excesiva de estar seriamente enfermo después de sentir leves malestares físicos y seguir creyendo en la enfermedad a pesar de recibir notificaciones y evidencias medicas probando lo contrario. Los síntomas tienen que estar presentes por el lapso de 6 meses mínimo. Los pensamientos no están relacionados a delirios o a ningún otro tipo de condiciones psiquiátricas. Los síntomas tienen que generar malestares significativos en la vida de la persona. La persona puede tener algún tipo de enfermedad o verdadero malestar físico pero las preocupaciones son excesivas y exageradas en relación al grado de malestar (Hart & Bjorgvinsson, 2010).

Las personas con hipocondríasis sufren mucho de ansiedad y relacionan mucho de lo que ven de otros con su vida personal y se personalizan con lo sucedido (Hart & Bjorgvinsson, 2010). Pueden ver un programa de televisión o escuchar acerca de un ser cercano que ha muerto con un repentino ataque al corazón y pensar – “¿y sí eso me sucediera a mí?” o “¿y sí esa es la enfermedad que yo tengo?” (Hart & Bjorgvinsson, 2010). Pueden haber muchas formas en las que se presenta la hipocondríasis como; miedos con relación a la salud y a la posibilidad de tener alguna enfermedad grave, a sufrir o a morirse; tener la certeza de que se padece de alguna enfermedad grave; buscar constantemente la aprobación o el diagnostico de algún médico para sentirse mejor; no poder asistir al trabajo o a otros lugares comunes por la preocupación excesiva

de contraer algo o no poder lidiar con las sensaciones que se puedan producir en el cuerpo (Taylor, Kerry, Murray & Gordon, 2008).

Curso de desarrollo de la hipocondría.

El trastorno puede coexistir con otros desórdenes en casi un tercio de todos los casos de hipocondría y ser co-mórbido con el trastorno de ansiedad generalizada, depresión y desorden de pánico (Barsky, 2001). La hipocondría puede empezar a cualquier edad pero generalmente se inicia en la adolescencia y comienzos de la adultez según el criterio del DSM-IV-TR (2000). El curso del trastorno es generalmente crónico y la persona empieza a volverse excesivamente quejumbrosa con todo lo que le sucede, sin embargo puede haber una recuperación repentina y completa en ciertos casos según el criterio del DSM-IV-TR (2000). Una vez identificada la problemática los resultados de Terapia Cognitiva Conductual han sido probados como muy efectivos y los pacientes en la gran mayoría de los casos logran superar sus pensamientos y desórdenes cognitivos para lograr vivir una vida estable y con niveles moderados o leves de ansiedad (Hart & Bjorgvinsson, 2010).

Hipocondría y modelo cognitivo-conductual.

Las creencias e ideas concebidas desde muy pequeños pueden ser la fuente de muchas de nuestras percepciones y concepciones de la realidad en donde nos encontramos en el presente. La hipocondría es una condición crónica, angustiosa y des-habilitante, en donde los pensamientos y las creencias acerca de nuestro cuerpo, las enfermedades y la manera en la que todo nuestro sistema y realidad funcionan están errados, no certeros y generan o involucran mucha ansiedad y miedos constantes acerca de lo peor que podría suceder en ciertas ocasiones

o estados (Barsky & Ahern, 2004). Las creencias irracionales que involucra la hipocondría son varias (Fulton, Marcus & Merkey, 2011). Las creencias centrales más comunes para este trastorno son: “soy débil” o “soy vulnerable”. La idea de que las creencias irracionales juegan un rol central y muy importante dentro del desarrollo y el mantenimiento de la hipocondría, fue planteado principalmente por Salkovskis y Warwick (1986) y por Warwick y Salkovskis (1990) (Fulton, Marcus & Merkey, 2011). Las principales creencias intermedias dentro del desorden de hipocondría son: “las enfermedades graves y severas son más comunes de lo que realmente son” o “los síntomas ambiguos son claros indicadores de resultados catastróficos” o “si una enfermedad no es diagnosticada y tratada inmediatamente los resultados van a ser catastróficos” o “para ser saludable es necesario ser y estar completamente libre de cualquier tipo de síntomas” (Barsky, Coeytaux, Remy, Sarnie & Cleary, 1993 citado en Fulton, Marcus & Merkey, 2011). Estas creencias pueden aumentar la ansiedad de las personas relacionada con su salud y puede elevar los riesgos de desarrollar hipocondría (Fulton, Marcus & Merkey, 2011). Dentro de la terapia cognitiva conductual es importante trabajar y modificar dichas creencias para hacerlas menos severas al igual que identificar y modificar pensamientos automáticos (Fulton, Marcus & Merkey, 2011). Los principales pensamientos son catastróficos y de sobre-generalización como por ejemplo: “este pequeño dolor en la cabeza puede ser un derrame cerebral” o “me duele la barriga porque todo mi cuerpo se encuentra funcionando mal y está enfermo”.

Terapia Cognitivo Conductual para hipocondrías.

El Tratamiento Cognitivo Conductual para la hipocondrías da mucha importancia a las creencias que se han ido desarrollado en el paciente a lo largo de su vida, gracias a sus experiencias y aprendizajes previos (Taylor, Kerry, Murray & Gordon, 2008). Además se relaciona a las causas de la hipocondrías con el ambiente en el que la persona se ha desenvuelto

y como percibe el paciente a su cuerpo (Taylor & Asmundson, 2004). La forma en la que la Terapia Cognitivo Conductual abarca el tratamiento de la hipocondrías está muy relacionada al tratamiento que se da para tratar la ansiedad, muchos mencionan al trastorno de hipocondrías cómo la “ansiedad de la salud” (Taylor, Kerry, Murray & Gordon, 2008). El trastorno está relacionado con muchos pensamientos recurrentes que son los encargados de mantener y alimentar al trastorno, están relacionados a una hipervigilancia a las sensaciones del cuerpo, evitación de las pruebas contrarias, constantes chequeos e interpretaciones de lo que sienten y buscan constantemente reafirmar y confirmar lo que piensan (Abramowitz, Shwartz & Whiteside, 2001). Existen varios estudios que muestran la eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual para el tratamiento de hipocondrías. En un estudio realizado en la Universidad de Mainz en Alemania, se tomó a 54 pacientes que sufrían todos de hipocondrías y se les administro Terapia Cognitivo Conductual, el tratamiento tuvo una duración total de 51.1 días dentro de los cuales 16.5 fueron dedicados al tratamiento y las sesiones psicológicas (Bleichhardt, Timmer & Rief, 2005). El estado de cada paciente fue evaluado con cuestionarios, entrevistas personales y entrevistas vía teléfono antes, durante y hasta un año después de terminado el tratamiento (Bleichhardt, Timmer & Rief, 2005). Los instrumentos utilizados para la evaluación de los pacientes fueron los siguientes: SCL-90-R, el cuestionario de cogniciones acerca de la salud y el cuerpo (CABAH) y un cuestionario acerca de la satisfacción en la vida (FLZM) (Bleichhardt, Timmer & Rief, 2005). Los resultados demostraron que todos los participantes disminuyeron sus síntomas de hipocondrías, sin embargo fue interesante observar que a pesar de tener menos síntomas ansiosos con respecto a su salud muchos reportaron que la satisfacción con respecto a su vida no mejoró (Bleichhardt, Timmer & Rief, 2005). Esto demuestra que la Terapia Cognitivo Conductual es un buen método de tratamiento para reducir la sintomatología

y los malestares de la hipocondría, sin embargo no asegura que la satisfacción de la vida mejore. Existieron algunas limitaciones con este estudio y fue el hecho de que el tratamiento fue relativamente corto para tratar a un problema tan complejo como la hipocondría, además el grupo fue escogido dentro de personas con bastante discapacidad y muchos de ellos tenían hipocondría junto a otros trastornos de ansiedad, también la muestra fue relativamente pequeña para generalizar los resultados (Bleichardt, Timmer & Rief, 2005).

La Terapia Cognitivo Conductual ha sido probada como una terapia eficiente y efectiva para el tratamiento de la hipocondría (Thomson & Page, 2007).

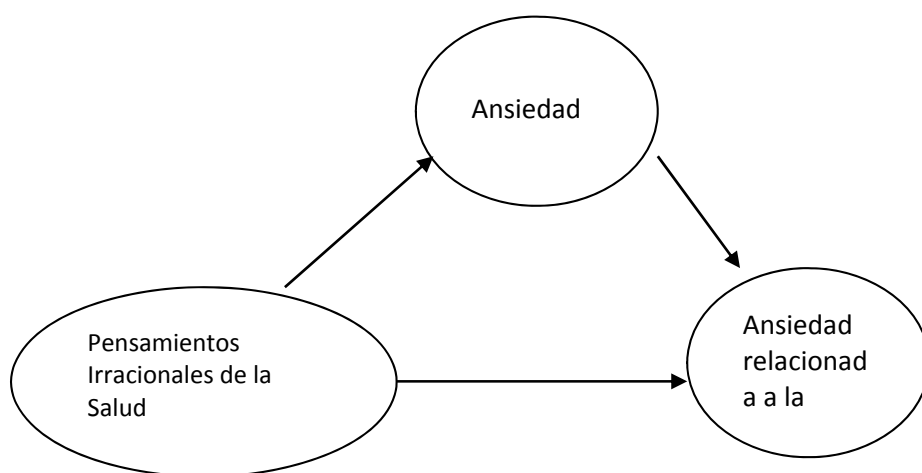


Figura 4. Ansiedad relacionada a la salud, Autor

Según Beck (1970) cualquier tipo de terapia que se enfoque en lo que es modificaciones de patrones erróneos de pensamientos puede ser considerada una Terapia Cognitivo Conductual.

El trabajo Cognitivo Conductual según Aaron Beck (1970) es el de proveer una terapia que se enfoque en modificar cogniciones en palabras o imágenes de un paciente y ayudarlo a encontrar nuevos sentidos, supuestos y actitudes frente a las situaciones y lo que se espera de ellas. En la hipocondrías los pensamientos y las cogniciones son el factor principal que mantienen vivo y alimentan al desorden, es por esto que se debe trabajar dentro de terapia enfocándose específicamente en las cogniciones disfuncionales, en las creencias y expectativas del paciente para lograr una reestructuración cognitiva y así reducir el malestar brindando una mejor calidad de vida al paciente.

Creencias centrales para hipocondrías.

Dentro del trastorno de hipocondrías se encuentran involucradas creencias centrales muy profundas con respecto a la salud, el funcionamiento corporal y el desarrollo de enfermedades en general (Fulton, Marcus & Merkey, 2011). Las principales creencias centrales en el trastorno de hipocondrías son: “soy débil”, “soy vulnerable”, “soy frágil” o “soy propenso”. Dentro del trabajo Cognitivo Conductual se puede refutar o afrontar a dichas creencias trabajando en la autoestima del paciente y analizando sus pensamientos y creencias intermedias disfuncionales. Se debe brindar mucha psicoeducación y mejorar los niveles de introspección y análisis de los pacientes (Fulton, Marcus & Merkey, 2011).

Creencias intermedias para hipocondrías.

Las creencias intermedias involucradas en el trastorno de hipocondrías son muchas reglas y asunciones con respecto a la salud, las probabilidades y el funcionamiento del cuerpo (Taylor & Asmundson, 2004). Las principales creencias intermedias en este trastorno son por ejemplo: “Si se siente algo en el cuerpo es grave”, “Si los parientes han tenido enfermedades es muy común que la persona desarrolle enfermedades también”, “Es muy común que se presenten

los efectos secundarios después de haber recibido un tratamiento”, “Si los medicamentos no ayudan no hay nada que pueda ayudar” o “Los síntomas significan enfermedad”. Las creencias intermedias son reglas o asunciones que tiene el paciente con respecto a las enfermedades, a su salud y a su funcionamiento en general y dentro de la Terapia Cognitivo Conductual se deben refutar y analizar dichas creencias para romper y negar muchas de las reglas que tiene el paciente con respecto a su vida (Fulton, Marcus & Merkey, 2011).

Pensamientos automáticos para hipocondríasis.

Salkovskis y Warwick propusieron la idea de que los pensamientos irracionales acerca de la salud son los principales responsables de las molestias y de mantener el trastorno de hipocondríasis (Salkovskis & Warwick, 1986). Los pensamientos clásicos de la hipocondríasis varían y por lo general están relacionados a las creencias que las enfermedades serias son más comunes y prevalentes de lo que dicen los libro y estudios, que los síntomas ambiguos y extraños son indicadores claros de la presencia de algún tipo de enfermedad, que si las enfermedades no son tratadas inmediatamente los resultados pueden ser catastróficos, y para ser una persona completamente sana es necesario estar completamente libre de cualquier tipo de síntomas (Fulton, Marcus & Merkey, 2011). En los pacientes con hipocondría es muy importante trabajar en los pensamientos y creencias que tienen acerca de su salud y de lo que tienen que hacer para mantenerse saludables ya que muchas veces se perjudican la salud gracias a creencias irracionales y la utilización de métodos alternativos y dañinos para solucionar sus malestares exagerados y muchas veces ficticios (Fulton, Marcus & Merkey, 2011). Dentro de las distorsiones cognitivas más frecuentes en estos pacientes se encuentran los pensamientos de sobre generalización, visión catastrófica y los pensamientos polarizados (Fulton, Marcus & Merkey, 2011). Algunos ejemplos de los pensamientos más comunes son: “soy un vulnerable a

todas las enfermedades graves”, “nadie entiende lo que yo estoy sintiendo”, “¿y si eso me ocurriese a mí?, “¿y si yo también tengo esa enfermedad?” o “estoy seguro que estos dolores estomacales no son normales y de ley tengo cáncer al estomago”.

Ataques de pánico.

Los ataques de pánico son periodos de tiempo donde la persona sufre un miedo intenso y un malestar agudo en la ausencia de algún factor de riesgo o peligro verdadero, están acompañados por un mínimo de 4 a 13 somatizaciones o síntomas cognitivos (APA, 2000). Las somatizaciones pueden ser sudoración excesiva, fuertes palpitaciones cardiacas, temblores, sensación de que se acaba el aire, sentimiento de que te ahogas, dolor en el pecho, nauseas o dolor abdominal, escalofríos o calores repentinos, mareos y sensaciones de desmayo (APA, 2000). Los síntomas cognitivos pueden ser pensamientos y miedos de llegar a perder el control o de “volverse loco”, miedos a morir y pensamientos de despersonalización (APA, 2000). Existen tres tipos de ataques de pánico y son categorizados en tres grupos: los ataques de pánico inesperados, los ataques de pánico directamente e inminentemente relacionados a situaciones específicas y los ataques de pánico situacionales pero no inminentes frente a situaciones específicas (APA, 2000).

Los ataques de pánico clínicos suceden a pesar del conocimiento por parte del paciente de que no le va a pasar nada malo y que son reacciones naturales del cuerpo, es por esto que muchas veces los ataques están más relacionados a lo que serían fobias a ciertas situaciones o sentimientos incómodos (Jacobs & Nadel, 1999). Las reacciones emocionales y físicas relacionadas a las fobias específicas son extremadamente similares a las reacciones que se experimentan durante un ataque de pánico (Jacobs & Nadel, 1999). La persona relaciona objetos, situaciones o sentimientos específicos, relacionados o amenazantes de una manera vital,

y éstos desencadenan una serie de síntomas físicos y psicológicos que llevan a la persona a sufrir mucho malestar y miedo (Jacobs & Nadel, 1999).

Prevalencia de los ataques de pánico.

La prevalencia de ataques de pánico ocasionales, más no del desorden de ataques de pánico, en la población general es muy alta y generalmente está relacionada y diagnosticada junto con otros trastornos como los de ansiedad, de fobias específicas, fobias sociales, ansiedad generalizada o trastorno de estrés postraumático (Hara, Nishimura, Yokoyama, Inoue, Nishida, Tanii & Okazaki, 2012). Estos varían entre un 10% a 30% de la población general y la prevalencia es igual entre hombres y mujeres (APA, 2000). Actualmente existe mucha evidencia de la creciente prevalencia de ataques de pánico sin la necesidad de tener un desorden de ataques de pánico, sin embargo los malestares e impedimentos que éstos generan a las personas son bastante fuertes (Kinley, Walker, Enns & Sareen, 2011).

Etiología de los ataques de pánico.

Los ataques de pánico son sumamente deshabilitantes y pueden significar un riesgo futuro para desarrollar distintos tipos de desordenes psicológicos y psiquiátricos, también pueden estar relacionados al consumo de drogas en muchos de los casos (Kinley, Walker, Enns & Sareen, 2011). Dependiendo del tipo de ataque de pánico y la edad donde se generó pueden llegar a ser más o menos severos, depende si un ataque sucede inesperadamente o si sucede a causa de un estímulo determinado, todos son factores que pueden determinar la severidad del trastorno (Kinley, Walker, Enns & Sareen, 2011). Mientras más temprano en la edad de un individuo suceda un ataque de pánico, mayores son las probabilidades de que se desarrolle algún tipo de psicopatología en el futuro (Goodwin & Hamilton, 2002). Los ataques de pánico pueden

ser mejores, más fuertes y más generalizables predictores de desarrollar psicopatologías severas que la depresión, fobias específicas y cualquier tipo de desórdenes alimenticios (Goodwin, Lieb & Hoefler, 2004).

Curso de desarrollo de los ataques de pánico.

Dentro de la investigación de los ataques de pánico se da suma importancia al primer ataque de pánico experimentado por el paciente. Es muy importante ya que marca mucho al paciente y dependiendo de la intensidad, puede generarle mucho miedo y expectativas frente a diferentes situaciones (Jacobs & Nadel, 1999). Existen distintos trastornos o ramas de los ataques de pánico que se pueden observar. Dos tipos importantes de ataques de pánico son: los episodios de ataques de pánico y el desorden de ataques de pánico. La diferencia principal entre episodios de ataques de pánico y el desorden de ataques de pánico es la recurrencia de los mismos (APA, 2000). En los episodios de ataques de pánico se pueden observar discretos periodos de tiempo donde la persona siente un miedo intenso y somatiza muchas de sus sensaciones llegando a un pico de pánico en un lapso aproximado de 10 minutos, por el otro lado en el desorden de ataques de pánico la persona sufre un ataque de pánico y seguido al acontecimiento presenta preocupaciones recurrentes y excesivas de desarrollar nuevos ataques por el periodo de un mes y por lo general esto le conlleva a desarrollar ataques nuevamente y con mayor facilidad (APA, 2000).

Ataques de pánico y modelo cognitivo conductual.

El trabajo Cognitivo Conductual enfocado al tratamiento de los ataques de pánico ha sido un tema investigado hace mucho tiempo y ha demostrado ser muy efectivo para el tratamiento de este tipo de desórdenes (Salkovskis & Clark, 1991). El tratamiento se basa en la identificación y en la modificación de la interpretación que se les da a las distintas sensaciones

del cuerpo (Bakker, Spinhoven, Anton, Van-Balkom & Richard, 2002). La Teoría Cognitivo Conductual considera que los desórdenes de pánico experimentan constantes ataques de pánico gracias a la tendencia a malinterpretar ciertas sensaciones corporales como signos inminentes de una catástrofe mental o física (Beck, Emery & Greenberg, 1985; Clark, 1986). Después de experimentar un ataque de pánico la persona se queda con pensamientos recurrentes con respecto al ataque y al mal rato, esto le genera mucha ansiedad e incrementa la sensibilidad y la atención hacia específicas sensaciones corporales, esto conlleva en la mayoría de casos a experimentar nuevos ataques y a incrementar los niveles de ansiedad y disfunción (Bakker, Spinhoven, Anton, Van-Balkom & Richard, 2002).

Terapia Cognitiva Conductual para ataques de pánico.

