

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

**Estudio de caso: Terapia Cognitivo Conductual enfocado en una mujer con
Trastorno de Estrés Postraumático por quemaduras**

María Auxiliadora Ortuño Soria

Esteban Utreras, Ph.D., Director de Tesis

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

Quito, Junio 2014

Universidad San Francisco de Quito
Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

HOJA DE APROBACIÓN DE TESIS

Estudio de caso: Terapia Cognitivo Conductual enfocado en una mujer con Trastorno de Estrés Postraumático por quemaduras

María Auxiliadora Ortuño Soria

Esteban Utreras, Ph.D.
Director de Tesis

Jorge Flachier
Miembro del Comité de Tesis

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

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

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

Quito, Junio 2014

© DERECHOS DE AUTOR

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

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

Firma: _____

Nombre: María Auxiliadora Ortuño Soria

C. I.: 1718308529

Fecha: Quito, Junio 2014

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a la paciente “María” y a su familia por las enseñanzas de vida que junto a ellos aprendí.

A todas las personas con PTSD y sus familiares ya que deseo manifestar mi apoyo e importancia que han ejercido en mí.

A mi abuelito (+)Papá Alberto por ser un ejemplo de honradez, cariño, rectitud y trabajo por lo que la Dolorosa lo tiene bajo su manto.

A mis papás Walter y Norma por estar a mi lado en todo momento, por su paciencia, cariño y respaldo que gracias a ellos he surgido como persona y profesional.

A mis amigas Sofía Villacís, Soledad Valencia, Jacky Ordoñez, Belén Domínguez, Julia Dávalos, Isabel Griffin, Paola Morejón, Johanna Vega, Tamara Barreto, Evelyn Caballero, Ma. José Angulo, y Gabriela Vintimilla por todo su apoyo, aliento, preocupación, alegrías, tristezas y complots; en sí, una linda amistad incondicional de años que ha perdurado pese a cualquier distancia y situación.

A Dios y a “La Dolorosa” por estar a mi lado todo momento, cuidarme y guiar mi caminar.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la paciente “María” por confiar en mí, permitirme trabajar con ella y formar parte de mi crecimiento personal como profesional.

A mis padres y mi hermano por su paciencia, consejos y entendimiento ante la ejecución de este proyecto y, especialmente, por su apoyo incondicional a lo largo de mi vida.

A mi tutor de tesis Esteban Utreras por el tiempo y la dedicación empleados durante la elaboración de este estudio de caso. Y a mis lectores por su entereza y respaldo valiosos para mí.

A mis amigas por sus palabras de ánimos, cariño, confianza y empuje.

Sobre todo agradezco a Dios y a la Virgen por cobijarme en ellos, permitirme cumplir una meta más y estar siempre conmigo.

RESUMEN

En este estudio de caso se describe la efectividad de la Terapia Cognitiva Conductual en el Trastorno de Estrés Postraumático de una mujer de 26 años de edad tras sufrir quemaduras en su cuerpo, siendo la cara y las manos las partes más afectadas. Con el uso de los test psicométricos, SCL-90 y MMPI-2, se logra evidenciar una remisión de síntomas como la ansiedad, depresión, baja autoestima, fobias y aislamiento social. Al finalizar la terapia, también se aprecia la modificación de pensamientos disfuncionales por creencias centrales, creencias intermedias, pensamientos automáticos y conductas funcionales que la paciente presenta dentro y fuera de sesión.

Palabras Clave: Trastorno de Estrés Postraumático, Terapia Cognitivo Conductual, creencias centrales, creencias intermedias, pensamientos automáticos.

ABSTRACT

This case study describes the effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy in the Posttraumatic Stress Disorder of a 26 year old woman after suffering burns on her body, being her face and hands the most affected parts. Using psychometric test, SCL-90 and MMPI-2, is achieved to evidence a remission of symptoms as anxiety, depression, low self-esteem, phobias and social isolation. At the end of therapy, is also appreciated the modification of dysfunctional thoughts for functional core beliefs, intermediate beliefs, automatic thoughts and behaviors that my patient presents in and out of session.

Key Words: Posttraumatic Stress Disorder, Cognitive-Behavioral Therapy, core beliefs, intermediate beliefs, automatic thoughts.

TABLA DE CONTENIDO

Dedicatoria	5
Agradecimientos	6
Resumen.....	7
Abstract	8
Tabla de contenido	9
Introducción al problema	11
Antecedentes	11
El problema.....	17
Hipótesis	18
Pregunta de investigación	19
Contexto y marco teórico.....	19
Definición de términos.....	23
Presunciones del autor del estudio.....	24
Supuestos del estudio.....	24
Revisión de la literatura	26
Géneros de literatura incluidos en la revisión.....	26
Pasos en el proceso de revisión de la literatura.....	26
Formato de la revisión de la literatura	27
Metodología y diseño de la investigación.....	73
Justificación de la metodología seleccionada	73

Herramienta de investigación utilizada.....	74
Descripción de participantes	80
Análisis de datos	82
Detalles del análisis.....	82
Estructura del Tratamiento.....	101
Importancia del estudio.....	108
Resumen de sesgos del autor	109
Conclusiones	112
Respuesta a la pregunta de investigación.....	112
Limitaciones del estudio	113
Recomendaciones para futuros estudios	115
Resumen general.....	116
Referencias.....	118
ANEXO A: Consentimiento Informado	129
ANEXO B: Registro de Pensamientos	131
ANEXO C: Diagrama de conceptualización cognitiva	132
ANEXO D: Rueda de Emociones	133
ANEXO E: SCL – 90.....	134
ANEXO E.1: Resultados SCL-90	137
ANEXO F.1: Resultados MMPI - 2 PRE INTERVENCIÓN.....	138
ANEXO F.2: Resultados MMPI – 2 POST INTERVENCIÓN	143

INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA

La Terapia Cognitiva Conductual enfocada en el Trastorno de Estrés Postraumático inicialmente, como lo afirma Mannarino, Cohen & Deblinger (2014), se desarrolló para los niños que fueron abusados sexualmente y sus cuidadores no delictivos. Actualmente, Royal College of Psychiatrists (2010) menciona haber evidencia en la que la Terapia Cognitivo – Conductual centrada en el trauma es efectiva incluyendo en el Trastorno de Estrés Postraumático de niños, adolescentes y adultos que han sido víctimas de delitos, violación, abuso sexual, físico, maltrato doméstico, accidentes de tráfico, víctimas de tortura, de desastres naturales como inducidos por el ser humano (Villavicencio & Montalvo, 2011). American Psychiatry Association (2013) conceptualiza el Trastorno de Estrés Postraumático por la historia de exposición a una situación traumática que vive la persona, a más de cumplir síntomas y estipulaciones específicas de cada uno de los criterios.

Es por ello que en el presente estudio de caso, utilizando la sistemática y técnicas que ofrece la Terapia Cognitivo Conductual, se la efectivizó junto con la paciente que presentó Trastorno de Estrés Postraumático al llegar a los Servicios de Consultas Psicológicas Gratuitas ofrecidos por la USFQ tras sufrir un accidente de quemaduras al estar ejerciendo trabajo de campo de la empresa en la que laboraba.

Antecedentes

Una breve reseña

A continuación se revisarán los datos e historial de la paciente, a quien en este trabajo se la conocerá como María.

Información de la paciente

María de 26 años de edad nació en la ciudad de Quito- Ecuador en noviembre de 1987, es de estado civil soltera y perteneciente a un nivel socioeconómico medio. A los tres años de edad pasó a vivir hasta la actualidad en Tumbaco con sus padres y su hermana menor quien hoy en día tiene 21 años de edad. Se graduó de Ingeniería Electrónica hace cuatro años siendo una profesión en la que estaba contenta de ejercer. Le gustaría seguir idiomas, una maestría, encontrar otro trabajo y sobre todo recuperar su vida sabiendo que para esto tiene el completo apoyo de su familia. Entre sus gustos personales se encuentran el cocinar, especialmente postres, salir a pasear y ser una persona muy sociable. Su contextura es delgada con una altura aproximada de 1,65 mts., su piel es blanca y tenía el cabello largo negro pero este fue cortado enseguida del accidente, a relación a ello igualmente cambió un poco su forma de vestir ya que inició a utilizar ropa con manga larga para cubrirse del sol, su estilo es casual, usando también una máscara en la cara con bufandas para protegerse de la luz y, trajes especiales los cuales a veces son muy apretados.

Historia Personal

Según el relato de María su desarrollo aparentemente fue estable, con ciertos cambios en su forma de interactuar con las otras personas, es decir, según iba creciendo se volvía más extrovertida y sociable con los demás. Recuerda poco de su infancia pero existen ciertos episodios que han quedado en ella como lo es el primer día de jardín de infantes donde

conoció a una niña quien hasta ahora es una de sus grandes amigas. Refiere que de pequeña era introvertida y algo tímida hasta más o menos quinto curso. Pero es en la universidad donde siente haber sido mucho más activa socialmente.

El siguiente recuerdo que más prepondera su memoria es la presión que sentía por parte de sus padres, de sus maestros e incluso por ella misma para llegar a ser una de las mejores alumnas de la clase, consiguiéndolo e incluso llegando a estar en la escolta nacional de su colegio. Este esfuerzo lo mantuvo también en la universidad destacándose en sus notas y logrando después un gran desempeño en su trabajo, al reflejar sus conocimientos en la práctica.

Hasta tercer curso estuvo en un colegio religioso solo femenino, en cuarto curso se fue a un colegio fiscal igualmente solo de mujeres y, para quinto y sexto curso se cambió a un colegio mixto donde inició su interacción con los varones. En esta última etapa del colegio es donde siente haber dejado un poco la introversión siendo esto más notable en la universidad, donde tuvo relaciones cortas con sus parejas por este motivo. Y es en el trabajo, hace tres años, donde siente ser una persona totalmente extrovertida, disfrutando las salidas con amigos y logrando hacer amistades con facilidad. Describe que la relación con sus padres y su hermana son las más significativas que tiene, en cuanto a enamorados ninguno ha sido determinante en su vida, y las amistades que creía fuerte han ido desapareciendo tras el accidente.

María es creyente católica y su fe dice que es lo que le ha ayudado a seguir, a pesar de no ser determinadamente profetiza de esta. Cree en el matrimonio y es una de las metas que quiere alcanzar. Previo al accidente la paciente ha gozado de salud plena; reporta haber consumido bebidas alcohólicas con moderación antes del accidente y que hace un año, para

calmar los dolores psicofisiológicos, probó recreativamente (no medicamento) la marihuana tres veces, de las cuales en la última fue que sintió un efecto contradictorio a lo que deseaba dejando ahí el consumo de ello. No reporta haber consumido alguna otra sustancia, haber tenido problemas con la autoridad ni historial ilegal.

Historia Familiar

María viene de una familia unida, cuyos padres se casaron hace 26 años cuando su madre, de Baeza, tenía 28 años de edad y su padre, de Loja, tenía treinta y ocho años de edad. Sus padres son propietarios de una empresa de ropa, tienen una buena relación marital. La paciente menciona que su hermana a los 14 años aproximadamente asistió a terapias psicológicas por algunos meses ya que se cortaba las muñecas. Su madre es la primera hija de ocho hijos en total, siendo tres mujeres y cinco varones donde todos se encuentran casados; Su padre es el tercero de ocho hijos teniendo dos mujeres y un varón fallecidos, una divorciada y los demás casados con hijos. María afirma que su madre y su padre nunca han asistido a sesiones psicológicas. La paciente refiere que la salud de su padre es plena pero que su madre tiene diabetes controlada. Y su abuela materna se casó una vez más después de enviudar de su primer marido.

Situación Actual

María llega a sesión en Marzo del 2013 por iniciativa del papá quien busca apoyo para su hija en las consultas psicológicas de los Servicios Gratuitos de la Universidad San Francisco de Quito después de haber sufrido un accidente laboral.

La empresa donde laboraba María, en mayo del 2012, le solicitó a ella realizar un trabajo de campo donde inesperadamente en el momento en que ella lo estaba ejecutando surgió un incendio, por lo que las llamas alcanzaron su cuerpo siendo su cara y sus manos las partes más afectadas con quemaduras de primer, segundo y tercer grado. Tras el accidente María fue hospitalizada por dos meses y hasta la fecha lleva 9 operaciones. Desde entonces debe pasar por diversos procedimientos médicos como filtraciones, injertos y más operaciones para su recuperación.

Al inicio de las terapias psicológicas María mostraba síntomas de ansiedad como miedo desmesurado, falta de concentración, pensamientos angustiantes, intrusivos y repetitivos e hipervigilancia. También se observó síntomas de depresión como insomnio, culpa excesiva, disminución de la energía, baja autoestima y sentimientos de inferioridad. Al igual, estaba presente la desmotivación, aversión a situaciones o herramientas que le pudieran causar daño o lesiones, fobia a los procedimientos que tuviera que pasar para su recuperación y aprensión por lo que el futuro le deparará.

- En una escala de 0-10 de intensidad de estos síntomas, siendo 0 ninguna intensidad y 10 extremadamente intensos, se valoró 8 de intensidad. Es decir, estaban muy marcantes en la vida cotidiana de la paciente.
- En una escala de 0-10 de frecuencia de estos síntomas, siendo 0 ninguna frecuencia y 10 extremadamente frecuentes, se valoró 9 de frecuencia. O sea, se encontraban presentes estos síntomas a cada rato.

Para esto se toma en cuenta el riesgo de ideación suicida del cual se ven pensamientos vagos sin la existencia de planificación ni pasos para ejecutarlo.

- En una escala de 0-10 de intensidad de pensamientos de ideación suicida, siendo 0 ninguna intensidad y 10 extremadamente intensos, se valoró 1 de intensidad.
- En una escala de 0-10 de frecuencia de pensamientos de ideación suicida, siendo 0 ninguna frecuencia y 10 extremadamente frecuentes, se valoró 2 de frecuencia, recalando que la aparición de estos pensamientos se dieron después de las dos primeras operaciones férreas que tuvo María en el hospital.

Su autoestima, su fuerza tanto física como emocional y psicológica están a prueba y fluctúan entre los días en que tiene que seguir procedimientos médicos, rehabilitación física y los días en los que se encuentra más sosegada. A diario debe colocarse trajes especiales diseñados para ser utilizados bajo técnicas de Presoterapia para un control entre producción y maduración de cicatrización y una ausencia de hipertrofia para una mejor recuperación física (HealthCommUK Ltd, 2009). Sin embargo, estos trajes especiales en momentos le causan una gran presión llegando inclusive ahogarla. Para la cara permanentemente hasta recuperarse debe utilizar una máscara y esta es la que mayor preocupación le causaba, ya que dice que es lo que provoca a las otras personas regresen a mirarle y esto le generaba vergüenza.

Ha tenido el apoyo de su familia aunque al principio según la paciente, cuando salió del hospital, tenía dolores físicos incomprensibles por la mamá lo que fue punto de desacuerdos con ella, actualmente dice que esto ha disminuido y ahora tienen una relación normal. Sabe que sus papás están siempre con ella, apoyándole e impulsándole a su recuperación, pero, a veces se siente un poco presionada por ellos ya que le demandan mantener una actividad constantemente, lo que provoca mayor cantidad de movimientos en

sus manos que producen dolor físico; mientras que cuando está con su hermana se siente más relajada, menos presionada porque no se siente obligada a realizar actividades. Por otro lado, se decepcionó de sus amistades ya que no sintió su apoyo en esta etapa de su vida, e incluso de un chico con el que estaba saliendo porque este le dejó de escribir al enterarse del accidente.

Con respecto al trabajo, después de siete meses de ocurrido el accidente regresó a trabajar por tres meses a tiempo completo a pesar de que la empresa le daba un año de recuperación, quiso regresar a su vida cotidiana fallando en el intento porque su cuerpo no lograba responder al ritmo que requería estar entre el hospital y lo laboral.

Es por esto que se trabajó con Terapia Cognitiva Conductual para poder encontrar junto con María un equilibrio en sus pensamientos, y reestructurar sus creencias que fueron removidas tras el incidente laboral, también nos enfocamos a acertar herramientas propias de ella para seguir con los procedimientos médicos, hallar sus propias motivaciones de vida a corto, mediano y largo plazo y, especialmente se quiso a su autoestima dar cimientos.

El problema

María llegó a los Servicios Sicológicos de la USFQ diez meses después de enfrentar un accidente de quemaduras al estar ejerciendo su trabajo de campo. Tras este incidente todos sus esquemas fueron repentinamente removidos ya que su motivación era escasa, su futuro indivisible, su apoyo social bajó lo que reforzó a que su autoestima disminuyera. Su calidad y cantidad de sueño y descanso eran vagos, viéndose esto reflejado en la mención de la paciente al relatar que lograba conciliar el sueño a altas horas de la madrugada, y tres o

cuatro veces a la semana se despertaba en medio de la noche por los dolores físicos que tenía. Las fobias por lugares o cosas que puedan lastimarla eran notables, llegando a evitar entrar a la cocina, usar un cuchillo o estar cerca de bombas de gasolina. Igualmente, el miedo de no encontrar una pareja y formar una familia estaba muy marcado por el hecho de temer a no lograr una total recuperación física.

Las primeras sesiones fueron muy difíciles al tener que enfrentar el evento y las consecuencias de ello, pero buscaba estar más sosegada, recuperar su vida y poder manejar su situación actual.

Hipótesis

Tomando en cuenta la historia que María nos relató sobre ella y los acontecimientos que se dieron a su alrededor, los que siguen sucediendo y conociendo los síntomas que presentó la paciente, el objetivo principal de nuestra terapia fue reducir al máximo posible los síntomas que no permitían el correcto y total funcionamiento de María. La hipótesis para este estudio de caso se basaba en la percepción y derivaciones que este evento determinante afectara en la vida de la paciente tanto en su estructura de creencias como en su regulación emocional, dándose así un Trastorno de Estrés Postraumático, subrayando la poca valía que se hallaba en la auto-estima.

Es por esto que, empleando intervenciones de la terapia Cognitivo Conductual se esperaba encontrar una disminución de síntomas que nos permita ver el mejoramiento positivo y re-adaptación de María en sus actividades y relaciones auto e inter-personales para amortizar la calidad de vida de la paciente.

Pregunta de investigación

De la hipótesis expuesta, se plantea la siguiente pregunta de investigación
¿Cómo y hasta qué punto las intervenciones con técnicas de terapia Cognitivo Conductual reducirán los síntomas de estrés postraumático de la paciente?

Contexto y marco teórico

La Terapia Cognitivo Conductual está basada en cuatro pilares teóricos básicos conocidos como: aprendizaje clásico, aprendizaje operante, aprendizaje social y aprendizaje cognitivo (Minici, Rivadeneira & Dahab, 2001).

Entre los antecedentes que documentan el uso de los principios conductistas para modificar la conducta resalta el caso de Plinio el Viejo (23-79 d.C.), en Roma, quien utilizó condicionamiento aversivo colocando arañas muertas en las bebidas para tratar de curar a personas alcohólicas (Camacho, 2002). Camacho (2002) menciona que entre los principales registros del Conductismo se encuentra Schenov (1829-1905), quien creó la Escuela de Fisiología rusa y creía que toda conducta lograba ser entendida como una expresión de ciertos reflejos, sin tomar en cuenta los procesos mentales ni la conciencia. I. Pavlov (1848-1936) fue uno de los principales discípulos de Schenov y descubrió accidentalmente un proceso básico de aprendizaje conocido como Condicionamiento Clásico (Minici, Rivadeneira & Dahab, 2001).

Se conoce al Condicionamiento Clásico como un procedimiento de aprendizaje donde el organismo aprende a responder a un estímulo al que antes no respondía por medio de un

reflejo condicionado (Sánchez Balmaseda, Ortega Lahera & de la Casa Rivas, 2008). Los factores que integran el condicionamiento clásico son:

- Estímulo Incondicionado (EI).- estímulo que produce una respuesta no aprendida o condicionada pero es biológicamente significativa (Vargas-Mendoza, 2006).
- Respuesta Incondicionada (RI).- es la respuesta natural del organismo que se da en presencia de un estímulo incondicionado (Vargas-Mendoza, 2006).
- Estímulo Neutro (EN).- estímulo no significativo ya que al estar presente no desencadena ningún tipo de respuesta en el organismo (Vargas-Mendoza, 2006).
- Estímulo Condicionado (EC).- es el estímulo inicialmente neutro, pero ahora induce una respuesta que no es natural (Vargas-Mendoza, 2006).
- Respuesta Condicionada (RC).- conocida como la respuesta aprendida que se manifiesta al presentarse el estímulo condicionado (Vargas-Mendoza, 2006).

El experimento de Pavlov hace referencia a la salivación condicionada en perros cuando se presenta al mismo tiempo que la comida otros estímulos neutros para la salivación (timbre), después de algunos emparejamientos entre la comida y el estímulo neutro, la función del estímulo neutro es suficiente para producir la salivación, lo que vienen hacer la respuesta condicionada.

J. Watson (1878-1958), representante más destacado del Conductismo, se inspira por los trabajos de Pavlov lo que le lleva a aplicar los principios del condicionamiento clásico del miedo en un experimento con “el pequeño Albert” (Domjan, 1999). Según Minici, Rivadeneira & Dahab (2001) los aportes de Watson a la Terapia Cognitivo Conductual son el énfasis en el comportamiento en psicología y el uso del método científico como una manera de estudiarlo.

Por otro lado, el Condicionamiento Operante tiene como autor a F. B. Skinner. Este hace referencia al proceso por el cual los comportamientos se adquieren, modifican o eliminan en función de los resultados que le siguen por medio de los reforzadores o estímulos reforzantes (Minici, Rivadeneira & Dahab ,2001). Es por ello que la corriente Conductista ha generado gran relevancia en diversos ámbitos sociales, en especial el educativo (Domjan, 1999).

A. Bandura para los años de 1960, lleva a cabo investigaciones sobre la Teoría del Aprendizaje Social, el cual hace énfasis en el aprendizaje por medio de la experiencia personal-directa y por la observación-imitación a los otros individuos, haciendo ya relevancia a los procesos cognitivos (Minici, Rivadeneira & Dahab, 2001). Bandura expone esta teoría en su investigación del “Muñeco Bobo”, donde niños de una guardería observaron un video donde una joven pega y grita a un muñeco bobo, seguido de eso los niños ejecutan el mismo comportamiento con el muñeco bobo.

En cuanto a lo referente a clínica, existen dos principales representantes con sus respectivos modelos de intervención terapéutica relativamente independientes, sin embargo, ambos mencionan la importancia que ejercen los pensamientos sobre las emociones y la interpretación del mundo: Aaron Beck con la Terapia Cognitiva y Albert Ellis con la Terapia Racional Emotiva (Minici, Rivadeneira & Dahab, 2001).

Estos pilares básicos de la Terapia Cognitiva Conductual han permitido múltiples orientaciones de investigación. Es por ello que en el desglose de este trabajo se usará la conceptualización del Trastorno de Estrés Postraumático en el modelo Cognitivo Conductual,

usando la interpretación de este trastorno del DSM – 5 (American Psychiatry Association, 2013).

Así mismo, se usaron intervenciones con un enfoque Cognitivo Conductual para asistir la afectación del equilibrio anímico y, en conjunto con la paciente, lograr percibir los problemas desde diferentes perspectivas consiguiendo que sus creencias y esquemas mentales tengan un cambio favorable, ya que, estos son determinantes en los pensamientos, emociones y comportamientos de las personas según Beck (1995).

En sí, el modelo Cognitivo Conductual permite generar introspección al paciente al conceptualizar completamente el esquema de creencias, por lo que en la paciente esto promovió clarificar los pensamientos del estrés postraumático que vivió. Logrando así analizar, valorar y transformar las creencias que no le permitían el desenvolvimiento y funcionalidad correctos.

El propósito del estudio

Se esperaba comprobar por medio del uso de la Terapia Cognitivo – Conductual una disminución de síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático vivido por María. Para que con ello pueda poco a poco recuperar su autoestima, desenvolvimiento social y logre seguir con los tratamientos médicos, continuar forjando su camino, adaptándose a la situación que vive y al entorno que le rodea.

El significado del estudio

Este estudio de caso se basa en la vivencia de una mujer adulta quien fue víctima del fuego surgiendo como resultado un Trastorno de Estrés Postraumático por quemaduras graves, por lo cual este trabajo puede ser útil para profesionales de varias ramas, familiares y personas en general que quieran conocer o vivan un hecho semejante, y, desean investigar los resultados que la Terapia Cognitiva Conductual aporta al respecto.

Se ha visto que la Terapia Cognitivo Conductual muestra en varios casos de Trastorno de Estrés Postraumático eficacia, especialmente en niños y en veteranos de guerra. En Ecuador se pudo encontrar un estudio de caso de estrés postraumático con distimia por robos, asaltos, etc., también se halló investigaciones por maltrato infantil y violencia de género. Es por ello que creo pertinente y útil esta investigación para que se conozca más el tema así como de las herramientas que ayudan a reducir los síntomas para casos similares si se desea usar una estructura terapéutica de este tipo.

Definición de términos

Como se verá, algunos términos surgirán en este trabajo en varias oportunidades. Es por ello que a continuación extendemos las definiciones de dichos términos ya que podrían tener levemente distintos significados para personas de diferentes carreras y, así, todo lector conocerá el sentido puntual de estos términos durante el desarrollo de este texto.

Trastorno de Estrés Postraumático: como afirma el DSM – V, se caracteriza por la exposición real o amenaza de muerte, lesiones graves o violación sexual prestando atención a los síntomas Conductuales (American Psychiatric Association, 2013).

Según la Real Academia de la Lengua (2014) *Auto Estima* la define como la valoración de sí mismo que generalmente es positiva, sin embargo, en este trabajo este término se lo toma como la percepción positiva o negativa sobre la propia persona.

Presunciones del autor del estudio

Aquí se presume que la información obtenida de María, tanto en las sesiones como en los test, es fiable. Al igual, el trabajo que realiza dentro y fuera de las consultas es consumado y virtuoso ya que fueron mutuamente planeados según la capacidad de la paciente.

En cuanto a la terapia, se presume que la Terapia Cognitiva Conductual ayudará en la disminución de síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático de María dando como resultado a que ella esté satisfecha con las derivaciones obtenidas al final de la terapia.

Supuestos del estudio

Este trabajo presenta una importancia a nivel profesional y personal, ya que, profesionalmente permite a psicólogos, médicos, estudiantes y peritos de diversas carreras conocer y analizar los datos e información recopilada y así, conocer del trabajo realizado para la reducción de síntomas por medio de la Terapia Cognitivo Conductual en una caso de una mujer adulta con Trastorno de Estrés Postraumático por quemaduras de primer, segundo y tercer grado al ejercer el labor de campo de la empresa en la que trabajaba. Con lo cual permite que se pueda llevar a cabo nuevas investigaciones dentro y fuera del país en casos relacionados.