El tratamiento Cognitivo Conductual para este tipo de pacientes tiene tres componentes importantes: 1) ayudar a que el paciente identifique y confronte las diversas sensaciones que producen los ataques de pánico y por ende todos los malestares que las sensaciones conllevan; 2) modificar las creencias catastróficas que tiene la persona con respecto a las sensaciones y a los ataques de pánico, ayudándole a observar otros puntos y nuevas conceptualizaciones de los sucesos; 3) ayudar al paciente a que remplace las malinterpretaciones de los hechos y de las sensaciones y las remplace con pensamientos alternativos, poco estresantes y mucho más racionales (Wells, 1997). La Terapia Cognitivo Conductual demuestra ser una excelente terapia para disminuir los síntomas y para brindar a los pacientes herramientas para combatir los ataques de pánico. En varios estudios realizados se ha demostrado que la Terapia Cognitivo Conductual es efectiva en la gran mayoría de los casos de ataques de pánico, sin embargo no garantiza una recuperación completa del desorden en todos los casos ni asegura que no vaya a haber nuevos ataques en un futuro (Grey, Salkovskis, Ougley, David & Elhers, 2008). En un estudio realizado

en el 2008 se tomó a 65 pacientes, todos cumplían con el criterio del desorden de ataques de pánico y se los evaluó y clasificó para participar en el estudio, de los 65 solo 36 participaron en la investigación. Los terapeutas del estudio fueron cinco mujeres y dos hombres los cuales practicaron sus estilos de tratamiento comunes en los pacientes por el lapso de 8 meses, luego tuvieron 3 sesiones de capacitación para realizar técnicas de la Terapia Cognitivo Conductual y finalmente ejercieron las técnicas por el lapso de 8 meses más (Grey, Salkovskis, Ougley, David & Elhers, 2008). Al finalizar el tratamiento los resultados demostraron que el 68% de los pacientes tratados terminaron sin la presencia de ataques de pánico lo cual demuestra una muy buena efectividad de la Terapia Cognitivo Conductual (Grey, Salkovskis, Ougley, David & Elhers, 2008). Existieron algunas limitaciones del estudio ya que cada terapeuta tenía un estilo propio y lo ejerció por el lapso de 8 meses antes de iniciar el tratamiento con la Terapia Cognitivo Conductual, además por ser una muestra limitada no se puede generalizar los resultados a todos los casos de ataques de pánico (Grey, Salkovskis, Ougley, David & Elhers, 2008).

Los ataques de pánico pueden predecir la ocurrencia en el futuro de varios trastornos psicológicos como la depresión. En un estudio realizado por Kessler y sus colegas, se investigó a una vasta cantidad de sujetos que habían tenido ataques de pánico y se observó la co-morbilidad que tenían con síntomas de depresión mayor (Kessler, Stang, Wittchen, Ustun, Roy-Burne & Walkers, 1998). En el estudio se tomó una muestra de 8098 personas entre las edades de 15-54 años de edad que reportaron haber tenido ataques de pánico y se evaluó mediante entrevistas personales y llamadas telefónicas la presencia de síntomas de depresión mayor antes y después de haber recibido o no tratamiento Cognitivo Conductual (Kessler et al., 1998). Se descubrió que, de los individuos que habían tenido ataques de pánico y recibido tratamiento psicológico Cognitivo

Conductual un 19% desarrollaron síntomas de depresión mayor en el futuro, por el otro lado los individuos que tuvieron ataques de pánico y no recibieron tratamiento psicológico Cognitivo Conductual sí desarrollaron síntomas de depresión mayor en un 35% de los casos (Kessler et al., 1998). Se evaluó a los pacientes en el lapso de dos años desde el año de 1990 hasta 1992. Los resultados demostraron que existe un beneficio y una reducción de la probabilidad de desarrollar síntomas de depresión mayor después de recibir tratamiento psicológico Cognitivo Conductual. Las limitaciones del estudio fueron la incapacidad de seguir con detenimiento el caso individual de los 8098 sujetos, aproximadamente el 16% de los participantes dejaron la investigación y no se pudo tener mucho control sobre el tipo de tratamiento que estaban recibiendo ya que era con una gran cantidad de terapeutas a la vez (Kessler et al., 1998). Sin embargo se descubrió que existe una cierta co-morbilidad entre los ataques de pánico y los síntomas de depresión mayor y que la probabilidad de que dichos síntomas aparezcan, se reduce con la aplicación de terapias psicológicas Cognitivo Conductuales.

Creencias centrales para ataques de pánico.

Las creencias centrales en pacientes con ataques de pánico y problemas de ansiedad son muy difíciles de modificar y les cuesta mucho trabajo a los pacientes ya que han basado estas creencias en un sinnúmero de evidencias que las han confirmado y les han demostrado que son ciertas (Wright, Basco & Thase, 2006). Las creencias son activadas en distintas situaciones amenazantes para el paciente y al ser activadas desencadenan una serie de pensamientos automáticos y creencias intermedias que terminan en la aparición de un nuevo suceso de ataque de pánico (Wright, Basco & Thase, 2006). Las creencias centrales de estos pacientes suelen ser: “soy incapaz”, “soy un inútil”, “doy vergüenza”, “nadie va a quererme” o “soy un ridículo”. La idea dentro de la Terapia Cognitivo Conductual es brindarle al paciente herramientas para que

pueda modificar estas creencias y darse cuenta que él/ella sí es capaz de mejorar y de retomar el control de su vida (Hollifield, Mackey & Davidson, 2006).

Creencias intermedias para ataques de pánico.

Las creencias intermedias de estos pacientes son bastante fuertes y generalmente se basan en reglas o expectativas dentro de sus vidas que les predisponen a sentirse mal y a desarrollar nuevos ataques (Hollifield, Mackey & Davidson, 2006). Pueden tener creencias como: “si voy a este lugar voy a desarrollar un ataque de pánico”, “si me empiezo a sentir mareado es significativo de que me está empezando un nuevo ataque de pánico” o “si se me presenta una situación igual a la anterior seguro me da un ataque de pánico”. La idea dentro de la Terapia Cognitivo Conductual es lograr que la persona cuestione estas creencias y pueda reformarlas para que no sean tan severas y puedan ser variables, sin necesidad de que sean verdades absolutas (Hollifield, Mackey & Davidson, 2006).

Pensamientos automáticos para ataques de pánico.

Las personas que sufren o han sufrido ataques de pánico tienden a desarrollar similares tipos de pensamientos automáticos con respecto a situaciones, sensaciones o lugares que les generan miedo y atentan contra su seguridad y su vida (Hollifield, Mackey & Davidson, 2006). El objetivo de la Terapia Cognitivo Conductuales lograr que el paciente modifique estos pensamientos y que entienda que la situación en la que se encuentra no es definitiva y que puede mejorar con tratamiento, esto genera mucho alivio y tranquilidad en los pacientes (Hollifield, Mackey & Davidson, 2006). Se trata de identificar y categorizar los pensamientos en una escala del 0 al 10 para medir su intensidad y encontrar que nivel de disfunción generan en la persona (Hollifield, Mackey & Davidson, 2006). Los pensamientos pueden ser: “nunca voy a poder estar tranquilo en situaciones sociales”, “nunca voy a poder viajar otra vez”, “estoy sintiendo un

mareo, de ley me está empezando un ataque de pánico” o “no siento mi brazo, me está empezando un nuevo ataque”.

La Terapia Cognitivo Conductual y el rol del terapeuta dentro de terapia no es lograr que la persona piense más racionalmente o que sea más racional. El verdadero objetivo del terapeuta es lograr que el paciente tenga varias perspectivas con respecto a una situación en vez de una sola perspectiva (Salkovskis, 1996). Muchos de los problemas cognitivos con trastornos de la ansiedad están ligados a imágenes mentales distorsionadas, más que a pensamientos, es por esto que dentro de terapia es muy importante trabajar en las imágenes mentales automáticas que reporta un paciente y como interpreta y analiza estas imágenes (Padesky, 1996 citado en Salkovskis, 1996). De este modo el paciente puede tener un mayor control sobre sus pensamientos y procesos mentales, así se puede sentir más seguro y sus niveles de ansiedad van a decaer.

METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Justificación de la metodología seleccionada

Para la realización de este estudio se utilizó la metodología de un estudio de caso. Los estudios de caso son una metodología de estudio, utilizan los procesos de investigación cuantitativa, cualitativa o mixta, todas enfocadas al estudio individual y profundo de un caso en específico, al igual que cualquier estudio se enfocan en responder a una pregunta de investigación, plantear un problema, probar la hipótesis y desarrollar alguna teoría o conclusión respectiva al tema tratado (Hernández Sampieri & Mendoza, 2008 citado en Hernández Sampieri, Fernández Collado & Baptista Lucio, 2010). La metodología de estudios de caso investiga unidades varias que pueden tratarse de un individuo, una pareja, una familia, un sistema, una organización, un hecho histórico o una nación, ósea un estudio de caso se refiere al estudio de un caso en específico con respecto a un tema de estudio de cualquier tipo (Hernández Sampieri, Fernández Collado & Baptista Lucio, 2010). El beneficio de los estudios de caso es que obtienen información más detallada y profunda con respecto a un caso en específico, permite que se analicen aspectos más detallados del caso investigado y por ende pueden proveer de resultados muy valiosos para el conocimiento global del aspecto investigado (Hernández Sampieri, Fernández Collado & Baptista Lucio, 2010). Para esta investigación se decidió utilizar la metodología de un estudio de caso ya que se pretendía investigar a profundidad la eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual en un caso específico de trastorno hipocondríasis y de trastorno de ataques de pánico. Posteriormente un estudio de caso puede aportar mucho en investigaciones futuras de temas relacionados.

Herramientas de investigación utilizadas

Detalles de los tests.

Para el análisis y la evaluación del paciente se utilizaron dos pruebas. La primera prueba fue para identificar y clasificar los síntomas, la sintomatología presente en el paciente y la severidad de su estado en general. Esta prueba fue el Inventario de Síntomas 90 Revisado (SCL-90-R) y sirvió para medir la severidad de la situación actual del paciente, la presencia de síntomas en distintas dimensiones y el nivel de malestar en general experimentado por el paciente. La segunda prueba fue el Inventario de Personalidad Multifásico de Minnesota – 2 (MMPI-2) y sirvió para identificar el tipo y los rasgos de personalidad del paciente, al igual que la severidad de su situación y que factores de su personalidad pueden afectar o favorecer al desarrollo del trabajo terapéutico.

Para la realización de este estudio se utilizaron dos pruebas como herramientas de investigación. La primera prueba fue una prueba de identificación de síntomas y la segunda fue una prueba de personalidad. La prueba de identificación de síntomas fue la siguiente.

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

Descripción.

El SCL-90-R es un cuestionario personalmente administrado, consta de 90 ítems que evalúan perturbaciones psicológicas o somáticas en un paciente y son calificados bajo un rango del 0 (ausencia del síntoma) al 4 (máxima perturbación del síntoma) (Torres, Bailles, Collado, Taberner, Gutierrez, Peri & Valdes, 2010). El SCL-90-R fue diseñado por Leonard Derogatis en 1973. Los 90 ítems están divididos en 9 escalas y cada ítem tiene cinco opciones de respuestas que son: nada (0), muy poco (1), poco (2), bastante (3), mucho (4). Su valor de validez es de 0,8 coeficientes alfa y además tiene un índice de confiabilidad de 0,70 coeficientes alfa, lo cual

significa que es una prueba bastante confiable (Lara, Cárdenas, Fócil, Espinosa & Cavazos, 2005). Es importante mencionar que el SCL-90 ha sido traducido a varios idiomas y normado en distintas poblaciones. Debido a que no existe una adaptación para el Ecuador se utilizó la adaptación de Buenos Aires desarrollada por María Martina Casullo y Marcelo Pérez en 1999 y actualizada en el 2008 (Barrios, Graff, González-Santos & Mercadillo, 2007; Cárdenas, Cavazos, Espinosa, Fócil & Muñoz, 2005).

Las 9 escalas del SCL-90-R son las siguientes:

Síntomas Somaticos (SOM)
Síntomas Obsesivos – Compulsivos (OBS)
Sensibilidad Interpersonal (SI)
Síntomas de Depresión (DEP)
Síntomas de Ansiedad (ANS)
Hostilidad (HOS)
Ansiedad Fóbica (FOB)
Ideación Paranoide (PAR)
Psicotcismo (PSIC)

Además de estas escalas se puede obtener el índice de severidad global (IGS) donde se ve el estado del paciente dependiendo de sus respuestas al test (Torres et al., 2010). También hay el índice del total de síntomas positivos (TSP) que mide el número de respuestas positivas (mayores a 0) en los ítems del test y el índice de malestar sintomático positivo (ISMP) donde se observa si la persona está exagerando o minimizando sus respuestas (Casullo & Perez, 2008). Con el test se puede observar la presencia de síntomas en el paciente y la severidad de su situación para abarcar a lo problemática terapéuticamente de una mejor manera.

Resultados del SCL-90-R.

Pre test.

Dentro de las primeras sesiones se le administró al paciente la prueba SCL-90-R con el fin de medir su sintomatología y establecer un mejor diagnóstico de su problemática. Los

resultados obtenidos en el test demostraron una significativa elevación en muchas de las áreas evaluadas. El paciente obtuvo puntajes elevados en siete de las nueve escalas evaluadas. Esto demuestra que el paciente está atravesando una etapa o un periodo lleno de problemáticas y sintomatología positiva. Dentro de los resultados del test se considera a los puntajes T mayores de 63 como puntajes elevados y demuestran que el/la paciente se encuentra en riesgo.

El paciente obtuvo un puntaje T=66 en la dimensión de Somatizaciones (SOM). Esto demuestra la presencia de malestares que la persona percibe relacionados con diferentes disfunciones corporales como cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorios, sensoriales, entre otros (Casullo & Pérez, 2008). El paciente puede percibir y transformar muchos de sus malestares psicológicos con malestares corporales reales y dolorosos.

El paciente obtuvo un puntaje T=64 en la dimensión de Obsesiones y Compulsiones (OBS). Esta dimensión mide la presencia de pensamientos, acciones e impulsos que son considerados por la persona como imposibles de evitar o no son deseados (Casullo & Pérez, 2008). El paciente considera a sus pasamientos y deseos como amenazas generadoras de impulsos incontrolables, esto le genera miedo y temor.

El paciente obtuvo un puntaje T=70 en la dimensión de Sensitividad Interpersonal (SI). Esto significa que existe la presencia de sentimientos de inferioridad o de inadecuación, especialmente cuando la persona se compara con sus semejantes (Casullo & Pérez, 2008). El paciente constantemente se compara con sus semejantes y busca en ellos aspectos que él quisiera o deseara tener. Esto hace que la autoestima del paciente disminuya y le genera una emocionalidad negativa de inadecuación y de inferioridad.

El paciente obtuvo un puntaje T=66 en la dimensión de Depresión (DEP). Esto demuestra que dentro de la problemática del paciente existen una gran variedad de síntomas de

tipo depresivos tales como estados de ánimo disfóricos, falta de motivación, poca energía vital, sentimientos de desesperanza o ideaciones suicidas (Casullo & Pérez, 2008). El paciente reporta que tiene pocas energías y que constantemente se encuentra desmotivado.

El paciente obtuvo un puntaje $T=70$ en la dimensión de ansiedad (ANS). Esto demuestra la presencia de signos generales de ansiedad tales como nerviosismo, tensión, ataques de pánico o miedos (Casullo & Pérez, 2008). El paciente constantemente reporta tener niveles altos de ansiedad que se presentan como ataques de pánico o altos niveles de tensión.

El paciente obtuvo un puntaje $T=59$ en la dimensión de hostilidad (HOS) lo cual demuestra que el paciente es una persona poco Hostil.

El paciente obtuvo un puntaje $T=68$ en la dimensión de Ansiedad Fóbica (FOB). Esto demuestra la presencia de un miedo extremo con elevados niveles de ansiedad provocados por personas específicas, lugares, objetos o situaciones que en sí mismas no representan u ameritan una reacción tan fuerte y negativa (Casullo & Pérez, 2008). El paciente reporta tener muchos miedos hacia situaciones y personas específicas, especialmente su padre.

El paciente obtuvo un puntaje $T=57$ en la dimensión de Ideación Paranoide (PAR). Es un puntaje poco elevado y el paciente no demuestra tener ideación paranoide.

El paciente obtuvo un puntaje $T=63$ en la dimensión de Psicotismo (PSIC). Esto puede significar que el paciente está teniendo problemas referidos a estados de ánimo de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones o control de pensamiento (Casullo & Pérez, 2008).

El test demuestra que el paciente está teniendo una gran cantidad de sintomatología positiva. El paciente obtuvo un puntaje $T=69$ en el Índice de Severidad Global (IGS). Esto significa que el paciente está teniendo bastantes problemáticas con respecto a su situación y sus malestares. Además, el paciente obtuvo un puntaje $T=69$ en el Total de Síntomas Positivos

(TSP) lo cual significa que reporta la presencia de muchos síntomas en su vida, se podría considerar un leve nivel de exageración frente a su situación. Es interesante observar que en el Índice de Malestar Sintomático Positivo (ISMP) el paciente obtuvo un puntaje T=58 lo cual significa que dentro de todo el paciente fue consistente con sus respuestas y no tenía muchas actitudes de simulación.

Post test.

Al finalizar el tratamiento se le administró nuevamente el SCL-90-R al paciente con el fin de comparar los resultados y ver lo que se ha alcanzado dentro del trabajo terapéutico. Los resultados obtenidos en el test demostraron que el paciente mejoró y disminuyó su sintomatología significativamente en muchas de las dimensiones evaluadas. Sin embargo el paciente continuó con un puntaje elevado en tres de las dimensiones evaluadas, una gran mejora a comparación de la elevación de las siete áreas al comienzo del tratamiento. Dentro de los puntajes en las dimensiones del test, se consideran elevados a las dimensiones con un puntaje T mayores a 63.

El paciente obtuvo un puntaje T=76 en la dimensión de Somatizaciones (SOM). Esto podría significar una exageración del paciente con respecto a la presencia de varias disfunciones corporales que él mismo percibe relacionado al funcionamiento de su cuerpo (Casullo & Pérez, 2008). Las principales somatizaciones del paciente son cardíacas, sensoriales y respiratorias.

El paciente obtuvo un puntaje no elevado T=58 en la dimensión de Obsesiones Compulsiones (OBS). Esto significa que no hay un número significativo de síntomas relacionados a obsesiones y compulsiones.

El paciente obtuvo un puntaje no elevado T=48 en la dimensión de Sensitividad Interpersonal (SI). Esto significa que no hay una cantidad significativa de síntomas relacionados a la sensibilidad interpersonal.

El paciente obtuvo un puntaje no elevado T=56 en la escala de Depresión (DEP). Esto significa que el paciente tiene pocos síntomas de depresión.

El paciente obtuvo un puntaje T=69 en la dimensión de Ansiedad (ANS). Esto significa que el paciente continúa con niveles bastante elevados y malestares de ansiedad. Puede ser que presente signos de ansiedad tales a nerviosismo, tensión, ataques de pánico o miedos (Casullo & Pérez, 2008).

El paciente obtuvo un puntaje no elevado T=45 en la dimensión de Hostilidad (HOS). Significa que el paciente presenta pocos síntomas relacionados a la hostilidad.

El paciente obtuvo un puntaje no elevado T=55 en la dimensión de Ansiedad Fóbica (FOB). Significa que el paciente presenta pocos síntomas relacionados a la ansiedad fóbica.

El paciente obtuvo un puntaje no elevado T=48 en la dimensión de Ideación Paranoide (PAR). Significa que el paciente presenta pocos síntomas relacionados a la ideación paranoide.

El paciente obtuvo un puntaje T=63 en la dimensión de Psicoticismo (PSIC). Esto podría significar algún tipo de problemática con el paciente relacionado a sus estados de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones o falta de control sobre su pensamiento (Casullo & Pérez, 2008).

El Índice de Severidad Global (IGS) tiene un puntaje T=64 lo cual significa que el paciente aun se encuentra en un estado donde necesita ayuda. El malestar ocasionado por los síntomas aún puede ser bastante fuerte para el paciente. En el Total de Síntomas Positivos (TSP) el paciente obtuvo un puntaje T=64 lo cual significa que aún existen una gran cantidad de

síntomas presentes dentro de la problemática del paciente. En el Índice de Malestar Sintomático Positivo (ISMP) el paciente obtuvo un puntaje elevado $T=68$ lo cual significa que probablemente el paciente exageró o no fue consistente en algunas de sus respuestas. Probablemente el paciente fingió en algunas de sus respuestas para aparentar estar peor de su verdadera situación.

Análisis de los resultados del SCL-90-R.

Los resultados de los test demostraron una gran mejora dentro de la sintomatología del paciente y al compararlos se puede observar cómo, a medida que pasó el tiempo, mucha de la sintomatología presente en el paciente disminuyó. Las dimensiones que el paciente continuó elevando y con riesgo fueron las de Somatizaciones (SOM), Ansiedad (ANS) y la de Psicotismo (PSIC). Esto podría deberse al desorden de hipocondrías del paciente y al hecho de que se encuentra constantemente pensando y sintiendo su cuerpo por si percibe alguna anomalía. El paciente reporta tener momentos donde su corazón late con mucha fuerza (taquicardia), además menciona que tiene mucho miedo a desarrollar ataques de pánico y que muchas de la sensaciones de hormigueo en su cuerpo se deben a la probabilidad de que aparezca un nuevo ataque de pánico, además reporta que muchos de sus pensamientos son incontrolables y que no puede analizarlos ni controlarlos una vez que llegan. El paciente necesita de más trabajo psicológico enfocado en fortalecer sus habilidades de introspección y al hecho de que rompa con muchos de los mitos que tiene con respecto a su cuerpo y su funcionalidad corporal.