A nivel personal ya que familiares, amigos y lectores en general interesados en el tema, podrán saber al respecto, conocer el contenido de la investigación presente y posteriormente compartir dicha información.

A continuación se encuentra la Revisión de la Literatura que está dividida en temas que se han visto como relevantes para esta investigación. Esto va seguido de la ilustración de la metodología de investigación, el análisis de datos hallados por medio de los test pre y post intervención, finalizando con las conclusiones del estudio.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Géneros de literatura incluidos en la revisión

Fuentes

La información adquirida para esta investigación tiene como origen diversos constituyentes como lo son: libros publicados, por ejemplo el libro de Victoria Follette & Josef Ruzek (2006) “Cognitive –Behavioral Therapies for Trauma”, para obtener bases científicas y sociales sobre el Trastorno de Estrés Postraumático y las potenciales estrategias que mejor se adecuarían a la paciente.

También se utilizó referencias de investigaciones publicadas en peer review journals, tesis e investigaciones en pdf con sustento científico para poder obtener una guía adecuada en el tratamiento realizado en conjunto con la paciente y alcanzar los objetivos planteados en sesión. Igualmente, se obtuvo información de la base electrónica de datos de la Biblioteca de la Universidad San Francisco de Quito.

Pasos en el proceso de revisión de la literatura

Los temas para poder ejecutar la revisión de la literatura se dieron a partir de las narraciones de María en las sesiones terapéuticas y de la conceptualización que se realizó durante la terapia. Se valió del diagnóstico de la paciente para efectuar una búsqueda en la base de datos electrónica de la Biblioteca de la Universidad San Francisco de Quito así como de libros y varias fuentes de información con datos especializados en Terapia Cognitiva, Terapia Cognitivo-Conductual, Trastorno de Estrés Postraumático, Terapia Cognitivo

Conductual enfocado en el Trastorno de Estrés Postraumático y especialmente en quemaduras de primer, segundo y tercer grado.

Al mismo tiempo, por sugerencia de profesores de psicología de la USFQ, de los escritos hallados se usaron las referencias citadas en ellos para obtener información más puntualizada sobre los temas relevantes para esta investigación.

Formato de la revisión de la literatura

El diseño de revisión de la literatura para esta investigación está constituido por temas que respaldan progresivamente lo que envuelve este trabajo. Primero se desarrolla la Terapia Cognitiva Conductual (TCC), seguido por el Trastorno de Estrés Postraumático (PTSD, por sus siglas en inglés), continuando con el Trastorno de Estrés Postraumático enfocado en quemaduras, las herramientas de la TCC en PTSD, finalizando con la conceptualización del estudio de caso.

Tema 1. Terapia Cognitiva Conductual

Antecedentes y Modelo Cognitivo Conductual

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) se desarrolló en la década de 1960. En la actualidad es una de las formas de psicoterapia más utilizadas y empíricamente comprobadas en diversos trastornos, como depresión, ansiedad, Trastorno de Estrés Postraumático, entre otras (Cox & D'Oyley, 2011). La Terapia Cognitivo Conductual se basa en la solución de los problemas modificando los pensamientos disfuncionales mediante una terapia estructurada, colaborativa, dinámica, orientada en el presente y de corta duración (Beck, 2011). Se ha

comprobado que su aplicación en terapias individuales, de pareja, familiares o grupales tiene validez en pacientes de diferentes edades, nivel socioeconómico, educativo y cultural (Beck, 2011).

Esta terapia se enfoca en la conceptualización mental que la persona elabora de una situación respectiva y cómo este pensamiento influye en sus emociones, acciones y respuestas fisiológicas sobre expresada situación (Beck, 2011). Se puede decir que el rol de la cognición es ser mediadora de la conducta, ya que, si existe una modificación cognitiva puede suscitar al cambio de conducta (Korman & Garay, 2012). Chacón (2009) destaca la trascendencia del abordaje del Trastorno de Estrés Postraumático mediante la Terapia Cognitivo Conductual como posibilidad para modificar cogniciones y conductas propias del PTSD y sus dificultades relacionadas.

Componentes De La Terapia Cognitiva Conductual

Pensamientos Automáticos

Los pensamientos automáticos constituyen palabras o imágenes que aparecen repentinamente en la mente de la persona, son intrusivos, involuntarios y son los que pueden cambiar el estado de ánimo sin que la persona se dé cuenta (Beck, 1995). La Terapia Cognitiva Conductual corrobora en la identificación de estos pensamientos automáticos para permitir al individuo evaluarlos y, si es necesario, fomentar un cambio en estos para que sean funcionales y positivos en la apreciación de los acontecimientos y así mejorar el estado de ánimo (Beck, 2011).

Estos pensamientos emergen sobre acontecimientos actuales específicos y se expresan principalmente en inferencias que actúan sobre el tipo de manifestación emocional,

conductual y fisiológico, son difíciles de apartar de la mente y aparecen a pesar de existir una evidencia objetiva que contrarreste los mismos (Minieri Caropreso, 2006).

La construcción de estos pensamientos automáticos es dada por la influencia directa que ejercen las creencias centrales y las creencias intermedias que tiene la persona sobre cómo percibe situaciones, personas, a sí mismo y al entorno (Beck, 2011). Estas creencias son los esquemas de interpretación ya plantados en el individuo y forman la estructura Cognitiva que posee la mente, por lo que son percibidas como verdades absolutas y fundamentales (Beck, 2011).

Al igual, los pensamientos automáticos se caracterizan por ser visibles en la conducta de la persona, es por ello que el proceso sicoterapéutico se dirige inicialmente a identificarlos, analizarlos y modificarlos, llevando esto a identificar y modificar las creencias intermedias y creencias centrales (Minieri Caropreso, 2006).

Creencias Intermedias

Las creencias intermedias, influenciadas por las creencias centrales, se constituyen a edades tempranas pero se encuentran en un nivel menos profundo del pensamiento por lo que son más flexibles y adaptativas al entorno en comparación con las creencias centrales (Beck, 2011). Son expresadas de tres formas:

- Reglas/Expectativas: perfil que la persona se autoimpone, por ejemplo “debo trabajar lo mejor que pueda para que me vaya bien”.
- Actitud: opinión para calificar la situación, por ejemplo “ser incomprendido es terrible”.

- Presunciones: es asumir algo, por ejemplo “si trabajo más fuerte, puedo llegar hacer las cosas bien”.

Comúnmente son ideas poco articuladas por lo que en terapia no suelen expresarse, aunque el terapeuta puede obtenerlas del paciente infiriéndolas o poniéndolas a prueba (Minieri Caropreso, 2006).

Para las creencias intermedias el entorno juega un papel fundamental, ya que, existen comportamientos que socialmente son aceptados y hay otros que no, es decir, las creencias intermedias son establecidas en relación de causa y efecto por lo que funcionan como una manera de protección de una creencia dolorosa culturalmente reforzadas (Beck, 2011).

Según Westbrook (2010) pueden ser consideradas como un puente entre las creencias centrales y los pensamientos automáticos, siendo las creencias intermedias más específicas en su aplicabilidad que las creencias centrales pero más generales que los pensamientos automáticos. Las creencias intermedias ofrecen una guía de cómo vivir cotidianamente pero cuando estas son violadas, los pensamientos automáticos y las emociones fuertes pueden ser desencadenados (Westbrook, 2010). Por ejemplo, si se sostiene la creencias intermedia de “ser el mejor en todo” hay más probabilidad de sentir angustia al obtener un menor resultado del óptimo esperado (por ejemplo, fallar una prueba, perder una promoción en el trabajo) al contrario de una persona que no tiene esta presunción (Rector, 2010).

Lo que hace disfuncionales a las creencias intermedias, como afirma Westbrook (2010) son su rigidez y su sobre generalización en comparación a los pensamientos automáticos, por lo que no son suficientemente flexibles para hacer frente a las inevitables complicaciones y contratiempos de la vida.

Creencias Centrales

Las creencias centrales o creencias nucleares también son implantadas desde la niñez, sin embargo, estas creencias están en un nivel muy profundo del pensamiento y tienden a accionarse al estar la persona en una situación relacionada, lo que provoca que escoja la información que confirme su creencia desechando la que lo contradiga (Beck, 2011). Estas creencias centrales son “significados personales” sobre uno mismo, los otros y el mundo basadas en las interacción con el entorno y los demás (Minieri Caropreso, 2006).

Son globales, fundamentales, rígidas, por ende absolutistas, y pueden ser adaptativas, permitiendo a la persona interpretar la realidad de una forma adecuada, o disfuncionales, provocando un efecto negativo en la percepción del individuo sobre sí mismo o del mundo (Beck, 2011).

Al haber estrés emocional, Beck (1995) clasificó las creencias centrales en dos categorías: desesperanza, por ejemplo “soy nada”, “soy vulnerable”, e incapacidad de ser amado, “nadie me quiere”, “soy indeseable”. Es por esto que en la Terapia Cognitivo Conductual se trabaja desde los esquemas Cognitivos, porque desde las creencias erróneas que tiene la persona, se distorsiona la información procesándola de manera equívoca.

Es por ello la importancia del terapeuta junto con el paciente poder reconocer estas creencias y ver que sean adaptativas y funcionales a sí mismo, a los demás y al ambiente.

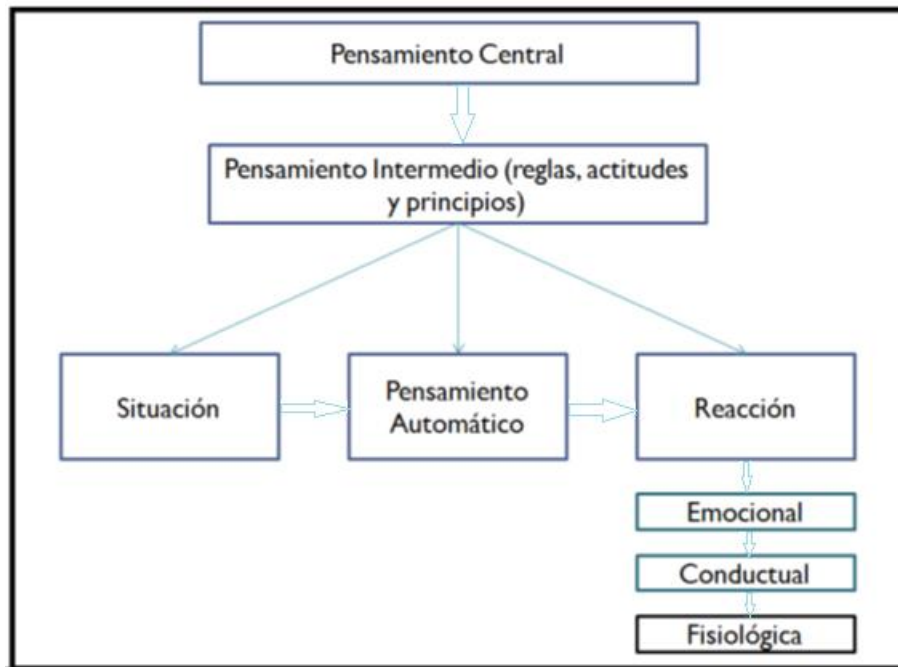


Figura 1. Modelo Cognitivo de Beck.

Distorsiones Cognitivas

Los pensamientos que trabajan por medio de cogniciones erróneas son conocidos como distorsiones o errores Cognitivos. Es decir, son percepciones equivocadas que la persona tiene sobre sí misma, el futuro y el entorno (Beck, 2011). Minieri Caropreso (2006) las define como pensamientos automáticos en forma de inferencia que se activan en presencia de situaciones específicas relacionadas a los contenidos de los esquemas formados por las creencias intermedias y las creencias centrales almacenaron en la memoria. Según Beck (2011), estas distorsiones son resultado de los pensamientos sesgados que promueven dar un significado errado y negativo a las experiencias de la persona.

Generalmente las distorsiones Cognitivas operan a través de los intereses, necesidades y propósitos de la persona, por lo que la Terapia Cognitivo Conductual incita la noción de las distorsiones para que sean evaluadas y modificadas (Lemos Hoyos, Londoño Arredondo &

Zapata Echavarría, 2007). Aaron Beck en 1979 clasificó siete tipos de distorsiones, sin embargo, en la actualidad se conocen 15 tipos de distorsiones (Beck, 2011):

1. Filtraje o Abstracción Selectiva: se selecciona un solo aspecto negativo y no se ve toda la situación, por ejemplo “Soy pésimo estudiante (sin ver que solo una nota en su conteo es baja).
2. Pensamiento Polarizado: es valorar las cosas en medidas extremas, blanco o negro, por ejemplo “antes era excelente, ahora soy pésimo”.
3. Sobregeneralización: es sacar de un solo hecho particular una conclusión global, por ejemplo “siempre estaré solo”.
4. Interpretación del Pensamiento: hace referencia a conocer los sentimientos e intenciones de los demás sin razón alguna, por ejemplo “me regresó a ver, cree que no puedo hacer mi trabajo”
5. Visión Catastrófica: se adelanta a los hechos de forma catastrófica, por ejemplo “Se van a ir los frenos del carro, mejor vamos a pie”.
6. Personalización: se atribuye a uno mismo el comportamiento negativo de los demás, por ejemplo “les cancelaron el paseo porque hice algo mal”.
7. Falacia de Control: pensar que uno tiene el control de todo o es impotente, por ejemplo “soy el responsable de todo”.
8. Falacia de Justicia: se valora como injusto todo lo que ocurre, por ejemplo “es injusto que me quite el celular”.
9. Razonamiento Emocional: pensar que lo que la persona siente es lo único real, por ejemplo “estoy mal porque siento que hago las cosas mal”.

10. Falacia de Cambio: creer que el bienestar de uno depende del cambio de los demás, por ejemplo “nuestra amistad mejoraría si ella cambiara”.
11. Etiquetas Globales: cuando se estereotipa a uno mismo o a los demás, por ejemplo “soy un fracaso sociabilizando”.
12. Culpabilidad: echarse la culpa de todo lo que ocurre mal, por ejemplo “es mi culpa que el profesor esté enojado”.
13. Los Deberías: son reglas rígidas de cómo los acontecimientos deben suceder, por ejemplo “Debería ser perfecto en todo lo que hago”.
14. Tener Razón: comprobar frecuentemente que el punto de vista es el único correcto, por ejemplo “lo que hice está bien, deberías corregir tu parte del trabajo”.
15. Falacia de Recompensa Divina: se espera que la situación cambie sin realizar o buscar solución al problema, por ejemplo “si espero a mañana, me dirá lo que piensa de la propuesta”.

Temas e Intervenciones Terapéuticas

Estrategias Cognitivas de Cambio

Ruiz Coloma (2011) menciona que no son los acontecimientos los que promueven los estados emocionales, sino la forma de interpretarlos. Es por ello la importancia de que el paciente sepa identificar, evaluar y modificar las creencias y, con ayuda del terapeuta, reconocer la naturaleza de estas.

Para lograr esto primero se debe establecer una buena relación paciente-terapeuta donde se pueda encontrar un ambiente empático colmado de confianza. Las sesiones terapéuticas deben ser colaborativas y dinámicas, lo que ayudará a la identificación de las creencias utilizando diversas técnicas que pueden ser empleadas por el terapeuta. Una vez identificada la creencia, es fundamental conocer, utilizando preguntas de escala, el grado de importancia que tiene esta creencia para la persona, cuánto la persona cree en esto y cuánto afecta esta creencia en el funcionamiento de la persona (Beck, 2011).

Entre las técnicas a ser usadas Beck (2011) postula la de la flecha invertida. Aquí se buscan temas donde otros pensamientos automáticos estén relacionados con la misma creencia intermedia; también se puede realizar un cuestionario rápido para identificar la creencia.

Igualmente se encuentran técnicas postuladas por Beck (2011) como:

- Experimentos Conductuales, modelados a partir de la terapia de exposición con nuevas conductas. Lo que permite identificar, evaluar y modificar los pensamientos y sentimientos negativos. Aprendiendo progresivamente a predecir, reemplazar e incorporar una nueva conducta.
- Autorrevelación, cuando el terapeuta de forma genuina revela al paciente una creencia importante que tenía y trabajó en ella para modificarla.
- Cuestionario socrático, aquí el terapeuta realiza preguntas al paciente sobre cierta manera de pensar para que el paciente continuamente reflexione sobre sus creencias.
- Juegos de roles emocionales e intelectuales, donde el terapeuta es quien menciona una creencia y el paciente es quien debe racionalizar esta creencia.

- Registro de pensamientos, cuadro donde el paciente con ayuda del terapeuta describe una situación concisa, los pensamientos que surgieron, las emociones, distorsiones Cognitivas y evaluar con una escala de 0 – 100 la intensidad con la que se sintió esto. Luego estos pensamientos son cuestionados formulando nuevas creencias y emociones. En Anexo B se adjunta un ejemplar de este cuadro.
- Control de la hiper-activación fisiológica con apoyo en el control de la respiración abdominal, ejecutando ejercicios de relajación para poder paulatinamente utilizarlos al reestructurar y afrontar cogniciones y situaciones angustiantes, facilitando esto la reestructuración cognitiva de la paciente (CAMH, 2011).
- Manejo de ansiedad por medio del entrenamiento de focalización atencional. Esta técnica se basa en desviar la atención de las sensaciones corporales asociadas a la ansiedad reenfocando la vigilancia de la persona en aspectos importantes y relevantes de la cotidianidad por medio de la concentración en objetos u situaciones del ambiente para describir verbal y detalladamente el estímulo externo (Minici, Dahab & Rivadeneira, 2004).
- Modelado encubierto, técnica extendida por Emile Cove en los años 70 con las afirmaciones positivas, por ejemplo “estoy mejorando todos los días, en todos los sentidos”, para incrementar el reforzamiento positivo de esquemas cognitivos funcionales lo que permite un mayor enfrentamiento a situaciones que anteriormente se evitaban por temor (Vargas-Mendoza, 2009).
- Auto-diálogo guiado, con apoyo del terapeuta, se percibe la conversación interna que la paciente tiene para eliminar los auto mensajes negativos sustituyéndolos con una conversación interior positiva. La escucha activa del terapeuta será

primordial ya que, es lo que permite al terapeuta anticipar las expresiones del paciente (Vargas-Mendoza, 2009).

- Desensibilización sistemática, por medio de un desaprendizaje empleando el descondicionamiento a la situación traumática y a situaciones o cosas que provocan malestar cognitivo y emocional entre la asociación del hecho que causa malestar y la respuesta de ansiedad aprendiendo una nueva en su lugar (Minici, Dahab & Rivadeneira, 2004).
- Imaginería, con ayuda del terapeuta se realiza una regresión en el tiempo al hecho traumático, lo que facilitará una re-experimentación de la situación así como de las cogniciones y la expresión emocional del momento. Con este recuerdo se fortalece el afrontamiento consecutivamente de la situación (Beck, 2011).
- Facilitar y fortalecer las habilidades sociales, con este apoyo de redes familiares, grupos de amigos, en sí, entorno positivo el desenvolvimiento cognitivo, conductual y emocional tendrá mayor fluidez, estas bases fortificadas permitirán al paciente reestructurar las creencias y pensamientos desadaptativos en funcionales (CAMH, 2011).
- Exposición prolongada, para entrenar habilidades de afrontamiento cognitivo, conductual, emocional que ha sido evitado. Lo que conllevará como resultado a una competencia personal. Iniciando con imágenes o fotos y gradualmente incrementar la exposición hasta lograr tocar o experimentar la situación (Rector, 2010).

Tema 2. Trastorno de Estrés Postraumático

Etiología y Características

El Trastorno de Estrés Postraumático (PTSD), es conocido como una repercusión emocional intensa causada tras la exposición a un acontecimiento potencialmente amenazante para la vida o salud de la persona o para una persona que sea muy allegada (Carbonell, 2002). Este trastorno es distinguido clínicamente por primera vez en el DSM-III (1980) por las consecuencias psicotraumantes que presentaban los veteranos de guerra de Vietnam y personas que fueron víctimas de la violencia de género, de accidentes y de cuantiosas exposiciones de violencia humana (Mingote Adán, 2011).

Este trastorno siempre se relacionó a eventos traumáticos de toda índole, inicialmente para diagnosticar PTSD se requería de un evento psicotraumático de gran escala, sin embargo, rápidamente se abarcó eventos de menor magnitud y que se relacionó más a la vulnerabilidad de la persona ante el agente traumático (Ojeda Vicente & García Abreu, 2011).

Aunque el ser humano a través del tiempo ha sido partícipe o ha tenido contacto estrecho con varios eventos traumáticos, es en la actualidad donde se manifiestan con mayor frecuencia hechos traumáticos por los problemas cotidianos que se presentan en las sociedades, por ejemplo, los bajos ingresos económicos que suscitan conductas como asaltos con armas de fuego, homicidios, secuestros, violencia familiar o incluso fenómenos climáticos como huracanes, inundaciones y otros (Palacios & Heinze, 2002).

Este trastorno se distingue por ser intrusivo y sorpresivo, inhibiendo la activación en gran medida de los mecanismos de defensa como la negación, el desplazamiento, el aislamiento, cambios en el estado de ánimo, tensión muscular, etc., que son el afrontamiento de un estrés común (Weigle, n.f.).

Curso y Desarrollo

El Trastorno de Estrés Postraumático puede presentarse a cualquier edad, iniciando después del primer año de vida según American Psychiatric Association (2013), sin embargo, es más común en mujeres que en hombres ya que existe mayor número de registros de mujeres por víctimas de violencia (Diaconu, 2010).

En Meichenbaum (1995) Breslau et al. (1991) y Norris (1992) mencionan que los hombres tienen mayor riesgo a pasar por un evento traumático (por ejemplo, combates, accidentes vehiculares y asaltos físicos) pero que las mujeres al ser expuestas a una situación traumática (generalmente abusadas sexualmente, secuestros, estar en una relación abusiva) tienen mayor probabilidad de generar PTSD. Green (1994; en Meichenbaum, 1995) afirma que las mujeres sufren mayor angustia que los hombres cuando son testigos de injurias violentas o muertes y tienen mayor sensibilidad hacia el estrés de otros.

En consideración de género, National Gay and Lesbian Task Force (1994, en Meichenbaum, 1995) estiman que el 90% de personas homosexuales han experimentado por lo menos en un momento de su vida algún tipo de “victimización” por su orientación sexual (por ejemplo, abuso físico, abuso verbal).

Tomando en cuenta los datos del Ecuador, CEPAM (1997; en Álvarez, 2004) menciona que 6 de cada 10 mujeres, es decir el 60%, es maltratada por su pareja, el 50% de niños igualmente se encuentra en condiciones de maltrato con tendencia al incremento de estas cifras. Lamentablemente no existen más reportes del Trastorno de Estrés Postraumático en nuestra población y, en Suramérica es poca la investigación realizada de este trastorno.

Generalmente, los síntomas aparecen dentro de los primeros tres meses después del evento desencadenante, sin embargo, en algunos casos puede tardar meses o años antes de que los criterios de diagnóstico se cumplan (American Psychiatric Association, 2013). Entre los síntomas que la persona puede presentar están la desesperanza, fobia, sentimientos de culpa o vergüenza, miedo, molestias somáticas, conducta auto-lítica o un trastorno por abuso de sustancias (Solano, 2004).

NICE (2005) afirma que los síntomas característicos son:

- Re-experimentados, revivir involuntariamente partes del evento traumático, incluye flashbacks, pesadillas e imágenes o impresiones sensoriales intrusivas, perturbadoras y constantes.
- Evitación de cuanto recuerda al trauma, también puede incluir personas, situaciones similares o asociadas con el suceso, pensamientos o hablar detalladamente de ello.
- Hiperactivación como la hipervigilancia hacia posibles amenazas o riesgos a la persona, respuestas exageradas, irritabilidad, problemas de sueño y concentración.
- Insensibilidad emocional donde no son capaces de vivir los sentimientos, sensación de alejamiento de otros, amnesia de hechos significativos del suceso y doblarse ante actividades que antes eran significativas.

La aparición, intensidad y duración de síntomas depende de la intensidad y persistencia con la que se haya desencadenado el evento traumático, de recuerdos del trauma original, estresores que aparezcan en la vida, o vivir nuevos eventos traumáticos (American Psychiatric Association, 2013).

Entre los factores de riesgo para este trastorno encontramos tres clasificaciones que cita American Psychiatric Association (2013):

- Factores pretraumáticos
 - Temperamental, incluye problemas emocionales de la niñez de los seis años y previos trastornos mentales.
 - Ambiental, como bajo estatus socioeconómico, poca educación, exposición a un trauma anteriormente, adversidad en la niñez, características culturales, menor inteligencia, minoría racial/estatus étnica e historial psiquiátrico familiar.
 - Genético y fisiológico, incluye género femenino y una edad joven al momento de vivir el trauma. Cierta genotipo que puede incrementar o proteger el riesgo de PTSD.
- Factores peritraumáticos
 - Ambientales, contiene severidad del trauma, percepción de amenaza de vida, conductas auto-líticas, violencia interpersonal.
- Factores Postraumáticos
 - Temperamental, envuelve apreciaciones negativas, estrategias negativas y desarrollo del trastorno de estrés agudo.
 - Ambiental, incluye exposiciones subsecuentes de recordatorios molestos repetidos, eventos adversos subsecuentes en la vida, pérdida financiera u otro trauma relacionado y soporte social.

Es por esto que el grado y la rapidez de recuperación varían entre los pacientes.

La expresión de este trastorno varía durante el desarrollo; en niños jóvenes se reportan la aparición de sueños terroríficos sin un contenido específico del evento traumático, suelen limitar la expresión de pensamientos o emociones lo que tiende a conllevar un cambio de humor significativo en ellos; niños menores a seis años frecuentan demostrar sus síntomas a través del juego que simboliza o hace referencia directa al trauma; los niños grandes y los adolescentes tienden a autojuzgarse como cobardes y estar más irritables y agresivos, los adolescentes pueden albergar creencias de haber sido cambiados a personas socialmente indeseables por lo que deben alejarse de sus pares y suelen perder sus aspiraciones para el futuro, tienen comportamientos temerarios causándose daño o a otros; los adultos mayores suelen expresar menos síntomas de hiperexcitación, evitación y cogniciones y emociones negativas comparando con adultos jóvenes (American Psychiatric Association, 2013).

Por otro lado, se ha visto que PTSD afecta a múltiples sistemas neurobiológicos como menciona Yehuda (2000, en Chacón Fernández, 2006), que son:

- Disminución del cortisol libre en orina y aumento de adrenalina y noradrenalina en orina.
- Incrementa la actividad noradrenérgica central y aumenta la actividad dopaminérgica en el tronco cerebral.
- Alto número de receptores glucocorticoides (GRs) en linfocitos, correlacionando positivamente con la gravedad de PTSD.
- Supresión significativa del cortisol con dexametasona.
- Elevación de la retroalimentación negativa en el eje hipotalámico-hipofisario-adrenérgico con incremento de la cantidad de GRs y bajo cortisol plasmático.

Esta disminución de cortisol afecta al metabolismo del cuerpo, ya que, el cortisol ayuda al cuerpo a utilizar la glucosa y la grasa para energía lo que le permite manejar el estrés (Thompson & Dalkin, 2012).

Prevalencia y Comorbilidad

En los Estados Unidos, American Psychiatric Association (2013) dice que, usando el criterio del DSM-IV a los 75 años de edad la proyección de riesgo para PTSD es de 8,7%. La prevalencia en adultos de este país en doce meses ronda el 3,5% mientras que, en Europa y mayor parte de Asia, África y Latino América varía entre 0,5% y 1,0%; por otro lado, la prevalencia para PTSD en niños, adolescentes y adultos mayores se ha visto en menor porcentaje comparado con la población general, sin embargo, esto puede ser dado por falta de información desarrollada (American Psychiatric Association, 2013).

El riesgo para iniciar PTSD y su severidad, según American Psychiatric Association (2013), difiere entre culturas como resultado de los diversos tipos de eventos traumáticos, el impacto en la intensidad del evento traumático, el contexto sociocultural en curso, y otros factores culturales, por ejemplo, valores, creencias o inmigraciones. Mariani (2014) hace mención a que las personas emigrantes por conflictos sociales y civiles impactantes, son más vulnerables a PTSD pero también son muy recelosos de compartir estas experiencias por lo que no se encuentran datos fiables de tratamiento en ellos.

La expresión clínica de los síntomas o grupo de síntomas de PTSD varía culturalmente, particularmente respecto a la evitación y síntomas adormecidos, sueños angustiantes y síntomas somáticos (American Psychiatric Association, 2013). Síndromes culturales y las expresiones de angustia influyen en la manifestación de este trastorno y su

alcance de comorbilidad con otros trastornos proporcionando esquemas cognitivos y conductuales que enlazan eventos traumáticos con síntomas específicos (American Psychiatric Association, 2013). Marsella (2010) afirma que la variación cultural posee mayor varianza en cuanto a la depresión, ansiedad y trastornos psicóticos. American Psychiatric Association (2013) ejemplifica que entre los Cambodianos y Latino Americanos hay mayor expresión de ataques de pánico en PTSD ya que asocian el evento traumático con ataque de nervios.

Personas con Trastorno de Estrés Postraumático a diferencia de personas sin este trastorno, tienen el 80% de probabilidad de presentar síntomas para cumplir por lo menos otro criterio de diagnóstico de trastorno mental (American Psychiatric Association, 2013). Meichenbaum (1995) dice que los hombres son más susceptibles al uso de sustancias y al trastorno de personalidad antisocial mientras que las mujeres tienen mayor riesgo de ansiedad y depresión; y, existe una comorbilidad considerable entre PTSD y trastorno neurocognitivo mayor y la superposición de algunos síntomas entre estos trastornos (American Psychiatric Association, 2013).

En los casos de veteranos de Vietnam se ha encontrado que el 66% presenta otro trastorno afectivo o de ansiedad, mientras que el 39% tienen abuso o dependencia de alcohol. En porcentajes decrecientes se asoció PTSD con abuso de alcohol en hombres (51%), depresión mayor (48%), trastorno de conducta (43,3%), fobia simple (30%), fobia social (28%), abuso de alcohol en mujeres (27,9%) y agorafobia en mujeres (22,4%) (Carvajal, 2002).

Meichenbaum (1995) concluye tras la revisión de varios autores que:

- Los eventos traumáticos están asociados al desarrollo de varias psicopatologías como lo son abuso de sustancias, suicidio, depresión, ansiedad, somatización y desórdenes alimenticios, trastornos disociativos, comportamientos agresivos y antisociales, problemas maritales trastorno límite y múltiples trastornos de personalidad.
- Existe mayor frecuencia de alcoholismo, depresión, ansiedad generalizada y ataques de pánico con PTSD.
- En víctimas de desastres naturales (fuego, inundaciones) o desastres técnicos hay mayor comorbilidad de depresión (Green, 1994) y consumo de alcohol (Matsakis, 1992).
- Se asocia los ataques de pánico a las víctimas de crímenes, y, entre estos el 41% presenta disfunción sexual, 82% depresión, 27% síntomas obsesivos compulsivos y 18% fobias (Falsetti & Resnick, 1994).
- Entre el 40% y 60% de las mujeres en tratamiento de bulimia, anorexia o comer compulsivamente reportaron eventos traumáticos como historial de abuso sexual (Matsakis, 1992).
- 75% de veteranos de Vietnam con PTSD presentaron abuso o dependencia de alcohol, 19,8% de ansiedad generalizada y 15,7% de depresión mayor (Green, 1994).

En el desglose de este trabajo se usará la conceptualización del Trastorno de Estrés Posttraumático en el modelo Cognitivo Conductual, usando la interpretación de este disturbo

del DSM – 5 (American Psychiatry Association, 2013), el cual indica que su característica esencial es la

“exposición real o amenaza de muerte, lesiones graves o violación sexual... causando deterioro significativo o impedimento para sus interacciones sociales, capacidad de trabajar u otras áreas de funcionamiento importantes”.

Criterios de Diagnóstico del DSM-5

309.81 Trastorno de Estrés Postraumático

Nota: el siguiente criterio aplica para adultos, adolescentes, y niños mayores de 6 años de edad. Para niños de 6 años y menores, ver el criterio correspondiente.

A. La persona estuvo expuesta o amenazada de muerte, lesiones graves o violencia sexual en uno (o más) de las siguientes maneras:

1. Experiencia directa del evento(s) traumático(s).
2. Ser testigo, en persona, el evento(s) que le ocurrió a alguien más.
3. Enterarse que el evento(s) traumático ocurrió a un miembro de la familia cercano o un amigo cercano. En casos de actuales o amenazas de muerte de un familiar o amigo, el evento(s) debe ser violento o accidental.
4. Exposición repetida o extrema exposición a aversivo(s) detalles del evento(s) (por ejemplo, los primeros en responder recogiendo las partes del cuerpo; policías oficiales expuestos repetidamente a los detalles de abuso infantil).

Nota: Criterio A4 no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, la televisión, películas o fotografías, al menos que esta exposición sea relacionado al trabajo.

- B.** Presencia de uno (o más) de los siguientes síntomas intrusivos asociado con el evento(s) traumático, comenzando después del evento(s) traumático ocurrido:
1. Recurrentes, involuntarios y angustiantes recuerdos intrusivos del evento(s) traumático. **Nota:** Los niños mayores de seis años pueden expresar este síntoma en juegos repetitivos.
 2. Recurrentes sueños angustiantes donde el contenido y/o afectación del sueño están relacionado al evento(s) traumático. **Nota:** Los niños pueden tener sueños aterradores sin contenidos reconocibles.
 3. Reacciones disociativas (por ejemplo, flashbacks), donde el individuo siente o actúa como si el evento(s) estuviera ocurriendo. (Tales reacciones pueden ocurrir en una serie continua con la expresión más extrema siendo una pérdida completa de la conciencia del entorno actual). **Nota:** En niños la reconstrucción del trauma-específico puede ocurrir en el juego.
 4. Angustia psicológica intensa o prolongada en la exposición interna o externa de señales que simboliza o recuerdan un aspecto del evento(s) traumático.
 5. Reacciones fisiológicas marcadas a señales internas o externas que simbolizan o recuerdan un aspecto del evento(s) traumático.
- C.** Evitación persistente de estímulos relacionados con el evento(s) traumático, comenzando después del evento traumático ocurrido, como se evidencia por uno o ambos de los siguientes:
1. Evitación de o esfuerzos para evitar memorias angustiantes, pensamientos o sentimientos de o asociado cercanamente al evento(s) traumático.

2. Evitación de o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despierten memorias, pensamientos o sentimientos angustiantes de o asociados cercanamente con el evento(s) traumático.

D. Alteraciones negativas en las cogniciones y el estado de ánimo asociado con el evento(s) traumático, comenzando o empeorando después del evento traumático ocurrido, como se evidencia por dos (o más) de los siguientes:

1. Incapacidad para recordar un aspecto importante del evento traumático (típicamente debido a una amnesia disociativa y no debido a otros factores como una lesión en la cabeza, alcohol, o drogas).
2. Persistentes y exageradas creencias negativas o expectativas sobre uno mismo, otros o del mundo (por ejemplo, "yo soy malo", "en nadie se puede confiar", "El mundo es completamente peligroso", "Todo mi sistema nervioso está permanentemente arruinado").
3. Persistente, cognición distorsionada sobre la causa o consecuencias del evento(s) traumático que llevaron al individuo a culparse a él mismo/ella misma u otros.
4. Persistente estado emocional negativo (por ejemplo, miedo, terror, ira, culpa o vergüenza).
5. Marcada disminución del interés o participación en actividades significativas.
6. Sentimientos de desapego o alejamiento de otros.

7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (por ejemplo, inhabilidad de experimentar felicidad, satisfacción o sentimientos de amor).

E. Marcadas alteraciones en la excitación y reactividad asociada con el evento traumático, comenzando o empeorándose después del evento traumático ocurrido, como se evidencia por dos (o más) de lo siguiente:

1. Comportamiento irritable y explosiones de ira (con poca o sin provocación) típicamente expresado como agresión verbal o física hacia personas u objetos.
2. Comportamiento autodestructivo o imprudente
3. Hipervigilancia
4. Respuesta de sobresalto exagerada
5. Problemas en la concentración
6. Trastornos de sueño (por ejemplo, dificultad para conciliar o quedarse dormido o sueño inquieto).

F. Duración de la perturbación (Criterios B, C, D y E) durante más de un mes.

G. La perturbación causa angustia significativa o deterioro en la vida social, ocupacional, u otras áreas importantes de funcionamiento.

H. No se atribuye la perturbación a efectos fisiológicos de sustancias (por ejemplo, medicamentos, alcohol), u otra condición médica.

Especificar si:

Con síntomas disociativos: los síntomas del individuo cumplen los criterios de Trastorno de Estrés Postraumático, y en adición, en respuesta al estresor, el individuo experimenta síntomas persistente o recurrentes de cualquiera de los siguientes:

1. **Despersonalización:** experiencia persistente o recurrente de sentirse separado de, y como si uno fuera un observador externo de, los procesos mentales o del cuerpo de uno mismo (por ejemplo, sentirse como si uno estuviera en un sueño; sentir una sensación de irrealidad del yo o cuerpo o del tiempo moviéndose despacio).
2. **Desrealización:** experiencia persistente o recurrente de la irrealidad del entorno (por ejemplo, el mundo alrededor de los individuos es experimentado como irreal, de ensueño, distante, o distorcionado).

Nota: Para usar este subtipo, los síntomas disociativos no deben ser atribuidos a efectos fisiológicos de sustancias (por ejemplo, blackouts, comportamientos durante una intoxicación alcohólica) u otra condición médica (por ejemplo, convulsiones parciales complejas).

Especificar si:

Con retraso en la expresión: si el diagnóstico completo no se conoce hasta por lo menos seis meses después del evento (aunque la aparición y expresión de algunos síntomas puede ser inmediatos).

(American Psychiatry Association, 2013).

Tema 3. Trastorno de Estrés Postraumático por quemaduras

Etiología y Características

El Trastorno de Estrés Postraumático por quemaduras y su tratamiento ha sido uno de los contextos más aterradores y dolorosos en la historia del ser humano (Niño García, 2010). Sin embargo, en los últimos veinte años se ha podido ver un considerable incremento en la sobrevivencia y calidad de vida de personas con quemaduras gracias al mejoramiento de técnicas quirúrgicas, productos del banco de sangre y las unidades de cuidado intensivo (Arguello & Fidel Kinori, 2006).

Sciaraffia, Andrades & Wisnia (n.f.) definen quemadura como

“lesión de los tejidos vivos, resultante de la exposición a agentes físicos, químicos o biológicos que pueden originar alteraciones locales o sistémicas, reversibles o no dependiendo de varios factores”.

Entre las causas que pueden desencadenar el PTSD en personas quemadas, Rony Aguilar (2009) menciona:

- quemaduras intencionales
- quemaduras por abuso
- afectación según localización de la quemadura
- duración de la estancia intrahospitalaria y proceso de rehabilitación
- muerte de un ser querido
- separación de algún ser querido
- procedimientos quirúrgicos
- maltrato por parte del personal de salud

Los estudios epidemiológicos han demostrado que el perfil de quemados varía de un país a otro, inclusive en diversas áreas del mismo país se manifiesta de distinta manera. En Suramérica, según Niño García (2010), existen pocos estudios sobre el perfil epidemiológico y clínico de quemaduras, lo cual puede deberse a la poca información existente sobre la evolución de estos pacientes ya que las investigaciones que abordan temas relacionados al evento traumático pueden desencadenar daño o experiencias negativas.

Curso y Desarrollo

Las lesiones por quemaduras se clasifican según su causa, localización corporal afectada, profundidad de la lesión, extensión perjudicada y por perjuicio si hubo inhalación (Ter Smitten et al, 2011). Son estos factores los que influyen en el desarrollo o no de problemas psicológicos. Sin embargo, se ha visto que pacientes con quemaduras experimentan una disminución en su calidad de vida a causa de fenómenos relacionados con la lesión, por ejemplo, dolor, discapacidad física y desfiguración; estimándose que de las personas con quemaduras entre el 21% y 43% desarrollan Trastorno de Estrés Postraumático (Niño García, 2010).

Según Niño García (2010) existen factores que pueden incrementar el riesgo para desarrollar PTSD en pacientes con lesiones por quemaduras y son, el trastorno de estrés agudo, neuroticismo, sensación de pérdida de control, antecedente de fobias simples y el número de eventos traumáticos previos; también se ha visto este trastorno asociado al género femenino, ser soltero y no tener tiempo para realizar actividades de ocio.

En general se asume que los síntomas de estrés postraumático, como mencionan Van Loey et al. (2012), disminuyen gradualmente después del evento traumático mientras el

tiempo va pasando y la persona es capaz de reinsertarse en las actividades cotidianas de su vida; pero, el curso de PTSD empíricamente no es claro por los seguimientos cortos (menos de un año), que no permiten resultados a largo plazo o estar al tanto de una aparición tardía de PTSD. La recuperación de personas que han sufrido quemaduras incluye una reposición óptima psicológica, física y la reinsertación e interacción en la sociedad (Blakeney et al, 2008).

Prevalencia y Comorbilidad

En el estudio realizado por Gardner, Knittel-Kerren & Gomez (2012) en 132 pacientes ambulatorios con lesiones por quemaduras, se vio que el 96% tenían lesiones relacionadas al trabajo, 88% eran hombres y 12% mujeres con una edad media de 39.0 ± 11.1 años. El 75% de este grupo fue diagnosticado con PTSD, encontrando una relación significativa entre PTSD y depresión ($P < .001$).

Ter Smitten, De Graaf & Van Loey (2011) encontraron que la prevalencia de iniciar cualquier trastorno después de la quemadura fue del 28%, teniendo mayor prevalencia para depresión mayor (10%), trastorno de ansiedad generalizada (10%) y PTSD (7%); igualmente se vio una comorbilidad proporcional alta entre PTSD y ansiedad generalizada.

En pacientes con quemaduras graves, más del 50% sufren de trastornos de sueño siendo el insomnio el problema más común presentándose como dificultad para dormir, dificultad para conciliar el sueño, pesadillas, despertarse demasiado temprano y/o sueño de mala calidad; estos problemas a lo largo de la vida pueden ir y venir por lo que pueden requerir soluciones distintas en los diferentes momentos (MSKTC, 2011). Estos trastornos de sueño pueden deberse a la dificultad para respirar, ansiedad y PTSD, depresión, dolor,

picazón, pensamientos rumiantes sobre la causa de sus lesiones, entre otros factores, lo cual puede interferir con la recuperación de la persona (MSKTC, 2011).

Tema 4. Terapia Cognitiva Conductual en Trastorno de Estrés Postraumático

Terapia Cognitivo Conductual para el trauma

La terapia Cognitivo Conductual (TCC) enfocada en el trauma representa una clase amplia de terapias consolidadas por un énfasis compartido en resultados observables, mejora de síntomas, tiempo limitado y orientado a objetivos de intervención (Follette & Ruzek, 2006).

Dittmann & Jensen (2013) concordaron que la TCC enfocada en el trauma permite al paciente encontrar una experiencia positiva al percibir la experticia del terapeuta en un ambiente neutral, empático, confidencial, donde aprenden herramientas para reducir el estrés y, aunque los procesos de cambio son divisados al inicio como duros, luego son vistos como funcionales y permiten a la persona seguir forjando su vida.

El objetivo de la terapia Cognitivo Conductual enfocada en el trauma es controlar los pensamientos negativos distorsionados, afrontar eventos traumáticos, embotamiento emocional, suscitar actividades y actitudes diarias que fomenten la sensación de habilidad y capacidad (Diaconu, 2010).

Villavicencio Carrillo & Montalvo Calahorra (2011) citando investigaciones y guías de tratamiento de NICE y de la APA afirman que, el método de terapia Cognitivo Conductual en adultos con Trastorno de Estrés Postraumático cuenta con gran evidencia empírica; al igual, señalan las siguientes técnicas de tratamientos como empíricamente validados:

- Terapia de exposición prolongada, por razones éticas la mayoría de estudios emplean la técnica de la exposición en la imaginación y no el procedimiento a la naturaleza conceptual propia del evento traumático (Diaconu, 2010). Bajo el control del terapeuta se expone al paciente por redes de miedo a imágenes traumáticas para modificar las imágenes y sensaciones dolorosas en eventos ordenados de forma espacial y temporal bajo el control de la memoria verbal (Villavicencio & Montalvo, 2011).
- Terapia de procesamiento Cognitivo, se basa en la identificación de cogniciones desadaptativas, evaluar su validez y modificar las que resulten erróneas y desadaptativas por unas más lógicas o beneficiosas; esta técnica se fundamenta en la interpretación del suceso más que el propio suceso (Diaconu, 2010).
- Terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (DMRO/EMDR), esta técnica se basa en el emparejamiento de la imaginación con una serie de movimientos oculares para que atente al recuerdo perturbador (Diaconu, 2010).

Por otro lado, Meichenbaum en la década de los 70, desarrollo una de las estrategias más extensas para trabajar en el Trastorno de Estrés Postraumático conocido como:

- Entrenamiento en inoculación de estrés (EIE), ayuda a los pacientes a entender y controlar las reacciones de temor asociadas al trauma, lo cual abarca psicoeducación del trauma, juego de roles, entrenamiento en relajación muscular, reentrenamiento en respiración, modelamiento encubierto, detención de pensamiento y autodiálogo guiado (Meichenbaum, 1995).

En la investigación de Ramos Silva (2011) se señala la eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual para el Trastorno de Estrés Postraumático. Por medio de resultados pre y post intervención del Instrumento de Rastreo para Síntomas de Estrés Postraumático, Inventario de Cogniciones Postraumáticas, Inventario de Ansiedad de Beck, Inventario de Depresión de Beck y el software Procomp Infiniti 5 que mide manifestaciones fisiológicas de ansiedad, se encontró una disminución de síntomas de PTSD, depresión y ansiedad en una víctima de siete asaltos al banco. Aunque al tratarse un estudio de caso, Ramos Silva (2011), menciona que sus resultados no permiten una generalización y, la existencia de posibles factores externos que pudieron haber influenciado en el proceso de rehabilitación pudieron haber estado presentes.

Sijbrandij et al (2007) realizaron una investigación aleatorizada con grupo control para demostrar la eficacia de la Terapia Cognitiva Conductual breve en el Trastorno de Estrés Postraumático agudo. En ambos grupos, 143 personas al azar con PTSD agudo provocado por diversos eventos traumáticos (79 personas a Terapia Cognitivo-Conductual y 64 en el grupo control), se observó una declinación de síntomas de PTSD, ansiedad y depresión. Después de una semana de intervención en el grupo de TCC breve se vio una disminución significativa de síntomas comparando con el grupo control, sin embargo, a largo plazo (4 meses después de la intervención) existía distinción pero dejó de ser tan significativa; la hipótesis para este resultado fue la aplicación de la TCC breve en cuatro semanas con una sesión semanal mientras que en otros ensayos aleatorizados con grupo control que comprobaron la eficacia de esta intervención usaron de 5-9 sesiones. Por otro lado, en esta investigación se vieron limitantes como el abandono de algunos participantes antes y durante

este estudio. Al igual, los autores hacen mención a existir la posibilidad de una intervención positiva para la recuperación en las entrevistas de evaluación.

Botero García (2005) por su parte demuestra que la TCC grupal en PTSD también es efectiva. Este estudio fue efectuado desde el 2002 hasta el 2004 con 42 integrantes de las fuerzas armadas colombianas en rehabilitación. Usando exposición prolongada e inoculación de estrés se comprobó una disminución significativa de síntomas así como el grado de severidad. Estos resultados fueron percibidos por medio del análisis de la escala de Diagnóstico del Desorden por Estrés Postraumático de Foa y del Inventario de Depresión de Beck pre y post intervención grupal. No obstante Botero García (2005) recomienda que para futuros estudios el planteamiento de procesos evaluativos sea más específico para que logre abarcar factores particulares de la interacción de la persona con los factores ambientales en el diagnóstico de PTSD. Igualmente sugiere tomar en cuenta investigaciones donde se compare grupos intentando controlar variables que puedan afectar el proceso de investigación. Por último recomienda que se realicen este tipo de estudios con mayor frecuencia.

La investigación de Wiley & Sons (2012) exponen la validez de la TCC en niños y adolescentes con PTSD con traumas mixtos. Por medio de un análisis entre los ensayos controlados aleatorios hasta diciembre del 2011 de CCDANCTR (Cochrane Depression, Anxiety and Neurosis Review Group's Specialised Register) se confirmó la efectividad de esta terapia psicológica. Con un total de 758 individuos de 14 estudios hallados, los pacientes mostraron una mejoría significativa durante hasta un año después de trabajar con TCC en comparación con un grupo control. Al igual, se vio que ningún paciente después de las sesiones terapéuticas presentó ningún tipo de efecto adverso. Empero, sí se encontraron limitantes como falta de estudios claros y fehacientes sobre tipos particulares de trauma que

respondan más o menos a la TCC. También los estudios encontrados son limitados por sesgos metodológicos potenciales y por el número pequeño de participantes en la mayoría de estudios.

Hagenaars, Van Minnen & de Rooij (2010) presentan una investigación cuasi experimental con 77 participantes con PTSD expuestos a diversos eventos traumáticos. Los pacientes manifestaban sufrimiento a causa de la reexperimentación de síntomas y cogniciones vinculadas al acontecimiento traumático. Junto al tratamiento de exposición prolongada de la Terapia Cognitivo Conductual, se pudo ver una reducción significativa de cogniciones negativas relacionadas con el trauma. La disminución de las cogniciones se relacionaron con la reducción de síntomas de PTSD pre y post intervención. Con todo, los autores recalcan la importancia de explorar más profundamente esta relación para futuras investigaciones.

Wiley & Sons (2013) demuestran la eficacia de la TCC con diferentes enfoques en adultos con PTSD crónico. Se obtuvo trabajos de la TCC enfocada en el trauma (TCCCT), TCC no centrada en el trauma (TCCNCT), desensibilización y reprocesamiento de movimiento ocular (DRMO), TCCCT grupal o TCCNCT grupal. Para esto se realizó una investigación de 70 estudios de CCDANCTR (Cochrane Depression, Anxiety and Neurosis Review Group's Specialised Register) hasta abril del 2013. Con 4761 participantes en total de ensayos controlados aleatorios, se comprobó la eficacia de la TCC, especialmente la TCCCT individual, TCCNCT, la DRMO y la TCCCT grupal para el tratamiento en adultos con PTSD crónico. En algunos estudios se vio que la TCCCT individual, la TCCNCT y la DRMO inmediatamente después del tratamiento son igualmente de efectivas. Otras investigaciones concluyeron que la TCCCT y la DRMO tienen mayor eficacia que la

TCCNCT entre uno a cuatro meses después de terminado el tratamiento. Pese a esta muestra significativa, según Wiley & Sons (2013), cada estudio presentaba un bajo número de participantes y ciertas investigaciones estaban mal diseñadas.

Modelo Cognitivo de PTSD

La estructura Cognitiva, como se vio previamente, se forma desde la niñez, sin embargo, cuando una persona atraviesa por un evento traumático los esquemas mentales experimentan un cambio. Las nuevas creencias disfuncionales formadas a partir del trauma se integran a las creencias ya existentes, por lo que la persona sobre-generaliza las nuevas creencias distorsionadas a situaciones diarias, llegando a desconfiar de la gente e imputando que el mundo es inseguro (Follette & Ruzek, 2006).

Estas alteraciones son una tentativa para dar una respuesta adaptativa a la nueva información del trauma que desestructura los esquemas cognitivos. El trauma fuerza al organismo de la persona a desencadenar un grupo persistente de respuestas compensatorias, como un gasto energético significativo y desadaptativo, dando un nuevo estado de equilibrio más o menos flexible (Knapp & Maiato Caminha, 2003).

Es por ello que la interpretación que se da al evento puede desencadenar el miedo, el desequilibrio en la autoestima, el exceso de culpa, algunas emociones que son conservadas en la memoria y son exteriorizadas ante eventos que producen ansiedad ya que son percibidos como una situación peligrosa (Follette & Ruzek, 2006).

Rsick & Schnicke (1992, 1993 en Guerra & Plaza, 2009) mencionan que la nueva información procesada de manera incongruente, apartada de las propias creencias y aspiraciones, puede provocar que la persona evite interpretar el acontecimiento traumático, lo

que conlleva a que los recuerdos traumáticos surjan de manera involuntaria formando respuestas emocionales, activación fisiológica referidas al evento traumático y comportamiento evitativo.