El paciente aumentó 10 puntos en la dimensión de Somatizaciones (SOM) lo cual demuestra que han incrementado la presencia de síntomas físicos relacionados a sus preocupaciones y ansiedad con respecto a su salud. El paciente disminuyó 6 puntos en la dimensión de Obsesiones Compulsiones (OBS). Esto demuestra una mejora en lo respecta a los

síntomas relacionados a obsesiones y compulsiones que pueda tener el paciente. El paciente disminuyó 22 puntos en la dimensión de Sensitividad Interpersonal (SI). Esto demuestra una significativa disminución de la presencia de síntomas relacionados a la sensibilidad interpersonal del paciente. El paciente disminuyó 6 puntos en la dimensión de Depresión (DEP). Esto significa que el paciente disminuyó sus síntomas de depresión y la presencia de síntomas relacionados. El paciente disminuyó un punto en la dimensión de Ansiedad (ANS) y demuestra que aún continúa teniendo un puntaje elevado y la presencia de síntomas relacionados a la ansiedad. El paciente disminuyó 14 puntos en la dimensión de Hostilidad (HOS). Esto demuestra una disminución significativa en la presencia de síntomas relacionados a la hostilidad. El paciente disminuyó 13 puntos en la dimensión de Ansiedad Fóbica (FOB). Esto demuestra una significativa disminución en la presencia de síntomas relacionados a la ansiedad fóbica. El paciente disminuyó 9 puntos en la dimensión de Ideación Paranoide (PAR). Esto demuestra una significativa disminución en la presencia de síntomas relacionados a ideaciones paranoides. El paciente mantuvo el puntaje igual en la dimensión de Psicotisismo (PSIC). Esto demuestra una mantención de los síntomas con respecto al psicotisismo. El paciente disminuyó su puntaje T a menos de 63 en las siguientes dimensiones: Obsesiones-Compulsiones, Sensitividad Interpersonal, Depresión y la de Ansiedad Fóbica. Esto significa que el tratamiento fue bastante beneficioso para el paciente y que bastante de su sintomatología disminuyó o desapareció con el pasar de los tiempos. El paciente disminuyó 5 puntos el Índice de Severidad Global, esto demuestra una mejora con respecto a la severidad de su sintomatología, sin embargo sigue siendo un puntaje elevado que continúa requiriendo de atención. Su puntaje T en el Total de Síntomas Positivos disminuyó 5 puntos. Esto significa que el paciente reportó tener menos sintomatología, sin embargo continúa siendo un puntaje bastante elevado y por ende continúa

requiriendo atención. El paciente elevó 10 puntos en el Índice de Malestar Sintomático Positivo y esto podría significar que el paciente exageró un poco con sus respuestas y aparentó estar peor de lo que realmente está. Esto puede deberse al hecho de que el paciente continúa con preocupaciones y con malestares con respecto a sus cogniciones y deseaba demostrar sus malestares acentuándolos y exagerando con sus respuestas.

Los resultados de los dos tests, el pre y el post, pueden brindar información clave para fijar nuevos planes de tratamiento y ver por dónde podría enfocarse el tratamiento en el futuro. Es sumamente importante continuar desarrollando los niveles de introspección del paciente y continuar trabajando con su sintomatología relacionada a su cuerpo y las sensaciones y malestares que este le presenta. Además hay que continuar analizando y modificando las creencias y pensamientos disfuncionales del paciente con el fin de que logre hacerlos más realistas y menos subjetivos y determinantes.

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

Descripción.

El Inventario de Personalidad Multifásico de Minnesota-2 (MMPI-2) es una de las pruebas de personalidad más usada e investigada en el mundo (Greene, 2000). Originalmente fue una prueba diseñada y desarrollada por Hathaway y McKinley en 1940 (Greene, 2000). La prueba contiene 576 ítems con dos tipos de respuestas posibles: “verdadero” o “falso” (Greene, 2000). Las respuestas dadas por el paciente son después calificadas dentro de 10 escalas clínicas de: hipocondría, depresión, histeria, desviación psicopática, masculinidad-feminidad, paranoia, psicastenia, esquizofrenia, hipomanía e introversión social (Greene, 2000). Estas escalas nos ayudan a observar los principales rasgos de personalidad del paciente y nos dan una clara idea de la presencia de algún tipo de problema o riesgo relacionado a la personalidad del paciente.

Además de las escalas clínicas, el test consta con 9 escalas de validez que informan la actitud del paciente al tomar la prueba y que tan confiables y consistentes son sus respuestas (Greene, 2000). Dentro del MMPI-2 existen también 15 escalas de contenido que tratan de representar de una manera sistemática las respuestas del paciente al contenido individual de cada ítem del test (Greene, 2000). Las 15 escalas suplementarias del test se enfocan en proveer información más específica y detallada con respecto a la personalidad del paciente complementando la información obtenida en las escalas clínicas (Greene, 2000). El MMPI-2 es una prueba bastante confiable y los niveles de confiabilidad con respecto a los test retest varían entre (0,68) y (0,92) (Aiken, 2003). El objetivo de usar un test de personalidad como el MMPI-2 es para poder enfocar y dirigir el plan de tratamiento de una manera más efectiva y certera dependiendo de las cualidades y características propias de cada paciente y su personalidad. Es una herramienta muy útil para medir la disposición del paciente frente al tratamiento y las actitudes que pueda tener para realizar el mismo.

Las escalas de validez del MMPI-2 nos ayudan a medir que tan sincero está siendo el paciente con sus respuestas y la actitud que está teniendo frente a la prueba. Con la información obtenida en dichas escalas se puede analizar las razones por las cuales el paciente puede estar teniendo ciertas actitudes y se puede enfocar y canalizar el tratamiento para fomentar o modificar ciertas conductas. Las escalas clínicas nos muestran las principales áreas donde el paciente puede estar teniendo problemáticas y analizando los resultados se puede enfocar el tratamiento y el trabajo psicológico para potenciar el beneficio del paciente dentro de la terapia. Se pueden analizar las escalas de validez y las escalas clínicas en conjunto para sacar conclusiones y respuestas bastante confiables acerca del paciente y sus problemáticas actuales.

Resultados del MMPI-2.

El MMPI-2 fue aplicado entre la octava y la novena sesión (Ver Anexo B)

Escalas de validez del MMPI-2.

Después de administrarle la prueba del MMPI-2 a Marco, los resultados del test demuestran que el perfil es válido. Marco entraría en la configuración de las escalas de validez como “most closed” y negando ligeramente ciertos problemas.

Las escalas de validez muestran la actitud con la cual el paciente tomó la prueba y nos dan información importante para considerar si la prueba es válida o inválida, dependiendo de varios factores. La primera escala dentro de las escalas de validez es la escala llamada “Variable Response Inconsistency” (VRIN). Esta escala ayuda a medir si el cliente fue consistente en sus respuestas usando 67 pares de ítems dentro de la prueba. Marco obtuvo un puntaje T=50 en esta escala, lo cual significa que Marco se mostró bastante consistente dentro de la prueba. La segunda escala de validez es llamada “True Response Inconsistency” (TRIN). Esta escala mide la tendencia del cliente a responder “verdadero” o “falso” a los ítems de la prueba. La escala TRIN usa 23 pares de ítems para medir esta tendencia en los clientes. Marco obtuvo un puntaje T=57 lo cual significa que no tuvo tendencia a responder exageradamente “verdadero” o “falso” a los ítems de la prueba. Sin embargo, dada la información de los “Raw Scores” se puede ver que Marco tuvo una leve tendencia a responder “verdadero”, es por esto que se encuentra una T al lado del puntaje T. La tercera escala es llamada “Infrequency” (F). La escala F consiste en 60 ítems que detectan respuestas inusuales o poco típicas y dan información acerca de la presencia o no de sensaciones bizarras, pensamientos extraños, experiencias peculiares o creencias contradictorias. El puntaje de Marco en esta escala F fue de T=48. Este puntaje está relativamente bajo y se podría considerar que hay ciertos aspectos que Marco esta reprimiendo o no aceptando dentro del test. La cuarta escala se llama “Back Infrequency” (Fb). Esta escala

está constituida por 40 ítems y topa áreas de contenido como ideación suicida, desesperanza, problemas con alcohol o drogas, miedos generales o pobres relaciones familiares e interpersonales. El puntaje de Marco en esta escala fue de $T=42$. Este es un puntaje bastante bajo para esta escala. Podría ser que Marco esté evitando admitir ciertos ítems que son socialmente inaceptables o incómodos. Por el otro lado, pudiera demostrar que Marco es una persona normal y tal vez muy convencional, modesta y no pretenciosa. La quinta escala se llama “Infrequency-Psychopathology” (Fp). Esta escala consiste en 27 ítems que ayudan a medir severos síntomas psicóticos, hábitos muy inusuales, actitudes altamente amorales y confusión de identidad. El puntaje de Marco en esta escala fue de $T=48$. Es un puntaje relativamente bajo pero entra dentro del rango de lo normal y muestra que Marco acepta un número típico de experiencias inusuales dentro de su vida. La sexta escala de validez es una escala adicional para medir infrecuencia y se llama “Fake Bad Scale” (FBS), Esta escala consiste en 43 ítems que miden si el cliente exagera sus malestares o no. Marco obtuvo un puntaje de $T=53$ lo cual entra dentro del rango normal y muestra que él no exageró mucho dentro de sus respuestas. La séptima escala se llama “Lie” (L). Esta escala consiste de 15 ítems seleccionados para identificar personas que mientan deliberadamente en sus respuestas. Marco obtuvo un puntaje $T=52$, es un puntaje normal y muestra que Marco no mintió deliberadamente en sus respuestas del test. La octava escala se llama “Correction Scale” (K). Esta escala consiste de 30 ítems que tratan de identificar personas que tienen psicopatologías significativamente importantes, sin embargo buscan la manera de evitar reportar y aparentar la normalidad. El puntaje de Marco en la escala K fue de $T=51$. Esto entra dentro de los puntajes normales y muestra que Marco tiene un buen balance entre auto-revelación y auto-protección. La novena y última escala de validez se llama “Superlative Scale” (S). Esta escala fue creada para identificar a las personas que aparentan y

se muestran mejor de lo que realmente son. Marco obtuvo un puntaje $T=49$, muestra que está ligeramente bajo pero dentro del rango normal, lo cual significa que el cliente se está mostrando como es, con una leve tendencia a mostrarse peor de lo que realmente está.

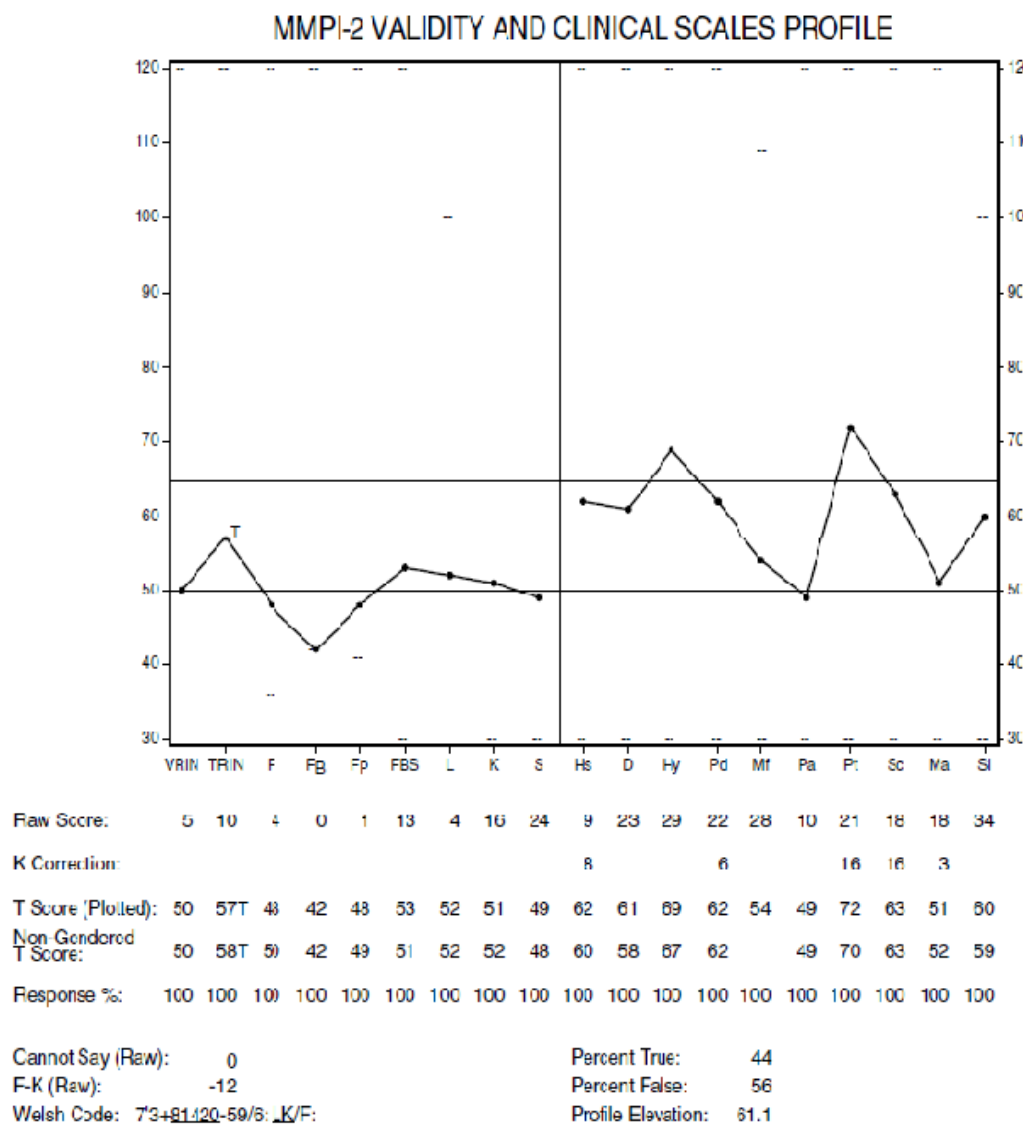


Figura 5. Gráfico escalas de Validez MMPI-2

Escalas Clínicas del MMPI-2.

Dado que las escalas de validez demostraron que el perfil podría ser considerado válido, podemos proceder a analizar las escalas clínicas del test. La primera escala clínica es la escala

de Hipocondrías (Hs). Esta escala mide e identifica una amplia variedad de preocupaciones neuróticas que el cliente podría tener acerca de su salud y su funcionamiento orgánico. Generalmente está acompañada de mucho estrés y esto puede ser somatizado en el área abdominal o en la columna. Marco obtuvo un puntaje $T=62$, este puntaje entra en el rango moderado de interpretación. Estas personas tienden a tener ciertas preocupaciones sobre el funcionamiento de su cuerpo y tienden a ser vistos y considerados como inmaduros, tercos y con falta de iniciativa. La segunda escala clínica mide los niveles de Depresión (D). La escala D consiste en 57 ítems que tratan de medir las actitudes generales de las personas depresivas que generalmente están caracterizadas por baja moral, baja autoestima, poca esperanza en el futuro y por una falta de satisfacción general con el estado del individuo. Marco obtuvo un puntaje $T=61$, lo cual es considerado moderado en la interpretación. Estas personas tienden a estar insatisfechos con algunos aspectos de sus vidas pero no lo toman como depresión. Puede ser que los niveles de insatisfacción suban a causa de situaciones específicas que la persona esté experimentando en estos momentos de su vida. Puede ser que Marco se haya acostumbrado o adaptado a vivir con ciertos niveles de depresión en su vida. La tercera escala clínica es la escala de Histeria (Hy). Esta escala consiste en 60 ítems que miden la cantidad de síntomas somáticos que presenta una persona y como se está sintiendo frente a su situación en la vida. Marco obtuvo un puntaje elevado de $T=69$. Este puntaje es considerado marcado y estas personas tienden a ser ingenuos, sugestionables, tienen falta de clarividencia acerca del comportamiento de los demás y los de ellos mismos y tienden a negar cualquier problema psicológico. Cuando están en tensión, algunos síntomas físicos pudieran aparecer. A pesar de dar impresiones positivas, cualquier tipo de intervención psicológica va a ser muy difícil. Parecen ser bastante simplistas y buscan soluciones concretas a sus problemas, sin necesidad de mucha introspección y trabajo con ellos

mismos. La cuarta escala clínica es la escala de Desviación Psicopática (Pd). Esta escala consiste en 50 ítems que intentan medir los niveles de mal-adaptación social y la ausencia de experiencias placenteras que tenga la persona en su vida. Marco obtuvo un puntaje $T=62$. Este puntaje es considerado moderado en la interpretación y muestra que Marco podría ser y tener preocupaciones genuinas con respecto a los problemas sociales. Podría responder a conflictos situacionales, o podría ser que él se haya adaptado a niveles habituales de conflictos interpersonales o sociales. Es importante notar que si el problema es situacional el puntaje en esta escala puede ir disminuyendo a medida que el conflicto se vaya resolviendo. La quinta escala clínica es la escala de Masculinidad y Femenidad (MF). Esta escala consiste en 56 ítems que identifican roles específicos de género como hobbies, actividades predilectas o sensibilidad, Carlos obtuvo un puntaje $T=54$. Este puntaje entra en el rango normal de interpretación, lo cual significa que estos hombres están interesados en las actividades y los roles tradicionalmente masculinos. La sexta escala clínica es la escala de Paranoia (Pa). Esta escala consiste en 40 ítems que miden la sensibilidad interpersonal, el grado de moralidad y que tan sospechosos son acerca de las cosas o personas que les rodean. Marco obtuvo un puntaje $T=49$. Este puntaje entra en el rango normal de interpretación. Estos clientes son sensibles interpersonalmente y piensan clara y racionalmente frente a muchos de los conflictos que tengan en su vida. La séptima escala es la escala de Psicastenia (Pt). Esta escala consiste en 48 ítems que están diseñados para medir el síndrome neurótico de la psicastenia, que es la inhabilidad de resistir ciertas acciones o pensamientos sin importar que tan mal-adaptativos sean. Marco obtuvo un puntaje bastante elevado de $T=72$. Este puntaje entra en el rango marcado de interpretación. Estos clientes tienden a ser preocupados, tensos e indecisos. Pueden agitarse demasiado y los niveles de ansiedad pueden incrementar mucho en ellos. La octava escala de clínica es la escala de

Esquizofrenia (Sc). Esta escala consiste en 78 ítems que intentan medir pensamientos bizarros, percepciones peculiares, alienación social, pobres relaciones familiares, dificultades en la concentración y en el control de impulsos, falta de intereses profundos, preguntas perturbadoras de ellos mismos y de su identidad y dificultades sexuales. Marco obtuvo un puntaje T=63. Este puntaje entra en el rango moderado de interpretación. Estos clientes piensan distinto al resto de personas y pueden tener niveles más altos de creatividad. Estos clientes pueden evitar la realidad a través de la fantasía y de las ensoñaciones diurnas. Marco podría haber elevado ligeramente esta escala por los conflictos familiares que presenta. La novena escala clínica es la escala de Hipomanía (Ma). Esta escala consiste en 46 ítems que miden el grado de excitabilidad maníaca, caracterizada por desbalances en el carácter, excitabilidad psicomotora y vuelo de ideas. Marco obtuvo un puntaje T=51. Este puntaje entra en el rango normal de interpretación. Estas personas tienen un nivel normal de actividad. La decima escala es la escala de Introversión Social (Si). Esta escala consiste en 69 ítems que miden la introversión o extroversión social de un individuo. Marco obtuvo un puntaje T=60 y entra dentro del rango moderado de interpretación. Estas personas prefieren estar solos o con un grupo pequeño de amigos. Generalmente tienen la capacidad de interactuar con otros pero prefieren no hacerlo.

Analizadas las escalas clínicas, Marco presenta un codetipo 7-3 en su perfil. Esto se debe a que tiene elevaciones clínicamente significativas en las escalas de Psicastenia (Pt) y de Histeria (Hy).