La ansiedad es considerada como una respuesta incondicionada con reacciones fisiológicas frente a eventos peligrosos. Desde el punto de vista pavloviano a través de estímulos neutros y condicionados, los estímulos neutros para generar ansiedad, como las bombas de gasolina (EN), pasan a ser estímulos condicionados (EC), que pueden provocar respuestas condicionadas (RC) de ansiedad (Knapp & Maiato Caminha, 2003). Mientras que desde el condicionamiento operante de Skinner, cuando se evita las bombas de gasolina para no sentir la ansiedad de estar nuevamente expuesta a una situación peligrosa o que se rememore el acontecimiento traumático, la persona se está reforzando negativamente los esquemas por lo que se puede ver la permanencia de las respuestas de ansiedad y manteniéndose con ello las respuestas evitativas (Knapp & Maiato Caminha, 2003).

Seligman (1975 en Knapp & Maiato Caminha, 2003) propone que las reacciones dadas en PTSD son dadas por el Desamparo Aprendido. Es decir, ante un estímulo surgen reacciones de desamparo que provocan una dificultad en el aprendizaje y una emisión de nuevos patrones de respuesta, lo que explicaría el comportamiento depresivo inherente a los individuos con PTSD, dando como resultado pautas de manifestaciones en los diversos niveles de interacción social y afectivo (Seligman, 1975 en Knapp & Maiato Caminha, 2003).

A más de ser percibidas las alteraciones en la cognición de la persona, en la parte afectiva, en el comportamiento y reacciones fisiológicas, también es sentida en los aspectos neurobiológicos.

Generalmente el cerebro responde en forma global a situaciones traumáticas, sobre todo en el sistema límbico y la corteza prefrontal medial, provocando respuestas en el sistema nervioso central (SNC), inmunológico y periférico (Perry & Pollard, 1998 en Guerra & Plaza, 2009). Al disipar el factor estresante los sistemas regresan a su homeostasis. Lo que explica que en presencia de estímulos condicionados o pensamientos que evoquen el evento traumático los sistemas vuelvan a activarse, quedando el organismo sobrecondicionado, reforzando la asociación y permitiendo que el recuerdo traumático sea reexperimentado fácilmente (Guerra & Plaza, 2009).

La repercusión concebida en el cerebro por PTSD en el sistema límbico se relaciona especialmente al hipocampo y a la amígdala (Sijas Gómez, 2013). El hipocampo procesa la información del entorno así como del contexto en el que se presenta el estímulo para vincularlo con los recuerdos almacenados (Gómez, 2011). Algunos autores basados en estudios de neuroimagen, en presencia de estresores, encuentran una disminución del volumen de esta estructura, mientras que otros investigadores hallan diferencias interhemisféricas en la magnitud de la disminución en su volumen y, otros autores presentan la disminución de esta reducción volumétrica sin presencia de PTSD y solo en adultos y no en niños (Sijas Gómez, 2013).

La amígdala se encarga de regular el aspecto emocional asociado al suceso traumático, por lo que otorga una carga afectiva a los eventos. La función de la amígdala incluye varios sistemas de neurotransmisión como los receptores opioides, gabaérgicos y neuropéptidos, los cuales se encuentran vinculados a las respuestas de estrés excesivo como por ejemplo el miedo (Gómez, 2011).

Se conoce como mediador de la reacción ante un estímulo a la corteza prefrontal medial, es decir, esta estructura cortical media las respuestas entre el hipocampo y la amígdala para controlar y eliminar las respuestas condicionadas recopiladas por vivencias pasadas (Gómez, 2011). En presencia de PTSD se ha visto una pérdida de esta modulación provocando un desbalance de funciones, lo que conlleva a dar respuestas exageradas de terror como sintomatología del Trastorno de Estrés Postraumático (Gómez, 2011).

Conceptualización del Caso

La estructura Cognitiva de María durante su desarrollo envolvía creencias que le permitían desenvolverse funcionalmente con su familia, su entorno social y laboral. Sin embargo, a partir de mayo del 2012, cuando María sufrió quemaduras de primer, segundo y tercer grado en la parte superior de su cuerpo incluyendo la cara, sus esquemas Cognitivos también sobrellevaron un cambio perturbando esto en sus patrones Cognitivos, emocionales y Conductuales.

A continuación se conceptualiza los esquemas Cognitivos, pautas emocionales y Conductuales de María a raíz de este evento traumático.

Creencias Centrales

Tras el accidente, María inició a conceptualizar creencias que le restringieron su desenvolvimiento y estilo de vida. Mostró cogniciones de desadaptación social como “soy inadecuada”, “no soy querible”, ya que percibía que al tener secuelas físicas en la cara y tener que usar una máscara diariamente, no cumplía un esquema de belleza socialmente aceptado.

María desde los 17 años de edad, según su relato en las sesiones terapéuticas, era una chica que le gustaba cuidarse físicamente. Iba a los spa, realizaba ejercicio físico, maquillarse era una de sus pasiones así como mantener su cabello arreglado. La paciente creció con un ideal de mujer bonita para que las personas le quieran o por lo menos para no sentirse aislada socialmente por no cumplir con un perfil de belleza socialmente aceptado.

Cuando llegó al hospital después del evento traumático, María recuerda solo pedir que salvaran su cara. Lo que subraya la importancia que tiene para ella el resultado físico que las quemaduras le dejen, esencialmente en su cara. El rostro para ella significa la presentación de la persona, la impresión que deja en las demás personas y lo que ayuda a moverse tanto en el círculo de amigos como en el ámbito laboral.

Es por ello que al percibir que su rostro estaba desfigurado tras el accidente, e incluso irreconocible, su auto percepción cambió sintiéndose inadecuada en el entorno. Al igual, cree que esta fue la principal causa por la que el chico con el que estaba saliendo antes del evento traumático se alejó, reforzando así la creencia de no ser querible si no logra obtener una recuperación física completa.

Antes del accidente María trabajaba, tenía sus propios ingresos económicos con lo que solventaba sus gastos, era independiente en términos de lograr desenvolverse y movilizarse totalmente por sus propias capacidades y gustos. Sin embargo, cuando sufrió las quemaduras en su cuerpo dejó de sentir esa libertad y privacidad que amaba.

Después del hecho traumático, la mamá de María era quien se encargaba de las cuentas bancarias y el rol de pago de su hija. Empero, lo que más marcó a María fue el no tener si quiera la privacidad de su cuerpo ya que necesitaba la colaboración de su madre para poder vestirse.

También, María se considera una mujer extrovertida a la que le gusta interactuar con los demás, pero desde el evento traumático se fue alejando de sus amistades ya que los tratamientos médicos para su recuperación son muy restrictivos en cuanto a comidas, bebidas, ambientes y no poder mantener el ritmo de vida que le demanda el entorno.

Así fueron creciendo las cogniciones desadaptativas al ambiente y de no lograr alcanzar metas; como por ejemplo “soy incompetente”, “soy inútil”, lo cual iba a raíz de la movilidad física restringida que tenía, por ejemplo, no poder salir al sol.

Igualmente, se distinguió la creencia “el mundo es peligroso” lo que demostró la desconfianza y la preocupación que María tenía hacia el mundo, así como la sensación de vulnerabilidad ante situaciones que la pudieran lastimar, como por ejemplo el horno de la cocina. Uno de los temores que se reflejó en María es el volver a sentir los dolores más intensos que jamás había experimentado, las quemaduras. Fue por ello su restricción a lugares o cosas que le puedan lesionar.

Es decir, se apreció creencias negativas sobre ser querible y de logro, lo que enfatizaba el estado depresivo, también se valió la ansiedad, características del Trastorno de Estrés Postraumático de María.

Creencias Intermedias

Como se mencionó previamente, las creencias intermedias son influenciadas por las creencias centrales y constituyen reglas/expectativas, actitudes o presunciones que la persona tiene para adaptarse al entorno.

Al iniciar las sesiones psicoterapéuticas con María, se pudo observar que tras el evento traumático se formaron cogniciones como “Ser inútil es lo peor” (Actitud), “Si no

continúo el tratamiento fallaré en todo” (Regla) lo que afianzó las creencias intermedias de no ser apta para lograr objetivos o poder desempeñarse por sí misma. Lo que llevó a confirmar y consolidar en María las creencias centrales desadaptativas al ambiente y de no conseguir alcanzar metas, como lo son “soy incompetente”, “soy inútil”.

Desde la escuela nace en la paciente la tendencia de auto demostrarse dilucidar un desempeño de calidad para conquistar todos los objetivos planteados. Es por ello que María ha sido una chica activa, trabajadora, emprendedora y luchadora. Pero, desde la restringida movilidad física que la paciente presentaba, creando en ella la necesidad constante de una ayuda, generalmente dada por su madre para poder realizar diversas actividades, se forjaron estas creencias. El no poder desenvolverse completamente acrecentó la formación de reglas en cuanto a su auto exigencia para su recuperación física, superando el dolor crucial que acarrear los procedimientos médicos y las rehabilitaciones físicas.

Al mismo tiempo se vio en María que su percepción de inadecuación y desasosiego ante el entorno se estaba incrementando mientras los procedimientos médicos se iban extendiendo. Como por ejemplo “Nadie quiere estar conmigo” (Presunción), “La gente no te quiere si no se cumple un perfil físico socialmente aceptado” (Presunción), son adjudicaciones que la paciente estaba forjando y esto se encontraba enlazado con su estado físico. En otras palabras, como ya se dijo previamente, para María es importante la apariencia física para poder ingresar y desenvolverse en el ámbito social y laboral; especialmente para ella el rostro tiene un papel trascendental. Es por eso que tener lesiones en la cara aumentaba su creencia de no tener la posibilidad de ser querida o acompañada por otras personas, ya que los demás pudieran tener miedo, pena o ignorancia de los hechos. Además, conocer que el tratamiento es largo y no fiable al cien por ciento sino accede a los mejores especialistas,

ejercía en ella preocupación y promovía la creencia de no llegar nuevamente a entrar al entorno social por no conseguir un estado físico socialmente aceptado.

También se generó la creencia intermedia basada en su dolor físico “Si me quejo me critican todos” (Presunción). Desde que se iniciaron las curaciones de las quemaduras en el hospital, María es una testigo fehaciente de los dolores más intensos que se pueden percibir físicamente. Operaciones, injertos, rehabilitación física son etapas que requieren gran ímpetu personal para lograr volver a coger un esfero hasta hacer tortas. Estos pasos implicaron movimientos dolorosos que la paciente tuvo que superar para poder continuar con su recuperación física. Sin embargo, durante estas etapas tuvo que igualmente sobrellevar las demandas que, sobre todo sus padres, ejercían en ella cuando no alcanzaba a continuar con los ejercicios físicos por el dolor sufrido.

Es así como se presenciaron las presunciones, actitudes y reglas que María creó después del accidente, por lo que se las tomó como ciertas pero sin una base racional ya que es como María vio su vida personal, social y global tras el evento traumático.

Pensamientos Automáticos y Afectos:

En María se pudo observar algunos pensamientos automáticos que marcaron su interacción con las personas y el entorno, así como su estilo de vida. Por ejemplo, “Me puedo lastimar con las cosas, me puedo volver a prender”, pensamiento automático que resaltó la fobia, temor, ansiedad que María sentía, generándole tristeza, nerviosismo y evitación a lugares o cosas que le puedan lesionar, rasgo particular del Trastorno de Estrés Postraumático.

Usualmente este pensamiento surgía con lugares o cosas que comprometían combustible y fuego como lo son las gasolineras o el horno de la cocina, por lo que evitaba estos lugares. Afianzándose así la creencia de desconfianza, miedo y vulnerabilidad del que surgía este pensamiento automático que es “el mundo es peligroso”. Otro objeto de la vida cotidiana que la paciente evitaba notablemente era el cuchillo, ya que lo percibía como algo sumamente peligroso que le podía generar lesiones graves y, a su vez, lo refería a las cirugías que en el hospital tenía, por lo que lo asociaba al dolor de las etapas de tratamiento y recuperación.

“No puedo hacer nada, perdí mi privacidad e independencia”. Este pensamiento estaba basado en la incapacidad de realizar cosas básicas por sí misma, como por ejemplo bañarse, lo que le creaba tristeza, angustia, ansiedad y hasta culpa de haber sufrido el accidente traumático.

Después de vivir María varios años de independencia y, repentinamente luego del evento traumático tener que llegar a contar con la colaboración indispensable de otros para realizar diversas actividades fue algo sumamente impactante en su vida. Lo que llevó a fortalecer la creencia intermedia desadaptativa en la paciente, “Ser inútil es lo peor” (Actitud) ya que no podía desempeñarse por sí misma, alcanzando la consolidación de la creencia central disfuncional “soy inútil”.

A partir del uso de la máscara surgió en María la hipervigilancia emanando así el pensamiento “La gente me queda viendo y habla de mí”, dándole ansiedad, tristeza y vergüenza; esta incomodidad le condujo al aislamiento social como medida de escape que encontró.

Esta preocupación, como se mencionó en páginas anteriores, brota de la importancia que para María tiene el estado físico, especialmente el rostro, ya que cree que la sociedad acepta a las personas y no las discrimina si se llega a cumplir un perfil físico avalado por la sociedad. Es por ello que aquí se vio y se reconfirmó la percepción de inadecuación social fortalecido por la creencia central “soy inadecuada”, la creencia intermedia “La gente no te quiere si no se cumple un perfil físico socialmente aceptado” (Presunción) y, para evitar este desasosiego del entorno, la paciente se refugió en el retraimiento social.

“Por qué me paso esto a mí, no debería haber estado ahí” es un pensamiento marcado de culpa, ansiedad, tristeza que la paciente creo, característica de PTSD. Es un pensamiento que abarca todos los contextos (ser inútil, no ser querible, etc.) ya que la paciente se reprochaba las consecuencias del hecho traumático. Hay que recalcar que este pensamiento se distinguió por la distorsión cognitiva “No debería haber estado ahí”.

Al conllevar este nuevo estilo de vida, María experimenta un contexto de inseguridad personal y hacia los demás, desconfianza al mundo, preferencia a evitar interrelacionarse y encontrarse en situaciones que le puedan lesionar, reflejando así el Trastorno de Estrés Postraumático que María conllevó tras el incidente.

Distorsiones Cognitivas

Entre las distorsiones cognitivas más frecuentes, intensas y trascendentales en la vida de María se presentaron:

- Los Deberías,
 - o “Debo seguir con los tratamientos”, “Debo esforzarme más”, “Debo lograr mover mis manos”, “No debería haber estado ahí”. Manifiestan la

preocupación que refiere en cuanto a su recuperación física ya que lograr recuperar su privacidad e independencia, desempeñarse por sí misma es esencial para María. Por lo que modificar la Creencia Central (CC), Creencia Intermedia (CI) y Pensamientos Automáticos (PA) desadaptativos como lo son “Soy inútil”, “Ser inútil es lo peor”, “No puedo hacer nada, perdí mi privacidad e independencia” respectivamente se volvieron crucial en las sesiones sicoterapéuticas de la paciente.

- Pensamiento Polarizado,
 - se encontró sobre todo en contexto a las limitaciones físicas, a la pérdida de independencia y necesidad de ayuda para poder comer, movilizarse, o ir al baño, por ejemplo “No puedo hacer nada”. Lo que se basa en la CC “Soy inútil” ya que su frustración por no poder desenvolverse por sí misma le causaba angustia y acentuaba su PA “No puedo hacer nada, perdí mi privacidad e independencia”
- Visión Catastrófica,
 - “Algo malo me va a pasar” refiriéndose principalmente a lugares o cosas que le puedan causar daño como los tanques de gas. Esta distorsión se solventaba en el PA “Me voy a lastimar con las cosas, me puedo volver a prender” lo que sustentaba el miedo y vulnerabilidad que sentía en el entorno afianzando la creencia “el mundo es peligroso”.
 - También se vio esta distorsión cognitiva en cuanto a su futuro y no lograr encontrar una pareja que le llegue a querer a causa de las secuelas físicas que el accidente y el tratamiento le dejen. “Nadie me va a querer”, “Voy a

estar sola” son distorsiones de inadecuación que brotan de la importancia que tiene para María el estado físico para lograr encajar en la sociedad.

Basando estas distorsiones en el PA “La gente me queda viendo y habla de mí”, de la CI “La gente no te quiere si no se cumple un perfil físico socialmente aceptado” y de la CC “Soy Inadecuada”.

- Filtraje o Abstracción selectiva,
 - “No aguanto más esto”, “Es horrible” manifiesta la ansiedad de la paciente al interpretar la dependencia que sentía de otros para poder desempeñarse incluso en pequeñas como poder comer. Acrecentando su creencia “Soy incompetente”.
- Sobregeneralización,
 - “Nadie me va a querer” nace a raíz de su preocupación de las secuelas físicas que el accidente le puede dejar. Subrayando la trascendencia que para María es el poder encontrar una pareja que le quiera con o sin lesiones en su rostro por el evento traumático. “Nadie quiere estar conmigo” es la creencia en la que esta distorsión se asienta.
 - “Nunca me recuperaré” denota la conclusión general que María tenía ante el lento proceso de recuperación estético y especialmente de movilidad, lo que consolidaba su creencia “Soy inútil”.
- Falacia de Justicia,
 - “No es justo que me haya pasado esto”, refleja la angustia de la paciente ante el evento que le marcó física, emocional y psicológicamente. Refiriéndose al hecho de haber estado presente en aquel lugar ejecutando

su trabajo, por lo que también se reprochó el haber estado en ese momento ahí, lo que anexa la distorsión cognitiva de culpabilidad.

- Culpabilidad,
 - “Es mi culpa haber estado ahí”, “Es mi culpa el haber sufrido el accidente” indican que María se atribuía la responsabilidad del accidente. La angustia e impacto que las secuelas del evento traumático dejaron en María permitieron que constantemente se reproche los actos que realizó ese día para haber estado en aquel momento.

Estrategias Conductuales:

María al cuestionar su nueva forma de vida encontró conductas desadaptativas como forma de escape a la preocupación, ansiedad, depresión y auto percepción nociva, lo que reforzaban sus cogniciones negativas. Por ejemplo, retraimiento social e inclusive familiar, evitación de situaciones y objetos del diario como un cuchillo o un espejo.

Por otro lado, se resaltó en sesiones la preocupación constante a los tratamientos médicos y las rehabilitaciones para su mejoría física ya que su recuperación total no está garantizada lo que generó desconfianza, auto crítica y culpa de haber sufrido el accidente.

A raíz de las evaluaciones iniciales y la conceptualización del caso, se logra observar la presencia de rasgos, cogniciones y conductas relacionadas al Trastorno de Estrés Posttraumático. Especialmente al ver que la paciente demostraba disminución en la autoestima, aislamiento social, susceptibilidad al entorno, dificultad para dormir; anexando sentimientos de ansiedad, tristeza, fobia, culpa y vergüenza.

Por ello María, durante la terapia Cognitivo Conductual que recibió, aprendió a identificar sus pensamientos automáticos consiguiendo descubrir algunas creencias intermedias y centrales junto a las distorsiones Cognitivas que se estaban moldeando desde el evento traumático. Por lo que María llegó a enfrentar sus esquemas Cognitivos lo que le encaminó a poder realizar actividades que no había logrado desempeñar, alcanzando sentimientos de alegría como fuerza de voluntad, emocionalidad, energía para seguir desarrollando sus capacidades y habilidades adaptándose a su situación actual.

METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Para esta investigación la metodología a usar se basa en un diseño mixto, es decir, se utiliza el diseño cualitativo al igual que el cuantitativo. Se recogieron registros relatados por la paciente, es decir, reseñas narrativas durante las sesiones psicológicas en las que se trabajó junto a la Terapia Cognitivo Conductual; se usó igualmente la observación y, gracias al trabajo colaborativo con el que se desenvolvía María en terapia, se puede decir que estos cometidos fueron parte de los métodos inductivos por lo cual se cita la metodología cualitativa. Para la metodología cuantitativa se acopiaron datos por medio de test pre como post intervención, por lo que se relacionaron los resultados conseguidos para observar los datos antes y después de la mediación terapéutica. Así, empleando los dos diseños de investigación se pudo ver como objetivo resultante de la terapia una disminución de síntomas de la paciente.

Justificación de la metodología seleccionada

La metodología cualitativa admite enfocarnos en la fenomenología y el conocimiento, por lo que conseguimos visualizar así como alinear el transcurso de las terapias (Valles, 2013) y, permite que María se desenvuelva de forma genuina ya que se basa en una comunicación dinámica y natural para poder conocer su personalidad y sus necesidades.

Al aplicar una metodología cuantitativa, como menciona Briones (2002), esta se basa en la información obtenida en la recolección de datos por medio de test psicométricos, pre y

post, que permiten ver la severidad y vigor de los síntomas. En el caso de la paciente podemos apreciar mediblemente los síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático.

Herramienta de investigación utilizada

Este estudio de caso fue ejecutado por medio de sesiones terapéuticas con diversas técnicas de Terapia Cognitivo Conductual. Al igual, se incluyó la utilización de dos pruebas psicométricas que permitió la valoración del estado emocional y mental de María, de las cuales, la primera fue aplicada antes, a la mitad y después las sesiones terapéuticas y, la segunda fue administrada al principio y al finalizar el tratamiento.

Inventario de Síntomas - 90 (SCL - 90)

El Inventario SCL - 90 es un test psicométrico desarrollado por Derogatis, L. en 1973 (Robles, Andreu & Peña, 2002) que permite valorar los síntomas y el malestar psicológico que muestra la persona desde el momento que ejecuta este test a una semana atrás. Facilita la evaluación de cambios sintomatológicos de la persona dados por el tratamiento o para entrevistas de casos de seguimiento (Sánchez & Ledesma, 2009).

Es un inventario de fácil administración y corrección que comprende nueve factores o dimensiones de síntomas que incluyen Somatizaciones (SOM), Obsesiones y Compulsiones (OBS), Sensibilidad Interpersonal (SI), Depresión (DEP), Ansiedad (ANS), Hostilidad (HOS), Ansiedad Fóbica (FOB), Ideación Paranoide (PAR) y Psicoticismo (PSIC); también evalúa tres índices generales de malestar psicológico que son el Índice Global de Severidad (IGS) que indica el nivel actual de malestar percibido, Total de Síntomas Positivos (TSP) que

muestra el total de síntomas reconocidos como presentes y el Índice de Malestar Sintomático Positivo (IMSP) el cual evalúa el estilo de respuesta (Casullo & Pérez, 2008).

Como el nombre lo indica el SCL-90 consta de 90 ítems y cada uno de estos se responde en una escala tipo Likert de 5 posibilidades de contestación que son “nada”, “muy poco”, “poco”, “bastante” y “mucho” (Robles, Andreu & Peña, 2002). Sánchez & Ledesma (2009) afirman que este inventario posee gran cantidad de evidencia a su favor en cuanto a validez (0.8) y fiabilidad (0.70) coeficientes alfa. Según Casullo & Pérez (2008) el SCL - 90 puede ser efectuado entre quince a veinte minutos a personas que tengan entre 13 y 65 años de edad con un sexto grado mínimo de comprensión lectora. Otra ventaja de esta prueba es su acceso rápido y sencillo al igual que la obtención de su corrección e interpretación de resultados; como desventaja podría mencionarse que al ser un inventario auto administrado, existe la probabilidad de que el paciente exagere o minimice los síntomas.

El SCL-90 ha sido estandarizado en varios países e idiomas, sin embargo, en el Ecuador se utiliza la versión en español realizado por Casullo y Pérez en 1999 en Buenos Aires. Empero, en la Universidad San Francisco de Quito se realizó una revisión de este test en el 2008 para adaptarlo a la cultura y realizar una actualización de este, sin embargo, este SCL-90 no ha sido normado ya que no existen estudios de validez y confiabilidad por lo que se refiere a esto como un limitante en el estudio. Se adjunta una copia de este inventario psicométrico utilizado en Anexo D.

Entre los cambios que se observaron en el SCL-90 de la USFQ basados en el SCL-90 de Casullo y Pérez se pudo ver que:

- El SCL-90 de Casullo y Pérez emplea un vocabulario de manera más generalizada, lo cual se puede comprobar en la conjugación que poseen sus verbos.
- El SCL-90 de la USFQ se puede percibir que las oraciones están más personalizadas, es decir, los verbos hacen referencia al “yo” para que el paciente pueda sentirse más identificado con la proposición.
- Entre los cambios más significativos se encuentran:
 - En la pregunta 6 se ve la palabra “Criticar” en el SCL-90 de Casullo y Pérez, mientras que en el SCL-90 de la USFQ se tiene la palabra “Critico”.
 - Las preguntas 7, 8, 36, 37, 43, 51, 56, 58, 71, 76, 80, 83, 85 y 87 en el SCL-90 de Casullo y Pérez postulan la palabra “Sentir”, en el SCL-90 de la USFQ se coloca “Siento”.
 - Las preguntas número 9, 25, 33, 38, 44, 45, 46, 47, 48, 50, 53, 62, 68, 72 y 86 en el SCL-90 de Casullo y Pérez se encuentra “Tener” y, en el SCL-90 de la USFQ está “Tengo”.
 - Las número 10, 69 y 78 se tiene en el SCL-90 de Casullo y Pérez la palabra “Estar”, en el SCL-90 de la USFQ se coloca “Estoy”
 - En los ítems 11, 14, 21, 22, 26, 29, 30, 34, 41, 57, 61, 70, 73, 77, 79 y 89 está en el SCL-90 de Casullo y Pérez la palabra “Sentirme”, en el SCL-90 de la USFQ está la palabra “Me Siento”.

Inventario de Personalidad Multifacético de Minnesota – 2 (MMPI – 2)

El Minnesota Multiphasic Personality Inventory es originalmente creado en 1940 por S.R. Hathaway y J. C. McKinley mediante un enfoque empírico (Greene, 2011). En 1989 Butcher et al. actualizaron y modificaron este inventario dando así el MMPI – 2 el cual se caracteriza por ser una de las pruebas psicométricas de personalidad más usadas e investigadas en la actualidad ya que puede medir y cubrir un amplio rango de comportamientos (Greene, 2011).

Urrutia (2002) menciona que el objetivo de Hathaway y McKinley fue llegar a detectar los trastornos de personalidad o problemas de conducta severos, por lo tanto, las escalas de su MMPI van a medir constructos según la realidad clínica que en aquella época se vivía. Para lo cual se diseñó este inventario con muestras clínicas que previamente fueron diagnosticadas versus sujetos normales.

Entre las razones por las que se realizó la revisión del MMPI en los 80 fue para brindar nuevas normas actualizadas, extender la base de reactivos, revisar y replantear el vocabulario empleado en algunos de los reactivos ya que eran anticuados, inconvenientes o sexistas y, plantear maneras separadas del inventario de adultos con el inventario de adolescentes (García Méndez, 2009), ya que, Hathaway y Mckinley construyeron el MMPI con base a la nosología psiquiátrica, especialmente según la disposición krapeliniana vigente en aquella época (Espinosa & Herrera-Rojas, 2003).

Se debe tomar en cuenta que no es una prueba de diagnóstico pero sí un inventario difícil de falsear por las estadísticas y, tiene un nivel de confiabilidad y de validez que oscilan entre 0.68 y 0.92 (Aiken, 2003). Para estandarizar el inventario se utilizó una muestra representativa de estadounidenses adultos entre 18 a 90 años de edad, de los cuales 1138 fueron varones y 1462 mujeres; seleccionados según la base del censo de 1980, la

distribución geográfica, composición étnica y racial, nivel de edad, educación y estado civil (García Méndez, 2009).

El objetivo para la construcción de este inventario fue la de obtener un instrumento práctico y efectivo en la discriminación de psicopatología y la gravedad de los trastornos, en lo que presenta gran fortaleza, sin embargo, también es usado en varios campos como en el área educativa y en la selección de personal por su utilidad demostrada como herramienta diagnóstica de personalidad (Gutiérrez, 2006).

Entre la numerosa cantidad y variedad de estudios realizados con este inventario, Espinosa & Herrera-Rojas (2003) resaltan las siguientes investigaciones:

- “ Wakefield, Yom, Bradley, Douhtie & Cox (1974) encontraron equivalencia conceptual entre las escalas del MMPI y la estructura tridimensional de Eysenck (1970), donde las escalas Hs, D y Hi atañen a la dimensión de Neuroticismo (N); las escalas Pa, Pt y Es tienen paralelismo a la dimensión de Psicoticismo (P); y las escalas Dp, Ma e Is corresponden a la dimensión de Extroversión-Introversión (E-I). Esta correspondencia se corroboró a través de técnicas multivariadas.
- Costa, Zonderman, McCrae & Williams (1985) realizaron una exploración factorial del esquema del MMPI con base en los reactivos, donde lograron aislar e interpretar 9 componentes que explicaban un porcentaje de varianza inferior al 20%. ”

El inventario consta de 567 ítems a los que se debe contestar “verdadero (V)” o “falso (F)”; es una prueba dirigida a personas de 18 años de edad en adelante y las respuestas obtenidas son calificadas dentro de 9 escalas de valides que miden la actitud del sujeto al

tomar el inventario en cuanto a consistencia o inconsistencia, 10 escalas clínicas que valoran rangos psicopatológicos, 15 escalas de contenido que evalúan las respuestas de la persona frente al contenido individual de las proposiciones y 15 escalas suplementarias las cuales integran el análisis de los reactivos de este test (Greene, 2011).

Las escalas de validez señalan el grado de confiabilidad con que se puede hacer inferencias sobre la personalidad del paciente basados en el perfil del inventario. Es por ello la importancia de recalcar estas escalas, ya que, la actitud con la que la persona toma esta prueba es fundamental, porque tiene como raíz el grado de conformidad dentro del grupo con el que funciona el paciente, el proceso de socialización y el estado de salud mental en el que se encuentre (Urrutia, 2002).

Entre las razones por las que se utilizó este inventario fue

- por la eficacia que en más de cincuenta años de investigaciones ha demostrado
- evalúa objetivamente los principales patrones de personalidad y trastornos emocionales
- es un inventario estandarizado
- se utilizó un grupo contraste para la construcción de esta prueba.
- Permite una identificación de la disfunción psicológica y las estrategias de tratamiento.
- Es un inventario que para diagnosticar PTSD es avalado y reconocido.
- Aunque es una prueba extensa, es sencilla en cuanto a su comprensión.

A continuación, en la sección Análisis de Test se describe más detalladamente las escalas del inventario MMPI-2 y sus implicaciones según su puntaje.

Descripción de participantes

Número

En este estudio de caso participó la paciente conocida en este trabajo como María, quien como participante única fue la que llenó sus propios test durante las sesiones terapéuticas.

Género

La participante de 26 años de edad es de género femenino.

Nivel socioeconómico

La paciente es de un nivel socioeconómico medio, lo cual es definido por su rol de pagos que permitía solventar sus gastos y tener acceso a los tratamientos médicos, sin embargo, al buscar fundaciones y uso de la aseguradora denota que no ingresa a un nivel socioeconómico alto.

Características especiales relacionadas con el estudio

Breve descripción del estado mental

Al presentarse María a sesión se puede decir que exteriorizaba un nivel de consciencia alerta, con una orientación correcta en cuanto a personas, lugares, tiempo y situaciones, su apariencia es limpia y bien nutrida. Es una persona elocuente que logra expresarse

adecuadamente presentando un habla con amplio vocabulario y un procesamiento del pensamiento coherente. Negativamente se vio un estado de ánimo depresivo y ansioso con una motricidad disminuida. Por otro lado, se puede decir que desde la primera sesión se observó puntualidad, un comportamiento cooperativo, afectividad apropiada, intelectualidad, memoria, juicio y percepción normales, al igual que un gran compromiso con la terapia.

Diagnóstico y evaluación funcional

Según los criterios del DSM – 5 se determinó que la paciente cumplía con el siguiente diagnóstico:

Eje I: 309.81 Trastorno de Estrés Postraumático

Eje II: V 71.09 – No hay diagnóstico

Eje III: V 71.09 – No hay diagnóstico

Eje IV: B ; D ; I

B. Problemas relativos al ambiente social.

D. Problemas laborales.

I. Otros problemas psicosociales y ambientales.

Eje V: GAF: 51 – 60

(Síntomas moderados y dificultades moderadas en la actividad social y laboral)

Prueba piloto

Al ser un estudio de caso la prueba piloto no es aplicable ya que puede comprometer los resultados esperados.

ANÁLISIS DE DATOS

Detalles del análisis

Una vez ya obtenidos los datos de este estudio de caso por medio de test psicométricos pre y post intervención terapéutica, el SCL – 90 y el MMPI – 2, se prosiguió a analizarlos y detallarlos por medio de los criterios de calificación que corresponden a cada uno para conseguir una referencia y seguimiento del proceso psicológico terapéutico de la paciente.

El SCL – 90 fue aplicado al principio, a mitad y al finalizar las sesiones terapéuticas. El análisis de estos test fue realizado por medio de tablas donde los resultados son dados por puntajes T estándar para adolescentes así como para adultos diferenciando en género del paciente. Cada escala tiene su correspondiente puntuación, si esta calificación es igual o mayor a $T \geq 65$ es estimado clínicamente sintomatológico. Hay que tomar en cuenta que si el valor $T \geq 80$ es considerado como patológicamente severo, mientras que $T \leq 65$ están dentro de un rango apreciado como normal.

Los datos obtenidos en el MMPI – 2 fueron puntuados por un sistema computarizado. La interpretación de estos resultados se basa en las calificaciones del T-Score alcanzadas en cada una de sus escalas examinadas (escala de validez, clínicas, contenido, suplementarias y codetipo). Estas valoraciones pueden pertenecer a los rangos $T \leq 50$ (bajo), $T = 50 - 65$ (clínicamente normal) y $T \geq 65$ (clínicamente significativo). El informe interpretativo de estos resultados se lo realizó bajo la supervisión de Esteban Utreras Ph. D., profesor de Evaluación y Diagnóstico de la Personalidad.

Análisis de los Tests Pre - Post.

Inventario de Síntomas - 90 (SCL – 90)

Pre Intervención

La paciente vive con sus padres, sin embargo, antes del evento traumático ha demostrado ser una chica independiente, graduada de la universidad y estaba trabajando dentro y fuera de la ciudad, por lo que se tomarán en cuenta los puntajes de Femenino Adulto.

En este SCL - 90 se toman en cuenta los puntajes de las escalas sintomatológicas que tienen puntajes significativamente elevados que son seis de las nueve dimensiones que hay en este inventario. Los resultados altos que se obtuvieron son: Somatizaciones con T=65; Sensibilidad Interpersonal (T=65), Depresión (T=70), Ansiedad (T=70), Ansiedad Fóbica (T=75) y Psicotismo (T=65). También se puede observar un alto puntaje en dos de los tres índices generales de malestar psicológico que son en el Índice de Severidad Global (T=65) y Total de Síntomas Positivos (T=70).

La manifestación de Somatizaciones (SOM) indica que la persona relaciona diversos malestares corporales como disfunciones; en la Sensibilidad Interpersonal (SI) se ve sentimientos de inferioridad e inadecuación lo que puede presentarse como limitaciones para relacionarse en el medio social; la Depresión (DEP) se despliega con un estado de ánimo disfórico, con poca energía vital, falta de motivación, ideaciones suicidas y sentimientos de desesperanza (Casullo y Pérez, 2008). La dimensión de Ansiedad (ANS) evalúa nerviosismo, miedos, tensión, ataques de pánico; Ansiedad Fóbica (FOB) alude a miedos irracionales y desproporcionados a ciertos estímulos como pueden ser lugares, situaciones, personas u

objetos específicos; el Psicotismo (PSIC) valora síntomas de alucinaciones, control del pensamiento, un estilo de vida esquizoide, de soledad y vivencias bizarras (Casullo y Pérez, 2008).

El Índice de Severidad Global (IGS) manifiesta el nivel actual de la severidad del malestar, es decir, incorpora los síntomas reconocidos como presentes con la intensidad del malestar percibido. Mientras que el Total de Síntomas Positivos (TSP) al ser un valor muy elevado (T=70) se ostenta a personas que exageran sus patologías según Casullo y Pérez (2008).

Intermedio

En el segundo test SCL-90 que fue administrado a la paciente se puede observar un cambio significativo en sus resultados. La única escala que tiene una calificación clínicamente significativa con una puntuación de T= 65 es el síntoma de FOB. Por otro lado las demás escalas bajaron su valoración a SOM (T=40) es decir 25 puntos menos; SI (T=45) disminuye 20 puntos; DEP (T=45) baja 25 puntos; ANS (T=45) reduce 25 puntos; PSIC (T=35) 30 puntos menos; IGS (T= 45) desciende 20 puntos y, TSP (T=40) cae 30 puntos.

La manifestación de Ansiedad Fóbica (FOB) alude a miedos irracionales y desproporcionados a ciertos estímulos como pueden ser lugares, situaciones, personas u objetos específicos; Somatizaciones (SOM) indica que la persona relaciona diversos malestares corporales como disfunciones; en la Sensibilidad Interpersonal (SI) se ve sentimientos de inferioridad e inadecuación lo que puede presentarse como limitaciones para relacionarse en el medio social; la Depresión (DEP) se despliega con un estado de ánimo

disfórico, con poca energía vital, falta de motivación, ideaciones suicidas y sentimientos de desesperanza (Casullo y Pérez, 2008). La dimensión de Ansiedad (ANS) evalúa nerviosismo, miedos, tensión, ataques de pánico; el Psicotismo (PSIC) valora síntomas de alucinaciones, control del pensamiento, un estilo de vida esquizoide, de soledad y vivencias bizarras (Casullo y Pérez, 2008).

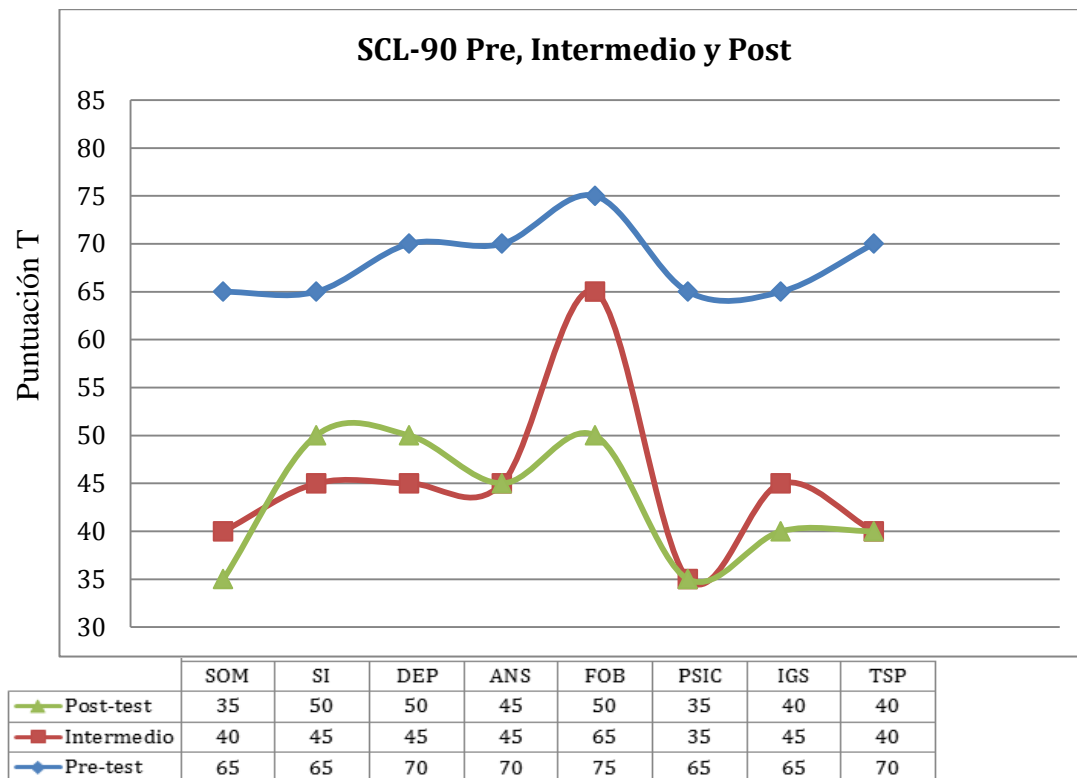
El Índice de Severidad Global (IGS) manifiesta el nivel actual de la severidad del malestar, es decir, incorpora los síntomas reconocidos como presentes con la intensidad del malestar percibido. Mientras que el Total de Síntomas Positivos (TSP) se ostenta a personas que exageran sus patologías según Casullo y Pérez (2008).

Post – Intervención

En el tercer y último SCL-90 que contestó María, comparando con la segunda prueba, SOM (T=35) baja 5 puntos; SI (T=50) aumenta 5 puntos; DEP (T=50) incrementa 5 puntos; ANS (T=45) se mantiene igual; FOB (T=50) baja 15 puntos; PSIC (T=35) tiene el mismo puntaje; IGS (T= 40) disminuye 5 puntos y, TSP (T=40) se mantiene en el mismo puntaje. Lo que evidencia que todos los resultados se encuentran dentro de un rango normal.

En el siguiente gráfico encontramos los resultados de los test para poder concebir las diferencias halladas.

Gráfico 1. Comparación de los resultados del SCL-90 Pre, Intermedio y Post intervención terapéutica.



Inventario de Personalidad Multifacético de Minnesota - 2 (MMPI - 2)

Pre - Intervención

Este perfil se lo debe considerar válido e interpretable. Es decir, este protocolo posee un grado de credibilidad y de resultados claros reflejados en los datos del perfil clínico del MMPI-2.

Escalas de Validez

Estas escalas representan consistencia al endosar los ítems del MMPI-2. Los resultados presentan estabilidad en sus respuestas, notando aquello en VRIN (Variable response inconsistency, T= 58) que es cuando se marcan dos ítems que significan lo mismo de diferente manera y, en TRIN (True response inconsistency, T= 50) el cual indica pares de

ítems que son opuestos de contenidos. Aunque el TRIN indica en este MMPI-2 la tendencia a ser “Nay-sayer”, es decir, propensión a responder negativamente (underreporting), en este reporte se ve una tendencia equilibrada a estar dentro del rango promedio, es decir, la paciente es capaz de entender y responder consistentemente.

También es importante recalcar que la cliente presenta en la configuración de la escala de Validez los siguientes T-Score (Plotted). Escala de Mentira (L) T= 62, Escala de Infrecuencia (F) T = 55 y, Escala de Defensas (K) T= 61. En la Escala L, que identifica personas que intentan deliberadamente evitar contestar el MMPI-2 de manera franca y honesta incluyendo la negación de pequeñas debilidades de carácter, María presenta un puntaje alto que está dentro del rango promedio, o sea tiene un equilibrio adecuado entre admitir y negar menores fallas sociales. La Escala K, nos dice cuántos recursos tiene la persona y cuanto está dispuesta a revelar. Esta cliente presenta tener un balance dentro del promedio entre auto-revelación y auto-protección. Siendo un T-Score dentro del rango promedio de T=61, que indica el balance entre auto evaluación, capacidad para lidiar con problemas del diario, independencia y con su historia recopilada anteriormente se lo comprueba a ver su avance en los estudios y en su carrera. Tomando en cuenta las escalas K y L en conjunto y observar que ambas están un poco elevadas, demuestra que la paciente está un poco a la defensiva al momento de resolver el MMPI-2.

Por otro lado tenemos la Escala F, en esta escala no se reporta estrés psicológico, puede ser porque se ha acostumbrado a la situación. Este T-Score (Plotted) de T=55 de esta escala indica que la persona que tomó este MMPI-2 está dispuesta a aceptar un número típico de experiencias inusuales ya que tiene un conteo que entra en el promedio. Tomando en cuenta la historia del cliente, quien acudió a terapia por presentar síntomas de depresión

después de haber vivido un evento traumático hace un año, síntomas de depresión como problemas de atención, concentración, memoria, pero sobre todo irritabilidad e insomnio, vemos que la cliente se atribuye ítems relacionados con alguna área problemática particular con un funcionamiento suficiente en la mayoría de los aspectos y de las situaciones de su vida.

Dentro de una puntuación promedio existe una configuración de la escala de validez de una F baja a comparación con L y K que están altas, pero no tan notables, o sea dentro del promedio, esto indican “most closed”, es decir, está tratando de negar los problemas y sentimientos, intenta presentarse a sí misma la luz positiva dentro de lo normal, esto se ve generalmente con problemas crónicos y en su caso sí es equivalente a ello, por lo que se pueden construir en la personalidad, una adaptación social adecuada para ver el mundo ya sea bueno o malo, María está acostumbrándose a su situación.

La escala que en sí se destaca en este reporte por tener un alto puntaje es la que representa problemas en relacionarse socialmente, predominancia de síntomas depresivos, ideación suicida, lo cual en las entrevistas previas ha mencionado pero no ha presentado un plan ni actitud para ejecutarlo y, en el perfil de MMPI-2 el T-Score de Fb (F-back) que destaca problemas en las relaciones, predominación de síntomas depresivos, sin esperanza, problemas familiares, el cliente tiene un T=70.

Al igual, María reporta una elevación en la escala Fp (Infrequency-Psychopathology) calificando a María un T-Score (plotted) de T=65, es decir, un puntaje clínicamente significativo. Personas con esta elevación podrían tener hábitos inusuales, actitudes amorales, confusión de identidad y síntomas psicóticos.

Escalas Clínicas

Antes de discutir la información de las escalas clínicas es importante notar que una sola prueba de considerable reputación, como lo es el MMPI-2, no es suficiente, es necesario efectuar una batería de pruebas para poder entregar una evaluación psicológica completa.

Por otro lado tenemos las escalas clínicas donde encontramos que, en la primera escala Hs (Hipocondriasis) indica el grado de ansiedad de la persona así como una tendencia a manifestar síntomas físicos como expresión emocional de disconformidad enfocado en el abdomen y la columna con una preocupación persistente a pesar de que hay una ausencia de problemas médicos. María tiene un T Score de T= 69. Es decir, sí reporta síntomas físicos, sin embargo, hay que tomar en cuenta que estos reportes físicos sí son médicamente avalados por la situación que está viviendo a consecuencia del trauma ocurrido. Al igual estos síntomas van acompañados de disturbios en el sueño y falta de energía.

En la Escala 2, D (Depresión), María registra un T Score de T=77, personas con elevación en esta escala pueden indicar un nivel marcado donde la tristeza y depresión son generalizadas sobre la vida y sobre sí misma. Esta escala manifiesta que las personas son sensibles a la disminución de su propio nivel de funcionamiento, son reiteradas, aisladas, tienen cambio en el apetito y en los patrones de sueño por lo que hay cansancio, fatiga y problemas con la atención y concentración; igualmente esta escala marca un índice de ideación suicida, preocupación por problemas de salud y su subjetivo malestar general y afecto negativo puede representar una condición depresiva genuina, ansiedad y sus concomitantes o una mezcla de ansiedad y depresión.

La Escala 3, Hy (Histeria), generalmente presenta personas con los síntomas físicos más específicos y solo se los ve cuando la persona está bajo estrés. María tiene un T Scores

de T=73 en esta escala, lo cual la coloca en un rango alto de estos síntomas, personas con puntajes elevados suelen poseer una tendencia a ser sugestionables; al ver esto y tomando en cuenta la leyenda de la paciente se podría decir que está correlacionada esta escala con los síntomas físicos que se presentan y la recarga emocional que lleva en ciertas personas a la confusión. Generalmente las personas con estos puntajes suelen tener una falta de introspección sobre su comportamiento y la de otros, pueden negar sus problemas psicológicos, ser simples y concretos.

Por otro lado la Escala 4 Pd se describe por inadaptación general y ausencia de experiencias placenteras, preocupaciones familiares, problemas con la autoridad en general, alienación personal y social, María califica un T Score de T= 71 en este MMPI-2, lo cual es un poco arriba del promedio general en el ámbito de incomodidad en ciertas convivencias con las demás personas y consigo misma, pero esto, como se detalla en las escalas subsiguientes, se recalca por una alienación social y personal y no en sí por una discordia familiar o con la autoridad en general.

Escala 5, Mf (Masculinidad-Feminidad), describe los intereses de género, actividad-pasividad y sensibilidad personal, tiene que ver con los roles o actividades preferentes de la persona. María puntúa un T Score de T=57 y, al ser esta una escala inversa, dice que ella se identifica con el rol femenino tradicional que se encuentra dentro del promedio, tiene intereses que son típicos del rol femenino sin negar roles masculinos.

Pa (Paranoia), Escala Clínica 6, mide personas con sensibilidad interpersonal, moral de justicia propia, sospechosas, recelosas, desconfiadas e hipervigilantes. María registra T Score de T=70, es decir, puntaje clínicamente significativo, por lo que posee una

predisposición a estar hipervigilante con su situación porque está consciente de ella misma, perceptiva a las miradas, actitudes y críticas de las otras personas.

La escala que María luego marca con un T Score de $T=81$, es la Escala 7, Pt (Psicastenia), suele describir a personas con un rango de ansiedad, con características de miedos, sentimientos de culpa, dificultad de concentración, auto-crítica, trastornos de sueño, tensión y cansancio, sin embargo, esta ansiedad puede ser la motivación para trabajar en terapia y que sea abierta en terapia, esta ansiedad la podemos confirmar en la entrevista con María por las dificultades de interacción social que manifiesta la paciente así como terror a las hornillas, cuchillos, tanqueros, gasolineras y asociados.

Mientras que en la Escala 8, Sc (Esquizofrenia), determinada por evaluar procesos de pensamientos bizarros, percepciones peculiares, alineación social, relaciones familiares conflictivas, falta de intereses, control de impulsos, María registra T Score de $T=73$, es decir, es un puntaje clínicamente significativo, teniendo dificultad en sus pensamientos y en sus sentimientos por las secuelas actuales que el accidente le dejó física y emocionalmente, manifestándose como una alienación emocional.

La Escala 9, Ma (Hipomanía), la paciente posee un T Score de $T=47$, escala con puntuación más baja que califica María, que indica poca energía y va relacionado con la depresión que presenta. Esta escala en sí evalúa niveles medianos de excitación maniaca caracterizados por un estado de ánimo inestable, mide psicomotricidad elevada, irritabilidad, grandiosidad y egocentrismo, ideas rápidas y en gran cantidad que son intrusivas. La última Escala Clínica, Escala 0, Si (Introversión Social), calcula a María un T Score de $T=49$, es decir, se sitúa de bajo un rango promedio de introversión y extroversión social, pero tomando en cuenta la entrevista, tiene dificultad para sociabilizar actualmente por cómo se encuentra

físicamente pero aun así le gusta conversar y conocer personas cuando puede, por lo que puede decirse que esta marcación de extroversión es cómo ella interactuaba previo al incidente y la forma de actuar de ella que le agrada y con la que desea continuar.

Escalas de Contenido

Adicionalmente tenemos las Escalas de Contenido que son segmento de las escalas clínicas por lo que proporcionan al clínico una validez psicométrica comparativa semejante al resto de las escalas de la prueba, ayuda a discriminar el diagnóstico.

Aquí las escalas notables son ANX (Ansiedad) la cual evalúa los síntomas generales de ansiedad, incluyendo tensión problemas somáticos, problemas de sueño, preocupaciones y escasa concentración. María marcó con un T Score de T=66, considerado esto como clínicamente significativo y, adjuntando esto a la entrevista, se asocian las preocupaciones por todo el proceso de recuperación que le toca seguir viviendo, su vida social cómo es afectada al igual que sus metas profesionales. La segunda escala Miedos (FRS) es la que tiene mayor T Score con T=72 refiriendo temores y como es una escala bastante situacional, va relacionado a su contexto percibido como peligroso o que pueda volver a causarle daño y sufrimiento como son las hornillas hasta las operaciones que le toca soportar, incluso ha comentado tener miedo de que este acontecimiento le traiga consecuencias sociales y familiares a futuro.

Por otro lado tenemos la Escala de Depresión (DEP) que detecta personas con pensamientos significativamente depresivos, melancólicos, tristes, sin interés por sus vidas ni por su futuro por lo que han tenido ideación suicida, aquí el paciente puntúa un T Score de T=70, es decir, entra en la descripción de esta escala.

Escalas Suplementarias

Estas escalas ayudan a interpretar las escalas Clínicas y aumentar la cobertura de problemas y trastornos clínicos. De estas vamos a describir las escalas cuyo $T \geq 65$ y $T < 40$ que son, la Escala R (Represión) que denota cierto convencionalismo y sumisión, son personas que se esfuerzan por evitar situaciones desagradables o no placenteras, María puntúa un T Score de $T=67$ lo que la indica como alguien que niega y no está dispuesta a discutir sus problemas lo que reflejaría supresión, constricción e inhibición de los mismo, personas con una elevación en esta escala suelen no poder decir lo que piensa y siente a familiares, amigos, compañeros y otros, guardándose todo para sí mismas.