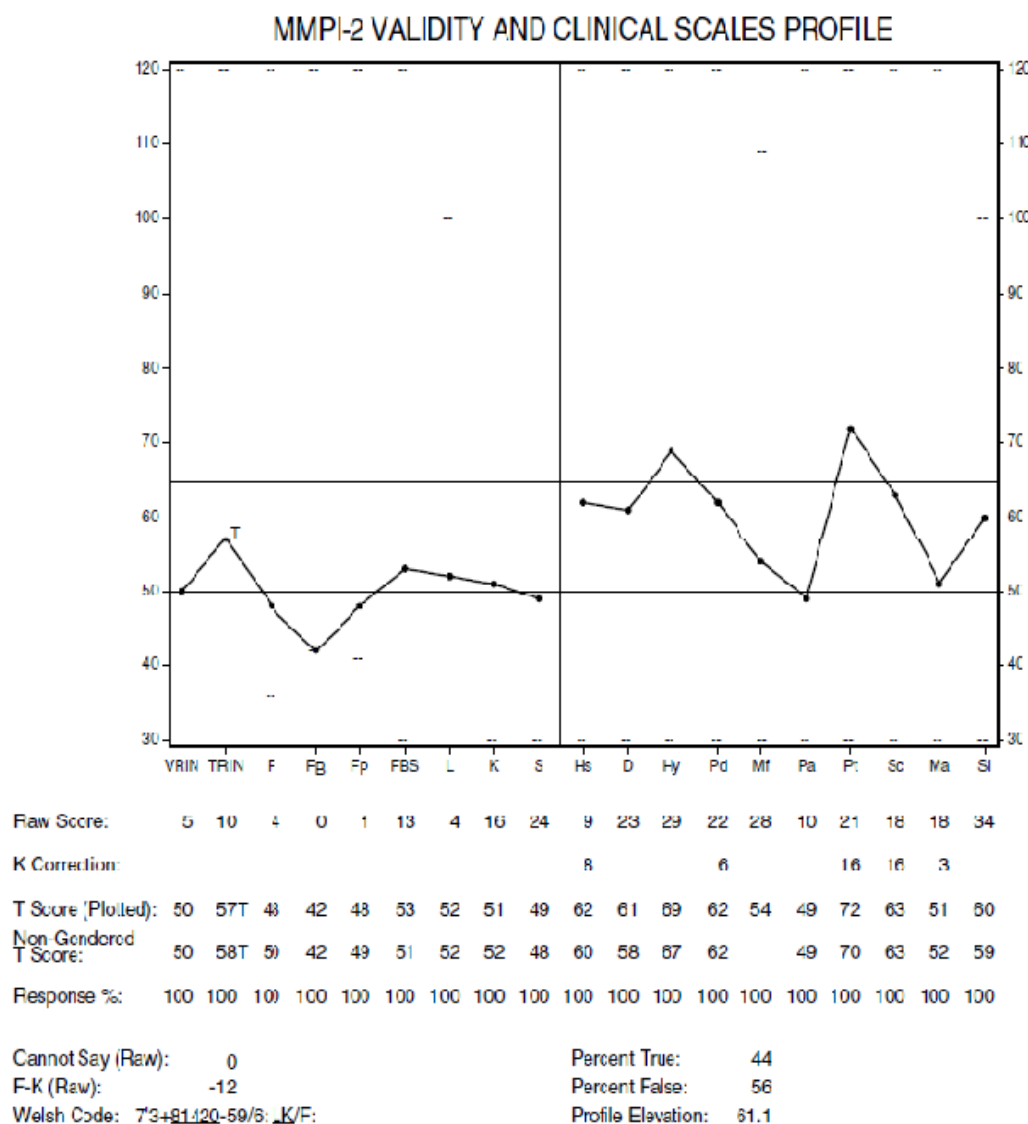


Figura 6. Gráfico de Escalas Clínicas del MMPI-2

Escalas de contenido del MMPI-2.

Existen 15 escalas de contenido y sirven para medir ciertos aspectos, aún más específicos, de la problemática que pueda presentar el cliente. La primera escala se llama la escala de Ansiedad (ANX). Esta escala contiene 23 ítems y trata de medir los niveles de ansiedad que está experimentando la persona. Tiene mucha correlación con la escala 7 y la 8 de las escalas clínicas. Marco obtuvo un puntaje moderado de T=62. Esto se debe a la elevación que Marco

tuvo en la escala 7 y a sus niveles de ansiedad frente a conflictos familiares, sociales y de su salud. La segunda escala de contenido es la escala de Miedos (FRS). Esta escala consiste en 23 ítems que miden la cantidad de miedos que tiene la persona frente a su salud, ambiente social o familiar. Esta escala puede estar correlacionada con la escala 7 y 8 de las escalas clínicas. Marco obtuvo un puntaje normal $T=51$. Esto significa que Marco es una persona bastante equilibrada dentro de sus miedos y no permite que estos le gobiernen. La tercera escala de contenido es de Obsesiones (OBS). Esta escala consiste en 16 ítems que tratan de medir la importancia y el tiempo que la persona pasa pensando en problemas específicos. Marco obtuvo un puntaje normal $T=53$. Esto podría significar que Marco es una persona no muy obsesiva dentro de sus problemas. La cuarta escala es la escala de Depresión (DEP). Esta escala consiste en 33 ítems que miden la inconformidad generalizada o la emocionalidad negativa. Marco obtuvo un puntaje normal de $T=55$. Esto significa que Marco tiene niveles equilibrados de ánimo y no presenta mucha depresión en su vida. La quinta escala es la escala de Preocupaciones de la Salud (HEA). Esta escala consiste en 36 ítems que miden la preocupación que el cliente pueda tener por su salud y por su estado corporal. Marco obtuvo un puntaje moderado $T=56$. Esto significa que Marco tiene ciertas preocupaciones por su salud pero las está manejando de una manera efectiva y no están afectando mucho en su vida, actualmente. La sexta escala de contenido es la de Ideación Bizarra (BIZ). Esta escala consiste en 24 ítems que intentan medir la presencia de pensamientos extraños, ideación paranoide, alucinaciones, síntomas psicóticos o problemas con la percepción. Marco obtuvo un puntaje moderado de $T=57$. Esto significa que Marco tiene la presencia de ciertos pensamientos extraños e ideación paranoide. Marco sufría de ataques de pánico lo cual le tenía bastante preocupado y ansioso durante algún tiempo. La séptima escala de contenido es la de Ira (ANG). Esta escala consiste en 16 ítems que intentan medir la capacidad

o incapacidad del individuo para perder el control, romper o lanzar objetos o lastimar a alguien. Marco obtuvo un puntaje bajo de $T=43$. Esto podría significar que Marco está negando ciertos impulsos agresivos en su vida. La octava escala de contenido es la de Cinismo (CYN). Esta escala consiste en 23 ítems que identifican si la persona piensa que los otros individuos le tratan de aprovechar o sacar algo a cambio de ellos simplemente por puro interés. Marco obtuvo un puntaje bajo de $T=46$. Esto podría significar que Marco está negando ciertos aspectos cínicos de su carácter. La novena escala de contenido es la escala de Practicas Antisociales (ASP). Esta escala consiste en 22 ítems que intentan medir la cantidad de actitudes que tiene un individuo que violen la ley, las normas o reglas. Marco obtuvo un puntaje normal de $T=49$. Esto podría significar que Marco es una persona que respeta las normas y las reglas planteadas por la sociedad. La decima escala es la Tipo A (TPA). Esta escala consiste en 19 ítems que intentan medir los niveles de impaciencia, irritabilidad, que tan vengativos son o que tan discutidores son. Marco obtuvo un puntaje $T=48$. Este puntaje es normal y muestra que Marco es una persona bastante pasiva, no le gusta meterse en discusiones y poco competitivo en ciertas áreas. Puede ser que Marco presente estados anímicos disfóricos en ciertas ocasiones. La escala 11 de contenido es la escala de Visión Devaluada de Uno Mismo (LSE). Esta escala consiste en 24 ítems que intentan medir los niveles de autoestima de la persona. Marco obtuvo un puntaje $T=48$. Este puntaje es normal y significa que Marco se ve capaz de cumplir con sus objetivos. La escala 12 de contenido es la escala de Incomodidad Social (SOD). Esta escala consiste en 24 ítems que intentan medir que tan satisfecho y a gusto se siente un individuo frente a la sociedad que lo rodea. Marco obtuvo un puntaje moderado de $T=60$. Esto podría significar que Marco no se siente seguro frente a otros, tiende a sentirse des-adeecuado y prefiere estar solo. Sin embargo tiene un lado sociable y disfruta de la gente que lo rodea en ciertas ocasiones. La escala 13 de

contenido es la escala de Problemas Familiares (FAM). Esta escala consiste en 25 ítems que intentan medir el nivel de disconformidad familiar que vive la persona. Marco obtuvo un puntaje clínicamente significativo de $T=74$. Esto muestra que Marco tiene varios problemas familiares y se siente tanto privado y maltratado por ellos (FAM1) como emocionalmente alienado (FAM2). Marco sería FAM1 mayor que FAM2. La escala 14 de contenido es la escala de Interferencia en el Trabajo (WRK). Esta escala consiste en 33 ítems y trata de medir las actitudes y predecir el rendimiento laboral de la persona. Marco obtuvo un puntaje normal de $T=59$. Esto significa que Marco puede tener buenas habilidades para desempeñarse positivamente en un ambiente laboral. La escala 15 de contenido es la escala de Indicadores Negativos de Tratamiento (TRT). Esta escala consiste en 26 ítems que tratan de medir los niveles de motivación que tiene el cliente para cumplir con tratamiento. Marco obtuvo un puntaje normal de $T=54$. Esto significa que Marco tiene una buena disposición a continuar con su tratamiento y abrirse, interesarse y esperanzarse por su tratamiento. Es interesante ver como la escala de problemas familiares (FAM) se elevó tanto, es claro que existe mucho conflicto familiar en la vida de Marco.

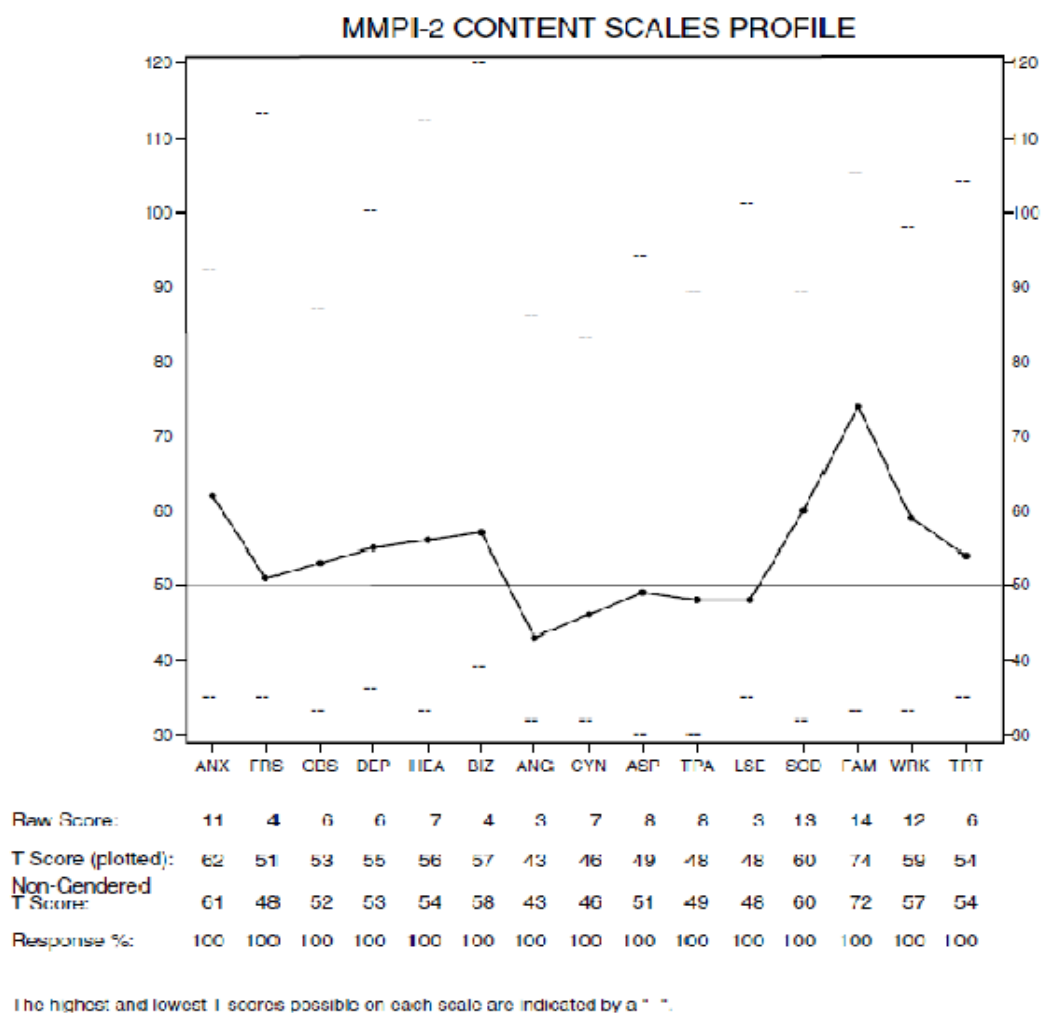


Figura 7. Gráfico de escalas de Contenido del MMPI-2

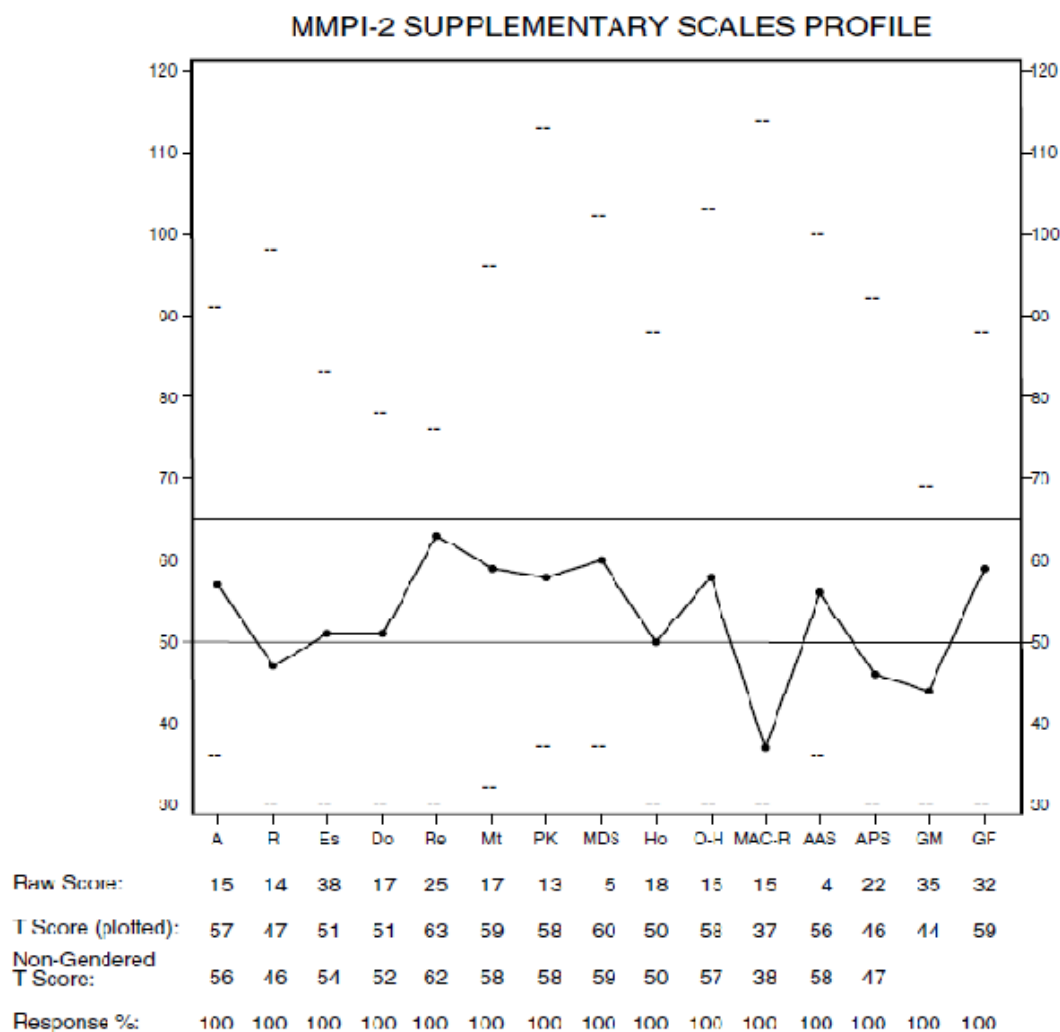
Escalas Suplementarias del MMPI-2.

Existen también 15 escalas suplementarias que ayudan aún más con el diagnóstico y con la especificación de la problemática presentada por el cliente. La primera escala es la escala de Ansiedad de Welsh (A). Esta escala mide los niveles de ansiedad de la persona, es un factor de personalidad. Marco obtuvo un puntaje normal de T=57 en esta escala. Esto significa que Marco es generalmente bien adaptado a su medio, no sufre de ansiedad excesiva aunque puede llegar a sentirla en ocasiones específicas. La segunda escala suplementaria es la escala de Represión

(R). Esta escala ayuda a medir los niveles de represión que puede tener el cliente con respecto a sus problemas y a su situación. Marco obtuvo un puntaje normal de $T=47$, Esto significa que Marco es una persona que está dispuesto a discutir de sus problemas y relativamente abierto a aceptarlos. La tercera escala es la escala de la Fuerza del Ego (Es). Esta escala trata de medir los niveles de estrés de la persona y los recursos que el cliente siente que tiene para mejorar o combatir su problema. Marco obtuvo un puntaje normal de $T=51$. Esto significa que Marco presenta poco estrés emocional, aunque puede llegar a sentir mucho estrés emocional, muchas veces se ve con pocos recursos para combatir y solucionar sus problemas. La escala cuatro es la escala de Dominancia (Do). Esta escala trata de medir el nivel de autosuficiencia y de responsabilidad que tiene el cliente en su vida. Marco obtuvo un puntaje normal de $T=51$. Esto significa que el cliente tiene un buen balance entre el control que tiene en su vida y su autoconfianza. La escala cinco es la escala de Responsabilidad Social (Re). Esta escala mide el nivel de responsabilidad que tiene la persona frente a sus actos en una sociedad. Marco obtuvo un puntaje $T=63$. Este puntaje es alto y significa que Marco tiene buenos niveles de responsabilidad social. La sexta escala es la escala de Mal-adaptación Universitaria (Mt). Esta escala trata de medir que tan adaptable es el cliente en su ambiente universitario si es estudiante. Marco obtuvo un puntaje normal de $T=59$. Esto significa que Marco puede adaptarse a su ambiente universitario. Sin embargo, este ambiente puede generar ciertos niveles de ansiedad en él. La séptima escala es la escala de Desorden de Estrés Postraumático (PK). Esta escala trata de medir los niveles de estrés emocional luego de eventos traumáticos. Marco obtuvo un puntaje normal de $T=58$. Esto significa que Marco tiene niveles normales de estrés frente a ciertas situaciones del pasado pero los maneja exitosamente. La octava escala es la escala de Estrés Marital (MDS). Esta escala mide los niveles de estrés marital que vive una persona dentro de su

relación. Marco obtuvo un puntaje $T=60$. Esto significa que Marco tiene niveles normales de estrés frente a relaciones. La novena escala suplementaria es la escala de Hostilidad (Ho). Esta escala trata de medir los niveles de hostilidad que puede tener el cliente. Marco obtuvo un puntaje normal de $T=50$. Esto muestra que Marco no es una persona hostil. La decima escala es la escala de Hostilidad-Sobre controlada (O.H). Esta escala trata de medir el control que la persona puede tener frente a sus niveles de hostilidad. Marco obtuvo un puntaje normal $T=58$. Esto significa que Marco se comporta apropiadamente dentro de la sociedad y puede ser algo rígido. La escala 11 es la escala de MacAndrew Alcoholismo (MAC-R). Esta escala trata de medir las personas que son algo impulsivas, que toman riesgos, que buscan sensaciones nuevas y novedosas o que son inhibidas socialmente. Marco obtuvo un puntaje bastante bajo de $T=37$. Esto podría demostrar que Marco es una persona inhibida, que no toma muchos riesgos, deprimido y sobre controlado. La escala 12 es la escala de Adicción y Admisión (AAS). Esta escala está conformada por 13 ítems que buscan medir el uso de drogas o de alcohol. Marco obtuvo una elevación de $T=56$. Esto significa que Marco admite consumir o haber consumido alcohol o drogas, sin embargo no le es un problema grave y puede ser bastante controlable. La escala 13 es la escala de Potencial de Adicción (APS). Esta escala trata de medir el potencial que puede tener una persona de caer en adicción. Marco obtuvo un puntaje normal de $T=46$. Esto significa que Marco tiene poco potencial de adicción. Sin embargo esto no quita la posibilidad de que se pueda convertir en una persona dependiente. La escala 14 es la escala de Género Masculino (GM). Esta escala trata de medir las actitudes y roles típicamente masculinos. Marco obtuvo un puntaje normal de $T=44$. Esto significa que él se siente cómodo con sus roles de género masculinos. La escala 15 es la escala de Género Femenino (GF). Esta escala mide las

típicas funciones del género femenino. Marco obtuvo un puntaje normal de T=59. Esto significa que él se siente cómodo efectuando ciertas tareas típicamente realizadas por mujeres.