La Escala ES (Fuerza-Ego) es una medida de adaptabilidad, resistencia, recursos personales y funcionamiento efectivo, considerándose también como buen indicador de salud mental. Lo cual María califica un $T=33$, es decir, denota sentimientos dificultad para afrontar el estrés junto con un poco bajo concepto de sí misma y con trance para adaptarse a las situaciones problemáticas. Por otro lado tenemos la Escala PK (Trastorno por estrés postraumático) manifiesta un Trastorno de Estrés Postraumático, escala que habla de la experiencia vivida, estrés emocional, ansiedad, falta de confianza en habilidades propias, incomodidad de la persona con su estrés, reacción intensa al estrés situacional o personal. María con un $T=66$ en esta escala, está en un rango clínicamente significativo ajustándose a la descripción de esta escala.

O-H (Hostilidad Sobre Controlada), es la escala suplementaria que calificó María un T Score de $T=66$, indicando que es una persona con la capacidad de tolerar las frustraciones

sin tomar represalias, es decir, controla excesivamente sus impulsos y es alienada socialmente, es íntegra y no quiere manifestar su ansiedad.

Escalas Harris Lingoies

Desglosando un poco más el MMPI-2 conseguimos las Escalas Adicionales donde recalcaremos las que son $T \geq 65$. Comenzando con las Sub-Escalas de Harris-Lingoies tenemos, en las Sub-escalas de Depresión María eleva la Depresión Subjetiva (D1) con un $T=72$ que describe a personas depresivas con dificultades para dormir, son pesimistas y tienen baja moral y poca autoestima, tienen problemas con la atención y concentración.

En las Sub-escalas de Histeria encontramos con un T Score de $T=75$, la escala Lasitud-Malestar (Hy3) que describe las personas deprimidas y tienen dificultades para dormir, están cansadas, se fatigan fácilmente y no están en un buen estado físico. En las Sub-escalas de Desviación Psicopática, María eleva Alienación Social (Pd4) con un T Score de $T=65$ que es clínicamente significativo describiendo que siente que nadie le entiende, no es muy feliz y se lamenta por las cosas que hizo, como el haber estado ahí en ese momento del accidente, al igual cree que otros hablan de ella teniendo eso para ella, que es el caso de la empresa donde trabajaba. Igual, en estas sub-escalas elevó con un $T=68$, la Auto-alienación (Pd5) que describe a las personas con un estado de ánimo depresivo y lamenta las cosas que han hecho, son pesimistas y algunas personas usan el alcohol excesivamente, sin embargo esto último del alcohol no se aplica a María.

Alienación Social (Sc2), de las Sub-escalas de Esquizofrenia, María califica $T=67$, aquí se describe a personas que presentan problemas de depresión, apatía, con ideación suicida, sienten miedo y sienten una falta de relación con ella misma. Sobretudo eleva las

Experiencias Sensoriales Bizarrias (Sc6) con un T=72 que traza a personas que sienten que sus cuerpos están cambiando de manera extraña e inusual, teniendo esto relación con el cambio físico que María vive desde hace un año con el accidente que sufrió.

Ahora, en las Sub-Escalas de Contenido María eleva en Temores, FRS1 (Temor Generalizado) marcando un T=68 denotando un tono de aprensión generalizado para la vida diaria, enfocándose en el peligro o daño potencial de objetos o circunstancias del ambiente. FRS2 (Temor Múltiple) con un T Score de T=66 que es clínicamente significativo y demuestra fobias a cosas o eventos específicos como es el fuego, los tanqueros, las cirugías en la paciente.

En la sub-escala de Depresión eleva la Falta de Unidad (DEP1) con T=65, clínicamente significativo, indicando desesperación y pérdida de interés y placer en y motivación hacia la vida, refleja andonea, apatía, inhabilidad para lograr incluso las tareas rutinarias del día a día y, sensación de resignación. Disforia (DEP2) calificando un T Score de T=73, indica que se siente esencialmente triste. También eleva en la Sub-escala de Ideación Suicida (DEP4) con un T=93 que evalúa pesimismo sobre el futuro que es tan horrible de soportar que desearía morir y pensamientos de suicidio. Esta alta puntuación eleva el potencial de suicidio que se debe evaluar y probablemente tomar precauciones en contra de actos o gestos suicidas.

De las sub-escalas concernientes a la salud María eleva con un T= 67 Síntomas Neurológicos (HEA2), con lo que es recomendable realizar una evaluación médica neurológica para valorar problemas sensorio-motores, pérdida de conciencia y dolores localizados en la cabeza. Preocupación General de la Salud (HEA3) puntuando T= 71, que indica un estado de salud bajo y preocupación y miedo por la salud, teniendo esto correlación

con su situación y las entrevistas tenidas con María. Por último tenemos de las Sub-escalas de Baja Auto-Estima, elevada la Duda (LSE1) con una calificación de T=66 indicando personas con convicción de inferioridad personal e inadecuación, en sí hay una negativa global y una identidad devaluada.

PERFIL CODIFICADO

Podemos ver que en este MMPI-2 el codetipo es 7-2 ya que son los dos puntos más altos de las escalas clínicas siendo Pt la mayor por puntuar T=81 seguida de D con una calificación de T=77. Este es un codetipo común y hay que evaluar más a fondo ciertos ítems porque personas con este codetipo pueden tender al suicidio. Personas con este codetipo se presentan como una persona dócil, pasiva, dependiente en las relaciones interpersonales, se las caracteriza como crónicas con características depresivas profundamente arraigadas en relación a sentimientos de inadecuación y culpa.

Estado Emocional

En el estado emocional se clasifica a personas que presentan angustia emocional, se sienten culpables y ansiosas, se preocupan por humor disfórico y no sienten placer en la mayoría de áreas de su vida, se auto miran como irritables y malhumoradas, rumea sobre su vida y sus problemas, son más sensitiva y son fácilmente heridas.

Cognición

Cognitivamente se reporta que alguien en este grupo de codetipo han tenido problemas de atención, concentración y memoria, puede existir confusión y olvido de lo que

quieren decir. Ciertamente carecen de confianza en sí mismas y creen que no son tan buenas como otras personas e inclusive se creen que a veces son inútiles. Les cuesta tomar decisiones y se sienten muy útiles cuando toman importantes decisiones. Se sienten culpables cuando sus estándares y expectativas no se cumplen, son pesimistas y pierden la esperanza de poder hacer cambios substanciales en sus circunstancias. Esto refleja la depresión Cognitiva y la expectación negativa.

Relaciones Interpersonales

En las relaciones interpersonales se sabe que en sí María es una persona extrovertida pero desde el incidente prefiere que las personas no la vean, se avergüenza fácilmente pero desea cambiar aquello por lo que frecuentemente tiene que luchar con eso. Uno con este codetipo tiene problemas para conocer gente nueva y relacionarse sobre todo en grupos, generalmente presenta conflictos familiares. Es tímido, introvertido, prefiere esperar a que la otra persona inicie la conversación, es pasiva y reservada.

Problemas en Otras Áreas

Podrían existir otros problemas como neurológicos, preocupaciones de su salud, pensamientos que le molestan, problemas para dormir y al no tener energías para sus actividades diarias tener poco desenvolvimiento en sus actividades diarias.

Post – Intervención

Este perfil del MMPI – 2 se lo debe considerar válido e interpretable.

Escalas de Validez

La cliente presentan consistencia al endosar los ítems del MMPI-2 dando estabilidad en sus respuestas, notando aquello en VRIN (Variable response inconsistency, T= 62) y, en TRIN (True response inconsistency, T= 50). Aunque el TRIN indica en este MMPI-2 la tendencia a ser “Nay-sayer”, es decir, propensión a responder negativamente (underreporting), este reporte se ve una tendencia equilibrada para estar dentro del rango promedio, es decir, la paciente es capaz de entender y responder consistentemente.

También es importante recalcar que la cliente presenta en la configuración de la escala de Validez los siguientes T-Score (Plotted) en Escala de Mentira (L) T= 62, Escala de Infrecuencia (F) T = 51 y, Escala de Defensas (K) T= 61. En la Escala L, que identifica personas que intentan deliberadamente evitar contestar el MMPI-2 de manera franca y honesta incluyendo la negación de pequeñas debilidades de carácter, María presenta un puntaje alto que está dentro del rango promedio, o sea tiene un equilibrio adecuado entre admitir y negar menores fallas sociales. La Escala K, nos dice cuántos recursos tiene la persona. Esta cliente presenta tener un balance dentro del promedio entre auto-revelación y auto-protección. Siendo un T-Score dentro del rango promedio de T=61, que indica el balance entre auto evaluación, capacidad para lidiar con problemas del diario, independencia y con su historia recopilada anteriormente se lo comprueba a ver su avance en los estudios y en su carrera.

Por otro lado tenemos la Escala F, en esta escala no se reporta estrés psicológico. Este T-Score (Plotted) de T=51 de esta escala indica que la persona que tomó este MMPI-2 está dispuesta a aceptar un número típico de experiencias inusuales ya que tiene un conteo que entra en el promedio. Tomando en cuenta la historia del cliente, del avance visto en sesiones

en su estado de ánimo, su discurso, su proyección presentada en consulta y lo que ella misma evoca percibir un cambio en ella y en las cosas que le tenían preocupada como lo laboral y estado físico, se puede revalidar este puntaje y, al mismo tiempo, se toma muy en cuenta que la paciente acudió a terapia después de haber vivido un evento traumático hace un año, por lo que es entendible ciertos momentos, en especial después de cada cirugía, encontrar síntomas de depresión como problemas de atención, concentración, memoria, pero sobre todo insomnio.

Dentro de una puntuación promedio existe una configuración de la escala de validez de una F baja a comparación con L y K que están altas, pero no tan notables, o sea dentro del promedio, esto indican “most closed”, es decir, momentos en los que trata de negar los problemas y sentimientos, intenta presentarse a sí misma la luz positiva dentro de lo normal, esto se ve generalmente con problemas crónicos y en su caso sí es equivalente a ello, por lo que se pueden construir en la personalidad, una adaptación social adecuada para ver el mundo ya sea bueno o malo, María está aceptando y adaptándose a su situación.

La escala que representa problemas en relacionarse socialmente, predominancia de síntomas depresivos, ideación suicida, en el perfil de MMPI-2 es el T-Score de Fb (F-back) que destaca problemas en las relaciones, predominación de síntomas depresivos, sin esperanza, problemas familiares, el cliente tiene un T=50, hay presencia dentro de un rango normal con baja tendencia.

María reporta una pequeña elevación en la escala Fp (Infrequency-Psychopathology), comparando con las escalas F y Fb, calificando a María un T-Score (plotted) de T=57, es decir, un puntaje dentro del rango estándar. Personas con elevación en esta escala podrían tener hábitos inusuales, actitudes amorales, confusión de identidad y síntomas psicóticos.

Antes de discutir la información de las escalas clínicas, de contenido o suplementarias, es importante notar que una sola prueba de considerable reputación como el MMPI – 2 no es suficiente para constituir una evaluación psicológica completa, hay que realizar una batería de pruebas.

Escalas Clínicas

Por un lado tenemos las escalas clínicas donde encontramos que ninguna escala llega a elevar María fuera del rango promedio.

Escalas de Contenido

Adicionalmente tenemos las Escalas de Contenido que son segmento de las escalas clínicas por lo que proporcionan al clínico una validez psicométrica comparativa semejante al resto de las escalas de la prueba, ayuda a discriminar el diagnóstico. Aquí podemos ver que ninguna escala puntúa más del margen estándar.

Adicionando a esto, la escala más alta es la segunda escala Miedos (FRS) con un T Score de T=56 refiriendo temores dentro del rango promedio y como es una escala bastante situacional, va relacionado a su contexto percibido como peligroso o que el dolor que le causan las infiltraciones y las operaciones, lo que sigue persistiendo un poco es el miedo de que este acontecimiento le traiga consecuencias sociales a futuro.

Escalas Suplementarias

También tenemos las Escalas Suplementarias, estas escalas ayudan a interpretar las escalas Clínicas y aumentar la cobertura de problemas y trastornos clínicos. De estas vamos a describir las escalas cuyo $T \geq 65$ y $T < 40$ que son, la Escala A (Ansiedad) con un T Score = 39, que al estar bajo refleja una persona que tiende a ser energética, competitiva y socialmente abierta.

O-H (Hostilidad Sobre Controlada), es la escala suplementaria que calificó María un T Score de $T=66$, indicando que es una persona con la capacidad de tolerar las frustraciones sin tomar represalias, es decir, controla excesivamente sus impulsos y es alienada socialmente, es íntegra y no quiere manifestar su ansiedad.

Escalas Harris Lingoies

Desglosando un poco más el MMPI-2 conseguimos las Escalas Adicionales donde recalcaremos encontramos las Sub-Escalas de Harris-Lingoies y las Sub-Escalas de Contenido. En estas María no presenta ninguna puntuación elevada fuera del rango promedio.

Los gráficos de los resultados del MMPI – 2 de Pre y Post intervención terapéutica están en Anexos E.1 y Anexos E.2 respectivamente.

Estructura del Tratamiento

Metas a corto plazo

ψ Establecer una buena alianza terapéutica.

- ψ Enfatizar la colaboración y una participación activa por medio de un ambiente empático y de confianza para un mejor y entero desenvolvimiento de la persona.
- ψ Advertir las expectativas y requerimientos de la paciente sobre la terapia averiguando sus objetivos e intereses sobre las sesiones terapéuticas.
- ψ Introducir a la paciente en la Terapia Cognitivo Conductual paulatinamente por medio de la psicoeducación, práctica de técnicas cognitivas conductuales como por ejemplo los registros de pensamientos, ejercicios de relajación, deberes que en conjunto la terapeuta y la paciente acuerden, entre otros.
- ψ Conocer el Trastorno de Estrés Postraumático en Terapia Cognitivo Conductual con apoyo en la psicoeducación y la biblioterapia, por ejemplo el uso del libro de Meichenbaum, D. (1995). A clinical handbook/practical therapist manual: for assessing and treating adults with post-traumatic stress disorder (PTSD).
- ψ Enfatizar a la paciente a convertirse en su propio terapeuta para prevención de recaídas. Logrando que María sepa utilizar sus propias estrategias y las otorgadas en sesiones terapéuticas practicadas para que pueda utilizarlas fuera de sesiones y contrarrestar momentos de angustia y ansiedad.
- ψ Psico-educar a la paciente en la identificación, evaluación y reestructuración de pensamientos, creencias y emociones disfuncionales como la depresión o

culpa por medio de la reestructuración cognitiva y procedimiento de solución de problemas.

- Para ello el uso del cuadro de registro de pensamientos será clave en este proceso. Ejemplo adjuntado en Anexo B.
- Al igual, el diagrama de conceptualización cognitiva será fuente aplicada, archivo adjunto en Anexo C.
- También la rueda de emociones será indispensable en estas sesiones, ejemplo en Anexo D.

ψ Generar habilidades de relajación que sean funcionales fuera de las sesiones terapéuticas.

- Técnica de respiración profunda y controlada.
- Adoptar hábitos adecuados de sueño.
- Cantar.
- Imaginería y focalización en la resolución de problemas.
- Realizar postres.
- Estrechar la mano su madre.

ψ Monitoreo del estado de ánimo por medio de escalas de intensidad y frecuencia del 0 al 10, sumando el uso de la rueda de emociones.

- ψ Trabajar en la auto-crítica y auto-rechazo para reformar su autoestima por medio de sus creencias y esquemas cognitivos. A sí mismo se emplearán ejercicios prácticos que pongan a prueba estas creencias desadaptativas como por ejemplo, solo percibiendo en el espejo sus ojos llegar a encontrar la chica que conoció antes del evento traumático y lo que más le agrada de ella.
- ψ Fundar herramientas propias de la paciente para la auto superación laboral, educativa, social, familiar y personal. Es decir, que María encuentre sus propias estrategias que le ayudaran a una reinserción social, educativa, laboral y familiar, enfatizando en las ganancias y pros de estas prácticas.
- ψ Identificar aptitudes, cualidades y fomentarlas. O sea, restaurar las capacidades que María tenía antes del accidente traumático y proporcionarlas según su nueva capacidad de desenvolvimiento. Así poco a poco incrementar su desempeño en las tareas que puede y le gusta realizar.
- ψ Deberes planteados tanto por la paciente como por la terapeuta.
- ψ Ayudar a la paciente hacer frente más efectivamente “flashbacks”, tratamiento de alertas con modelado encubierto para reforzar los esquemas cognitivos positivos.
- ψ Ayudar hacer frente a las “ideaciones intrusivas” por medio de la terapia de exposición directa, imaginaria y procedimientos de exposición en vivo, procedimientos guiados de imaginería y procedimientos de entrenamiento de inoculación de estrés.

- ψ Hacer frente a la ira y variar reacciones por medio del auto-control y el entrenamiento interpersonal.
- ψ Ayudar a María a “reescribir” su historia escribiendo una carta y registrando el procedimiento y usando metáforas “curativas”, funcionales, positivas.
- ψ Ayudar con problemas caracterológicos e interpersonales como sería en casos de pacientes borderline.
- ψ Luchar con la persona ante trastornos con comorbilidad como el alcoholismo y comportamientos adictivos relacionados.
- ψ Acentuar la importancia en el paciente y en la familia la trascendencia de intervención familiar para que la persona sienta el apoyo de su familia nuclear.
- ψ Conocer historias relacionadas e incluso fomentar la terapia grupal para normalizar y lograr la identificación de la paciente con otras personas.
- ψ Terapia de arte y movimiento donde la persona pueda representar sus sensaciones tanto de reactivación, reconstrucción de los hechos como de las esperanzas, metas y progreso del tratamiento.

Metas a largo plazo

Como meta a largo plazo María busca recuperar su estilo de vida, con lo que refiere poder lograr sentirse bien totalmente.

- ψ Reducir los síntomas de aprensión a lugares y situaciones que le recuerden el evento traumático por medio de la imaginación, juego de roles emocionales e intelectuales, auto diálogo guiado, exposición prolongada.
- ψ Disminuir síntomas de fobia a cosas que le puedan lastimar con el manejo de ansiedad y miedo y la desensibilización sistemática.
- ψ Modificar las creencias intermedias y creencias centrales instituyendo nuevas creencias que sean funcionales. El uso del registro de pensamiento será trascendental así como el modelado en cubierto.
- ψ Generar pensamientos funcionales sobre sí misma, el mundo y el futuro. Para esto el auto diálogo guiado es particular y el juego de roles también será esencial.
- ψ Afrontar contextos de estrés con imaginación y exposición gradual.
Gradualmente confrontar el evento traumático así como lugares o cosas que causen en María estrés para que sucesivamente fortalezca su percepción ante estos hechos, primero imaginando un supuesto y luego permitir e incentivar a que la paciente afronte estas situaciones.
- ψ Técnicas Conductuales de entrenamiento, modelamiento y exposición gradual.
- ψ Ganar autoconfianza, autoeficacia y autonomía. Gran utilidad se empleará con el modelado encubierto y el auto diálogo guiado.

Aspectos éticos y legales

El servicio gratuito de las consultas psicológicas de la USFQ se basa en el Código de Ética de la Asociación Americana de Psicología (APA). Por ello, las sesiones terapéuticas se fundamentan en cinco principios generales del código de conducta que son según Fisher (2012):

- Principio A: Beneficencia y No Maleficencia; donde el terapeuta se caracteriza por ser compasivo, prudente y humano.
- Principio B: Fidelidad y Responsabilidad; relacionado por ser fiel, consciente y confiable
- Principio C: Integridad; caracterizado por ser honesto, genuino y confiable.
- Principio D: Justicia; representado por ser justo y juicioso.
- Principio E: Respeto por los Derechos y la Dignidad de las Personas; donde se ve el respeto y la consideración hacia el paciente.

Para iniciar el proceso psicoterapéutico es necesario primero explicar y firmar tanto el paciente como el terapeuta el consentimiento informado (3.10 Consentimiento informado) (ver Anexo A), el cual detalla las normas de confidencialidad (4.01 Mantenimiento de la confidencialidad) tomando las precauciones necesarias para proteger la información dentro de las leyes y regulaciones profesionales (4.02 Discusión de los límites de la confidencialidad; 4.05 Revelación de información), privacidad, reglas de las sesiones terapéuticas como la puntualidad, cancelación de las citas por lo menos con una hora de anticipación, aceptación para filmar las sesiones con fines académicos incluyendo tesis salvaguardando la identidad real del paciente (4.07 Uso de información confidencial para docencia u otros fines), participación voluntaria con la opción a retirarse en cualquier momento (Fisher, 2012). Al igual, el consentimiento informado indica que la terapia será

llevada a cabo por una estudiante de quinto año de Psicología Clínica de la USFQ que será supervisada constantemente por un profesor durante el proceso psicoterapéutico.

Por otro lado, el uso de test psicométricos debe basarse en los códigos de ética del APA 9.05 (Construcción del Test) y 9.08 (Uso de test obsoletos) para evaluar únicamente mediante pruebas adecuadas al paciente (según la edad, cultura, motivo de consulta, idioma) y que provean información necesaria para el diagnóstico de manera confiable. Ya obtenidos los resultados y efectuado los análisis correspondientes, se prosiguió a la retroalimentación de estos a la paciente (9.10 Explicar los resultados de la evaluación) mediante un lenguaje accesible y entendible (Fisher, 2012).

Importancia del estudio

Potencialmente, esta investigación podría favorecer con información e investigación a futuros estudios de caso o estudios con una muestra más significativa del uso de la Terapia Cognitivo Conductual enfocada en pacientes con Trastorno de Estrés Postraumático por quemaduras, ya que, se encuentra basada en textos con sustento científico y en datos recolectados por medio de test de marcada validez como lo es el MMPI-2. Asimismo, este informe es beneficioso para poder conocer técnicas de trabajo de la TCC para los pacientes con PTSD de quemaduras. Igualmente esta investigación se enfoca en brindar mayor conocimiento a profesionales de diversas carreras, estudiantes y población en general interesada en conocer sobre las posibles causas, las consecuencias y los tratamientos para la recuperación psicológica de una persona que sufre PTSD en quemaduras por medio de las

diversas técnicas conductuales (por ejemplo, modelamiento encubierto) así como de las propias herramientas de la paciente (por ejemplo, colaborativa).

La realización de este estudio de caso es significativa para el Ecuador como para la población mundial porque se quiere incentivar una mayor investigación del tema ya que no existe en Suramérica y especialmente en Ecuador investigaciones con sustento validado de la TCC en PTSD por quemaduras (Niño García, 2010; Álvarez, 2004). Al igual, es importante ya que se exponen técnicas que pueden ser útiles a otros pacientes y, porque los datos obtenidos en esta investigación permiten abarcar información sobre la Terapia Cognitivo Conductual, las herramientas psicológicas empleadas y la utilidad de test psicométricos para trabajar en este campo. Por lo que se instiga a seguir desarrollando y optimizando la ayuda brindada a pacientes con PTSD por quemaduras.

Resumen de sesgos del autor

Al haber María sufrido quemaduras graves, constantemente se encuentra en rehabilitación e intervenciones médicas, factores trascendentales que pudieron haber sesgado los datos de esta investigación. Al igual, factores externos como el ámbito social y el entorno de María influenciaban en su estado de ánimo por lo que su desenvolvimiento variaba según la situación, viéndose esto reflejado en su paciencia, concentración, cansancio, auto-estima entre otros.

Una de las partes fundamentales de la terapia es la alianza terapéutica. Baringoltz (2007) menciona que la habilidad del terapeuta para afrontar múltiples entrecruzamientos en

la alianza terapéutica constituye un tema esencial ya que no solo conduce el área vincular con el paciente sino la variabilidad del terapeuta. La transferencia y la contratransferencia son considerados afectos hacia figuras pasadas que son transferidos a otra persona en el presente, llevando a la reformulación de emociones que informan a la persona quien es él, quién es el otro y la calidad de vínculo existente (Kühne, 2003). Para poder conocer más sobre la influencia que ejercen la transferencia y la contratransferencia se las describe brevemente a continuación.

Transferencia

Se ha definido a la transferencia como la unión del pasado con el presente por medio de un enlace falso que superpone el objeto originario con el objeto actual, es decir, se involucra el pasado con el presente (Erroteta, 2009). Esta transposición se encuentra vinculada a objetos y deseos reprimidos del sujeto, por lo que el afecto con el que es demostrado no congenia en cantidad ni en calidad a la situación real y actual, lo que conlleva a obtener una respuesta inapropiada y desajustada (Erroteta, 2009).

La transferencia nace de la corriente psicoanalítica, sin embargo, en Terapia Cognitiva Conductual también se la utiliza para el proceso terapéutico. En la TCC la transferencia es una herramienta que proporciona al terapeuta conocimiento de los pensamientos automáticos, creencias y distorsiones Cognitivas que el paciente tiene a cerca del terapeuta y de la terapia (Diveky et al, 2010). Lo que permite comprender cómo el paciente funciona en el mundo, por ejemplo la conducta que tendría hacia su padre.

En el caso de María, al inicio de las sesiones terapéuticas, se observó transferencia ya que el hecho de acudir a consultas psicológicas le recordaron al psicólogo del hospital, al cual asociaba con el dolor físico que pasó cuando se encontraba internada en el hospital.

Contratransferencia

Campo Redondo (2008) cita a la contratransferencia como los pensamientos, sentimientos, fantasías y reacciones que experimenta el terapeuta como consecuencia de la interacción terapéutica. Casement (2002; en Campo Redondo, 2008) afirma que esto puede ser utilizado como apoyo para el terapeuta porque permite conocer las respuestas de empatía que tiene el profesional hacia su paciente. Sin embargo, la contra transferencia también puede distorsionar o malinterpretar el desenvolvimiento del paciente en el mundo, ya que, así como en la transferencia el individuo puede orientar sus impulsos reprimidos al terapeuta, el terapeuta puede encaminar sus miedos o deseos reprimidos al paciente (Campo Redondo, 2008). Es por ello la importancia de que el psicólogo sepa reconocer su estructura Cognitiva, sus emociones y conductas y, así, lograr distinguir su funcionamiento, limitaciones y efectos que genera en el paciente (Prasko y Vyskocilova, 2010).

En cuanto al proceso terapéutico con María se pudo observar contratransferencia al momento de ver una recaída en ella tras haber tenido una intervención médica, lo que llevó a una sensación de estancamiento, indignación y tristeza. Es por esto que se realizó supervisión del caso y se reformuló el trabajo con María, valorando la importancia de su recuperación física y enfocándose en el apoyo y herramientas que ella requería para adecuarse a estas situaciones.

CONCLUSIONES

Respuesta a la pregunta de investigación

La Terapia Cognitiva Conductual ha probado su eficacia en aliviar síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático en niños, jóvenes y adultos (Báguena Puigcerver, 2001). En este estudio de caso, por el curso y los resultados de la terapia, se ha comprobado la efectividad de la TCC para disminuir los síntomas de PTSD de María.

Esta afirmación se la puede evidenciar en la mejoría que la paciente ha demostrado dentro y fuera de las sesiones terapéuticas en cuanto a su desenvolvimiento social, emocional, Conductual, en la habilidad de María para identificar, evaluar creencias e imágenes desadaptativas y modificarlas en pensamientos y representaciones funcionales. Al igual, se puede observar en el análisis de datos obtenidos por medio de los post test psicológicos una remisión de síntomas presentes en el diagnóstico de PTSD de la paciente.

Aunque los criterios de diagnóstico del DSM-5 para Trastorno de Estrés Postraumático para María ya no se cumplen y, en definitiva, se puede apreciar una mejoría en la paciente en un ámbito general, se debe tomar en cuenta que su recuperación física es persistente y conllevará diversas intervenciones médicas. Es por ello que para María es significativo y alentador contar con herramientas y recursos que le ayudan a adecuarse a su situación actual y poder afrontar las adversidades que su recuperación física amerita.

Limitaciones del estudio

Al ser un estudio de caso los resultados obtenidos se limitan únicamente a una paciente ecuatoriana de 26 años de edad. En esta investigación se observó cómo la Terapia Cognitivo Conductual es efectiva para la paciente con Trastorno de Estrés Postraumático por quemaduras de primer, segundo y tercer grado, por lo que las conclusiones no pueden ser generalizadas. Es decir, es un caso único y no experimental ya que las variables a las que María estaba expuesta durante el proceso psicoterapéutico no eran controladas (Buela-Casal & Sierra, 2002).

Igualmente se ve como una limitación el no poseer un grupo control por lo que no se puede comparar los resultados obtenidos de la Terapia Cognitivo Conductual con otra terapia psicológica o con un grupo control que no recibiera tratamiento. Ya que, como menciona Morales Vallejo (2013), existen variables que pueden afectar la validez interna y, el cambio significativo pudo deberse a otras circunstancias y no necesariamente a la TCC.

Por otro lado, la limitación de trabajar solo con la paciente y no con la familia es importante mencionar, pues, la familia es un factor importante y fundamental para la recuperación física, psicológica y emocional de la paciente ya que tienen el papel central de apoyar a la persona con PTSD (NICE, 2005).

Al ser realizado este estudio de caso por una única terapeuta, estudiante de último año de Psicología Clínica y con ninguna práctica previa sobre el Trastorno de Estrés Postraumático por quemaduras, pudieron existir sesgos como una marcada empatía hacia la paciente y limitaciones en el desenvolvimiento de técnicas terapéuticas, lo que conllevaría al uso de más tiempo para poder apreciar la recuperación de la paciente.

También hay que recalcar que el presente trabajo se enfocó específicamente en la Terapia Cognitivo Conductual abordando esencialmente el caso de la paciente con Trastorno de Estrés Postraumático por quemaduras, por lo que es un estudio de caso único cuyos resultados no pueden ser globalizados (Roussos, 2007).

Por otro lado, un limitante trascendental fue la continua exposición de María a intervenciones médicas y rehabilitaciones físicas lo que retrocedía el procedimiento psicológico, ya que, al no poder controlar estos factores externos los esquemas cognitivos desadaptativos de la paciente se sustentaban en las secuelas físicas y en el dolor insoportable. Siendo esto considerado como variables externas que afectan el proceso psicoterapéutico y sus resultados (Morales Vallejo, 2013).

Igualmente, al estar María constantemente en procedimientos legales y en tramitaciones de la aseguradora, los persistentes y detallados recuentos del evento traumático acarrearón constantes sesiones llenas de angustia que acrecentaban las creencias disfuncionales, especialmente de culpabilidad e impotencia, limitando el progreso del tratamiento (Mather, Blom & Svedberg, 2014).

Adicionalmente, el SCL-90 utilizado se trató de la revisión que se realizó en la USFQ, el cual no posee investigaciones ni datos que sustenten su validez ni confiabilidad ya que no ha sido normado. Lo que denota una limitación por esta falta de información.

Asimismo, me parece pertinente resaltar la importancia que ejerce la influencia cultural en el tratamiento de PTSD por quemaduras (NICE, 2005). Por lo que se ve como una limitante el no poder comparar y comprobar los resultados de este estudio de caso con otras investigaciones realizadas en el Ecuador o Suramérica al no encontrarse datos de ello (Niño García, 2010; Álvarez, 2004).

Igualmente hay que mencionar como limitante en este estudio de caso, que no se utilizaron las suficientes mediciones longitudinales para poder demostrar que fue la Terapia Cognitiva Conductual la que ayudó en el cambio de María y no simplemente al tiempo, como indica Morales Vallejo (2013) la propia evolución o historia del sujeto.

Pese a las limitaciones, esta investigación tiene como objetivo servir como apoyo informativo para futuros trabajos relacionados y para lectores en general que deseen conocer más respecto a la Terapia Cognitivo Conductual en el Trastorno de Estrés Postraumático por quemaduras.

Recomendaciones para futuros estudios

A partir de los resultados favorables obtenidos en este estudio de caso, se puede recomendar esta investigación como una fuente fiable para futuros trabajos referentes a la Terapia Cognitiva Conductual en el Trastorno de Estrés Postraumático en quemaduras, ya que, se sustenta con referencias de investigaciones certificadas y en datos medibles obtenidos por medio de test validados con gran sustentación científica como lo es el MMPI-2. Además, la participación activa de la paciente, la información recopilada y el trabajo virtuoso que se obtuvo de María permiten respaldar los logros positivos alcanzados.

Así mismo, la utilización del MMPI-2 como instrumento psicométrico para PTSD es recomendado para futuras investigaciones, ya que permite desarrollar un diagnóstico con datos confiables y específicos.

Por otro lado, se recomendaría para estudios posteriores utilizar una muestra significativa para que exista mayor fuente de datos que puedan sustentar la eficacia y la validez de esta intervención con esta población.

Al igual, sería interesante observar si existe diferencias entre género en cuanto a la presentación, duración e intensidad de síntomas de PTSD por quemaduras, así como las diferencias y/o semejanzas entre personas de diferentes culturas con PTSD por quemaduras. Ya que, como indica Báguena Puigcerver (2001), el contexto socio cultural de la persona con PTSD influye de manera impactante en la validez de esta categoría y permite que se aborde a este trastorno desde distintos puntos de vista. Puesto que los factores socio culturales ayudan a exponer las discordancias entre la exposición del evento traumático y las consecuencias patológicas (Paris, 2002).

Se ha visto en investigaciones realizadas en veteranos de guerra de Estados Unidos como de Israel, según Paris (2002), que el apoyo socio cultural ha demostrado ser un factor protector importante contra el progreso del Trastorno de Estrés Postraumático, sin embargo, si este apoyo socio cultural es débil puede llegar a ser un predisponente para PTSD. Al mismo tiempo, este autor hace mención a la ejecución de estudios cruzados de culturas ya que se podría dar a conocer si el trauma posee secuelas menos severas en personas que habitan en ambientes socio culturales con alto nivel de cohesión social.

Resumen general

María acude a las consultas psicológicas de la Universidad San Francisco de Quito tras sufrir un accidente laboral con fuego en la parte superior de su cuerpo incluyendo su cara.

Basado en los criterios de diagnóstico del DSM-5, el diagnóstico inicial de la paciente es de Trastorno de Estrés Postraumático por quemaduras. Por lo que el objetivo de esta investigación fue comprobar la efectividad en disminución de síntomas de PTSD mediante la Terapia Cognitivo Conductual. Para ello se administraron dos test psicométricos pre y post intervención terapéutica, el SCL – 90 y el MMPI – 2. Los resultados demostraron la eficacia de este tratamiento logrando que la calidad de vida y bienestar de María en un ámbito general se cumplieran, mejorando su autoestima y alcanzando los objetivos que mi paciente se propuso en terapia.

REFERENCIAS

- Aiken, L. R. (2003). *Test psicológicos y evaluación*. México: Pearson Educación.
- Álvarez, R. (2004). *Estrés Postraumático*. Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce. Guayaquil: Ecuador.
- American Psychiatric Association. (2013) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Arguello, J. M. & Fidel Kinori, S. G. (2006). El equipo de salud mental en una Unidad de Quemados. Obtenido el 22 de marzo 2014 de <http://hdl.handle.net/10401/3840>
- Báguena Puigcerver, M. J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el estrés post-traumático. *Psicothema*. 13(3), 479-492.
- Baringoltz, S. (2007). Conferencia: “Entrecruzamiento en la relación terapeuta-paciente, ¿una variable manejable desde el enfoque cognitivo?”. *Centro de Terapia Cognitiva*. Capital Federal: Argentina. Obtenido 2 de abril 2014 de <http://centrodeterapiacognitiva.com/wp-content/uploads/2011/01/Entrecruzamiento-en-la-Relaci%C3%B3n-Terapeuta-Paciente.pdf>
- Beck, J. (1995). *Cognitive therapy*. Nueva York: The Guilford Press.
- Beck, J. (2011). *Cognitive Behavior Therapy: basics and beyond*. New York: Guilford Press.
- Blakeney, P.E., Rosenberg, L., Rosenberg, M. & Faber, A. W. (2008). Psychosocial care of persons with severe burns. *PubMed*. 34(4), 433-40.

- Botero García, C. (2005). Efectividad de una intervención cognitivo-conductual para el trastorno por estrés postraumático en excombatientes colombianos. *Redalyc*. 4(2), 205-219.
- Briones, G. (2002). Metodología de la investigación cuantitativa en las ciencias sociales. *Programa de Especialización en teoría, métodos y técnicas de investigación social*. Bogotá: ARFO.
- Buela-Casal, G. & Sierra, J. C. (2002). Normas para la redacción de casos clínicos. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*. 2 (3), 525-532. España.
- CAMH (2011). Cognitive-Behavioural Therapy for people of Latin American Origin. *A manual for enhancing the effectiveness of CBT for people of Latin American Origin in Canada*. Canadá: Korec, L.
- Camacho, J. M. (2002). "Apología del Conductismo". Obtenido el 5 de abril 2014 de <http://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo17.pdf>
- Campo Redondo, M. (2008). Reacciones contratransferenciales en orientadores de la violencia familiar. *Revista de artes y humanidades UNICA*. 9 (23), 75-98. Venezuela.
- Carvajal, C. (2002). Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos. *Revista chilena neuro-psiquiatria*. 40 (2), 20-34.
- Carbonell, C. G. (2002). Posttraumatic stress disorder: clinical and psychotherapy. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*. 40(2), 69 – 75.

- Casullo, M., & Pérez, M. (2008). El inventario de síntomas SCL-90-R de L. Derogatis. Adaptación UBA. CONICET. 1999/2008.
- Chacón, C. P. (2009). Terapia Cognitivo Conductual para el tratamiento del Trastorno por Estrés Postraumático. *Revista latinoamericana de psicología*. 41(2).
- Chacón Fernández, J. (2006). Trastorno por estrés postraumático. Concepto, evidencias y pseudoevidencias de evaluación y tratamiento en el siglo XXI. *Interpsiquis*. 7mo congreso virtual de psiquiatría.
- Cox, D., & D'Oyley, H. (2011). Cognitive-behavioral therapy with older adults. *British Columbia Medical Journal*, 53(7), 348-352.
- Diaconu, A. (2010). El trastorno por estrés postraumático (TEPT) de origen laboral. Estudio de un caso clínico. *UPF-UD*.
- Dittmann, I. & Jensen, T. K. (2013). Giving a voice to traumatized youth-experiences with trauma-focused cognitive behavioral therapy. *Elsevier Ltd*. S0145-2134(13), 00359-1.
- Diveky et al. (2010). Transference and Countertransference in Cognitive Behavioral Therapy. Obtenido el 2 de abril 2014 de <http://biomed.papers.upol.cz/pdfs/bio/2010/03/01.pdf>
- Domjan, M. (1999). Principios de aprendizaje y conducta. Madrid: Thompson.
- Erroteta, J. M. (2009). Transferencia y contratransferencia en los pacientes psicóticos. *Norte de Salud Mental*. 33, 67-72.
- Espinosa, J. C. & Herrera-Rojas, A. N. (2003). Evaluación psicométrica de un instrumento construido a través de enlace empírico (MMPI). *Avances en Medición*. 1(1), 91-104.

- Fisher, C. (2012). *Decoding the Ethics Code: A Practical Guide for Psychologists, Updated*. Thousand Oaks, California: SAGE Publications.
- Follette, V. M. & Ruzek, J. I. (2006). *Cognitive-Behavioral Therapies for Trauma*. (2). NY: Guilford Press.
- García Méndez, G. A. (2009). Comparación de las propiedades psicométricas del MMPI y el MMPI-2 en una muestra de universitarios bogotanos. *Revista colombiana de psicología*. 18(1), 19-31.
- Gardner, P.J. J. Knittel-Kere, D. & Gomez, M. (2012). The posttraumatic stress disorder checklist as a screening measure for posttraumatic stress disorder in rehabilitation after burn injuries. *Department of Clinical Research*. 93(4), 623-8. Ontario: Canada.
- Greene, R. (2011). *The MMPI – 2 an Interpretative Manual*. Tercera edición. Boston, MA: Pearson Education.
- Guerra, V. C. & Plaza, V. H. (2009). Tratamiento Cognitivo-Conductual del Estrés Postraumático en un caso de violación infantil. *Revista de Psicología*. 18(1).
- Gómez, A. M. (2011). Mecanismos neurobiológicos del trastorno por estrés postraumático y la terapia EMDR. *Rev. Iberoamericana de Psicotraumatología y disociación*. Obtenido el 3 de abril 2014 de revibapst.com/ARTICULO%20ALAIDE%202011.pdf
- Gutiérrez, A. C. (2006). Inventario multifacético de la personalidad de Minnesota. MMPI-2. *Psicodiagnóstico-Integración psicodiagnóstica*. UCA.

- Hagenaars, M. A., Van Minnen, A. & de Rooij, M. (2010). Cognitions in prolonged exposure therapy for posttraumatic stress disorder. *International journal of clinical health & psychology*. 10(3), 421-434.
- HealthComm Uk Ltd. (2009). Prendas de comprensión para el tratamiento del linfedema de la parte superior del cuerpo. *Modelo para la práctica*. Aberdeen: Reino Unido.
- Knapp, P. & Maiato Caminha, R. (2003), Terapia cognitiva do transtorno de estresse pós-traumático. *Rev Bras Psiquiatr*. 25(I), 31-6.
- Korman, G. P. & Garay, C. J. (2012). El modelo de terapia cognitiva basada en la conciencia plena (mindfulness). *Revista argentina de clínica psicológica*. 21 (1), 5-13.
- Kühne C., W. (2003). Integración del modelo psicoterapéutico cognitivo. Obtenido el 2 de abril 2014 de http://www.kuhne.cl/documentos/integracion_modelo_psicoterapeutico_cognitivo.pdf
- Lemo Hoyo, M., Londoño Arredondo, N. H. & Zapata Echavarría, J. A. (2007). Distorsiones cognitivas em personas com dependência emocional. *Informes Psicológicos*. 9, 55-69
ISSN 0124-4906.
- Mather, L., Blom, V. & Svedberg, P. (2014). Stressful and traumatic life events are associated with burnout – a cross-sectional twin study. *International Society of Behavioral Medicine*. 10.1007/s112529-013-9381-3.
- Mannarino, A. P., Cohen, J. A. & Deblinger, E. (2014). Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy. Evidence-Based approaches for the Treatment of Maltreated Children, *Child Maltreatment* 3, 165 – 185.

- Mariani, L. L. (2014). Trastorno por estrés postraumático. *Eutimia*. Obtenido el 7 de mayo 2014 de <http://www.eutimia.com/trmentales/estrespost.htm#.U2u35IF5NtA>
- Marsella, A. J. (2010). Ethnocultural aspects of PTSD: an overview of concepts, issues and treatments. *Traumatology SAGE*. 16 (4), 17-26.
- Meichenbaum, D. (1995). A clinical handbook/practical therapist manual: for assessing and treating adults with post-traumatic stress disorder (PTSD). 32(3). Waterloo, Ontario: Institute Press.
- Mingote Adán, J. C. (2011). Diagnóstico diferencial del Trastorno de Estrés Postraumático. *Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid*. 2(2), 121 – 124.
- Minici, A., Rivadeneira, C. & Dahab, J. (2001). Qué es la Terapia Cognitivo Conductual? *CETECIC*. 1.
- Minici, A., Dahab, J. & Rivadeneira, J. (2004). Técnicas para el manejo de ansiedad. *CETECIC*.6.
- Minieri Caropreso, R. (2006). El modelo de terapia cognitiva conductual. Obtenido el 7 de abril 2014 de http://cognitivapanama.bravehost.com/modelo_tcc.pdf
- Morales Vallejo, P. (2013). Investigación experimental, diseños y contraste de medias. Obtenido el 26 de mayo 2014 de <http://web.upcomillas.es/personal/peter/investigacion/Dise%F1osMedias.pdf>
- MSKTC. (2011). Problemas para dormir después de una lesión por quemadura. *Traumatic Brain Injury Model System Consumer Information*. H133A060070.

NICE – National Institute for Clinical Excellence. (2005). Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). Gestión del TEPT en niños y adultos en atención primaria y secundaria. London.

Niño García, J. A. (2010). Despersonalización en pacientes quemados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 39 (1), 168-177.

Ojeda Vicente, M. & García Abreu, D. (2011). El estrés postraumático, un diagnóstico a tener en cuenta. *Revista cubana de medicina militar*. 40(2), 176-181.

Palacios, L. & Heinze, G. (2002). Trastorno por estrés postraumático: una revisión del tema (primera parte). *Salud Mental*. 25(3).

Paris, J. (2002). Predisposiciones, rasgos de personalidad y trastorno por estrés postraumático. *Revista de toxicomanías*. 31. 21-32.

Prasko, J. & Vyskocilova, J. (2010). Countertransference during supervision in cognitive behavioral therapy. *Activitas Nervosa Superior Rediviva*. 52(4), 253–262.

Ramos Silva, G. (2011). Terapia Cognitivo-Comportamental no tratamento do Trastorno de Estresse Pós-Traumático em uma vítima de assaltos a banco. *PUCRS. XII Salão de Iniciação Científica*.

Real Academia Española. Obtenido el 4 de febrero 2014 de <http://www.rae.es/rae.html>

Rector, N. A. (2010). Cognitive behavioural therapy. *Centre for addiction and mental health*. Canada.

- Robles Sánchez, J. I., Andreu Rodríguez, J. M. & Peña Fernández, M. E. (2002). SCL-90-R: Aplicación y análisis de sus propiedades psicométricas en una muestra de sujetos clínicos españoles. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*. 2(1), 5-19.
- Rony Aguilar, A. (2009). Trastorno de Estrés Post-traumático en niños quemados. Asociación Pro Niños Quemados de Nicaragua. Obtenido el 23 de marzo 2014 de https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0C DUQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.quemaduras.org%2Fresource_docs%2Fbcpresentations2009%2F29DEMAYO2009%2FTrastorno_Estres_post_20_de_Mayo_2009.ppt&ei=_hQvU-tXp8rQAb2QgOAL&usg=AFQjCNEav4KSk2iE1weh5KX1440uCJLcw&bvm=bv.63556303,d.dmQ&cad=rja
- Roussos, A. J. (2007). El diseño de caso único en investigación en psicología clínica. Un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16 (3), 261-270.
- Royal College of Psychiatrists (2010). Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT). *Sociedad Española de Psiquiatría*. 228636.
- Ruiz Coloma, C. (2011). *Introducción a la Terapia Cognitivo Conductual (TCC)*. Societat Catalana de Recerca i Teràpia del Comportament. Obtenido el 27 de febrero 2014 de <http://www.acmcb.es/files/425-3832-DOCUMENT/Ruiz-42-17Oct12.pdf>

- Sánchez, R. O., & Ledesma, R. D. (2009). Análisis Psicométrico del Inventario de Síntomas Revisado (SCL-90-R) en Población Clínica. (Spanish). *Revista Argentina De Clínica Psicológica*, 18(3), 265-274.
- Sánchez Balmaseda, P., Ortega Lahera, N. & de la Casa Rivas, L. (2008). Bases conceptuales del condicionamiento clásico: técnicas, variables y procedimientos. Obtenido el 5 de abril 2014 de <http://www.canaluned.com/resources/pdf/4/3/1258033467834.pdf>
- Sciaraffia, C., Andrades, P. & Wisnia, P. (n.f.). Quemaduras. *Cirugía plástica esencial*. 87-110. Obtenido el 23 de marzo 2014 de http://www.redclinica.cl/HospitalClinicoWebNeo/CONTROLS/NEOCHANNELS/Neo_CH6258/Deploy/7_quemaduras.pdf
- Seijas Gómez, R. (2013). Trastorno por estrés postraumático y cerebro. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 33(119), 511-523.
- Sijbrandij, M., Olf, M., Reitsma, J. B., Carlier, I. V. E., Vries, M, H. & Gersons, B. P. R. (2007). Tratamiento del trastorno por estrés postraumático agudo con terapia cognitivo-conductual breve: un ensayo aleatorizado y controlado. *Am J Psychiatry*. 10: 215-223.
- Solano, M. E. (2004). Estrés post traumático en niños y adolescentes y sus consecuencias. *Honduras Pediátrica*. 24 (2), 7-12.
- Ter Smitten, M. H., de Graaf, R. & Van Loey, N. E. (2011). Prevalence and co-morbidity of psychiatric disorders 1-4 years after burn. *Elsevier Ltd and ISBI*. 37(5), 753-61.

- Thompson, G. E. & Dalkin, A. C. (2012). Cortisol en la orina. Health Information. Obtenido el 8 de abril 2014 de <http://www.uwhealth.org/spanishhealth/topic/medicaltest/cortisol-en-la-orina/tw12871.html>
- Urrutia, P- (2002). Inventario multifásico de personalidad de Minnesota, MMPI. Obtenido el 4 de mayo 2014 de <file:///C:/Users/MUXI/Downloads/APUNTEUNIVERSIDADDECONCEPCION-MMPI-2.pdf>
- Valles, M. (2013). Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. Obtenido el 9 de febrero 2014 de http://academico.upv.cl/doctos/ENFE-4072/%7B0156537F-94C8-43CF-B91A-6ABB5550C70F%7D/2013/S2/IT_Valles_Tecnicas_cualitativas.pdf
- Van Loey, N.E., Van de Schoot, R. & Faber, A. W. (2012). Posttraumatic stress symptoms after exposure to two fire disasters: comparative study. *PubMed*. 7(7), e41532.
- Vargas-Mendoza, J. E. (2006). Condicionamiento clásico pavloviano: apuntes para un seminario. *Asociación Oaxaqueña de Psicología*. Oaxaca de Juárez: México.
- . (2009). Terapias conductuales. Apuntes para un seminario. *Asociación Oaxaqueña de Psicología*. Oaxaca de Juárez: México.
- Villavicencio Carrillo, P. & Montalvo Calahorra, T. (2011). Tratamiento Cognitivo Conductual del Trastorno por Estrés Postraumático en un caso de una adolescente víctima de agresión sexual. *Clínica Contemporánea*, 2 (1), 39-56.

- Weigle, E. (n.f.). El vínculo psicoterapéutico en el trastorno por estrés postraumático. Obtenido 27 de febrero 2014 de <http://www.fupsi.org/VIIcongreso/EL%20V%20CDNCULO%20PSICOTERAP%20C9UTICO%20EN%20EL%20TRASTORNO%20POR%20ESTR%20C9S%20POSTRAUM%20C1TICO.pdf>
- Westbrook (2010). Basic theory, development and current status of CBT. Obtenido 27 de abril 2014 de http://www.sagepub.com/upm-data/39347_978_1_84860_687_6.pdf
- Wiley & Sons (2012). Terapias psicológicas para el tratamiento del Trastorno de Estrés Postraumático en niños y adolescentes. *Cochrane Collaboration*. 12:006726.
- Wiley & Sons (2013). Terapias psicológicas para el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) crónico en adultos. *Cochrane Collaboration*. 12: CD003388.

ANEXO A: 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 Ppsicología 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 Psicología 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 ppsicología Clínica de la USFQ

-----CORTE AQUÍ-----

**COPIA PARA EL ESTUDIANTE DE ÚLTIMO AÑO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
CONSENTIMIENTO**

Fecha: _____

Yo _____ acepto voluntariamente venir a consultas psicológicas 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 Psicología de la USFQ.