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

Figura 8. Gráfico de escalas Suplementarias del MMPI-2

Análisis de los resultados del MMPI-2.

Después de observar los puntajes obtenidos en cada escala y analizar los resultados, se puede descifrar el codetipo específico del paciente. El codetipo del paciente dice mucho de su manera de ser y de sus mayores problemáticas ya que se define por unir las dos escalas en donde

el paciente ha recibido el mayor puntaje, esto significa las escalas con mayor puntuación o las que se encuentren por encima del puntaje T de 65 (Greene, 2000). El codetipo de Marco fue de 7-3 (1,26%) (Greene, 2000) lo cual significa que tuvo los mayores puntajes en las escalas de Psicastenia (PT) y de Histeria (Hy). Este codetipo se determinó gracias a los puntajes elevados obtenidos en dichas áreas. El análisis de dicho codetipo según Greene (2000) es el siguiente:

Estado de ánimo: El cliente está experimentando niveles moderados de malestares principalmente caracterizados por preocupaciones, tensión, agitación y disforia. Siente ansiedad por algo casi todo el tiempo y probablemente va a tener malestares físicos a causa del estrés psicológico y de sus conflictos. Es temeroso y frecuentemente fóbico. Es más sensible que el resto de personas, va a estar inclinado a tomar las cosas de una manera dura y sus sentimientos pueden ser heridos con facilidad. La vida se les es pesada en la gran mayoría del tiempo. Puede sentir que la vida no fluye y que no está haciendo las cosas correctas o debidas dentro de ella.

Cogniciones: Tiene problemas para concentrarse y mantener su mente en un trabajo o en una tarea. A veces siente que está a punto de hacerse pedazos. Tiende a rumear mucho con sus pensamientos y ser bastante obsesivo. Le falta tener más confianza consigo mismo y a veces piensa que es inútil. Abandona o se da por vencido fácilmente en tareas donde piensa que no las va a lograr o cuando es criticado por otros. No analiza a los motivos de los otros o las razones de su comportamiento.

Relaciones interpersonales: Es ligeramente introvertido. Se siente solo aunque esté con personas. Su familia y sus amigos no encuentran fallas en él. Por lo general no se siente alienado por sus amigos o por las demás personas. Es pasivo y dependiente en sus relaciones con otros y muy preocupado de lo que el resto diga de él.

Otras áreas de problema: Se preocupa mucho de su salud. Es poco probable que abuse de cualquier tipo de sustancia o que se meta en problemas por su comportamiento. Tiene problemas de sueño y se siente cansado la gran mayoría del tiempo. Es probable que tenga ideación suicida y tiene que ser analizada cuidadosamente.

Tratamiento: Su pronóstico no es bueno gracias a las características crónicas de sus problemas. Su falta de introspección hacia sus mecanismos histéricos hace de las intervenciones psicológicas bastante lentas y arduas. Intervenciones psicofarmacológicas pueden ser necesarias para reducir los niveles de ansiedad y agitación. Las intervenciones conductuales cortas que se enfoquen en sus razones por las cuales inició el tratamiento pueden ser las más efectivas y pueden facilitar la creación y el fortalecimiento de la alianza terapéutica. Las intervenciones a largo plazo pueden ser beneficiosas si el paciente se encuentra motivado.

El MMPI-2 de Marco muestra que él es una persona algo ansiosa, con muchos problemas familiares y con ciertas preocupaciones sobre su salud y su cuerpo. El trabajo que se debe hacer con él debe ser enfocado a sus conflictos familiares y personales, dándole opciones y herramientas bastante concretas para que alcance satisfactoriamente sus objetivos planteados.

Descripción de participantes

Número.

El paciente Marco fue el único participante dentro del estudio. A Marco se le administraron las dos pruebas, una de detección de síntomas y la otra de personalidad. La prueba de detección de síntomas se le fue administrada al comienzo y al final de las sesiones de tratamiento. La prueba de personalidad se le fue administrada una vez en la sesión número siete.

Género.

El paciente Marco es de género masculino.

Nivel socioeconómico.

El paciente pertenece a un nivel socio económico medio. Esta información se obtuvo al preguntar los ingresos del padre que variaban entre \$1,500 y \$2000 dólares mensuales. La madre no vive en la familia y aporta con poco a la economía familiar.

Características especiales relacionadas al estudio.

El paciente tiene 22 años y no tiene problemas de aprendizaje o ningún tipo de retraso mental. Sin embargo, presenta altos niveles de ansiedad y preocupaciones extremas con respecto a su salud y a su funcionamiento corporal por lo que se le podría diagnosticar con trastorno de hipocondrías. También, ha tenido varios episodios de ataques de pánico y cumple el criterio para ser diagnosticado con el trastorno de ataques de pánico.

Fuentes y recolección de datos

La información de este estudio proviene de revistas, libros y artículos internacionales obtenidos a través del internet.

Diagnóstico y evaluación funcional.

El paciente recibió un total de 10 sesiones en las cuales se utilizó el formato y herramientas terapéuticas provenientes de la Terapia Cognitivo Conductual. Cada sesión tenía una duración aproximada de 45 minutos y se efectuaban una vez por semana en los consultorios de la USFQ. El tratamiento tuvo una duración total aproximada de 4 meses. Todas las sesiones fueron grabadas mediante una grabadora de voz. Además se hizo supervisión de las sesiones con el director de tesis para plantear objetivos y enfoques terapéuticos, con el fin de garantizar el beneficio máximo del paciente.

De acuerdo al criterio del DSM-IV-TR, el diagnóstico del paciente es el siguiente:

Eje I: 300.21 Desorden de Pánico sin Agorafobia.

300.7 Hypochondriasis: Con Poca Introspección.

Eje II: V71.09 No diagnostico en el Eje 2.

Eje III: 799.9 (Referido consulta médica).

Eje IV: A, B.

A. Problemas con el grupo primario de soporte.

B. Problemas relacionados al ambiente social.

Eje V:

GAF inicial → **63**

(Algunos síntomas leves, ataques de pánico ocasionales, leve dificultad con las relaciones interpersonales y el funcionamiento social, algunas relaciones interpersonales profundas y significativas).

GAF Actual → **75**

(Algunos síntomas leves a causa de estresores psicológicos, pocas dificultades en el ambiente social, por lo general funciona bastante bien y tiene pocas relaciones interpersonales profundas y significativas).

Criterios diagnósticos del DSM-IV-TR:

300.4 Trastorno de Ataques de Pánico sin Agorafobia:

A. Ambos (1) y (2):

(1) Recurrentes e inesperados ataques de pánico.

(2) Al menos uno de los ataques ha sido seguido por 1 mes (o más) de uno (o más) de lo siguiente:

(a) Preocupación persistente de tener un nuevo ataque de pánico

(b) Preocupaciones acerca del ataque y de sus consecuencias (ej. Perder el control, tener un ataque al corazón o volverse loco)

(c) Un cambio significativo en el comportamiento después de los ataques

B. Miedos intensos o incomodidad extrema por un periodo discreto de tiempo, en donde haya tenido abruptamente cuatro (o más) de los siguientes síntomas y que los mismos hayan alcanzado su pico de intensidad dentro de los primeros 10 minutos del suceso. Los síntomas son los siguientes:

1. Palpitaciones, bombeo fuerte del corazón, o ritmo cardiaco acelerado
2. Sudoración
3. Temblores o sacudidas
4. Sensación de falta de aire o de aliento
5. Sentir que te ahogas
6. Dolor en el pecho o incomodidad
7. Nauseas o dolor en el abdomen
8. Mareos, inestabilidad, baja de presión o desmayo
9. Desrealización o despersonalización
10. Miedo a perder el control o a volverse loco
11. Miedo a morir
12. Amortiguado o cosquilleos
13. Escalofríos o estragos de calor

C. Ausencia de Agoraphobia

D. Los ataques de pánico no son generados por ningún tipo de razón fisiológica o por ningún tipo de sustancia o condición médica en general.

E. Los ataques de pánico no son mejormente atribuidos a ningún otro tipo de desorden mental, como a fobia social, fobia específica, desorden obsesivo-compulsivo, trastorno de estrés postraumático o al trastorno de ansiedad por separación.

300.7 Hypochondriasis

A. Preocupación con miedos de tener, o la idea de que uno tiene, una enfermedad grave basada en la malinterpretación de la persona con respecto a sus síntomas corporales.

B. Preocupación persistente a pesar de haber tenido una apropiada evaluación médica.

C. La preocupación en el criterio A no es de tipo delirante (como en trastorno delirante, de tipo somático) y no está restringido a una preocupación específica acerca de la apariencia (como en el desorden dismorfia corporal).

D. Las preocupaciones causan impedimentos o estresores clínicamente significativos en el área social, ocupacional o de otras áreas importantes de funcionamiento.

E. La duración de los malestares es de por lo menos 6 meses atrás.

F. Las preocupaciones no son mejor atribuidas a los desordenes de ansiedad generalizada, obsesivo-compulsivo, de pánico, a episodios de depresión mayor, ansiedad por separación, o a cualquier otro tipo de desorden somatoforme.

Especificar si:

Con pobre introspección: si, en la mayoría del tiempo durante el episodio actual, la persona no reconoce que la preocupación que concierne a tener una enfermedad grave es excesiva o irrazonable.

ANÁLISIS DE DATOS

Detalles del análisis

Dentro del estudio se realizó una investigación con el fin de identificar la eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual para el tratamiento de un individuo con trastorno de ataques de pánico y con hipocondrías. Los resultados demostraron una mejora y una reducción de sus síntomas iniciales. Además se pudo observar un mejor desenvolvimiento social y un aumento en sus capacidades de introspección. Dada la historia de vida del paciente es importante analizar las razones por las cuales pudo haber desarrollado dichos desórdenes. Se pudo identificar las habilidades personales del paciente, usando una prueba de personalidad como el MMPI-2 y usarlas para enfocar el desarrollo del tratamiento y mejorar los resultados de la terapia, aumentando los beneficios para el paciente. Los resultados demostraron que la Terapia Cognitivo Conductual podría ser considerada una terapia y un tipo de tratamiento efectivo para tratar trastornos como el de hipocondrías o el de desorden de ataques de pánico, ya que comparando los resultados del inventario de síntomas SCL-90-R pre-test y post-test se observó una reducción en los síntomas ansiosos del paciente.

Características del paciente que pueden influenciar sobre los resultados.

El paciente demostró ser una persona bastante dispuesta y abierta con respecto al tratamiento, además de tener unas fuertes ganas de mejorar y reducir sus síntomas de ansiedad provocados por sus síntomas de hipocondrías y sus recurrentes ataques de pánico. El paciente demostraba esto al ser muy perseverante y cumplido dentro de los horarios establecidos para la realización de las terapias. Según los resultados de la prueba de personalidad MMPI-2, el paciente demostró tener pocas habilidades de introspección lo cual limitaba y obstaculizaba el desarrollo y el alcance de objetivos dentro de la terapia. El paciente demostró ser un tanto

descuidado con respecto a la realización de sus tareas y muchas veces no las cumplía, esto pudo haber limitado el progreso de la terapia y enlentecido el beneficio para el paciente ya que no practicaba habilidades adquiridas dentro de la sesión en casa y a lo largo de la semana.

Conceptualización clínica del caso.

Desde muy pequeño Marco ha sido una persona sumamente sensible y apegada a su familia. Recuerda con mucha claridad los momentos que pasaba con su familia, ya sea en la casa cómo en los viajes y paseos que realizaban juntos para visitar a sus familiares y amigos. A lo largo de la vida, Marco ha vivido una serie de experiencias que pudieron haber ido generando en él una serie de creencias, pensamientos y esquemas mentales disfuncionales, muchos de ellos presentes en su vida hasta el día de hoy. Experiencias como el hecho de que su padre lo agredía emocionalmente o el hecho de que en su casa se vivía un ambiente muy tenso la gran mayoría del tiempo. Los esquemas mentales y las creencias de Marco según la Terapia Cognitivo Conductual pueden ser la base de muchos de sus malestares actuales, además de ser el origen de mucha de su emocionalidad y sensibilidad negativa frente a la vida y a los eventos que le acontecen. Los esquemas mentales de Marco se encontraban desorganizados y mucho de su contenido estaba errado, esto se debía a una serie de malinterpretaciones de los sucesos que le habían sucedido y a la visión que Marco tenía acerca de él mismo y del mundo que lo rodeaba. Esto pudo haberse generado por la falta de comunicación y de contacto dentro de su familia. Los pensamientos y creencias de Marco lo afectaban notablemente en su forma de interactuar con las personas y en su manera de desenvolverse socialmente. Las experiencias familiares y sociales impactantes para Marco han sido factores clave para el desarrollo de los esquemas mentales y de la manera en la que Marco se desenvuelve y afronta las situaciones de su vida. Una de las experiencias impactantes para Marco en el ámbito social fue el hecho de que algunos

de sus compañeros de colegio lo molestaban frecuentemente y esto pudo haberle generado un retraimiento social.

Según lo que informa Marco, en su infancia su familia mostraba claros signos de disfunción cómo falta de comunicación, gritos y abusos de poder por parte de su padre. Marco de cierta manera se vio afectado por estos conflictos familiares y lo demostró retrayéndose socialmente, practicando poca introspección, evadiendo constantemente el apoyo y los momentos familiares y aislándose en general, lo cual le generaba muchos sentimientos de soledad. Marco llegaba a su casa después de la escuela o colegio y lo primero que oía era a su papa gritar y actuar como “loco” frente a diversas situaciones. Decía que era como si de alguna forma su padre no pudiera controlar sus impulsos y simplemente “explotaba” frente a lo que sea que se le presentará en la casa y algunas veces empujaba y sacudía a Marco. Esta agresión y falta de estabilidad en la casa pudo haber afectado a Marco en su propia estabilidad emocional, desestabilizándola y haciendo que Marco no logre manejar bien sus emociones y reacciones frente a ciertas emociones. Su madre era bastante afirmativa y condescendiente con el padre y muchas veces dejaba que el padre gritara o maltratara a Marco con el pretexto de que lo estaba educando y de que él tenía que hacer algo con su vida y no podía pasarse de “vago”. Ella era muy enojada con Marco y le castigaba constantemente quitándole privilegios como los juegos de video o la televisión, sin embargo Marco los recuperaba fácilmente después de un corto periodo de tiempo. Esto pudo haber generado en Marco una cierta confusión y él pudo haberse acostumbrado a recibir atención deseada mediante actitudes negativas, gracias a que las consecuencias no eran concretas y persistentes. Marco menciona que su madre era muy poco expresiva con él y que muy rara vez le demostraba su afecto con abrazos o besos. Esto pudo haber afectado a Marco ya que la falta de cariño y de apego emocional pudo generarle muchos

sentimientos de soledad y de falta de soporte emocional. Marco dentro de ésta situación se apegó mucho a la familia de su padre, sus tíos y primos. Ellos eran sus familiares más cercanos y conocían bastante bien a su padre y la situación que él vivía dentro de la familia, esto ayudó mucho a Marco ya que él encontraba soporte en ellos. Sin embargo, sus tíos y primos sabían y constantemente le preguntaban por qué no le gustaba estar en su casa y le recalaban que su madre muchas veces se sentía celosa al ver que su hijo prefería estar en la casa de sus tíos más que en su propia casa. Esto podría demostrar que la madre de Marco sí lo quería y que probablemente también tenía dificultad para expresarse y comunicarse con él, por esto tenía que llegar a él a través de sus tíos. Era claro que todos sabían en el fondo que el ambiente en donde se desenvolvía Marco familiarmente no era el mejor y que él estaba tratando de buscar estabilidad y apoyo por otros medios. Cuando Marco se encontraba en su casa generalmente se pasaba en su cuarto haciendo cualquier tipo de actividades como oír música o hacer trabajos, con el fin de mantenerse alejado de su padre.

Después de algún tiempo Marco desarrollo sus primeros ataques de pánico y empezó a tener muchas preocupaciones acerca de su salud y sus sensaciones corporales. Además de todas estas preocupaciones Marco sentía que había aguantado a su padre y a su situación familiar por mucho tiempo y que tenía muchas iras internalizadas y que en cualquier momento podía explotar y volverse “loco” o “perder la cabeza”. Sentía fuertes latidos del corazón y a veces empezaba a respirar muy rápido. Esto generaba aún más ansiedad en Marco y pudo generarle una serie de preocupaciones acerca de su situación, su salud y su cuerpo, lo cual en el futuro pudo llevarlo a desarrollar síntomas de hipocondría. En este punto Marco decide acudir a la ayuda de un psiquiatra para que reduzca sus niveles de ansiedad y le ayude con sus problemas.

A pesar de que muchas personas cercanas a Marco, especialmente amigos le sugerían que no acuda donde un psiquiatra, él consideraba que necesitaba ayuda y que la necesitaba de una manera inmediata, mencionaba que no le importaban las consecuencias mientras pasen estos pensamientos y se alivie su emocionalidad negativa. Esto demuestra lo que podría ser una virtud en Marco, ya que pide ayuda en un momento donde no ve muchas opciones de mejora y es bueno pedir ayuda cuando ya no se sabe que más hacer. Marco acude donde un psiquiatra y es aquí donde el doctor le receta un antidepresivo llamado “Paxil”. Marco empezó a sentirse mucho mejor y sus síntomas empezaron a disminuir. Esto pudo haber provocado un sentimiento de alivio en Marco y la idea de que todos sus problemas terminaron. Marco se volvió una persona más sociable, amigable y desenvuelta en todo lo que respecta al ámbito social. Sus pensamientos obsesivos y catastróficos disminuyeron notablemente. En este punto Marco se sintió lo suficientemente cómodo como para empezar una relación amorosa con una mujer. Estuvo con una pareja por algunos meses y luego se separaron, sin embargo fue una gran experiencia para Marco. Al pasar el tiempo Marco empezó a notar que estos medicamentos le afectaban en su manera de ser y empezó a rechazar las pastillas y expresar que quería terminar con el tratamiento. Marco pudo haber sentido que su emocionalidad y sus niveles de ansiedad volvían a aumentar y que las medicinas no eran la solución para toda la vida. Continuaba con el tratamiento pero no se sentía cómodo con el mismo. Al no sentirse completamente satisfecho y seguro con el tratamiento farmacológico Marco decide pedir ayuda psicológica en la Universidad San Francisco y trabajar con su situación de una manera psicológica, con el fin de dejar los medicamentos y aprender a vivir sin ellos. Esto puede demostrar de nuevo la buena virtud de Marco en el hecho de que acude a pedir ayuda una vez más y ahora de una manera más madura

y responsable con su cuerpo, su salud y su emocionalidad. Las terapias psicológicas pueden servir de gran ayuda en las problemáticas de Marco.

Creencias centrales desarrolladas en la vida de Marco.

Las experiencias y momentos de incomodidad familiar en la vida de Marco, cómo una vez que el padre lo gritó al frente de un amigo, pudieron haber generado una serie de creencias en Marco que no le permitían desenvolverse normalmente en su ambiente escolar y social con sus compañeros y pares. Las creencias centrales de Marco eran por lo general negativas y de desvalorización de él mismo y de su situación. Las creencias centrales de Marco eran semejantes a “soy incapaz”, “no soy valioso”, “soy vulnerable” o “no soy querible”. Este tipo de creencias generaban en Marco mucha inseguridad al momento de desenvolverse y además mucho estrés en el ámbito psicológico, lo cual llevaban a Marco a experimentar niveles altos de ansiedad. Marco tenía mucha vergüenza de que sus compañeros vayan a su casa y se den cuenta del “infierno”, como él lo menciona, en donde se encontraba viviendo y de lo ruidoso y agresivo que era su papa. Esto pudo ocasionar que Marco percibiera el mundo donde se estaba desenvolviendo como un lugar hostil e inseguro. A pesar de todo esto, Marco tenía una muy buena relación con sus primos y sus tíos quienes conocían su situación y lo apoyaban con bromas o palabras de aliento y comprensión. Esta relación con sus familiares más cercanos pudo haber ayudado mucho a Marco en relación a mejorar sus niveles de autoestima y al hecho de sentirse comprendido por personas cercanas a él.

Al pasar del tiempo Marco seguía teniendo problemas en su casa y sentía mucha frustración al no poder hacer nada frente a su padre y su actitud prepotente. Esto pudo haberlo llevado a tener ciertos sentimientos de odio y resentimiento hacia él. Marco menciona que le quiere mucho a su padre pero a la vez lo odia y no quiere tenerlo cerca por su actitud. Ésta

situación y el hecho de no tener apoyo en su hogar pudo haber llevado a Marco a desarrollar una serie de creencias como las mencionadas anteriormente de auto-desvalorización y de incapacidad de ser amado.

Creencias intermedias desarrolladas en la vida de Marco.

Dentro de la vida de Marco se fueron desarrollando muchas reglas, expectativas y asunciones con respecto a su realidad y a las situaciones que fue experimentando. Algunas de estas creencias fueron tales a “nadie va a quererme si sigo siendo como soy”, “con la familia que tengo nadie podría llegar a ser cuerdo”, “he desperdiciado tantos años de práctica social y ahora se me va a hacer muy difícil adquirir buenas habilidades sociales”, “mis compañeros me llevan años de práctica en el ámbito social, yo estoy atrasado y por eso no tengo tantos amigos y no soy una persona tan chistosa como ellos” o “todo lo que estoy viviendo y experimentando tiene que tener sus consecuencias negativas en el futuro”. Estas creencias intermedias en la vida de Marco le llevaron a suponer que muchas cosas tenían que resultar de una manera específica para que él alcance la felicidad y la tranquilidad. Marco no llegaba a comprender como las cosas resultaron aparentemente “mal” en su vida y trataba de poner explicaciones y soluciones para entender su situación y llegar a ser la persona que él deseaba llegar a ser. Lamentablemente Marco tenía que comprender que no existe una receta para ser una persona en específico y tenía que aceptarse y quererse a él mismo como es.

Pensamientos automáticos desarrollados en la vida de Marco.

Dentro del resto de la vida de Marco todo andaba tranquilo, a pesar de sus problemas familiares y sociales, todo estaba bien. Marco era una persona que encontraba bienestar en los momentos de soledad aunque dentro de ellos se desencadenaban una serie de pensamientos que no siempre lo llevaban a la tranquilidad. Los pensamientos eran semejantes a “no soy normal”,

“que va a pasar de mí con esta familia que tengo”, “no me gusta cómo soy socialmente” o “soy raro”. Estos pensamientos molestaban a Marco y pudieron haber generado un incremento en sus niveles de ansiedad. Marco a la vez empezó a tener pensamientos recurrentes acerca de su situación comparándose constantemente con los demás y desvalorizándose a él mismo. Esto pudo afectar en su autoestima y en el hecho de sentirse inseguro de sus capacidades para relacionarse con los demás. A medida que fue pasando el tiempo Marco fue experimentando en diversos grupos sociales y constantemente pensaba y se preguntaba “¿por qué yo no puedo ser como ellos?”, “soy diferente” o “¿qué pensarán de mí si digo algo que esté mal?”.

Marco continuó experimentando y buscando un nuevo significado a su vida. En una ocasión se le presentó la oportunidad de fumar marihuana y accedió a hacerlo, después de fumar se empezó a sentir mal y empezó a sentir a su cuerpo de maneras extrañas. Esto pudo haberlo asustado y pudo haber generado en él pensamientos de que algo estaba mal con su cuerpo y que no podía disfrutar de los efectos de la droga. Luego de esa experiencia consumió nuevamente marihuana y tampoco tuvo sentimientos muy placenteros. Después de estas experiencias Marco no continuó con el consumo de ninguna droga más que el cigarrillo y el alcohol. Sin embargo, Marco expresa que el consumo de marihuana fue traumático y que sintió cosas que nunca había sentido antes. Esto pudo haber generado en Marco preocupaciones acerca de su funcionamiento corporal y pudo haber generado pensamientos como: “me voy a volver loco” o “algo pasa con mi cuerpo”. Este tipo de pensamientos pudieron llevar a que luego Marco eleve sus niveles de ansiedad y posteriormente le generen síntomas de hipocondrías y de ataques de pánico.

A medida que fue pasando el tiempo Marco empezó a sentir niveles altos de ansiedad y hubo un momento donde empezó a sentir un como “hormiguelo” en la pierna, de una manera repentina varios pensamientos empezaron a surgir en la cabeza de Marco y se preguntaba ¿qué

es lo que me estaba pasando? Empezó a pensar en el hecho de que tal vez se estaba volviendo “loco”. Es en este momento donde Marco expresa haber experimentado su primer ataque de pánico. Lo describió como un “hormigueo” intenso por todo su cuerpo y menciona que es como si todos sus nervios se pusieran extremadamente sensibles, empezó a sudar y su corazón palpitaba muy rápido y fuerte. Estas intensas sensaciones corporales pudieron haber generado pensamientos disfuncionales en Marco semejantes a “te vas a volver loco”, “ya ves, no eres una persona normal, algo te pasa” o “no tienes a nadie a quien acudir, estas solo”. Este tipo de pensamientos pudieron haber generado en Marco una ansiedad extrema y podrían ser el principal factor para desarrollar nuevos ataques de pánico. El ataque culminó pero dejó un serio malestar y una serie de preocupaciones en Marco por la probabilidad de que el ataque vuelva a suceder. Gracias a estas preocupaciones y constantes pensamientos ansiosos con respecto a los ataques, Marco ha experimentado en total, alrededor de nueve ataques de pánico y mucha ansiedad relacionada a cada suceso.

Distorsiones cognitivas desarrolladas en la vida de Marco.

Las distorsiones cognitivas más frecuentes de Marco eran; de filtraje o abstracción selectiva con pensamientos como: “es insoportable mi casa”, “no puedo soportarle a mi familia” o “no aguanto que mi papa este en la casa”; de sobregeneralización con pensamientos como: “nunca me voy a mejorar”, “nadie va a querer estar conmigo” o “nunca voy a llegar a ser tan sociable ni chistoso como ellos”; de visión catastrófica con pensamientos como: “¿y sí eso me pasa a mí?”, “¿y sí tengo alguna enfermedad terminal?” o “¿y sí nunca me mejoro y no consigo a nadie?”; de razonamiento emocional con pensamientos como: “si me estoy sintiendo así es porque debe estarme pasando algo” o “si me siento incapaz es porque probablemente no pueda hacerlo”; y los deberías con pensamientos como: “tengo que practicar y estar con gente para

llegar a ser igual de sociable como ellos”, “tengo que irme de mi casa para estar tranquilo” o “toda mi familia y en especial mi papa tiene que cambiar para que yo me sienta bien”. Todas estas distorsiones cognitivas probablemente elevaban significativamente los niveles de ansiedad en Marco.

Temas e intervenciones terapéuticas.

Antes de comenzar el Tratamiento Cognitivo Conductual con Marco se fijaron una serie de objetivos a corto y a largo plazo, con el fin de garantizar mejores resultados y beneficios para el paciente. Los objetivos se mencionarán en la siguiente sección.

Objetivos a corto plazo.

Marco solicita ayuda psicológica con el fin de mejorar sus estados de ansiedad, mejorar su relación familiar al igual que sus relaciones sociales y aprender a combatir o manejar sus recurrentes ataques de pánico.

- Introducir el modelo cognitivo conductual.
- Describir la historia y la naturaleza de los síntomas de pánico.
- Verbalizar correctamente la definición y la naturaleza de los ataques de pánico y su tratamiento.
- Fijar un horario semanal donde nos vayamos a reunir.
- Definir las reglas dentro de la sesiones.
- Firmar un consentimiento informado.
- Hablar acerca de términos con respecto a la confidencialidad.
- Discutir acerca de las expectativas del paciente con respecto a las terapias y al trabajo cognitivo conductual a ser realizado.
- Lograr generar una buena relación terapéutica y confianza mutua dentro de las sesiones.
- Identificar, refutar y remplazar pensamientos negativos por pensamientos positivos y realistas.
- Lograr identificar los principales pensamientos automáticos disfuncionales e identificar sus efectos y consecuencias en la vida del paciente.
- Aprender y comprender que los pensamientos están directamente relacionados a los estados de ánimo del paciente.
- Aprender acerca de la ansiedad y su razón de ser dentro de nuestro organismo.

- Normalizar muchas de sus experiencias y reacciones fisiológicas como resultado de sus cogniciones y creencias.
- Enviar tareas o deberes con los cuales el paciente pueda practicar y desarrollar nuevas habilidades y comprobar las teorías discutidas dentro de terapia.
- Evaluar los estados de ánimo y los efectos de dichas tareas en la vida del paciente.

Objetivos a largo plazo.

Marco busca a largo plazo eliminar por completo sus ataques de pánico, mejorar su situación familiar y social, y aprender a manejar mejor sus estados emocionales y sus niveles altos de ansiedad.

- Disminuir o eliminar los ataques de pánico.
- Desarrollar herramientas para manejar de mejor manera los niveles de ansiedad.
- Desarrollar y fomentar habilidades sociales positivas.
- Tener más confianza en los demás a través de pensamientos y comentarios positivos de las relaciones sociales.
- Mejorar su relación y comunicación familiar.
- Interactuar con el resto sin estar con iras o con resentimiento.
- Generar mejores niveles de introspección.
- Crear mejores habilidades para identificar, evaluar y modificar pensamientos automáticos.
- Cuestionar y modificar creencias intermedias y centrales disfuncionales.
- Incrementar los niveles de autoestima del paciente y mejorar su percepción de él mismo.

Terapia Cognitivo-Conductual dentro del trabajo con Marco.

Lo más importante dentro de la primera sesión de la Terapia Cognitivo Conductual es establecer un plan de tratamiento. Es importante evaluar al paciente, diagnosticar su estado y eventualmente, culminar la primera visita con una idea de lo que va a ser el plan de tratamiento. Dentro de la primera sesión se analizó y se controló los diferentes estados de ánimo presentes recientemente en la vida del paciente. Se intentó descifrar a qué horas del día sus estados de ánimo se intensificaban y a qué horas se apaciguaban. Se revisó el problema del paciente y sus preocupaciones y expectativas de la terapia y del trabajo que se iba a realizar con él. Dada la

problemática de Marco y sus altos niveles de ansiedad y angustia con respecto a los ataques de pánico, se brindó un poco de psico-educación para que el paciente entienda más a fondo su problemática y lograr normalizar muchos de sus síntomas, con el fin de que no se sienta amenazado ni atemorizado por su situación y desmentir el hecho de que le puede pasar algo grave como la muerte o la locura. Luego se establecieron metas a ser alcanzadas a medida que continuemos el trabajo Cognitivo Conductual y el tiempo aproximado de duración de las terapias.

En las siguientes primeras intervenciones se continuó monitoreando los estados de ánimo del paciente y analizando su problemática. Se instruyó al paciente acerca de su situación y del hecho de que muchos de sus sentimientos y emociones ansiosas son resultado de sus pensamientos y de sus cogniciones. Se procuró clasificar la intensidad de los sentimientos y de las emociones del 1 al 10 con el fin de lograr un mejor y más real entendimiento de su naturaleza. Se brindó apoyo al paciente y se dio psico-educación acerca de las cogniciones y los procesos mentales. Se instruyó acerca de los pensamientos automáticos, de las creencias intermedias y acerca de las creencias centrales (Beck, 1995). Junto al paciente en las sesiones, se fomentaron y desarrollaron habilidades de introspección y a comprender como se identifican y se modifican cierto tipo de pensamientos y de creencias para mejorar sus estados de ánimo y así combatir los ataques de pánico y pensamientos hipocondríacos. Se procuró brindar al paciente herramientas de introspección con las que pueda analizar su entorno y su situación de mejor manera y así generar un control y mejor razonamiento de los sucesos que le acontecen al paciente.

Dentro de las sesiones Cognitivo Conductuales se procuraba culminar las mismas con retroalimentación positiva para el paciente, acentuando los puntos positivos e importantes de la sesión. Al final eran muy importantes las tareas enviadas a la casa con el fin de continuar

desarrollando las habilidades de introspección y de análisis cognitivo. Se utilizaron herramientas tales como el diagrama de conceptualización cognitiva o el registro de pensamientos disfuncionales (Beck, 1995).

Pensamientos automáticos dentro del trabajo con Marco.

Durante las primeras sesiones junto al paciente, lo primero que se trabajó fueron sus pensamientos automáticos. Se definió el término y se fomentó para que el paciente logre identificar y eventualmente modificar dichos pensamientos. Se preguntaba al paciente preguntas como ¿Cuáles son los pensamientos más frecuentes que pasan por tu cabeza? O ¿En esta situación cuales eran los pensamientos que se te venían a la mente? Se descubrió que Marco tenía una gran cantidad de pensamientos distorsionados y además eran muy negativos. Es por esto que se explicó a Marco que mucha de su emocionalidad y lo que ha experimentado dentro de su situación, es gracias y a causa de muchos de sus pensamientos distorsionados y al hecho de que muchos de ellos conllevan una carga emocional y un contenido muy fuerte. Los pensamientos automáticos más comunes en Marco eran tales a: “me voy a volver loco”, “nunca podré ser tan sociable como el resto de las personas” o “con la familia que tengo nunca voy a poder ser normal”. Estos pensamientos fueron analizados y cuestionados para que el paciente logre entenderlos, juzgarlos y eventualmente modificarlos para que sean más reales y menos severos.

Se explicó al paciente acerca de los diferentes tipos de distorsiones cognitivas que existen. Se analizaron los pensamientos y se los clasificó dentro de alguna distorsión dependiendo de su contenido. Luego se les dio un valor con respecto a su nivel de credibilidad del 0 al 100 y que porcentaje del pensamiento era considerado válido. Se revisó cada distorsión y el paciente relacionó a cada una de ellas con su manera de pensar. Luego de haber identificado

y calificado a cada pensamiento recurrente se buscó modificarles para que su contenido sea más válido y para que no sean pensamientos tan severos y determinantes. Para analizar los pensamientos y trabajar mejor con ellos se utilizó la hoja de trabajo de Registro de Pensamientos Disfuncionales (Beck, 1995) (Ver Anexo C). En esta hoja de trabajo el paciente tiene que describir una situación, identificar y mencionar los pensamientos disfuncionales presentes, calificar la intensidad con la que cree en cada pensamiento, identificar y mencionar los sentimientos que dichos pensamientos le generan, definir los comportamientos consecuentes, identificar las distorsiones cognitivas presentes, modificar los pensamientos disfuncionales y hacerlos racionales, calificar su grado de credibilidad y por último identificar y mencionar los sentimientos que los nuevos pensamientos le generan. Al comienzo de las sesiones la credibilidad y validez de los pensamientos distorsionados era de 80% a 90%, luego su credibilidad descendió al 30% - 40%.

Se explicó también al paciente la relación que tienen los pensamientos con sus estados de ánimo y con su emocionalidad. Se trabajó con él analizando las emociones y su intensidad, generadas por cada tipo de pensamiento. El paciente descubrió que mucho de lo que sentía y una de las razones por las cuales se activaban y producían los ataques de pánico era a causa de pensamientos fatalistas. Se trabajó con las historias y las situaciones que el paciente contaba dentro de sesión y se preguntaba: ¿Qué pensamientos pasaban por tu mente en ese momento? O ¿Qué pensamientos estabas teniendo antes de que suceda lo que sucedió? Esto ayudó mucho al paciente con sus habilidades de introspección y para darse cuenta de que mucho de lo que estaba pensando se encontraba distorsionado y era poco válido.

Creencias intermedias dentro del trabajo con Marco.

Luego de haber identificado, analizado y modificado los pensamientos automáticos distorsionados y fortalecido las habilidades de introspección del paciente, se procedió a introducir el término de creencias dentro del tratamiento del paciente. Se le explicó acerca de las creencias intermedias y el hecho de que estas se van formando desde muy pequeño dependiendo de sus experiencias y vivencias del pasado. Se le explicó que las creencias intermedias son reglas, asunciones o expectativas que las personas tenemos con respecto a mucho de lo que nos rodea y en especial a la realidad en donde vivimos y nos desenvolvemos.

Lo primero que hicimos fue definir e identificar los deberías dentro de las cogniciones propias del paciente. Se observó que el paciente tenía creencias muy distorsionadas con respecto a sus habilidades sociales y a lo que se “debe” hacer para convertirse en una persona sociable y agradable. Las creencias intermedias más comunes en Marco eran tales a “tengo que practicar mucho para llegar a ser tan chistoso y gracioso como mis amigos” o “tengo que irme de mi casa para que las cosas estén mejor”.

Luego de haber identificado las creencias las analizamos para entender las razones por las cuales fueron creadas. Posteriormente se dio a cada creencia un valor del 0 al 100% en relación a su nivel de credibilidad y de respaldo con evidencias correspondientes. Luego se intentó identificar que pensamientos están relacionados con cada creencia y como estos afectaban directamente a la emocionalidad y a la situación de Marco.

Finalmente se intentó modificar dichas creencias para que su contenido sea más realista y menos determinante. Marco termino expresando nuevas creencias tales a “fuera bueno que salga con nuevas personas y que intente relacionarme más con mis amigos para fortalecer mis habilidades sociales, sin embargo comprendo que yo soy una persona tranquila y única por lo que nunca en realidad podré ser como ellos en todos los aspectos” o “fuera bueno el hecho de

independizarme de mis padres pero en este momento aún dependo de ellos económicamente y es necesario que tenga más estabilidad para salir de mi casa”. Esta nueva habilidad de Marco para identificar y modificar creencias le ayudó mucho para trabajar con sus altos niveles de ansiedad, sus cogniciones y mejorar su situación emocional.

Creencias centrales dentro del trabajo con Marco.

Tras haber definido y trabajado con pensamientos automáticos y creencias intermedias, se procedió a introducir el concepto de creencias centrales dentro de la terapia. Se explicó que las creencias centrales son creencias más profundas acerca de cada persona y tienen relación a lo que piensa el sujeto acerca de sí mismo, de los demás y del mundo que lo rodea (Beck, 1995). Se mencionó que las creencias centrales son creadas principalmente durante la niñez dependiendo de las experiencias propias de cada sujeto y de la influencia que haya tenido de sus seres queridos. Las características más importantes de las creencias centrales es que son globales, rígidas, profundas, no son consientes y las consideramos verdades absolutas (Beck, 1995). Junto con Marco logramos encontrar algunas de sus creencias centrales más marcadas y problemáticas dentro de su vida. Sus creencias eran tales a “soy inadecuado”, “soy débil”, “soy vulnerable” o “soy deficiente”. La gran mayoría de las creencias de Marco tenían un contenido de desamparo.

Lo primero que se hizo con las creencias es explicarle al paciente que son ideas y que no necesariamente tienen que ser completamente verdaderas. Se dijo que aunque él las considere absolutamente ciertas puede ser que no tengan nada de verdaderas. Luego analizamos cada creencia usando el Formulario de Creencias Centrales (Beck, 1995) (Ver Anexo E), donde se planteaba la antigua creencia y se la calificaba del 0 al 100 dependiendo del grado de credibilidad de la misma. Luego se califica del 0 al 100 un momento donde la creencia tuvo un mayor grado de credibilidad y después otro momento donde la creencia tuvo un menor grado de

credibilidad. De esta manera el paciente empieza a darse cuenta que la creencia puede ser variable y que no es completamente cierta en todo momento. Al final planteamos una nueva creencia, más razonable, relacionada a la antigua creencia y se le confiere un nuevo valor del 0 al 100 dependiendo del grado de credibilidad que tenga esta nueva creencia.

Luego de haber definido y trabajado con los pensamientos automáticos, las creencias intermedias y las creencias centrales, tomamos situaciones específicas y trabajamos con todas las cogniciones y emociones involucradas en dicha situación. Para esto se utilizó el Diagrama de Conceptualización Cognitiva (Beck, 1995) (Ver Anexo F), que consiste en una hoja de trabajo en donde se describen situaciones emocionalmente relevantes para el paciente, se identifican los pensamientos automáticos involucrados, el significado de los mismos, la emocionalidad, la conducta y las respuestas fisiológicas generadas por dichas situaciones (Beck, 1995). Luego se analizan las creencias intermedias y las creencias centrales involucradas y se identifican las reacciones propias de la persona frente a la situación para así poder modificar dichas reacciones o conductas y lograr eliminar o reducir las emocionalidad negativa. El paciente terminó modificando y reestructurando algunas de sus creencias tales a “soy débil en ciertas ocasiones como cuando me encuentro amenazado e impotente, pero en la gran mayoría de situaciones soy una persona muy fuerte” o “soy una persona única y en muchas situaciones sociales me siento incomodo e inadecuado, pero en otras situaciones soy muy abierto y me siento bastante cómodo”. Hubo otras creencias del paciente como la de “soy vulnerable” que se le hicieron muy difícil de modificar y de cambiar.

Importancia del estudio

Después de analizar los resultados, este estudio podría servir como referencia para tratamientos futuros relacionados al trabajo cognitivo conductual en pacientes con problemas

de pánico y/o de hipocondrías. La manera en la que se ha trabajado dentro de este estudio podría servir como ejemplo en futuros tratamientos y ser usado como guía dentro del trabajo cognitivo conductual para este tipo de desordenes. En el Ecuador se han realizado pocos estudios e investigaciones con respecto al trabajo cognitivo conductual y psicológico en general, para el tratamiento de distintos tipos de desordenes relacionados. Este estudio podría ayudar a enriquecer la investigación psicológica en el Ecuador y en la Universidad San Francisco de Quito. Este estudio puede corroborar a los diferentes estudios realizados para el tratamiento de estos desordenes, reforzar los resultados obtenidos en aquellos estudios y comprobar la eficacia del tratamiento cognitivo conductual. Los resultados y el método de investigación pueden ser utilizados para futuras investigaciones relacionadas y servir como guía o soporte de las mismas.