Yo _____ estudiante de último año me comprometo a seguir las normas éticas de la APA para psicólogos 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 psicológica

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

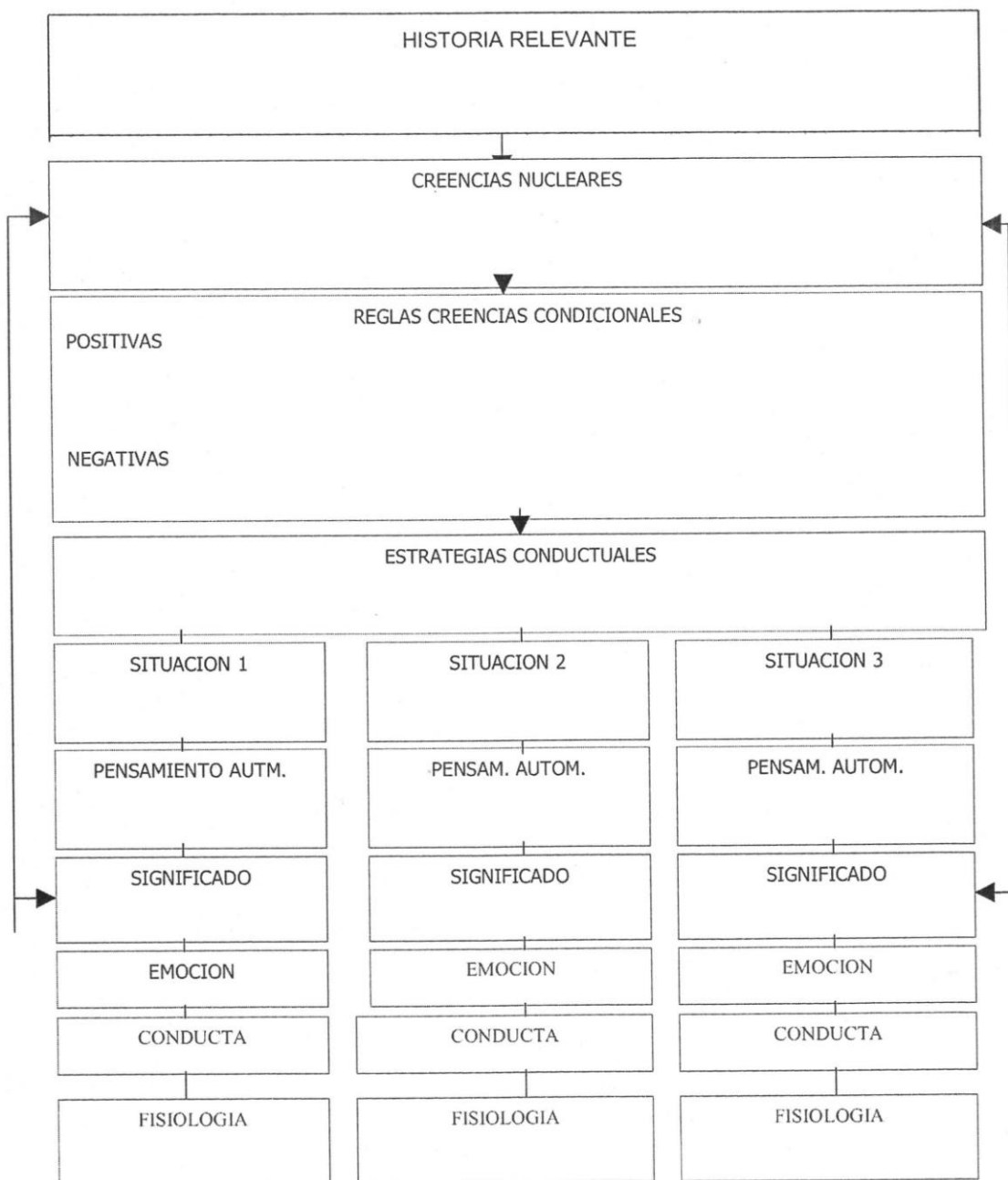
ANEXO C: Diagrama de conceptualización cognitiva

EL MODELO COGNITIVO

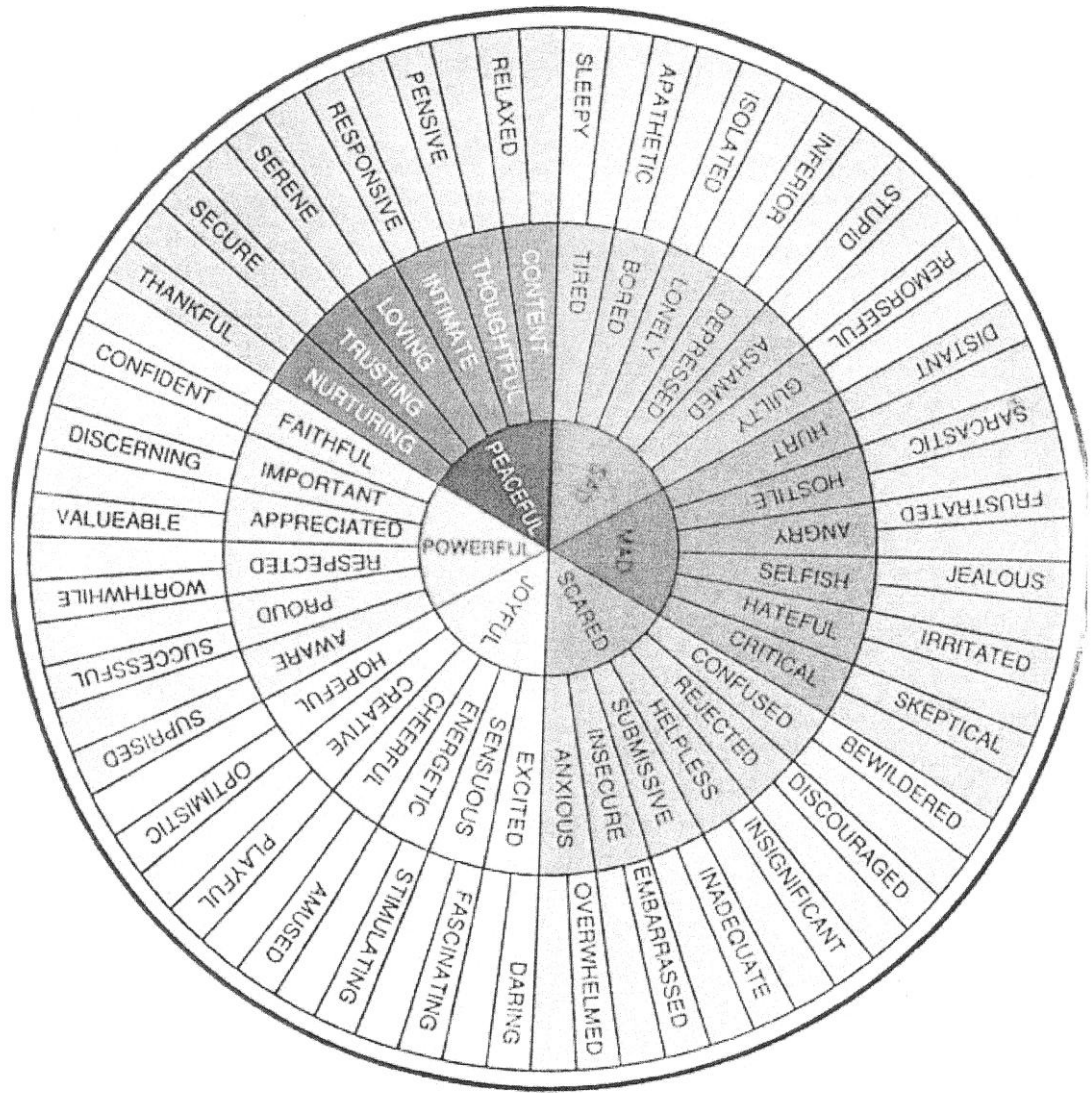
31

Nombre: _____ Diagnóstico: _____
 Fecha: _____

DIAGRAMA DE CONCEPTUALIZACION COGNITIVA



ANEXO D: Rueda de emociones



ANEXO E: SCL – 90

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. Llora por cualquier cosa.					
21. Me siento incómodo/a con personas del otro sexo.					
22. Me siento atrapada/o o encerrado/a.					
23. Me asusto de repente sin razón alguna.					
24. Exploto y No puedo controlarme.					
25. Tengo miedo a salir solo/a de mi casa.					
26. Me siento culpable por cosas que ocurren.					
27. Dolores en la espalda.					
28. No puedo terminar las cosas que empecé a hacer.					
29. Me siento solo/a.					
30. Me siento triste.					
31. Me preocupo demasiado por todo lo que pasa.					
32. No tengo interés por nada.					
33. Tengo miedos.					
34. Me siento herido en mis sentimientos.					
35. Creo que la gente sabe lo que estoy pensando.					
36. Siento que no me comprenden.					
37. Siento que no caigo bien a la gente, que no les gusto.					
38. Tengo que hacer las cosas muy despacio para estar seguro/a de que están bien hechas.					
39. Mi corazón late muy fuerte, se acelera.					
40. Náuseas o dolor de estómago.					
41. Me siento inferior a los demás.					
42. Calambres en manos, brazos o piernas.					
43. Siento que me vigilan o que hablan de mí.					
44. Tengo problemas para dormirme.					
45. Tengo que controlar una o más veces lo que hago.					
46. Tengo dificultades para tomar decisiones.					
47. Tengo miedo de viajar en tren, bus, metro o subterráneos.					
48. Tengo dificultades para respirar bien.					
49. Ataques de frío o de calor.					
50. Tengo que evitar acercarme a algunos lugares o actividades porque me dan miedo.					
51. Siento que mi mente queda en blanco.					
52. Hormigueos en alguna parte del cuerpo.					
53. Tengo un nudo en mi garganta					

Piense en cómo se ha sentido o en qué medida estos problemas le han preocupado o molestado	N A D A	M U Y P O C O	P O C O	B A S T A N T E	M U C H O
durante la última semana (7 días).					
54. Pierdo las esperanzas en el futuro.					
55. Dificultades para concentrarme en lo que estoy haciendo.					
56. Siento flojedad, debilidad, en partes de mi cuerpo.					
57. Me siento muy nervioso/a, agitado/a					
58. Siento mis brazos y piernas muy pesados					
59. Pienso que me estoy por morir.					
60. Como demasiado.					
61. Me siento incómodo/a cuando me miran o hablan de mí.					
62. Tengo ideas, pensamientos que no son los míos.					
63. Necesito golpear o lastimar a alguien.					
64. Me despierto muy temprano por la mañana sin necesidad.					
65. Repito muchas veces algo que hago: contar, lavarme, tocar cosas.					
66. Duermo con problemas, muy inquieto/a.					
67. Necesito romper o destrozarse 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 E.1: RESULTADOS SCL – 90

1er SCL 90: Pre Intervención

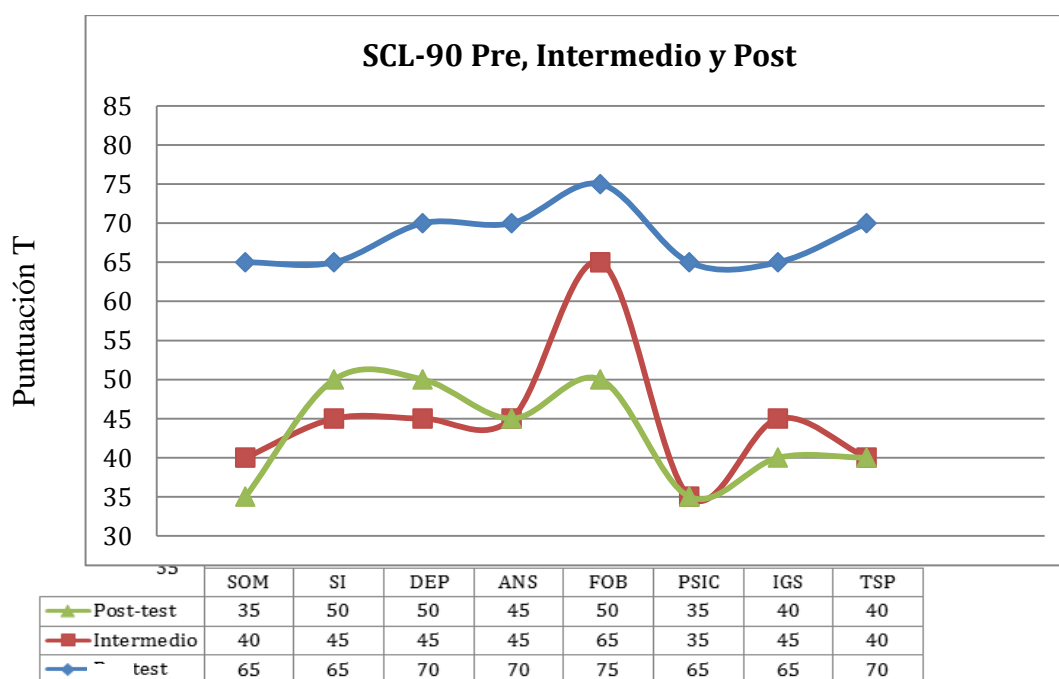
PUNTAJES T SCL-90-R											
SOM	OBS	SI	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC	IGS	TSP	IMSP
2,08	1,60	2,25	2,85	2,60	0,33	2,43	0,83	1,40	1,97	72,00	2,46

2do SCL 90

PUNTAJES T SCL-90-R											
SOM	OBS	SI	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC	IGS	TSP	IMSP
0,33	0,50	0,50	0,62	0,60	0,00	1,57	0,00	0,00	0,48	25,00	1,72

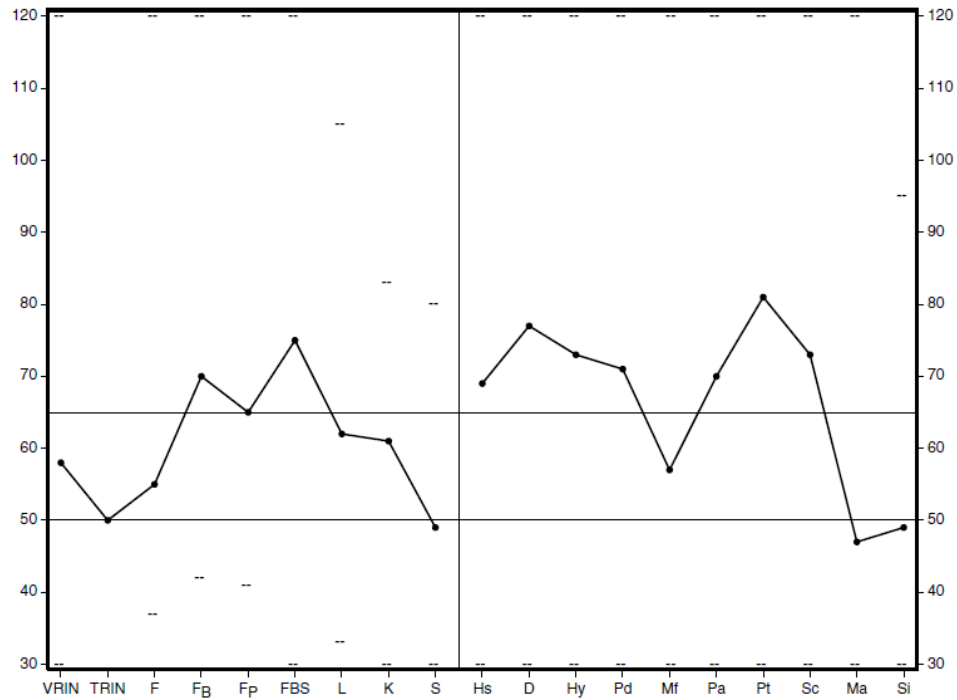
3er SCL 90: Post Intervención

PUNTAJES T SCL-90-R											
SOM	OBS	SI	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC	IGS	TSP	IMSP
0,08	0,20	0,63	0,92	0,60	0,00	0,29	0,00	0,00	0,34	25,00	1,24



ANEXO F.1: RESULTADOS MMPI - 2 PRE INTERVENCIÓN

MMPI-2 VALIDITY AND CLINICAL SCALES PROFILE



Raw Score:	7	9	5	7	3	24	6	20	25	12	33	32	23	33	16	24	21	14	26	
K Correction:										10		8				20	20	4		
T Score (Plotted):	58	50	55	70	65	75	62	61	49	69	77	73	71	57	70	81	73	47	49	
Non-Gendered T Score:	58	50	53	71	64	77	61	60	50	70	78	74	70		71	83	74	46	50	
Response %:	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
Cannot Say (Raw):	0																			
F-K (Raw):		-15																		
Welsh Code:	7*238 46*1+-5/09: LK-F/										Percent True: 36									
											Percent False: 64									
											Profile Elevation: 70.1									

ADDITIONAL SCALES

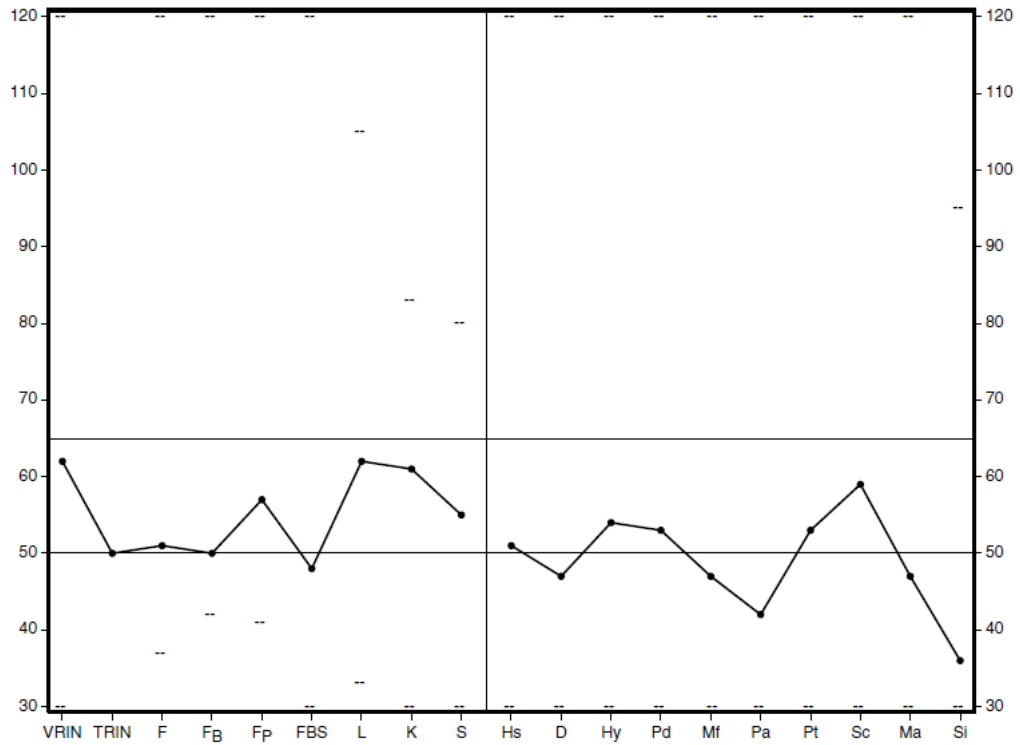
(to be used as an aid in interpreting the parent scales)

	Raw Score	Non-Gendered		Resp %
		T Score	T Score	
Harris-Lingoes Subscales				
Depression Subscales				
Subjective Depression (D ₁)	17	72	74	100
Psychomotor Retardation (D ₂)	7	57	58	100
Physical Malfunctioning (D ₃)	5	63	65	100
Mental Dullness (D ₄)	5	61	62	100
Brooding (D ₅)	5	63	65	100
Hysteria Subscales				
Denial of Social Anxiety (Hy ₁)	5	56	56	100
Need for Affection (Hy ₂)	8	55	55	100
Lassitude-Malaise (Hy ₃)	9	75	77	100
Somatic Complaints (Hy ₄)	3	49	51	100
Inhibition of Aggression (Hy ₅)	5	62	62	100
Psychopathic Deviate Subscales				
Familial Discord (Pd ₁)	1	44	44	100
Authority Problems (Pd ₂)	2	46	43	100
Social Imperturbability (Pd ₃)	6	64	63	100
Social Alienation (Pd ₄)	7	65	66	100
Self-Alienation (Pd ₅)	7	68	68	100
Paranoia Subscales				
Persecutory Ideas (Pa ₁)	3	57	58	100
Poignancy (Pa ₂)	3	53	54	100
Naivete (Pa ₃)	6	55	55	100
Schizophrenia Subscales				
Social Alienation (Sc ₁)	5	57	58	100
Emotional Alienation (Sc ₂)	3	67	68	100
Lack of Ego Mastery, Cognitive (Sc ₃)	2	55	55	100
Lack of Ego Mastery, Conative (Sc ₄)	3	54	55	100
Lack of Ego Mastery, Defective Inhibition (Sc ₅)	3	59	60	100
Bizarre Sensory Experiences (Sc ₆)	7	72	73	100
Hypomania Subscales				
Amorality (Ma ₁)	0	37	36	100
Psychomotor Acceleration (Ma ₂)	4	45	44	100
Imperturbability (Ma ₃)	5	62	61	100
Ego Inflation (Ma ₄)	1	37	37	100
Social Introversion Subscales				
Shyness/Self-Consciousness (Si ₁)	5	49	50	100
Social Avoidance (Si ₂)	4	56	55	100
Alienation--Self and Others (Si ₃)	5	49	50	100

Content Component Scales	Raw Score	Non-Gendered		Resp %
		T Score	T Score	
Fears Subscales				
Generalized Fearfulness (FRS ₁)	4	68	73	100
Multiple Fears (FRS ₂)	9	66	69	100
Depression Subscales				
Lack of Drive (DEP ₁)	5	65	67	100
Dysphoria (DEP ₂)	5	73	76	100
Self-Depreciation (DEP ₃)	3	61	62	100
Suicidal Ideation (DEP ₄)	3	93	96	100
Health Concerns Subscales				
Gastrointestinal Symptoms (HEA ₁)	0	43	44	100
Neurological Symptoms (HEA ₂)	5	67	70	100
General Health Concerns (HEA ₃)	4	71	72	100
Bizarre Mentation Subscales				
Psychotic Symptomatology (BIZ ₁)	1	54	54	100
Schizotypal Characteristics (BIZ ₂)	2	54	54	100
Anger Subscales				
Explosive Behavior (ANG ₁)	1	47	46	100
Irritability (ANG ₂)	1	39	40	100
Cynicism Subscales				
Misanthropic Beliefs (CYN ₁)	7	54	53	100
Interpersonal Suspiciousness (CYN ₂)	1	40	40	100
Antisocial Practices Subscales				
Antisocial Attitudes (ASP ₁)	3	42	42	100
Antisocial Behavior (ASP ₂)	0	42	41	100
Type A Subscales				
Impatience (TPA ₁)	2	46	46	100
Competitive Drive (TPA ₂)	0	34	34	100
Low Self-Esteem Subscales				
Self-Doubt (LSE ₁)	6	66	68	100
Submissiveness (LSE ₂)	1	45	47	100
Social Discomfort Subscales				
Introversion (SOD ₁)	8	61	61	100
Shyness (SOD ₂)	1	40	41	100
Family Problems Subscales				
Family Discord (FAM ₁)	2	42	44	100
Familial Alienation (FAM ₂)	0	41	41	100
Negative Treatment Indicators Subscales				
Low Motivation (TRT ₁)	4	61	64	100
Inability to Disclose (TRT ₂)	2	53	53	100

ANEXO F.2: RESULTADOS MMPI – 2 POST INTERVENCIÓN

MMPI-2 VALIDITY AND CLINICAL SCALES PROFILE



Raw Score:	8	9	4	2	2	13	6	20	30	4	19	24	16	37	8	9	11	14	14	
K Correction:										10			8				20	20	4	
T Score (Plotted):	62	50	51	50	57	48	62	61	55	51	47	54	53	47	42	53	59	47	36	
Non-Gendered T Score:	62	50	50	50	57	51	61	60	56	53	50	55	53		42	54	58	46	37	
Response %:	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
Cannot Say (Raw):	0																			
F-K (Raw):																				
Welsh Code:	83471/2596:0# LK-F/										Percent True: 34									
											Percent False: 66									
											Profile Elevation: 50.8									

ADDITIONAL SCALES

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

	Raw Score	Non-Gendered		Resp %
		T Score	T Score	
Harris-Lingoes Subscales				
Depression Subscales				
Subjective Depression (D ₁)	7	48	49	100
Psychomotor Retardation (D ₂)	6	51	53	100
Physical Malfunctioning (D ₃)	4	56	57	100
Mental Dullness (D ₄)	1	43	43	100
Brooding (D ₅)	2	47	49	100
Hysteria Subscales				
Denial of Social Anxiety (Hy ₁)	6	61	62	100
Need for Affection (Hy ₂)	9	59	59	100
Lassitude-Malaise (Hy ₃)	3	51	52	100
Somatic Complaints (Hy ₄)	1	41	42	100
Inhibition of Aggression (Hy ₅)	4	54	55	100
Psychopathic Deviate Subscales				
Familial Discord (Pd ₁)	0	38	38	100
Authority Problems (Pd ₂)	2	46	43	100
Social Imperturbability (Pd ₃)	6	64	63	100
Social Alienation (Pd ₄)	5	54	55	100
Self-Alienation (Pd ₅)	4	53	53	100
Paranoia Subscales				
Persecutory Ideas (Pa ₁)	0	39	39	100
Poignancy (Pa ₂)	1	40	40	100
Naivete (Pa ₃)	6	55	55	100
Schizophrenia Subscales				
Social Alienation (Sc ₁)	3	50	50	100
Emotional Alienation (Sc ₂)	0	40	40	100
Lack of Ego Mastery, Cognitive (Sc ₃)	2	55	55	100
Lack of Ego Mastery, Conative (Sc ₄)	1	44	44	100
Lack of Ego Mastery, Defective Inhibition (Sc ₅)	2	53	53	100
Bizarre Sensory Experiences (Sc ₆)	1	45	45	100
Hypomania Subscales				
Amorality (Ma ₁)	0	37	36	100
Psychomotor Acceleration (Ma ₂)	4	45	44	100
Imperturbability (Ma ₃)	5	62	61	100
Ego Inflation (Ma ₄)	2	43	43	100
Social Introversion Subscales				
Shyness/Self-Consciousness (Si ₁)	2	41	41	100
Social Avoidance (Si ₂)	2	47	46	100
Alienation--Self and Others (Si ₃)	2	41	41	100

Content Component Scales	Raw Score	Non-Gendered		Resp %
		T Score	T Score	
Fears Subscales				
Generalized Fearfulness (FRS ₁)	3	61	65	100
Multiple Fears (FRS ₂)	6	53	57	100
Depression Subscales				
Lack of Drive (DEP ₁)	1	45	46	100
Dysphoria (DEP ₂)	1	47	48	100
Self-Depreciation (DEP ₃)	1	47	48	100
Suicidal Ideation (DEP ₄)	0	45	46	100
Health Concerns Subscales				
Gastrointestinal Symptoms (HEA ₁)	0	43	44	100
Neurological Symptoms (HEA ₂)	2	50	52	100
General Health Concerns (HEA ₃)	3	64	64	100
Bizarre Mentation Subscales				
Psychotic Symptomatology (BIZ ₁)	0	44	44	100
Schizotypal Characteristics (BIZ ₂)	1	47	48	100
Anger Subscales				
Explosive Behavior (ANG ₁)	1	47	46	100
Irritability (ANG ₂)	2	44	45	100
Cynicism Subscales				
Misanthropic Beliefs (CYN ₁)	4	45	45	100
Interpersonal Suspiciousness (CYN ₂)	0	35	35	100
Antisocial Practices Subscales				
Antisocial Attitudes (ASP ₁)	1	36	36	100
Antisocial Behavior (ASP ₂)	0	42	41	100
Type A Subscales				
Impatience (TPA ₁)	2	46	46	100
Competitive Drive (TPA ₂)	0	34	34	100
Low Self-Esteem Subscales				
Self-Doubt (LSE ₁)	0	39	40	100
Submissiveness (LSE ₂)	0	39	40	100
Social Discomfort Subscales				
Introversion (SOD ₁)	3	46	46	100
Shyness (SOD ₂)	1	40	41	100
Family Problems Subscales				
Family Discord (FAM ₁)	3	47	49	100
Familial Alienation (FAM ₂)	0	41	41	100
Negative Treatment Indicators Subscales				
Low Motivation (TRT ₁)	0	41	42	100
Inability to Disclose (TRT ₂)	1	46	46	100