Resumen de sesgos del autor

La transferencia y la contratransferencia son términos creados e introducidos por Freud entre los años de 1905 - 1910 (Falchi & Nawl, 2009). A través de los años el significado de estos términos ha ido cambiando y ahora se define a los mismos de la siguiente manera. La transferencia es lo que el paciente experimenta con respecto a su terapeuta y lo que refleja en él gracias a muchos de sus prejuicios, ideas o experiencias del pasado (Davidson, 2009). La transferencia puede ser positiva o negativa, es decir el paciente puede sentir que su terapeuta es un abusador al igual que su tío por ejemplo, si considera que los hombres son abusadores, o, puede verle al terapeuta como una salvador si las experiencias y percepciones que haya tenido el paciente en el pasado han probado que las personas son buenas y ayudan. También existe la contratransferencia que es la percepción que tenga y pueda proyectar el terapeuta de su paciente (Davidson, 2009). Al igual que la transferencia puede haber contratransferencia negativa o

positiva. Todo depende de las experiencias y percepciones que haya tenido el paciente con su entorno en el pasado.

La transferencia y contratransferencia conllevan una gran variedad de pensamientos automáticos, creencias intermedias y centrales que son los/las responsables de crear este fenómeno entre el paciente y el terapeuta (Falchi & Nawl, 2009). Se entiende por transferencia a la comunicación verbal o no verbal que el paciente tenga hacia el terapeuta en relación a lo que le ha sucedido y lo que considera del mundo que lo rodea (Parlow & Goodman, 2010). Al contrario se entiende por contratransferencia a la comunicación verbal y no verbal que tenga el terapeuta hacia su paciente, dependiendo de las experiencias y del entendimiento propio del terapeuta hacia las personas y el mundo que lo rodea (Parlow & Goodman, 2010). La transferencia y la contratransferencia pueden ser usadas como herramientas poderosas del terapeuta dentro del tratamiento y servir para trabajar con los problemas y con las creencias más profundas y probablemente las más problemáticas del paciente (Falchi & Nawl, 2009). El paciente puede percibir la transferencia del terapeuta y puede usarla para trabajar con esos aspectos dentro de sesión. Además puede percibir y analizar su contratransferencia dentro de terapia y trabajar con ella junto al paciente ya que puede involucrar aspectos que afecten mucho al paciente con sus relaciones interpersonales y él/ella no se dé cuenta de su origen.

Transferencia

Dentro de la terapia con Marco se experimentó un cierto grado de transferencia. Dada la situación y las experiencias de Marco en su pasado con su padre y con sus figuras de autoridad, se podía sospechar que iba a tener ciertos problemas con la relación terapéutica. Era muy importante crear una buena relación terapéutica desde el comienzo para que el paciente se sienta seguro y no amenazado dentro de la terapia. Afortunadamente mucha de la transferencia

experimentada dentro de las sesiones fue positiva y de cierta manera el paciente utilizó mucho la figura de autoridad del terapeuta para expresarse y compartir. Hubo ciertos momentos donde el paciente delegó muchas de sus responsabilidades al terapeuta, como el hecho de que el terapeuta era el que tenía que buscarlo siempre para organizar las reuniones. En ciertas ocasiones Marco mostró su rechazo a las figuras de autoridad al no hacer los deberes y las tareas enviadas dentro de terapia y no mostraba mucho ánimo ni disposición para realizarlas, esto podría demostrar un cierto grado de transferencia dentro del trabajo terapéutico. Dentro de terapia se trabajó con la transferencia percibida y en vez de presionar al paciente se le daba grados de responsabilidad sobre sus actos y se le continuaba asignando tareas y deberes a ser cumplidos en casa. El objetivo era que reciba estas tareas y las analice muy brevemente en situaciones específicas de la casa, como analizar los pensamientos que se le vienen a la mente cuando se está sintiendo de cierta manera, este análisis le generaba introspección y se sentía mejor por lo que generaba en él más confianza consigo mismo, con la terapia y con el terapeuta. El analizar y trabajar con la transferencia fue muy bueno y sirvió como una buena herramienta para trabajar dentro del tratamiento.

Contra-transferencia

La contra-transferencia ha sido un término que ha ido cambiando y ha sido modificado varias veces desde su origen en el año 1910 cuando Freud lo introdujo por primera vez (Sandler, Dare & Holder, 1993). Actualmente para la terapia cognitivo-conductual el término contra-transferencia ha sido definido como la reacción inconsciente por parte de un terapeuta hacia las reacciones de transferencia por parte de su paciente, en algunas ocasiones puede ser considerada

como un obstáculo o una desventaja dentro del trabajo terapéutico (Kernberg, 1965, 1967, 1972, 1975, citado en Rudd & Joiner, 1997). La contra-transferencia también es considerada como las reacciones emocionales del terapeuta con respecto a su paciente, pero se la considera una reacción natural y un componente común dentro del ambiente terapéutico y en ciertas ocasiones puede ser usada positivamente para el progreso y para el beneficio de la terapia (Eber, 1990, Mendelsohn, 1987, citado en Rudd & Joiner, 1997). Una vez que el terapeuta logra identificar la contra-transferencia y las reacciones que su paciente le genera puede usar dicha información para mejorar la calidad y los resultados de la terapia (Rudd & Joiner, 1997). Es importante usar la contra-transferencia dentro del trabajo terapéutico ya que mucho de lo que el paciente genera en el terapeuta puede ser similar a lo que el paciente genera en otras personas y en sus seres más cercanos, el hecho de que el terapeuta use esta información dentro del tratamiento puede traer enormes beneficios al paciente y a su vida en general. La contra-transferencia puede afectar de diversas maneras a un terapeuta y si los niveles de afección son demasiado altos es importante que el terapeuta solicite ayuda o transfiera al paciente a otro terapeuta con el cual se pueda beneficiar mejor (Rudd & Joiner, 1997).

Aspectos éticos

Este estudio basó sus aspectos de ética dentro de terapia según el libro del código de ética aprobado por la Asociación Americana de Psicología (APA) (Fisher, 2009). El objetivo de registrar el trabajo psicológico, dentro de las terapias psicológicas otorgadas por la USFQ, bajo un código de ética, es principalmente para brindar un mejor servicio y seguridad para nuestros pacientes. Es importante nombrar los 5 principales principios de ética al realizar cualquier tipo de terapia psicológica, estos principios son:

1. Beneficio no maleficio
2. Fidelidad y responsabilidad
3. Integridad
4. Justicia
5. Respeto por los derechos y la dignidad de los pacientes (APA, 2002, citado en Fisher, 2009).

Dentro del proceso terapéutico se inició el trabajo explicando al paciente acerca de las normas y del trabajo a ser realizado dentro terapia, incluyendo ciertas limitaciones. Tanto para el paciente como para el terapeuta es importante estar al tanto de las consecuencias o de los procedimientos a seguir en situaciones especiales que podrían presentarse dentro del trabajo terapéutico. Como menciona el código 3.10 del código de ética, cuando un psicólogo pretende realizar cualquier tipo de intervención, terapia, counseling o consultas de cualquier tipo, deben otorgar un consentimiento donde se informa a la persona acerca del proceso a ser realizado en un lenguaje comprensible (APA, 2002, citado en Fisher, 2009). Es por esto que dentro de la primera sesión se firmó un consentimiento informado (Ver Anexo D), donde el paciente aceptaba recibir terapias psicológicas y se atenía a las consecuencias mencionadas en el caso de intenciones de suicidio, atentados en contra de la vida de una o más personas, estos entre otros puntos importantes para la seguridad del paciente, del terapeuta y de la comunidad.

Las terapias otorgadas a Marco fueron a través de la USFQ por lo que, según el código de ética 3.11, los psicólogos que realizan servicios a través de una organización tienen que proveer al paciente la información de antemano con respecto a la naturaleza y los objetivos del servicio, los beneficiados, los clientes, la relación que el psicólogo va a tener con las personas de la organización, los probables usos de los servicios brindados y la información obtenida, quién tendrá acceso a la información y los límites de la confidencialidad (APA, 2002, citado en Fisher, 2009). El paciente fue informado de la naturaleza de las terapias a ser realizadas dentro de las instalaciones de la USFQ, el uso de la información obtenida y los límites de la confidencialidad

dentro de las sesiones. Dentro de las sesiones hubo varias observaciones por parte del profesor asignado y todas las terapias fueron grabadas con el fin de evaluar el rendimiento y el desempeño del estudiante dentro del trabajo terapéutico, el paciente fue informado y accedió a ser grabado durante todas las sesiones realizadas. Para la realización de este trabajo investigativo y con el fin de proteger la identidad del paciente sus datos de identidad y su nombre fueron cambiados. Antes de empezar con este trabajo de investigación se informó al paciente que su caso iba a ser redactado en el formato de una tesis de grado y que la información recolectada u obtenida dentro del proceso terapéutico iba a ser expuesta en este trabajo. El paciente aceptó lo mencionado y estuvo de acuerdo con el hecho de que su caso sea utilizado con fines académicos y de investigación. A pesar de lo mencionado se respetó las reglas de la APA con respecto a la privacidad y la confidencialidad. Según el código de ética 4.01 los psicólogos deben tener obligaciones primarias y tener las precauciones necesarias para proteger la confidencialidad de la información obtenida del paciente, reconociendo los límites de confidencialidad (APA, 2002, citado en Fisher, 2009). Es por esto que para la divulgación de cualquier tipo de información obtenida dentro de terapia se pidió la autorización del paciente para compartirla únicamente con fines académicos o de supervisión por parte del director de terapia.

Dado el hecho de que el caso de Marco iba a ser expuesto en clase y revisado por profesores y colegas, se tomó en cuenta el código de ética 4.07 que refiere al uso de información confidencial para usos académicos o motivos similares. El código postula que los psicólogos que presenten un caso a profesores o colegas ya sea de manera escrita, verbal o de cualquier otro medio, la información presentada no debe revelar de ninguna manera la identidad del paciente (APA, 2002, citado en Fisher, 2009). Es por esto que dentro de toda revisión del caso se utilizó un diferente nombre y distintos datos de identificación.

Para la realización de este proceso terapéutico se tomó en cuenta el hecho de que la persona responsable de llevar a cabo el tratamiento era estudiante y aún no obtenía su diploma de psicólogo clínico. Según el código de ética 2.01 de límites de competencia, el psicólogo debe proveer de servicios, enseñanzas o investigaciones de acuerdo a los límites de su competencia, basado en su educación, su entrenamiento, su experiencia supervisada, experiencia profesional o sus estudios (APA, 2002, citado en Fisher, 2009). Es por esto que se advirtió al paciente acerca de la condición de estudiante del terapeuta y se le informó que dada la situación el estudiante estará supervisado por un profesional durante todo el proceso. El paciente aceptó lo mencionado y se procedió a realizar la terapia cognitivo-conductual.

CONCLUSIONES

¿Cómo y hasta qué punto la terapia cognitiva conductual puede brindar los conocimientos y las herramientas necesarias para aliviar los síntomas ansiosos, los ataques de pánico, aumentar el autoestima, mejorar las relaciones sociales y mejorar las relaciones familiares de Marco?

Respuesta a la pregunta de investigación

Dentro del trabajo que se realizó con el paciente se usaron varias técnicas y herramientas terapéuticas provenientes de la terapia cognitivo-conductual (Beck, 1995). El diagnóstico del paciente según el criterio del DSM-IV-TR (2000) fue del trastorno de Ataques de Pánico y el de Hipocondría.

El paciente tenía recurrentes preocupaciones con el hecho de que en cualquier momento le podía venir un ataque de pánico. Nunca relacionaba a los ataques de pánico con el contenido de sus cogniciones auto-agresivas, ni con el hecho de que muchos de sus pensamientos podían generarle reacciones fisiológicas muy fuertes. Además tenía Creencias Intermedias y Centrales erradas con respecto a su cuerpo, las reacciones del mismo y las enfermedades globales existentes, como el cáncer o la locura. Dentro del trabajo se trabajó mucho con dichos desordenes y se generó un nivel de introspección para que el paciente logre identificar sus pensamientos y creencias irracionales y tenga las herramientas para modificarlas/los y que sus efectos fisiológicos no sean tan fuertes. Al generar introspección y análisis de sus cogniciones el paciente reportó manejar los ataques de pánico de mejor manera, a tal punto de que, gracias al análisis no llegaban a suceder nunca o a activarse. Esto le brindó mucha seguridad al paciente y aumentó su control sobre su cuerpo lo cual elevó su autoestima. El paciente aprendió que muchos de sus síntomas ansiosos eran a causa de sus cogniciones y trabajó mucho para

identificar dichos pensamientos y analizarlos. Sin embargo sus niveles de ansiedad continuaron ya que se le hacía muy difícil manejar los pensamientos y estos simplemente lo gobernaban. Las relaciones sociales de Marco mejoraron notablemente gracias a que él conocía cada vez más de él mismo y esto aumentaba su confianza para tomar decisiones y relacionarse libremente.

La Terapia Cognitivo-Conductual ayudó al paciente notablemente en muchas de sus áreas de dificultad, tales como sus ataques de pánico, sus relaciones sociales, su hipocondría, sus relaciones familiares y su autoestima. Sin embargo el aprender a identificar y manejar los pensamientos y las creencias erradas o disfuncionales es un trabajo que toma mucho tiempo y mucha practica, por lo que muchos de los pensamientos de Marco continuaban siendo severos y afectando directamente a Marco y su emocionalidad. Las creencias de Marco con respecto a su funcionalidad corporal y con respecto a su salud han estado presentes en él durante muchos años de su vida y por eso es muy complicado cambiarlas o modificarlas dentro de un periodo corto de tiempo. Por el otro lado, el trabajo realizado con el paciente le brindó muchas herramientas y nuevas perspectivas que el paciente podrá utilizar y analizar por el resto de su vida. Esto podría ayudarlo en el futuro y así lograr que supere sus niveles altos de ansiedad y sus somatizaciones.

Al finalizar las sesiones el autoestima del paciente mejoró y su control sobre su cuerpo y gran parte de sus pensamientos y creencias, aumentó. El paciente genero herramientas de introspección y aprendió a analizar su problemática de diversas maneras ayudándolo a sobrellevar sus problemas de una manera más eficaz y certera. La Terapia Cognitivo Conductual ayudó mucho al paciente y logró brindar muchos conocimientos y herramientas que probablemente van ayudarlo en todo lo que respecta a su problemática durante el resto de su vida.

Limitaciones del estudio

Los estudios de caso proveen de mucha información útil para comprender el funcionamiento y la situación en detalle de un caso en específico, esto puede ser comparado y utilizado en el futuro para encontrar factores comunes y generalizar la información y los hechos recolectados (Walshe, 2011). Lamentablemente se necesitan de muchos estudios en una misma área específica y de un gran nivel de investigación para poder generalizar un factor al resto de personas. Además, existen muchas otras formas de investigación que proveen de información más acertada y específica con respecto a lo que se pretende encontrar y a las respuestas que se busca, como por ejemplo investigaciones mediante encuestas, entrevistas personales o estudios con sujetos de investigación (Walshe, 2011). Otra limitación de los estudios de caso es que no se pueden generalizar respuestas ya que los resultados son subjetivos y se necesitan muchos estudios semejantes con la misma respuesta para poder generalizar un factor en común (United States General Accounting Office, 1990 citado en Walshe, 2011). Dentro de los estudios de caso se tiende a utilizar elementos subjetivos y de auto-juicio, esto podría afectar de cierta manera a los resultados, sin embargo esto podría ser evitado con supervisión o con un seguimiento meticuloso del estudio para estandarizar el método en todos los casos y así obtener las respuestas necesarias, lamentablemente esto es muy difícil de lograr (United States General Accounting Office, 1990 citado en Walshe, 2011). Los estudios de caso pueden llegar a ser muy costosos y consumir mucho tiempo, ya que por lo general requieren una recolección de información detallada y muy profunda en distintas situaciones y por un periodo bastante prolongado de tiempo (Walshe, 2011). Los estudios de caso son realizados de manera individual y esto podría ocasionar que se utilicen distintos métodos para la recolección de la información y esto podría dificultar la interpretación y el análisis de los resultados (Walshe, 2011).

Existen muchas limitaciones para la generalización y para la utilización de los resultados de los estudios de caso, sin embargo es importante entender que las terapias psicológicas están en sí sujetas a la habilidad y al conocimiento propio de cada terapeuta y es por esto que dentro del trabajo psicológico cada caso y cada relación terapéutica es distinta. Un estudio de caso refleja el resultado individual de una relación terapéutica en específico, con el uso de un tipo de enfoque terapéutico. Los resultados reflejan los logros obtenidos por un terapeuta, el uso de un tipo de herramienta terapéutica (Terapia Cognitivo-Conductual) y su habilidad para conectarse y llegar emocionalmente al paciente.

Recomendaciones para futuros estudios

En futuros estudios se recomienda proveer de más pacientes, con la misma o similar situación o problemática a un terapeuta en específico y observar los resultados que obtiene individualmente con cada uno de ellos, utilizando únicamente técnicas y herramientas de la terapia Cognitivo-Conductual. Se recomienda también crear un plan estandarizado para cada terapia con el fin de que los métodos y las herramientas utilizadas sean iguales en todos los estudios y así observar los resultados de una manera menos subjetiva y más estandarizada. Se recomienda la utilización de más técnicas terapéuticas Cognitivo Conductuales y aumentar la fomentación para que éstas técnicas y herramientas sean utilizadas con mayor frecuencia en el hogar. Se recomienda que exista un mayor nivel de presión y seguimiento al paciente para que cumpla con la utilización de estas herramientas en casa y así logre crear hábitos saludables de análisis de una manera más efectiva y rápida. Se recomienda la involucración de miembros importantes de la familia y personas importantes al caso en general, dentro de algunas terapias psicológicas con el fin de que el paciente tenga la oportunidad de desarrollar habilidades

personales en un ambiente controlado y terapéutico y mejorar su relación interpersonal con el/la o los sujetos involucrados.

Resumen general

El paciente inició las terapias psicológicas con problemas de ataques de pánico, ansiedad, problemas en la relación con su padre y síntomas de hipocondría. Inmediatamente se procedió a administrarle una prueba estandarizada de sintomatología donde se evaluó el estado y la situación del paciente. Luego de haber identificado las principales problemáticas y malestares presentes en el paciente, se procedió a desarrollar un plan de tratamiento utilizando la terapia Cognitivo-Conductual.

A medida que fue pasando el tiempo el paciente adquirió las habilidades necesarias para identificar y modificar sus pensamientos disfuncionales. Aprendió a identificar y analizar las distintas distorsiones cognitivas presentes en sus recurrentes procesos mentales. Luego aprendió a identificar y modificar o analizar sus creencias intermedias. Esto ayudó al paciente a eliminar muchas de sus reglas y expectativas de vida problemáticas para su bienestar y desarrollo. Finalmente adquirió las herramientas y los conocimientos necesarios para identificar, analizar y modificar sus creencias centrales.

El paciente avanzó y mejoró su situación notablemente a lo largo del tratamiento. Su sintomatología se redujo en un 60% o más y las herramientas y habilidades adquiridas podrán ser utilizadas por el paciente a lo largo de su vida. Al concluir el tratamiento el paciente logró manejar y controlar sus ataques de pánico. Se dio cuenta de que muchos de sus pensamientos disfuncionales eran la causa de mantener y desarrollar su problemática con los ataques de pánico y al aprender a identificar y modificar dichos pensamientos sus ataques de pánico se redujeron y se volvieron mucho más controlables. Al finalizar el tratamiento su relación con su padre

mejoró y logró comprender mucho del porqué de dicha relación tan problemática. Sin embargo, al finalizar el tratamiento el paciente continuó con niveles bastante altos de ansiedad y sus preocupaciones acerca de su salud y su situación continuaron afectándolo. Es importante continuar con el tratamiento Cognitivo-Conductual y seguir trabajando con el paciente para alcanzar su mejora.

REFERENCIAS

- Abramowitz J.S., Schwartz S.A. & Whiteside S.P. (2001). A contemporary conceptual model of hypochondriasis. *Mayo Clinic Proceedings*, 77(12), 1323-1330.
- Asociación Americana de Psiquiatría (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC.
- Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV-TR). (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: Text revision (4th edition)*. Washington, DC: Author.
- Bakker, A., Spinhoven, P., Anton, J. L. M. Van-Balkom, N. & Richard, V. D. (2002). Relevance of assessment of cognitions during panic attacks in the treatment of panic disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71(3), 158-61. Obtenido el 20 de febrero 2013 de <http://search.proquest.com/docview/235447904?accountid=36783>
- Barrios, A.F., Graff, A., González-Santos, L. & Mercadillo, E.R. (2007). Versión computarizada para la aplicación del listado de síntomas 90 (SCL-90) y del inventario de temperamento y carácter (ITC). *Salud Mental*, 30(4), 31-40. Obtenido el 10 de marzo 2013 de <http://www.inprf-cd.org.mx/pdf/sm3004/sm300431.pdf>
- Barsky A.J., Wyshak G. & Klerman G.L. (1990). Latham KS: The prevalence of hypochondriasis in medical outpatients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25(2), 89-94.
- Barsky, A. J. & Ahern, D. K. (2004). Cognitive Behavior Therapy for hypochondriasis: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 291(12), 1464-1470.
- Barsky, A. J. (2001). The patient with hypochondriasis. *New England Journal of Medicine*, 345: 1395-1399. doi:10.1056/NEJMc002896.
- Beck A.T., Emery G. & Greenberg R.L. (1985). Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective. *Basic Books*. New York.
- Beck, A.T. (1964). Thinking and depression II: Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry*, 10(6), 561-571. doi:1001/archpsyc.1964.01720240015003
- Beck, A.T. (1967) *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. [versión digital]. Obtenido el 13 de enero 2013 de <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&hid=15&sid=bc73e5f3-a0a0-42dc-a038-cebe09b75f8b%40sessionmgr11>.
- Beck, A.T. (1970). Roles of fantasies in psychotherapy and psychopathology. *The Journal of Nervous and Mental Diseases*, 150(1), 3-17.
- Beck, J.S. (1995). *Cognitive therapy: basics and beyond*. New York: The Guilford Press.

- Beck, J.S. (2011). *Cognitive behavior therapy: basics and beyond*. Second Edition. New York: The Guilford Press.
- Beck, T.A., Emery, G., Rush, J.A. & Shaw, F.B. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive Therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Bound, F. (2006). Historical keyword: Hypochondria. *The Lancet*, 367(9505), 105-105. Obtenido el 15 de febrero 2013 de <http://search.proquest.com/docview/199040916?accountid=36783>.
- Cárdenas, M.L., Cavazos, J., Espinosa, S.I., Fócil, M. & Muñoz, L.C. (2005). Confiabilidad y validez de la SCL 90 en la evaluación de psicopatología en mujeres. *Salud Mental*, 28(3), 42-50. Obtenido el 20 de marzo 2013 de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/582/58232805.pdf>
- Cárdenas, M.L., Cavazos, J., Espinosa, S.I., Fócil, M. & Muñoz, L.C. (2005). Confiabilidad y validez de la SCL 90 en la evaluación de psicopatología en mujeres. *Salud Mental*, 28(3), 42-50. Obtenido el 20 de enero 2013 de <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2005/sam053e.pdf>.
- Casullo, M.M. & Pérez, M. (2008). El inventario de síntomas SCL-90-R de L. Derogatis. Adaptación UBA. *CONICET*. Obtenido el 30 de enero 2013 de <http://www.aidep.org/uva/Bibliografia/SCL08.pdf>.
- Clark D.M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*. 24(4), 461-470. Obtenido el 16 de febrero 2013 de <http://jonabram.web.unc.edu/files/2012/08/Clark-1986.pdf>.
- Clark, D.A., Beck, A.T. & Alford, B.A. (2009). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. New York: John Wiley & Sons.
- D'Zurilla, T.J. & Goldfried, M.R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal psychology*. 78(1), 107-126.
- Davidson, D. (2009). Negative counter-transference in psychotherapy of personality disorder. *Canadian Journal of Psychoanalysis*, 17(1), 62-82,184. Obtenido el 10 de febrero 2013 de <http://search.proquest.com/docview/222773541?accountid=36783>
- Dobson, K. S. & Khatri, N. (2000). Cognitive Therapy: looking backward, looking forward. *Journal of Clinical Psychology*, 56(7), 907-923.
- Dowd, E. (2004). Cognition and the cognitive revolution in psychotherapy: Promises and advances. *Journal of Clinical Psychology*, 60(4), 415-428. doi:10.1002/jclp.10253.

- Ellis, A. & Greiger, R. (Eds.). (1977). *Handbook of rational-emotive therapy*. New York: Springer.
- Falchi, V. & Nawal, R. (2009). Transference, countertransference and interpretation: the current debate. *European Journal of Clinical Hypnosis*, 9(1), 11-18.
- Fisher, C.B. (2009). *Decoding the ethics code a practical guide for psychologists*. SAGE Publications. Washington.
- Froján-Parga M.X. & Calero A.E. (2011). Guía para el uso de la Re-estructuración cognitiva como un procedimiento de moldeamiento. *Psicología Conductual*, 19(3), 659-682. Obtenido el 21 de febrero 2013 de <http://search.proquest.com/docview/927580549?accountid=36783>
- Fulton, J. J., Marcus, D. K. & Merkey, T. (2011). Irrational health beliefs and health anxiety. *Journal of Clinical Psychology*, 67(6), 527-538. doi:10.1002/jclp.20769
- Goodwin R.D. & Hamilton S.P. (2002). The early-onset fearful panic attack as a predictor of severe psychopathology. *Psychiatric Research*, 109(1), 71-79.
- Goodwin R.D., Lieb R. & Hoefler M. (2004). Panic attack as a risk factor for severe psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, 161(12), 2207-2214.
- Green, R. (1991). *The MMPI-2. An interpretive manual*. Boston, MA: Pearson Education.
- Grey, N., Salkovskis, P., Quigley, A., David, M. C. & Ehlers, A. (2008). Dissemination of cognitive therapy for panic disorder in primary care. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(5), 509-520. doi: 10.1017/S1352465808004694.
- Hara, N., Nishimura, Y., Yokoyama, C., Inoue, K., Nishida, A., Tanii, H. & Okazaki, Y. (2012). The development of agoraphobia is associated with the symptoms and location of a patient's first panic attack. *BioPsychoSocial Medicine*, 6(1). doi: 10.1186/1751-0759-6-12.
- Hart, J. & Björgvinsson, T. (2010). Health anxiety and hypochondriasis: description and treatment issues highlighted through a case illustration. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 74(2), 122-40. doi: 10.1521/bumc.2010.74.2.122
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. & Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la investigación (quinta edición)*. The McGraw-Hill. México D.F.
- Hickes, M., & Mirea, D. (2012). Cognitive Behavioural Therapy and Existential-Phenomenological Psychotherapy. *Existential Analysis: Journal Of The Society For Existential Analysis*, 23(1), 15-31.

- Hollifield, M., Mackey, A. & Davidson, J. (2006). Integrating therapies for anxiety disorders. *Psychiatric Annals*, 36(5), 329-338. Obtenido el 29 de enero 2013 de <http://search.proquest.com/docview/217056303?accountid=36783>
- Jacobs, W. J. & Nadel, L. (1999). The first panic attack: A neurobiological theory. *Canadian Journal of Experimental Psychology*, 53(1), 92-107. doi:10.1037/h0087302" \t "_blank"
- Jones, C., Leung, N. & Harris, G. (2007). Dysfunctional core beliefs in eating disorders: A review. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 21(2), 156-160,162-171. Obtenido el 12 de febrero 2013 de <http://search.proquest.com/docview/89071107?accountid=36783>
- Kessler R.C., Stang P.E., Wittchen H., Ustun T.B., Roy-Burne P. & Walkters E.E. (1998). Lifetime panic-depression comorbidity in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 55(9), 801–808. doi:10.1001/archpsyc.55.9.801.
- Kinley, D., Walker, J. R., Enns, M. W. & Sareen, J. (2011). Panic attacks as a risk for later psychopathology: results from a nationally representative survey. *Depression & Anxiety*, 28(5), 412-419. doi:10.1002/da.20809.
- Lara, M., Cárdenas, M., Fócil, M., Espinosa, I., & Cavazos, J. (2005). Confiabilidad y validez de la SCL-90 en la evaluación de psicopatología en mujeres. *Salud Mental*, 28(3), 42-50. Obtenido el 22 de abril 2013 de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1364864>
- Maultsby, M.C. (1984). *Rational behavior therapy*. Englewood Cliffs. New Jersey: Prentice-Hall.
- Meichenbaum, D. (1993). Stress inoculation training: A preventative and treatment approach. *Woolfolk & W. S. Sime*. 3rd Edition. Obtenido el 15 de febrero 2013 de http://www.in.gov/idoc/files/Meichenbaum_2007_Stress_Inoculation_Training1.pdf.
- Narváez-Peralta, V. (2011). Las distorciones cognitivas. *Resiliencia*. Obtenido el 4 de enero 2013 de <http://www.resiliencia.org/Textos/2678475C-D9B7-4669-B8B9-6148385AB239.html>.
- Nezu, A. (1986). Efficacy of a social-problem solving approach for unipolar depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 54(2), 196-202.
- Noyes R.J., Kathol R.G., Fisher M.M., Phillips B.M., Suelzer M.T. & Holt C.S. (1993).The validity of DSM-III-R hypochondriasis. *Archives of General Psychiatry*, 50(12):961-970.
- Padesky, C. A. (1994). Schema Change Processes in Cognitive Therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 1(5), 267-278.

- Parlow, S. & Goodman, D. M. (2010). The transformative action of the transference/countertransference relationship: A case example. *Journal of Psychology & Christianity*, 29(2), 116-120.
- Psicología General y Salud Mental (2013). ¿Qué es la psicología cognitiva? Obtenido el 18 de febrero 2013 de http://www.psicologiageneral.org/terapia-cognitiva/psicologia-cognitiva_4028.
- Riso, W. (2009). *Terapia cognitiva*. Barcelona: Paidós. 54-346.
- Rudd, M. D. & Joiner, T. (1997). Countertransference and the therapeutic relationship: A cognitive perspective. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 11(4), 231-250. Obtenido el 24 de febrero 2013 de <http://search.proquest.com/docview/89071062?accountid=36783>.
- Salkovskis, P. M. (1996). *Frontiers of Cognitive Therapy*. New York: Guilford Press. Obtenido el 14 de febrero 2013 de <http://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=&id=Koplpwwa24EC&oi=fnd&pg=PA266&dq=Developing+Cognitive+Therapist+Competency:+Teaching+and+Supervision+Models&ots=4LlnvNTQGu&sig=EvHrmMexvvSvHLhXABpLapWuoN8#v=onepage&q=Developing%20Cognitive%20Therapist%20Competency%3A%20Teaching%20and%20Supervision%20Models&f=false>.
- Salkovskis, P.M. & Clark D.M. (1991). Cognitive therapy for panic attacks. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 5(3), 215-226. Obtenido el 21 de febrero 2013 de <http://search.proquest.com/docview/89069860?accountid=36783>.
- Salkovskis, P.M. & Warwick, H.C. (1986). Morbid preoccupations, health anxiety and reassurance: A cognitive-behavioural approach to hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, 24(5), 597-602.
- Sandler J., Dare, C. & Holder, A. (1993). *The patient and the analyst, the basis of the psychoanalytic process*. Second edition. London: Karnac.
- Schmitz, N., Hartkamp, N., Kiuse, J., Franke, G., Reister, G. & Tress, W. (2000). The symptom check-list-90-R (SCL-90-R): A german validation study. *Quality of Life Research*, 9(2), 185-93. doi: <http://dx.doi.org/10.1023/A:1008931926181>.
- Sharf, R.S., (2004). *Theories of psychotherapy and counselling: concepts and cases*. Belmont, CA: Thomson Learning, Inc.
- Taylor, S. & Asmundson, G. J. G. (2004). *Treating health anxiety: A cognitive-behavioral approach*. New York: Guilford Press.
- Taylor, S., Kerry, L. J., Murray, B. S. & Gordon, J. G. A. (2008). A behavioral-genetic analysis of health anxiety: Implications for the cognitive-behavioral model of hypochondriasis. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 22(2), 143-153. Obtenido el 20 de febrero 2013 de <http://search.proquest.com/docview/89067828?accountid=36783>.

- Teismann, T., Michalak, J., Willutzki, U., & Schulte, D. (2012). Influence of Rumination and Distraction on the Therapeutic Process in Cognitive-Behavioral Therapy for Depression. *Cognitive Therapy & Research*, 36(1), 15-24. doi:10.1007/s10608-010-9347-6
- Thomson A.B. & Page L.A. (2007). Psychotherapies for hypochondriasis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4), 1-43. doi:CD006520.
- Torres, X., Bailles, E., Collado, A., Taberner, J., Gutierrez, F., Peri, J. & Valdes, M. (2010). The symptom checklist-revised (SCL-90-R) is able to discriminate between simulation and fibromyalgia. *Journal of Clinical Psychology*, 66(7), 774-790. doi:10.1002/jclp.20698.
- United States General Accounting Office (1990). *Case study evaluations*. Washington, DC: United States General Accounting Office.
- Vigotsky, L (1977). *Pensamiento y lenguaje. Comentarios críticos de Jean Piaget*. Buenos Aires: La Pléyade.
- Villegas, M. M. & González, F.E. (2011). La Investigación cualitativa de la vida cotidiana, medio para la construcción de conocimiento sobre lo social a partir de lo individual. *Psicoperspectivas*, 10(2), 35-59. Obtenido el 11 de febrero 2013 de <http://search.proquest.com/docview/879497677?accountid=36783>.
- Walshe, C. (2011). The evaluation of complex interventions in palliative care: An exploration of the potential of case study research strategies. *Palliative Medicine*, 25(8), 774-81. doi:10.1177/0269216311419883
- Warwick, H.C. & Salkovskis, P.M. (1990). Hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, 28(2), 105–117.
- Wells A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: a practice manual and conceptual guide*. Chichester: Wiley.
- Wright J.H., Basco M.R. & Thase M.E. (2006). *Learning cognitive behavior therapy*. Washington DC: American Psychiatric Publishing.

ANEXO A: INVENTARIO DE SÍNTOMAS 90 REVISADO (SCL-90-R)

**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.

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 (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. Lloro 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.					

ANEXO B: INVENTARIO DE PERSONALIDAD MULTIFÁSICO DE MINNESOTA (MMPI-2)

CUESTIONARIO M M P I – 2*

Modelo de Cuadernillo

(Para ser usado sólo en tareas de investigación)

Este Cuestionario contiene una serie de frases. Lea cada una de ellas y decida si, aplicada a usted mismo, es verdadera o falsa; anote su contestación en la Hoja de Respuestas. Vea como se ha hecho en los ejemplos siguientes:

Frases Sección de la Hoja de Respuestas

Correctamente marcadas

V F

1. Me gusta la música. 1. ☺ ☺

2. Me levanto muy temprano. 2. ☹ ☹

TIENE QUE MARCAR LA CONTESTACIÓN EN LA HOJA DE RESPUESTAS. SUPONGA QUE LA FRASE 1, APLICADA A USTED MISMO, ES VERDADERA O CASI SIEMPRE VERDADERA: EN ESTE CASO **SE RELLENA CON LÁPIZ** EL ESPACIO BAJO LA LETRA **V** (INICIAL DE VERDADERO) QUE ACOMPAÑA AL NÚMERO DE ESTA FRASE EN LA HOJA DE RESPUESTAS. DEL MISMO MODO, SI LA FRASE 2, APLICADA A USTED MISMO, ES FALSA O NORMALMENTE NO ES VERDADERA, SE RELLENA CON EL LÁPIZ EL ESPACIO BAJO LA LETRA **F** (INICIAL DE FALSO) QUE ACOMPAÑA AL NÚMERO DE ESTA FRASE EN LA HOJA DE RESPUESTAS.

Si el contenido de una frase no tiene aplicación a su caso, o bien es algo de lo que usted no podría decir si es verdadero o falso, no haga ninguna señal y deje los dos espacios en blanco. No escriba en este cuadernillo. Al marcar su contestación en la Hoja de Respuestas asegúrese de que el número de la frase que usted contesta se corresponda con el número colocado al lado del espacio que usted marca. Rellene bien ese espacio. Si desea cambiar alguna respuesta, borre por completo la señal hecha y marque el otro espacio. **No escriba nada en este cuadernillo.**

INTENTE RESPONDER TODAS LAS FRASES

AHORA ABRA EL CUADERNILLO Y COMIENZE LA TAREA
NO HAGA MARCAS EN ESTE CUADERNILLO

Preguntas MMPI-2 Correspondientes

ANEXO C: REGISTRO DE PENSAMIENTOS DISFUNCIONALES SEGÚN LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

		REGISTRO DE PENSAMIENTOS PARA			
SITUACION	AUTOMÁTICOS/REACTIVOS		REFLECTIVOS		RESULTADO SENTIMIENTOS
	PENSAMIENTOS % CREENCIA EN PENSAMIENTO INTENSIDAD (NADA) (MÁXIMO)	SENTIMIENTOS OS INTENSIDAD 0 - 100 (NADA) (MÁXIMO)	DISTORSIONES COGNITIVAS	PENSAMIENTOS RACIONALES % CREENCIA EN PENSAMIENTO INTENSIDAD (NADA) (MÁXIMO)	
	Crecencias & Pensamientos implícitos		Comportamientos Antiguos		

ANEXO D: CONSENTIMIENTO INFORMADO

COPIA PARA LA PERSONA QUE ACEPTA RECIBIR CONSULTAS SICOLÓGICAS CONSENTIMIENTO

Fecha: _____

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

Sé que puedo retirarme en cualquier momento. Me comprometo a asistir puntualmente a las citas y a cancelarlas telefónicamente con por lo menos 1 hora de anticipación. El/la a estudiante que me atiende será directamente supervisado/a por un profesor/a durante todo este proceso. Acepto que se filme, se grave o se tome notas de las sesiones terapéuticas y que se converse sobre las mismas con fines académicos únicamente. Acepto que mi caso sea utilizado académicamente como parte de una tesis de grado. Sé que se guardará absoluta reserva sobre mi identidad, de manera que cualquier información que se comparta no permitirá mi identificación. Sé que el/la estudiante que me atiende, romperá la confidencialidad en el caso de que yo revele información que me ponga directamente en riesgo físico a mí o los que me rodean o si intento cometer algo contra la ley. Sé que las consultas son gratuitas. Si tengo algún inconveniente, sé que puedo acudir a Teresa Borja (2971700 ext 1264, 099803001), coordinadora del departamento de Sicolología de la USFQ.

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

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

-----CORTE AQUÍ-----

COPIA PARA EL ESTUDIANTE DE ÚLTIMO AÑO DE SICOLOGÍA CLÍNICA CONSENTIMIENTO

Fecha: _____

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

Sé que puedo retirarme en cualquier momento. Me comprometo a asistir puntualmente a las citas y a cancelarlas telefónicamente con por lo menos 1 hora de anticipación. El/la a estudiante que me atiende será directamente supervisado/a por un profesor/a durante todo este proceso. Acepto que se filme, se grave o se tome notas de las sesiones terapéuticas y que se converse sobre las mismas con fines académicos únicamente. Acepto que mi caso sea utilizado académicamente como parte de una tesis de grado. Sé que se guardará absoluta reserva sobre mi identidad, de manera que cualquier información que se comparta no permitirá mi identificación. Sé que el/la estudiante que me atiende, romperá la confidencialidad en el caso de que yo revele información que me ponga directamente en riesgo físico a mí o los que me rodean o si intento cometer algo contra la ley. Sé que las consultas son gratuitas. Si tengo algún inconveniente, sé que puedo acudir a Teresa Borja (2971700 ext 1264, 099803001), coordinadora del departamento de Sicolología de la USFQ.

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

Firma de la persona que recibe atención sicológica

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

ANEXO E: FORMULARIO DE CREENCIAS CENTRALES

FORMULARIO DE CREENCIAS CENTRALES (FCC)

Antigua creencia central: _____

Que grado de credibilidad confiere ahora a la antigua creencia central? (0-100) _____%

*Cual fue el mayor grado de credibilidad que le confirió en algún momento de esta semana? (0-100) _____%

* Cual fue el menor grado de credibilidad que le confirió en algún momento de esta semana? (0-100) _____%

Nueva Creencia: _____

Que grado de credibilidad le confiere ahora a esta creencia? (0-100) _____%

**Evidencia que contradice la
antigua creencia central y
avala la nueva creencia?**

**Evidencia que avala la antigua
creencia central, revisada.**

ANEXO F: DIAGRAMA DE CONCEPTUALIZACIÓN COGNITIVA

Nombre: _____ Diagnóstico: _____
 Fecha: _____

DIAGRAMA DE CONCEPTUALIZACION COGNITIVA

